

Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog

Eine Forschungsbilanz

von
Hartmut Remmers

1. Auflage

V&R unipress 2011

Verlag C.H. Beck im Internet:
www.beck.de

ISBN 978 3 89971 545 3

Hartmut Remmers

Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung

Vorbemerkung

Der vorliegende Band stellt erste Ergebnisse von Bemühungen dar, Pflegewissenschaft im Zusammenspiel mit den Stimmen anderer relevanter wissenschaftlicher Disziplinen gleichsam zu orchestrieren. Wir glauben, dass der durch Kooperationen und Zusammenführung unterschiedlicher Perspektiven zu erschließende Anregungsreichtum verwandter Fächer genauer erkannt, stärker gewürdigt und ausgiebiger genutzt werden sollte. Aus diesem Grunde ist die Edition der Beiträge dieses Bandes mit einigen wissenschaftssystematischen Überlegungen verknüpft. Ein Ertrag dieser Überlegungen besteht in dem gewiss etwas paradox anmutenden Vorschlag, den disziplinären Status der Pflegewissenschaft, die wie alle praxisorientierten Wissenschaften eine typische Querschnittsdisziplin ist, von ihren fachlich diversifizierten Bezügen und Fragestellungen her als ein transdisziplinäres Unternehmen – wir nennen es: Konstrukt – zu begründen. Dieser Vorschlag wird sich zudem handlungswissenschaftlich untermauert lassen.

Der vorliegende Band soll diesen wissenschaftsphilosophischen Begründungsversuch gewissermaßen illustrieren. Die hier vorgelegten, fachwissenschaftlich breit gestreuten Beiträge stehen allesamt in ihren Thematiken und Fragestellungen in engem Zusammenhang mit aktuellen, originär pflegewissenschaftlichen Problemstellungen. Und wir meinen, dass sie alle einen pflegewissenschaftlich unverzichtbaren, systematisch zu adoptierenden Wissensvorrat darstellen. Die nachstehenden, über den konventionellen Charakter einer Einleitung hinaus weisenden Überlegungen werden pflegewissenschaftlich interessierten Kolleginnen und Kollegen zugleich einen Einblick in die für den Ausdifferenzierungsprozess neuer Disziplinen typischen Selbstverständigungsdebatten schenken.

1. Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland

Pflegewissenschaft gehört zu den sehr jungen Fachdisziplinen in Deutschland. Sie kann allerdings mit Blick auf eine Vielzahl europäischer und nordamerikanischer Länder auf eine inzwischen etwa 100-jährige Tradition der Akademisierung der Pflege verweisen.

Für die Akademisierung des Pflegeberufs und die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland gab es verschiedene Anlässe: seit mindestens den letzten beiden Jahrzehnten hat sich das herkömmliche Berufsverständnis erheblich gewandelt. Es zeichnen sich eindeutige Tendenzen der Professionalisierung ab (höhere Eigenständigkeit, wachsende Aufgaben-/Entscheidungsverantwortung). Hinzu kommt ein grundlegender demographischer Wandel vor allem westlicher Industrieländer (Zuwachs des Anteils älterer und hochbetagter Menschen), der von folgenreichen epidemiologischen Veränderungen (wachsende Zahl von Menschen mit Mehrfach-Erkrankungen sowie zunehmende Chronifizierung von Krankheitsverläufen) begleitet wird. Diese Veränderungen erzeugen einen erhöhten Bedarf qualifizierter pflegerischer Leistungen, mit dem ein Neuzuschnitt beruflicher Aufgaben (vor allem im ambulanten Bereich) bei Abflachung tradierter Berufshierarchien verbunden ist. Zugleich sind Übergänge von der Krankheitsorientierung hin zur Gesundheitsorientierung zu verzeichnen. Das gesamte gesundheitliche Versorgungssystem befindet sich zur Zeit in einem noch nicht absehbaren Strukturwandel.

Damit stellen sich neue Aufgaben- und Qualifikationsanforderungen an die berufliche Pflege, die wissenschaftlich begleitet und fundiert werden müssen. Ohne den Aufbau und die Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an bundesdeutschen Hochschulen sind diese Aufgaben nicht zu leisten.¹

¹ Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland hat der Hochschulstandort Osnabrück einen historisch beachtenswerten Beitrag geleistet: Bereits 1980 wurde an der Universität Osnabrück der Studiengang »Weiterbildung für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens« (LGW) eingerichtet; 1981 nahm der Weiterbildungsstudiengang für Pflegedienstleitungen an der Fachhochschule Osnabrück (heute Pflegemanagement) seine Arbeit auf, 1984 der »Weiterbildungsstudiengang Unterrichtsschwester/Unterrichtspfleger« (heute »Pflegepädagogik«) sowie 1985 der »Weiterbildungsstudiengang Pflegedienstleitung« an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland (Osnabrück). Die erste deutsche Professur für »Krankenpflege und Sozialwissenschaften« wurde 1987 an der Fachhochschule Osnabrück eingerichtet. Auf der Grundlage einer Rahmenvereinbarung der Kultusministerkonferenz der Länder vom 12.05.1995, mit der »Pflege« als 16. berufliche Fachrichtung in den Katalog der universitären Lehramtsstudiengänge aufgenommen wurde, richtete das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur zum Wintersemester 1996/97 an der Universität Osnabrück den Studiengang »Lehramt an berufsbildenden Schulen / berufliche Fachrichtung Pflegewissenschaft« ein. Bundesweit existieren damit drei Studiengänge dieser Art. - Am Hochschulstandort Osnabrück sind gegenwärtig sehr unterschiedlich profilierte pflegewissenschaftliche Studienrichtungen vertreten, die sich durch

Eine besondere Herausforderung stellen damit gesundheitspolitisch wachsende, auf spezielle pflegewissenschaftliche Wissensbestände angewiesene Qualifizierungsbedarfe dar. Strittig dabei ist, inwieweit diese Wissensbestände, die stets an eine bestimmte disziplinäre Genese gebunden sind, die ihrerseits einem bestimmten gesellschaftlichen und kulturellen Vermittlungszusammenhang unterliegt, rein utilitaristischen Ansprüchen ihrer beruflichen Verwertbarkeit zu genügen haben, sich also am instrumentellen Kriterium ihrer praktischen Indienstnahme zu bewähren haben. Diesen vor allem bildungstheoretischen Fragen gehen wir an dieser Stelle nicht weiter nach.

Eine methodisch anspruchsvolle Zeitgeschichtsschreibung der Pflegewissenschaft in Deutschland, die eine gegenwärtige Entwicklungen kritisch begleitende Aufklärungsfunktion zu erfüllen hätte, ist nicht in Sicht. Ihr obläge es insbesondere zu klären, inwieweit die Etablierung dieser jungen Disziplin markt- oder wissenschaftsgetrieben ist. Für eine Marktgetriebenheit sprechen politisch-administrative sowie von Berufsorganisationen autorisierte Stellungnahmen bzw. Verlautbarungen.² Für eine Marktgetriebenheit sprechen ferner auf wissenschaftspolitischer Ebene deutlich erkennbare Präferenzen von Fachhochschulen, die sich in Anbetracht ihres Selbstverständnisses und Qualifikationsrahmens nahtlos einem durchgängig gestuften System beruflich verwertbarer Bildungsabschlüsse (Bologna-Prozess) einpassen. Auswirkungen auf das konzeptionelle Selbstverständnis der Pflegewissenschaft werden diese politisch-administrativen Richtungsentscheidungen insoweit haben, als unterschiedliche, möglicherweise auch sektoral differenzierte Interessenszusammenhängen der Gesundheitswirtschaft bei der Ausprägung eines disziplinspezifischen Lehr- und Forschungsprofils in Führung gehen. Die Etablierung der Pflegewissenschaft als eigenständige Wissenschaftsdisziplin an deutschen Hochschulen seit Beginn der 1990er Jahre ist nicht das Ergebnis innerwissenschaftlicher Diskurse; entstammt nicht Einsichten, hervorgegangen aus disziplinär verzweigten Arbeits- und Forschungszusammenhänge mit pflegebezogenen Fragestellungen. Sie ist vielmehr das Ergebnis eines politisch-administrativen Willensbildungsprozesse unter dem zunächst im medizinischen Versorgungsbereich entstandenen Problemdruck. Diese besonderen strukturellen Voraussetzungen sind nichts völlig Ungewöhnliches bei der Ausdifferenzierung neuer Fächer

wachsende Kooperation und Vernetzung von Forschungsinfrastrukturen wechselseitig bereichern.

- 2 Zusammengefasst in: Krüger, H., Kriesel, P., Piechotta G. & Remmers, H. (2000): Endbericht des BLK-Modellversuchs »Entwicklung und Erprobung eines Studiengangs mit berufspädagogischem Fachrichtungsprofil für Lehrkräfte in der Alten- und Kranken-/Kinderkrankenpflege«, Universität Bremen.

und Disziplinen, worauf wir später noch genauer eingehen werden. Von entscheidender Bedeutung erweisen sie sich allerdings in einer etwas ungewöhnlichen, selektiven Ausprägung mit Blick auf die Etablierung der Pflegewissenschaft im deutschen Universitätssystem.

2. Systematisierungsansätze

Trotz ihres noch immer jungen Entwicklungsstands kann die Pflegewissenschaft in Deutschland inzwischen auf beachtenswerte Leistungen bspw. in der klinischen Interventions- oder in der Versorgungsforschung, zum Teil auch in der Qualifikationsforschung verweisen. Dabei dürfte Einigkeit darüber bestehen, dass die akademische Anerkennung dieser jungen Disziplin in sehr entscheidender Weise von ihren empirischen Forschungsleistungen abhängig sein wird. Die verständlicherweise aus kompetitiven Gründen (Anerkennung vorrangig im Medizinsystem) starke Hinwendung zur klinischen Forschung hat allerdings in der wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit nicht nur bildungswissenschaftliche Aspekte der Befähigung zur Wahrnehmung komplexer Aufgaben in den Hintergrund treten lassen, sondern vor allem den grundlagentheoretischen Diskurs (vgl. etwa Stemmer 2004), der in diesem Zusammenhang nicht mit der frühen Rezeption pflegetheoretischer Modelle verwechselt werden darf (Schaeffer, Moers, Steppe & Meleis 1997). Dieser Mangel lässt sich durch drei Beobachtungen illustrieren:

(a) Nicht allein die deutsche Pflegewissenschaft (was ihrem wissenschaftsgeschichtlich noch jungen Status geschuldet sein mag), sondern die auf internationaler Bühne im Konzert der Einzelwissenschaften fest etablierte Pflegewissenschaft lässt noch immer eine bei ihren Nachbarwissenschaften gleichsam kanonisierte Fachsystematik vermissen. Von einem Mitte der 1990er Jahre veröffentlichten bibliothekarischen Klassifikationssystem der Pflegewissenschaft (Müller & Reipschläger 1997) hätte erwartet werden dürfen, dass es als Diskussionsgrundlage für Arbeiten an einer solchen Fachsystematik dienen würde. Diese Erwartungen mussten indes unerfüllt bleiben. Und dies mag unter anderem damit zusammen hängen, dass jenes Klassifikationssystem jeder inneren Logik, jeder theoretischen Begründung entbehrte, dass es in auffälliger Weise vielmehr an die medizinische Systematisierung ärztlicher Fachgebiete bzw. Krankheitsbilder angelehnt war. Dieser theoretische Mangel kann auf Differenzierungsdefizite einer im angloamerikanischen ebenso wie im deutschen Kontext der Pflegewissenschaft nicht wirklich ernsthaft aufgenommenen Diskussion um die wissenssystematische Ortsbestimmung im Geflecht diszipli-

närer Verzweigungen zurückgeführt werden. Die hier vertretene (und weiter zu begründende) These lautet, dass sich die Pflegerwissenschaft aus diesem Geflecht multidisziplinärer Bezüge auch im Prozeß ihrer Autonomisierung nur um den Preis eines Verzichts auf substantielle Erkenntnisquellen, Wissensbestände und methodische Anregungen wird herauslösen können (vgl. Remmers 1999).

(b) Wie Fragen einer Fachsystematik beantwortet werden, gibt zugleich Auskunft über die »theoretische Ordnungsform des Wissens«, die als konstitutiv für die Disziplinarität eines Faches angesehen wird. (Becker 1998, 44). Aus epistemologischer Perspektive ist für Heckhausen (1987, 132f.) das jeweilige »theoretische Integrationsniveau« ausschlaggebend für die Disziplinarität eines Faches. Dabei bemisst sich die graduelle Ausprägung eines theoretischen Integrationsniveaus daran, inwieweit bestimmte Phänomene oder funktionelle Zusammenhänge auf explanatorischer Ebene als »Wirkungsgefüge«, zusammengesetzt aus »beschreibenden und erklärenden Konstrukten«, verständlich gemacht werden können. Ein Beispiel wären Untersuchungen von Körperfunktionen auf physiologischem, anatomischem oder molekularem Integrationsniveau (Heckhausen 1987, 133). Anders stellen sich Merkmale der Disziplinarität eines Faches aus einer soziologisch-funktionalistischen Perspektive dar (Luhmann 1991). Als ausschlaggebend erweisen sich hier Kommunikationen einer Wissenschaftsgemeinschaft, kraft derer Fächer kognitiv ausdifferenziert und sozial institutionalisiert und nach Außen als Disziplinen abgrenzt werden. Eine andere Beurteilung von Disziplinarität ergibt sich, wenn man sich neuere Trends in der Forschung klar macht. So weist Becker (1998, 45) darauf hin, dass sich die Forschung »in vielen Bereichen längst aus ihren fachlichen und disziplinären Bindungen gelöst hat, ihre Probleme fachunabhängig formuliert und bearbeitet.«

Damit stellt sich die Frage, wie es gelingt, neues Wissen fachlich systematisch zu ordnen. Für die Herausgeberinnen eines älteren *Handbuchs Pflegerwissenschaft* (Rennen-Allhoff & Schaeffer 2000a; 2000b) schien es sich (im Anschluss an eine prominente Pflegetheoretikerin: Orem) nahe zu legen, einen spezifischen Pflegebedarf resp. Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit zentralen »Bereichen« bzw. beruflichen Herausforderungen als Ansatz für eine Systematisierung der Pflegerwissenschaft zu wählen. Betrachtet man die dem Abschnitt *Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit, Handlungsfelder* zugrunde gelegte Gliederung, so werden darin zwei Systematisierungsprinzipien miteinander verschränkt: ein gewissermaßen an Krankheitsbildern, Einschränkungen usw. orientiertes Prinzip objektiver Bedingungs- bzw. Auslösefaktoren sowie ein an klassischen, den

Auslösefaktoren zum Teil korrespondierenden Tätigkeitsbereichen/ Berufsfeldern von Pflege orientiertes Segmentationsprinzip (z.B. Schwangerschaft und Geburt einschl. Wöchnerinnen-Pflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Heilerziehungspflege sowie fachlich spezialisierte Teilbereiche der [Erwachsenen-] Krankenpflege). Mit einem gleichsam quer liegenden Strukturierungsprinzip soll sektoral differenzierten Kontexten der Pflege (ambulant, stationär, teilstationär) Rechnung getragen werden. Nun ist es Sinn und Zweck eines wissenschaftlichen Handbuches, in komprimierter Form breite fachliche Orientierung zu geben. Freilich konnte der hier repräsentierte Wissensstand noch nicht zu einer systematischen Ordnungsform gelangen, insoweit das disziplinäre Konstrukt Pflegewissenschaft einer wissenschaftssoziologischen, -historischen sowie -theoretischen Begründung ermangelt. Zehn Jahre bis zu einer völlig neuen, aber am alten »bewährten« Gliederungsprinzip grosso modo festhaltenden Ausgabe dieses Handbuches (Schaeffer & Wingenfeld 2011) haben nicht gereicht, dieses Desideratum zu beseitigen.

(c) Fragen einer Fachsystematik stellen sich allerdings auch aus einer weiteren Perspektive. Dabei handelt es sich vorrangig um bildungswissenschaftlich bzw. wissenschaftsdidaktisch zu beantwortende Fragen nach der strukturierten Vermittlung eines Faches in der Lehre. In concreto lautet die Frage demnach: Nach welchen wissenschaftlichen Ordnungsprinzipien soll ein spezifisches Wissen in Gestalt eines welchen »Ausbildungscurriculums« gelehrt werden? In einem jüngst vorgelegten gestuften Curriculum-Modell für pflegewissenschaftliche Ausbildungsgänge ist der Versuch unternommen worden, wissenschaftliches Wissen und handlungsbezogene Kompetenzen in Form einer Matrix zu integrieren (vgl. Hülsken-Giesler et al. 2010). Die Autorinnen und Autoren sind sich offenbar bewusst, dass Prinzipien einer Wissensordnung und ihre Vermittlung nicht im objektivistischen Schein reiner Tatsachen begründet werden können; vor allem dann nicht, wenn diese Wissensordnung dem epistemischen Status (beispielsweise bei Diagnosen, die stets einen Entscheidungsaspekt enthalten) einer auf fachlich und ethisch rechtfertigungsfähige Eingriffe spezialisierten Handlungswissenschaft genügen muss. Und Handlungswissenschaften, auf deren wissenschaftstheoretische Besonderheiten wir später genauer eingehen, führen bekanntlich von Haus aus ein praktisches Erkenntnisinteresse mit sich.

Genau dies ist der Grund, warum professionelles, wissenschaftliches Wissen für sich einen epistemischen Sonderstatus in Anspruch nehmen muss. Der Konstitutionsprozess professionellen Wissens ist durch eine Doppelseitigkeit der Erfahrungsorganisation gekennzeichnet: auf der einen Seite eine hand-

lungsentlastete, in speziell dafür vorgesehenen Institutionen sich vollziehende, wissenschaftlich standardisierte Erfahrungsorganisation; auf der anderen Seite eine in die praktische Arbeit, das heißt in die Beziehung mit Patienten, Klienten usw. unmittelbar eingelassene, unter stetem Handlungs- und Entscheidungsdruck stehende, vor allem an paradigmatischen Fällen orientierte Erfahrungsorganisation. Wir haben es demnach mit unterschiedlichen Wissensformen zu tun, die unterschiedlichen Evidenzcharakter aufweisen (vgl. Behrens & Langer 2006, Kap G). Angesichts dieser epistemischen Besonderheiten handlungswissenschaftlicher Wissensbestände und ihrer erst noch zu klärenden Ordnungsprinzipien dürften wissenschaftsdidaktisch angemessene Grundsätze ihrer Vermittlung diejenigen eines Fall bezogenen, exemplarischen Lernens sein. Eine besondere Aufgabe wäre weiterhin zu klären, nach welchen Prinzipien jene disparaten Wissensformen methodisch zusammengeführt werden können.

2.1 Wissenschaftssoziologische Rekonstruktion: das berufswissenschaftliche Konzept in den USA

Bei dem Versuch einer wissenschaftssystematischen Klärung halten wir es für zweckmäßig, zunächst in einer historisch-rekonstruktiven Perspektive die Originalgeschichte der Pflegewissenschaft in den USA etwas genauer zu betrachten. Wir beschränken uns dabei auf den konzeptionellen angloamerikanischen Begründungsdiskurs der Pflegewissenschaft. Eine rein wissenschaftshistorisch immanente Analyse erscheint uns allerdings unbefriedigend, insofern sie sozial- und institutionengeschichtlichen Besonderheiten der Berufs- und Wissenschaftsentwicklung eines Landes zu wenig Aufmerksamkeit schenkt. Wir werden daher die sehr knapp gehaltene wissenschaftshistorische Analyse mit wissens- bzw. wissenschaftssoziologischen Rekonstruktionsmethoden in der Tradition Max Schelers (1926) sowie Karl Mannheims (1929) kombinieren. Denn nur auf diese Weise kann zwei hervorstechenden Besonderheiten der USA Rechnung getragen werden: Zum einen jener spezifischen, vor allem durch den amerikanischen Pragmatismus geprägten Wissenschaftskultur, deren Selbstverständnis gemäß Wissenschaft am Prinzip der Lebensdienlichkeit zu orientieren ist. Daraus leitet sich die gesellschaftspolitische Forderung einer Verwissenschaftlichung sämtlicher Lebensbereiche ab, die es erlaubt, ein feinmaschiges Netz wissenschaftlicher Experten zu knüpfen, deren Rat und Beistand in allen erdenklichen kritischen Lebenslagen aufgesucht werden kann. (vgl. Remmers 2000, 127ff). Zum anderen kann die Originalgeschichte der amerikanischen Pflegewissenschaft nicht hinreichend verstanden werden, ohne sie im Zusammenhang mit Emanzipationsanstrengungen amerikanischer Frauen Ende des

19. Jahrhunderts zu betrachten: Die Überwindung einer »Verhäuslichung« der bürgerlichen Frau und Ablösung durch Expertenarbeit (vgl. Raeitel 1988, 83 ff.). Wissenschaftsgeschichtlich greifen damit zwei soziale Bewegungen als ein großangelegtes amerikanisches Mittelschicht-Projekt ineinander: Die Emanzipation bürgerlicher Frauen und die Professionalisierung der ihr traditionell zugewiesenen Aufgaben durch höhere Ausbildung.

Mit der Verwissenschaftlichung der Pflege in den USA wird also zunächst eine Anhebung des beruflichen Status durch Akademisierung verfolgt; eine Tendenz, die sich teilweise in einem berufswissenschaftlichen Konzept der amerikanischen Pflegewissenschaft übergangsweise niederschlägt. Allerdings wird man sich die institutionell hoch beschleunigte Ausdifferenzierung der amerikanischen Pflegewissenschaft in den 1950er und 1960er Jahren und die mit diesem Prozess verbundenen akademischen Auseinandersetzungen um das wissenschaftstheoretische Selbstverständnis dieser jungen Disziplin nicht hinreichend klar machen können, ohne jene prägenden Grundanschauungen der amerikanischen Wissenschaftskultur mit zu berücksichtigen: ein Verständnis von Wissenschaft als ein Rationalisierungsinstrument, vermöge dessen sich gleichermaßen soziale wie natürliche Lebensprozesse beliebig steuern lassen. (vgl. hierzu ausführlich: Remmers 2000, 134ff).

Vor diesem Hintergrund sind berufliche Kämpfe um gesellschaftliche Anerkennung als Profession mit Definitionskämpfen um einen bestimmten Wissenschaftstyp stets zusammen zu betrachten. Dabei handelt es sich vorrangig um Fragen der Klassifikation pflegewissenschaftlichen Wissens, welche von Johnson (1968) funktionalistisch beantwortet werden. In ihren Augen präsentieren sich spezifische Probleme der Pflege einzig im kategorialen Bezugsrahmen von »Naturereignissen«, die es zu beherrschen gilt. Aus dieser Sichtweise legen sich verhaltenswissenschaftliche Modelle einer der naturwissenschaftlichen Medizin analogen Gesetzeswissenschaft als Prototypus der Pflegewissenschaft nahe. Ihre wissenschaftliche Legitimation wiederum verdankt die Pflegewissenschaft ihrer funktionellen Verklammerung mit Problemen beruflicher Praxis. Unter dieser Prämisse kann sie in Abgrenzung von reinen theoretischen Grundlagenwissenschaften den besonderen Typus angewandter Wissenschaften für sich reklamieren – ein Ansatz, der später von Walker (1971) zum Zwecke methodologischer bzw. konzeptueller Spezifizierungen ins Spiel gebracht, von Dickoff & James (1971) dagegen vehement zurückgewiesen wird.

Die Ende der 1960er Jahre von Johnson eingeführte Unterscheidung zwischen sogenannten Berufsdisziplinen und akademischen (oder grundlagentheoretischen) Disziplinen wird später nochmals von Donaldson & Crowley (1978) unterstrichen und zugleich – in Anknüpfung an das oben bereits aufgewiesen

Selbstverständnis der amerikanischen Wissenschaftskultur – zugespitzt. Der Pflegewissenschaft wird eine normative Orientierung zugeschrieben, derzufolge ihre Aufgaben in einer wissenschaftlichen Rationalisierung der beruflichen Praxis bestehe (Donaldson & Crowley 1978, 207 f.; 211 f.); des Weiteren müsse der Pflegewissenschaft, dem Muster angewandter Praxisdisziplinen gemäß, der Status einer Fachkräftedisziplin zugesprochen werden. Interessant an dieser Position ist aber weniger die Tatsache, dass die Theorie pflegerischer Professionalisierung normativ auf Dimensionen einer technischen Rationalisierung festgelegt und dieses Theoriekonzept folgerichtig in naturwissenschaftlichen Begriffsbildungen entfaltet wird. Bemerkenswert ist vielmehr die Einsicht, dass in dem Maße, in dem praktisch erfolgreiches Handeln allein durch berufliche Kooperation gewährleistet werden kann, der pflegewissenschaftliche Wissenskorpus eine fachsystematisch multi- bzw. interdisziplinäre Zusammensetzung verlangt. Inwieweit interprofessionelle Kooperationen tatsächlich als entscheidendes Argument für die Ausbildung interdisziplinärer Schnittmengen beruflichen Wissens in Anspruch genommen werden kann, dürfte zumindest kontrovers sein (vgl. Donaldson & Crowley 1978, 209 ff.). Jedoch wird man sich als Hintergrund dieser Überlegungen von Donaldson & Crowley die vor allem in den 1970er Jahren sich ausbreitenden interdisziplinären Großforschungsinstitute in den USA klar machen müssen. Mit gleichem Erfolg haben sich interdisziplinäre Lehrangebote allerdings nicht etablieren können. (vgl. Trow 1978, 29ff.).

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass sich bei allen tonangebenden amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen ein funktionalistisches Verständnis wissenschaftlichen Wissens im Sinne der Rationalisierung beruflicher Praxis findet. Wissenschaft hat der Verfeinerung (sophistication) eines beruflichen Systems erfolgsorientierter Handlungs- und Leistungskontrollen zu dienen. Dieser Grundkonsens wird auch durch Versuche einer die historische Wissenschaftstheorie beispielsweise Th. Kuhns (1976) in Anspruch nehmenden wissenschaftsphilosophischen Grundlegung der Pflegewissenschaft bei Silva & Rothbart (1984) nicht infrage gestellt. Bezeichnenderweise haben die durch Silva & Rothbart (1984, insbes. 268 f.) angeregten Debatten nicht nur zu einer Revision des bislang gültigen Verständnisses einer Praxiswissenschaft und zu einer kritischen Bewertung ihrer normativen Implikationen geführt. Sie haben vor allem mit Kim (1989) den Blick für die Mehrdimensionalität pflegerischer Phänomene und für einen der Komplexität des Gegenstandsbereichs angemessenen Pluralismus der Erkenntnismethoden und der wissenschaftsparadigmatischen Orientierungen geschärft. Kim (1989) hat damit den Weg für ein spannendes Verhältnis gegenüber anderen, in höherem Grade theoretisch orien-

tierten, nicht unmittelbar auf praktische Verwertbarkeit ausgerichteten Wissenschaften und damit für eine handlungstheoretische Konzeptualisierung der Pflege vorbereitet, mit der wir uns im Folgenden beschäftigen werden.

2.2 Wissenschaftstheoretische Ortsbestimmung: das handlungswissenschaftliche Konzept

Die knappe Skizze einer wissenschaftstheoretischen Ortsbestimmung der us-amerikanischen Pflegewissenschaft hat deutlich gemacht, dass sich hinter Fragen nach Klassifikationssystemen pflegewissenschaftlichen Wissens gleichsam Abgrenzungskämpfe um einen eigenen Wissenskörper verbergen. (Hülksen-Giesler 2008, insbes. 283ff.). Bei diesen Bemühungen wurden jedoch zwei wichtige Fragen aus dem Auge verloren: zum einen die Frage nach dem Status dieses Wissens, zum anderen die damit verknüpfte Frage nach der Relevanz, genauer gesagt: nach der Bedeutsamkeit dieses Wissens für professionelles Handeln, welches bekanntlich mehrere Dimensionen sowie organisationale Bezüge umgreift.

Nicht allein, dass sich im Falle der Pflegewissenschaft eine disziplinäre Ordnung des Wissens in unterschiedliche Sphären mit unterschiedlichen rationalen Geltungsansprüchen differenziert (Status-Fragen), stellt hier eine besondere Herausforderung dar (Remmers 2000, 168ff.; 1999). Von mindestens ebenso entscheidender Bedeutung erweist sich im Falle der Pflegewissenschaft der Professionsbezug disziplinär strukturierten Wissens, wobei der Professionsbezug durch zwei charakteristische Eigenschaften markiert ist: zum einen durch die Komplexität praktischer Herausforderungen, der mit dem Prinzip der Kontextualität bzw. der Kontextualisierung eines Problems und der für dieses Problem zu entwickelnden Lösung entsprochen wird; zum anderen durch die Komplexität professionellen Wissens, das nicht nur mehrere Dimensionen, sondern ebenso mehrere Wissensformen (explizite, implizite) umschließt.

Beide Charakteristika verlangen systematische Beachtung bei der disziplinären Konstruktion von Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft, deren wissenschaftstheoretischer Sonderstatus durch eine *methodologische Doppelseitigkeit* zwischen personalem Handlungs- und allgemeinem Wissenschaftsbezug gekennzeichnet ist – ein Grund auch, warum das handlungswissenschaftliche Verhältnis von Theorie und Praxis als eine widersprüchliche Einheit verstanden werden muss (Remmers 1999; Hülksen-Giesler 2008). Jedes professionelle Handeln ist auf der einen Seite charakterisiert durch Inanspruchnahme eines theoretisch allgemeingültigen, wissenschaftlichen Erklärungswissens. Ihm korrespondieren operationelle Einstellungen der Optimie-

nung von Regelabläufen mit entsprechenden technisch-therapeutischen Empfehlungen. Dieses Wissen stellt jedoch nur die allgemeine Seite eines professionellen Problemlösungstypus dar. Die besondere Seite ist demgegenüber, in Anknüpfung an das oben genannte Prinzip der Kontextualisierung, im strikten Personenbezug zu sehen. Auf dieser Seite haben wir es mit einem individualisierenden Fallverstehen zu tun. Es verlangt hermeneutische Kompetenzen der Beurteilung eines Einzelfalls *in der Sprache des Falls*.³ Beide Komponenten: instrumentelles »Verfügungswissen« (Max Scheler) auf der einen Seite, hermeneutisches »Deutungswissen« (Max Scheler) auf der anderen, sind praktisch untrennbar, jedoch in Anbetracht unterschiedlicher Rationalitätstypen inkommensurabel. Sie dürfen deshalb auch nicht praktisch vereinseitigt werden. Das wäre bspw. dann der Fall, wenn Gütekriterien evidenzbasierter Pflegepraxis *ausschließlich* an ihrer Übereinstimmung mit Ergebnissen hochwertiger Studien bemessen werden. Professionalität erweist und bewährt sich demgegenüber durch die Fähigkeit, »Erkenntnisse je nach den Erfordernissen der Situation flexibel und effektiv zu nutzen.« (Schilder 2010, 59; in Anlehnung an Kirkevold 2002). Die Tatsache, je nach individueller Situation kategorial und logisch inkommensurable Wissensbestände stets neu zusammenführen zu müssen, ist im übrigen auch der Grund, warum sich professionelles Handeln nur sehr begrenzt standardisieren lässt.

Hinzu kommt, dass beide Wissenstypen wissenschaftlich institutionalisierten gesellschaftlichen Lernprozessen unterworfen sind. Praktische berufliche Erfahrungen unzulänglicher Lösungskompetenz werden in der Regel als Anlass der Wissensvermehrung bzw. -Erneuerung betrachtet (wissenschaftliche Fort- und Weiterbildung). Praktische Erfahrungen können aber auch – jenseits eines kumulativen Modells der Wissensvermehrung – auf dem Wege einer kritisch angeleiteten Reflexion als professionelle Lernprozesse in der Weise eines sophisticated knowledge verarbeitet werden: als Verfeinerung des Wahrnehmungs- und Erkenntnisvermögens, als kognitive Abspeicherung und Wiederabrufbarkeit sogenannter paradigmatischer Fälle, an deren Rändern sich diagnostische Fähigkeiten der Spezifikation ebenso wie der Gestaltwahrnehmung auszubilden vermögen – mithin Fähigkeiten, die im Horizont der Expertisenforschung von erfahrungsgesättigten Beständen sogenannten impliziten Wissens zehren.

3 Mit diesem Ansatz können zum Teil extreme Herausforderungen an berufliches Können verbunden sein; insbesondere dann, wenn es sich um demenziell fortgeschritten erkrankte Personen handelt. Vgl. Berg, Hallberg & Norberg (1998). Neuerdings auch: Remmers (2010); aus einer mikrogenetischen Perspektive: Ehret (2010); des Weiteren zahlreiche Arbeiten in: Kruse (2010).

Wir haben es hier also mit erfahrungsgeleiteten Lernprozessen und ihren praktischen Wissenskorrelaten zu tun, die in der Sprache der Medizin zutreffend als »Klinik« firmieren. Das entscheidende Kriterium von Professionalität ist daher die wissenschaftlich hoch informierte, gleichwohl dem teleologischen Modus professionellen Handelns genügende Urteilsfähigkeit. Denn am Ende wird immer durch Verschränkung mehrerer Perspektiven zu entscheiden sein, was getan werden kann und soll. Die reflektierende, also nicht-subsumierende Urteilskraft des Professionellen ist sozusagen die disziplinäre *raison d'être* praktischer Wissenschaften, bei denen sorgfältig unterschieden werden muss zwischen den Logiken von *Entdeckungszusammenhängen* komplexer Sachverhalte, die subjektive Methoden etwa der Gestaltwahrnehmung oder Analogieschlüsse nach Maßgabe paradigmatischer Fälle einschließen können, und den Logiken von *Rechtfertigungszusammenhängen* wissenschaftlicher Aussagen, bei denen das Objektivitätsideal im Sinne deduktiver Überprüfungen eine maßgebende Rolle spielt. (Kliemt 1992).

Die Komplexität professionellen Handelns ist aber nicht allein durch jene methodologische Doppelseitigkeit charakterisiert. Als komplizierender Faktor kommt hinzu, dass das gesamte Praxisfeld der Pflege durch eine *Mehrschichtigkeit* von Aufgaben und eine entsprechende *Mehrdimensionalität* von Handlungsorientierungen mit jeweils unterschiedlichen epistemischen Korrelaten gekennzeichnet ist: So wird der Klienten- bzw. Patientenbezug durch unterschiedliche (subjektive und objektive) Leidenskategorien und evaluative Perspektiven strukturiert, weshalb hier auch den Ansprüchen praktischer Ethik als Entscheidungsmedium Rechnung zu tragen ist; so wird der Wissenschaftsbezug angesichts wachsender interprofessioneller Aufgabenzuschnitte durch unterschiedliche therapeutische Programme strukturiert; und so werden schließlich organisationale Fragen im Ordnungszusammenhang formalen Rechts bzw. informeller Strukturen gelöst. Eine handlungswissenschaftliche Konzeptualisierung von Pflegewissenschaft steht damit vor der Aufgabe, mehrere Handlungsdimensionen reflexiv zu integrieren.

Unsere bereits an anderem Ort (vgl. Remmers 1999) vertretene These lautet daher: Alle unter diesem Vorverständnis zu erörternden *grundlagentheoretischen Fragen* der Pflegewissenschaft müssen in einem übergreifenden Zusammenhang mit hoch komplexen Anforderungen einer auf unterschiedlichen Handlungsebenen sich bewegenden professionellen Praxis ausgeleuchtet werden. Dieser übergreifende Zusammenhang legt es zunächst nahe, der Pflegewissenschaft einen *transdisziplinären Wissenschaftsstatus* zuzuschreiben. Dieser Vorschlag ist Ausdruck einer gewissen Verlegenheit. Und sein Preis besteht in

einer wahrscheinlichen Unschärfe, angesichts derer sich eine zentrale, unserer Auffassung nach bis heute nicht zureichend beantwortete Frage aufdrängt: Von welchen *praktischen* und *wissenschaftlich-analytischen Rekonstruktionsprinzipien* wird auszugehen sein, um überhaupt einen pflegewissenschaftlich eigenständigen, also disziplinär unverwechselbaren Wissenskörper und einen eigenen Problemlösungsbestand entwickeln zu können? Von Rekonstruktionsprinzipien, die es aufzufinden gilt, sprechen wir deshalb, weil allein sie es erlauben, eine systematische Ordnung der Disziplin und ihrer stets zu erneuernden Wissensbestände zu stiften. Wir vermuten, dass sich die von uns reklamierten Rekonstruktionsprinzipien gewissermaßen als Ergebnisse einer elementarisierenden Analyse pflegerischen Handelns erschließen.

3. Berufsspezifischer Wissenskörper und Prinzipien der Inter- bzw. Transdisziplinarität

Ein Großteil der modernen Forschungsförderung setzt bekanntlich interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Bearbeitung wissenschaftlicher Problemstellungen voraus, deren Komplexität fachlich und methodisch hoch spezialisierte Einzeldisziplinen analytisch nicht gewachsen sind. Dabei bleibt das Verständnis dessen, was mit Interdisziplinarität eigentlich gemeint ist, häufig im Ungefähren. Eine systematische Aufklärung insbesondere des semantischen Gehaltes sowie des praktischen, methodischen Anspruchs von Interdisziplinarität, die sich von Multidisziplinarität ebenso wie von Transdisziplinarität unterscheiden sollte, wäre aber zunächst eine Aufgabe der Wissenschaftsphilosophie.

Dabei liegt es auf der Hand, in einem ersten Schritt den Anspruch wissenschaftlicher Disziplinen zu klären. Eine Disziplin ist eine besondere Form menschlicher Aktivität, die darauf gerichtet ist, ein möglichst hohes Maß gesicherten Wissens zu generieren. Definitionsgemäß werden Disziplinen durch folgende Identität stiftende Elemente gekennzeichnet: relativ homogener Kommunikationszusammenhang von Wissenschaftlern, gemeinsam geteilte Wissensbestände, relevante Forschungsprobleme, anerkannte Methoden und Problemlösungen, spezifische Karrierestrukturen. (Defila & Di Giulio 1998, 112f.; Hinweis in Sukopp 2010, 20f.). Inwieweit ein bestimmter Gegenstandsbe-
reich Disziplinen konstituierende Bedeutung hat, ist umstritten. Dies zeigt der Gegenstand Pflege, mit dem sich wissenschaftshistorisch verschiedene Disziplinen oder Wissenschaften befasst haben. Ebenso umstritten sind relevante Kriterien, mittels derer Disziplinen sich gegenseitig abgrenzen. Wissenschaftsgeschichtlich hat sich zum einen gezeigt, dass die Einteilung der Wissenschaften beispielsweise in bestimmte Fächer kulturellen Einflussfaktoren unterliegt; zum

anderen, dass mit der Erweiterung oder Veränderung von Gegenstandsbereichen auch die für ihre wissenschaftliche Bearbeitung spezifischen Methoden modifiziert werden – ein Vorgang, der in Richtung interdisziplinärer Kooperation weist. (Voigt 2010, 32). Was besagen nun Multi-, Inter- oder auch Transdisziplinarität in concreto? Und was bedeutet das im Hinblick auf eine Disziplin, die auf Lösungen praktischer Probleme ausgerichtet ist?

3.1 Multi-, Inter- und Transdisziplinarität

Unter Multidisziplinarität verstehen wir das lockere, systematisch kaum gesteuerte, relativ unverbindliche Nebeneinander disziplinärer Aktivitäten. Solche Phänomene wurden bereits in der wissenschaftlichen Literatur der 50er Jahre beschrieben (Balsiger 2005, 151). Mit Fragen der Interdisziplinarität hatte sich Anfang der 70er Jahre Erich Jantsch (1970) am Beispiel der *Crossdisziplinarität* befasst. Mit diesem ersten systematischen Klärungsversuch wird gezeigt, in welcher Weise sich fremddisziplinäre methodische Ansätze oder Forschungsprogramme für die Arbeit der eigenen Disziplin nutzen lassen. Wissenschaftsgeschichtlich wird man sich überdies in Erinnerung rufen, dass erste große Projekte institutionalisierter interdisziplinärer sozialwissenschaftlicher Forschung (deren Zentrum vielschichtige Vermittlungszusammenhänge zwischen Gesellschaft, Individuum und Kultur bildeten) durch das Frankfurter Institut für Sozialforschung Anfang der 1930er Jahre ins Leben gerufen wurden (zur Programmatik vgl. Horkheimer 1931). Hier bestand ein klares Bewusstsein, dass wichtige und dringende Probleme nicht aus der Perspektive nur einer Disziplin definiert und gelöst werden können. In Zukunft, so ist gegenwärtig die Meinung, werden aus interdisziplinären Kooperationszusammenhängen eher zufällig, also ohne zielbewusste Planungen, neue Forschungsgebiete entstehen, die mit einer Ausdifferenzierung neuer Disziplinen verbunden sein werden. (Jungert 2010, 4). Für die Begründung von Interdisziplinarität als Forschungs- und Wissenschaftsprinzip bieten sich verschiedene »Kontakt-Modelle« wie Gegenstands-, Methoden- oder Problembezug an (vgl. Voigt 2010).

Befassen wir uns zunächst mit dem *Gegenstands-Kontakt*-Modell. Wir hatten vorstehend bereits die Auffassung problematisiert, Disziplinen würden durch Bezug auf einen bestimmten Gegenstandsbereich konstituiert. Wissenschaftsgeschichtlich hat sich vielmehr gezeigt, dass ein konkreter Gegenstandsbereich durch verschiedene Disziplinen bearbeitet werden kann. Auf spezifische Gegenstände können daher Disziplinen keinen exklusiven Erkenntnisanspruch erheben. Das galt bislang für die Pflege. Ein besseres Beispiel wäre der Erkenntnisgegenstand: lebende Systeme, die ihrerseits aus verschiedenen Perspektiven

experimentell beobachtet, vermessen oder auch seziiert werden können. Für je nach Fragestellung zureichende Erkenntnisse müssten also zum einen die Komplexität des Gegenstandes und die dieser Komplexität angemessenen disziplinären Bezüge, zum anderen das theoretische Integrationsniveau der auf einen komplexen Forschungsgegenstand ausgerichteten Disziplinen geklärt werden. (Sukopp 2010, 20). Das Verhältnis verkompliziert sich allerdings, wenn man von Annahmen des neueren Konstruktivismus ausgeht, denen zufolge es keine beobachtungsneutralen Gegenstände gibt. Diese Prämissen schließen aus, dass Erkenntnisgegenstände Disziplinen und damit auch Interdisziplinarität konstituieren. (Voigt 2010, 40f.).

Ein anderer Begründungszusammenhang für Interdisziplinarität beruht auf dem *Methoden-Kontakt*-Modell. Dieses Modell besagt, dass sich über gegenstandskonstituierende Methoden mit verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten Beziehungen zwischen den Wissenschaften herstellen (Voigt 2010, 41f.). Bereits Jantsch (1970) hatte auf die sinnvolle Übernahme disziplinspezifischer methodischer Ansätze zu Erkenntniszwecken als ein Merkmal von Interdisziplinarität aufmerksam gemacht. Dabei stellt sich allerdings die Frage, ob es sich hierbei nicht eher um das Phänomen einer »Hilfsinterdisziplinarität« handelt, also um ein lediglich partielles Lernen und Anwenden fachfremder Methoden, ohne dass sich das »theoretische Integrationsniveau« derjenigen Disziplin, die sich einer ihrem Forschungsstandard eher ungewöhnlichen Methode bedient, verändert. (Jungert 2010, 5). Dies wäre z.B., nach Heckhausen (1987), im Falle psychologischer Testverfahren im Rahmen der Pädagogik gegeben. Freilich zeigt die Wissenschaftsentwicklung inzwischen, dass gleiche Methoden durchaus von verschiedenen Disziplinen genutzt werden. Sie zeigt aber auch, dass von Methoden hierarchische Effekte auf eine Ordnung der Wissenschaften mit bestimmten Leitdisziplinen ausgehen können (Voigt 2010, 41f.). Eine hierarchische Ordnung von Disziplinen nach einem einheitswissenschaftlichen Ideal wird auf Grund eines damit verbundenen Reduktionismus als problematisch zurück zu weisen sein. Vielmehr scheint sich ein ganz anderer, nicht-hierarchischer Ordnungszusammenhang von Disziplinen anzudeuten, die in eben dem Maße, wie sie sich durch spezifische Ausprägungen einer Methode auszeichnen, zugleich auf wechselseitige Ergänzungen angewiesen sind.

Bedacht werden sollte bei alledem ein wissenschaftshistorischer Einwand Feyerabends (1986, 385ff.), den Stellenwert von Methoden nicht zu überschätzen, um den ohnehin »nicht klar formulierbaren Unterschied« zwischen Mythos und Wissenschaft nicht zu verwischen – eine zweifellos provokante Position eines in den Naturwissenschaften beheimateten Wissenschaftshistorikers.

Bedacht werden sollte ferner, dass sich nicht nur unter dem Gesichtspunkt eines gemeinsamen Erkenntnisinteresses, sondern auch gemeinsamer Forschungsmethoden die disziplinären Grenzen zu verwischen scheinen, allerdings sich Disziplinen auch in einem großen Spielraum kombinieren lassen. Die entstehenden Überlappungsbereiche stellen gewissermaßen »Einfallstore für inter- und transdisziplinäre Kooperation« dar (Sukopp 2010, 20).

Allerdings wird man den Anspruch von Interdisziplinarität als fächerübergreifende Zusammenarbeit auch nicht überdehnen dürfen. Denn die Anwendung bspw. bestimmter Methoden (oder auch Theorien) eines Faches in einem anderen ist limitiert. So weist Sukopp (2010, 13) darauf hin, dass es außergewöhnlich fachspezifische Methodiken geben kann, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit eher hemmen; bspw. der biologischen und physikalischen Wissenschaften auf der einen und der Sozial- und Verhaltenswissenschaften auf der anderen Seite. Bieten sich interdisziplinäre Kooperationen aus sachlichen Fragestellungen an, werden deren vielfältige Voraussetzungen genau zu prüfen sein.

Es gibt gute Gründe dafür, dass Normalforschung in Anbetracht ausdifferenzierter Methoden weiterhin monodisziplinär bleiben wird. Heckhausen (1987, 140) macht geltend, dass wahrscheinlich nur durch monodisziplinäre Sichtweisen auf einen in dieser Weise fest umschriebenen Gegenstand eine vertiefte wissenschaftliche Erkenntnis zu erreichen ist; und er verweist dabei auf experimentell gängige Methoden der künstlichen Isolierung einzelner Faktoren, »um deren Wirkung in planmäßiger Bedingungsvariation oder Bedingungskontrolle zu prüfen«. Die unvermeidliche Ausblendung konkurrierender Sichtweisen anderer Disziplinen ist der Preis schärfster Erkenntnisse. (Sukopp 2010, 16f.). An diesem monodisziplinären Erkenntnisideal gemessen, müssen durch interdisziplinäre Sichtweisen gewonnene Erkenntnisse aber nicht »dilettantisch« sein. Für deren Bedeutsamkeit sprechen vermehrte wissenschaftliche Doppelqualifikationen, die wiederum ein Indikator für neue Problemlagen sind, die wegen ihrer Beschaffenheit vorwiegend als Systemprobleme durch eine hohe Komplexität interagierender Faktoren gekennzeichnet, im Bezugsrahmen von Einzeldisziplinen nicht mehr zu bearbeiten und insoweit nur mehr interdisziplinär zu lösen sind. (Jungert 2010, 8; ebenso Sukopp 2010, 18).

Damit wäre bereits das dritte Begründungsmodell wissenschaftlicher Interdisziplinarität angesprochen: die gemeinsame, allein durch wissenschaftsübergreifende Kooperation zu leistende Arbeit an der Lösung mehrschichtiger *Probleme*. Durchgesetzt hat sich inzwischen die Einsicht, dass Interdependenzen in-

nerhalb komplexer Problembestände die Einbeziehung vieler Perspektiven erforderlich machen. Als eine Reaktion auf neuartige Probleme kann die Ausbildung neuer Disziplinen verstanden werden. Auf diese Weise wäre auch die Institutionalisierung der jungen Disziplin Pflegewissenschaft zu explizieren. Es kann aber auch der Bearbeitungsmodus neuartiger komplexer Problemlagen zu wissenschaftlichen Arbeits- und Kooperationsformen in Gestalt einer »Transdisziplinarität« führen, mit der wir uns später beschäftigen werden.

Festzuhalten ist zunächst, dass in der Wahrnehmung komplexer Probleme ein wissenschaftsinternes Motiv für interdisziplinäre Arbeitsweisen besteht; dass sich disziplinäre Segmentierungen dagegen als nachteilig für die Bearbeitung solcher Probleme erwiesen haben. (Jungert 2010, 10). Allerdings ist Interdisziplinarität stets mit besonderen Herausforderungen assoziiert. Diese ergeben sich vor allem aus der Tatsache, dass zwischen den miteinander kooperierenden Disziplinen ein durch unterschiedliche theoretische Integrationsniveaus charakterisierter Abstand besteht.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, inwieweit es gelingt, in bestimmten Grenzbereichen zwischen Disziplinen (z.B. Psychobiologie, Psycholinguistik), die sich durch unterschiedliche Integrationsniveaus auszeichnen, Strukturbeziehungen im Sinne eines theoretischen Ergänzungsverhältnisses (»Supplementary Interdisciplinarity«) herzustellen. Es versteht sich von selbst, dass mit geringerem Abstand theoretischer Integrationsniveaus verschiedener Disziplinen Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit wachsen. Unklar ist, in welchem Maße gemeinsame *Erkenntnisinteressen* verschiedene Disziplinen mit jeweils spezifischen methodischen Erkenntnisinstrumenten und »theoretischen Integrationsniveaus« zusammenführen können. Sicher ist allerdings, dass Intransparenz hinsichtlich disziplinärer Erkenntnisinteressen mit Verständigungsschwierigkeiten zwischen unterschiedlichen Wissenschaftskulturen einher geht. (Sukopp 2010, 15).

Dies führt uns zu neuartigen Phänomenen. Es gibt offensichtlich ein Zusammentreffen vor allem dreier Faktoren wie: öffentlich als dringend und relevant beurteilte Probleme, ein dezidiert politisches Interesse ihrer Lösung im gesellschaftlich-öffentlichen Raum und eine auf herkömmlichen disziplinären Segmentierungen der Wissenschaft beruhende Unzulänglichkeit, Problemlagen genau zu definieren und Lösungen zu entwickeln; ein Zusammentreffen, das laut Mittelstraß (2001, 89ff.) die Stunde der *Transdisziplinarität* markiert (vgl. auch Sukopp 2010, 24). Transdisziplinarität heißt: konsequente Weiterentwicklung von Interdisziplinarität als »Forschungs- und Wissenschaftsprinzip, das immer dann wirksam wird, wenn sich Probleme innerhalb historischer Grenzen sowie

epistemischer Engführungen von Disziplinen und Fächern nicht mehr lösen lassen.« (Mittelstraß 2001, 118). Bei der Idee einer Transdisziplinarität handelt es sich erklärtermaßen um ein Arbeitsprogramm, in dem sich zwar die ursprüngliche Idee einer Einheit der Wissenschaft anmeldet, allerdings in den »Konturen einer praktischen Einheit«.

Zunächst einmal drängen sich mit wachsendem Einzug außerwissenschaftlicher Probleme zunehmend auch Fragen der Dauerhaftigkeit sowie der Transformation disziplinärer Orientierungen auf. (Jungert 2010, 7). Es lockern sich aber nicht nur die herkömmlichen Grenzen zwischen den Disziplinen, welche zum Zwecke der Erweiterung wissenschaftlicher Wahrnehmungsfähigkeiten und Problemlösungskompetenzen einen gewissen Verschmelzungscharakter (als Forschungsprinzip, nicht als Theorieprinzip) aufweisen (Mittelstraß 2001, 118). Es schwinden zunehmend auch die Grenzen zwischen der »Innenwelt« der Wissenschaft und ihrer »Außenwelt«. Das Verhältnis zwischen Wissenschaft und gesellschaftlicher Praxis wird reflexiver.

Gewiss bedürfen transdisziplinäre Vorgehensweisen institutioneller Ordnungen (Sukopp 2010, 26). Das deutsche Forschungssystem wird sich daher in den Augen von Mittelstraß (2001, 107) ändern müssen. Dabei könnten sich »Forschungsverbünde auf Zeit« als eine »richtige Organisationsform« erweisen, dürften aber, was bei Mittelstraß etwas unterbelichtet bleibt, nicht darüber hinweg täuschen, dass gute Disziplinarität stets eine Voraussetzung für Interdisziplinarität bleiben wird. Und naturgemäß rücken Disziplinen nur sehr ungern davon ab, was sie als ihren Kern betrachten. Daher auch besteht das Programm von Interdisziplinarität in einer konkreten Forschungskoooperation auf Zeit unter Wahrung disziplinärer Orientierungen und Grenzen. Wahre Interdisziplinarität dagegen besteht für Mittelstraß (1992, 101) im Prinzip der Transdisziplinarität: einer neuen, fachliche Orientierungen verändernden, disziplinäre Grenzen auflösenden wissenschaftssystematischen Ordnung. (Sukopp 2010, 23f; Schweitzer 2010, 112).

3.2 Pflegewissenschaft als Bündelungsprinzip und als transdisziplinäres Konstrukt

Eine differenzierte und schlüssige Definition dessen, was Pflegewissenschaft ist, findet sich kaum. Sie wird sich nicht, folgt man dem gegenwärtigen wissenschaftstheoretischen Diskussionsstand, an einer Beschreibung des Gegenstandsbereichs im Sinne eines Abgrenzungskriteriums »mit gegeneinander abgeschlossenen Regionalontologien« orientieren können (Luhmann 1991, 451). Denn an diesem Unternehmen waren bislang auch andere Wissenschaf-

ten oder Disziplinen beteiligt, freilich aus ihrer besonderen fachlichen Perspektive. Sucht man einen definitiven Kern, so erschließt dieser sich zunächst historisch: Pflegerwissenschaft verdankt sich hier wie dort – und die us-amerikanische Disziplingeschichte ist dafür ein beredtes Zeugnis – einem gesundheits- und berufspolitischen Gründungsakt als Berufswissenschaft, die primär der wissenschaftlichen Fundierung beruflicher Qualifikationen aus sehr wohl unterschiedlichen analytischen Perspektiven mit unterschiedlichen Relevanzsystemen dient.⁴

Sprechen wir von Pflegerwissenschaft als *Forschungsdisziplin*, so gibt es im Anschluss an Heckhausen (1987) vielleicht gute Gründe dafür, sich für einen monodisziplinären Zuschnitt mit einem schon beachtlich ausdifferenzierten Methodenrepertoire auszusprechen. Es gibt vermutlich aber nur sehr wenige, vorrangig experimentelle Fragestellungen, die eine künstliche Ausblendung konkurrierender Sichtweisen zwingend erfordern. Mit Zunahme an Komplexität der zu bearbeitenden Probleme im Gesundheitswesen wird Pflegerwissenschaft automatisch zum Partner interdisziplinärer Forschungsprojekte. Das zeigen die Graduiertenkollegs ›Multimorbidität im Alter‹ (Berlin) oder ›Demenz‹ (Heidelberg), das zeigen die pflegerwissenschaftlichen, zumeist interdisziplinär zusammengesetzten Forschungsverbände (BMBF) und pflegerwissenschaftlich begleitete Forschungsnetzwerke wie beispielsweise GAL⁵, mit gewissen Einschränkungen auch die Konsortien der Nationalen Expertenstandards Pflege. Angesichts komplexer interdependenter Problemkonstellationen und des Bedarfs hoch differenzierter Lösungen kommt dem Prinzip perspektivischer Öffnung und methodischer Ergänzungen große Bedeutung zu. Wie und nach welchen Organisationsprinzipien interdisziplinäre Zusammenarbeit stattfindet, ist thematisch abhängig. So wird pflegerwissenschaftliche Forschung je nach thematischen Bezügen und Problemstellungen in stets neuen interdisziplinären Kombinationen stattfinden. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass die Pflegerwissenschaft im Prozess interdisziplinärer Zusammenarbeit noch vor Klärung ihrer disziplinären Gestalt sich verändern wird.

4 Die markantesten Entwicklungsmomente sind diese: 1923 der in die Annalen der amerikanischen Pflegegeschichte eingegangene, von der Rockefeller Foundation finanzierte »Goldmark Report«, veröffentlicht unter dem Titel »Nursing and Nursing Education in the United States«. In der Folge wurden etliche universitäre Schools of Nursing gegründet. – 1948 der von der Carnegie Stiftung finanzierte »Brown Report«, veröffentlicht unter dem Titel »Nursing for the Future«. – 1963 der »Surgeon General's Report«, veröffentlicht unter dem Titel »Toward Quality in Nursing: Needs and Goals«. In engem Zusammenhang ist damit der Nurse Training Act von 1964 zu sehen. Vgl. Doheny, Cook & Stopper 1997.

5 Siehe zur Information: Lower Saxony Research Network Design of Environments for Ageing: <http://www.altersgerechte-lebenswelten.de/index.php?id=21&L=1>

Anders stellt sich das Problem einer disziplinären Logik der Pflegewissenschaft nicht als Forschungsdisziplin, sondern als Einheit der Ausbildung mit beruflichen Verwendungsmöglichkeiten, kurzum als *Lehrgebiet* dar. Aus diesem Blickwinkel erheben sich Fragen nach der bislang nicht geklärten internen Wissenschaftssystematik. Es dürfte unstrittig sein, dass Pflegewissenschaft einen multidisziplinär hochgradig aggregierten Wissenskorporus besitzt, dessen spezifische Inhalte je nach Ausbildungsrichtung und Ausbildungsziel eines Referenzstudienganges und je nach disziplinärer Verankerung in einer wissenschaftlichen Organisationseinheit unterschiedlich aussehen kann. Hier nun stellt sich die Frage nach dem *Bündelungsprinzip* bzw. den *Rekonstruktionsprinzipien* bezugswissenschaftlich unverzichtbarer Wissensbestände, insbesondere aber nach der handlungswissenschaftlichen Logik, derer gemäß die Fachinhalte der zu lehrenden Bezugsdisziplinen nach Relevanzkriterien geordnet und gelehrt werden.

Rekonstruktionsprinzipien dienen nicht allein der Begründung einer Fachsystematik, sondern auch der Strukturierung eines Curriculums der Disziplin. Auch hier geht es um eine Ordnung nicht nur theoretischen, sondern auch kontextgebundenen Wissens, jedoch strukturiert unter logischen Gesichtspunkten ihrer Darstellung und Aneignung mit dem Ziel einer wissenschaftlichen Befähigung zur erfolgreichen Lösung praktischer Probleme. Auf welchem theoretischen Integrationsniveau dies (in einem gestuften Prozess) geschehen kann, ist ungeklärt. Was für eine Vielzahl praktischer oder Handlungswissenschaften wie Medizin, Sozialarbeit, aber auch für Ingenieurwissenschaften gilt, betrifft auch die Pflegewissenschaft. Sie alle stehen vor dem »Problem, rekombinierbare disziplinäre Wissensbestände lehrbar und studierbar zu machen, also zersplitterte Wissensbestände zu systematisieren, um überhaupt eine professionelle Ausbildung zu ermöglichen.« (Becker 1998, 47). Weitere damit zusammenhängende Herausforderungen lauten, auf methodologischer Ebene das Verhältnis natur-, sozial- und geisteswissenschaftlicher Bezüge zu klären – eine Herausforderung, der sich auf professionelle Eingriffe spezialisierte Wissenschaften stets konfrontiert sahen.

Dabei sollte Interdisziplinarität nicht mit interprofessioneller Zusammenarbeit unter gemeinsamen Arbeitszielen verwechselt werden. Interprofessionalität wird ohne den Perspektivenreichtum interdisziplinär geteilten Wissens eher unwahrscheinlich sein. Um aber Interprofessionalität im Tätigkeitsbereich von Gesundheitsberufen einschließlich Medizin auch tatsächlich institutionalisieren zu können, bedarf es ganz bestimmter, über fachliche Schnittmengen hinausweisender Kernkompetenzen, zu denen vorrangig die methodische Beherrschung von Fallanalyse und Fallarbeit gehören. Wir sehen darin eines der wich-

tigsten Bündelungsprinzipien pflegewissenschaftlich relevanter Wissensbestände und eine wesentliche Voraussetzung, »das Profil der eigenen Disziplin weiter zu schärfen, um den konkreten und unverwechselbaren Beitrag einer professionalisierten Pflege für das Gesundheitssystem zu verdeutlichen und weiterzuentwickeln.« (Hülksen-Giesler et al. 2010, 222).

Dies führt uns zu einer abschließenden Überlegung. Mit dem Prinzip der Interdisziplinarität sollte nicht nur ein Orientierungshorizont für große Teile pflegewissenschaftlicher Forschung aufgewiesen werden. Interdisziplinarität scheint uns auch das nicht wegzudisputierende Charakteristikum eines unter Relevanzgesichtspunkten strukturierten pflegewissenschaftlichen Wissenskanons zu sein. Jedoch auf welche disziplinären Merkmalsdefinitionen wird eine Pflegewissenschaft sich stützen können, um den Status einer vollgültigen, eigenständigen Disziplin geltend machen zu können? Eine Antwort auf diese Frage hat sich zunächst vorbereiten lassen durch eine historische Rekonstruktion des in der us-amerikanischen Pflegewissenschaft geführten wissenschaftsphilosophischen Diskurses. Darin wurde deutlich, dass sich Entwicklung, Selbstverständnis und Erkenntnishaltung der Disziplin nur in engem Bezug zu einem gesellschaftlichen Subsystem und einer in diesem Subsystem sich ausdifferenzierenden Profession begreifen lassen. Dieser in unseren Augen theoretisch zwar noch unzureichende Begründungsanspruch macht jedoch den Weg frei für einen diskursiven Selbstverständigungsprozess, in dem sich das disziplinär Genuine und Eigenwertige der Pflegewissenschaft auf phänomenologischem Wege einer eidetischen Reduktion dessen, worin das im Vergleich mit anderen Disziplinen oder Professionen Einmalige und Unverwechselbare pflegerischer Praxis sich wird auffinden lassen. Wir sind der Auffassung, dass dieser unverwechselbare, nach einer umfassenden und differenzierten Verwissenschaftlichung verlangende »Kern« in dem besteht, was als pflegerisches »Arbeitsbündnis« (Behrens & Langer 2006) oder als *Beziehungsarbeit* apostrophiert wird. Alle weiteren denkbaren pflegerischen Aufgaben und Funktionen empfangen letztlich im Rekurs auf dieses Zentrum ihren Sinn. Was hat es mit diesem Zentrum auf sich?

Stets ist Pflege, unabhängig davon, ob es sich um eine professionelle oder informelle Leistung handelt, durch ganz bestimmte Anlässe charakterisiert, die mit Entwicklungs- oder Störungseigenschaften der biopsychosozialen Lebensseinheit eines Menschen (vorrangig im Falle von Einschränkungen, Erkrankungen, Leiden oder Gebrechen) assoziiert sind. Aus Störungen beispielsweise resultieren Bedürfnisse nach Unterstützung bei der Wiederherstellung jener

Lebenseinheit bzw. nach Aufrechterhaltung auf einem möglicherweise eingeschränkten, aber tolerablen Niveau. Von diesen elementaren Strukturmerkmalen ausgehend kann Pflege als eine an Grundbedürfnissen hilfebedürftiger Menschen ansetzende Beziehungsarbeit verstanden werden. Diesem Charakteristikum genügen vorrangig in sozialwissenschaftlichen Begriffsbildungen interaktionistischer oder kommunikationstheoretischer Provenienz entfaltete Theorien pflegerischen Handelns jedoch nicht. Denn allen als Pflege präzifizierbaren helfenden Beziehungen eignet ein physisch-körperliches Substrat mit einer spezifisch sinnlich-leiblichen Anschaulichkeit und einer darin fundierten affektuellen Komponente. Hinsichtlich wesentlicher Unterscheidungsmerkmale ist daher pflegerisches Handeln primär Handeln sowohl am als auch mit dem Körper als einer vorsprachlichen Entität. (vgl. Remmers, Busch & Hülsken-Giesler 2004, Hülsken-Giesler 2008, Friesacher 2008).

Gewiss: Dieses Charakteristikum teilt Pflege mit der Medizin. Gleichwohl hebt sie sich vom heilkundlichen System der Schulmedizin unter zwei entscheidenden Gesichtspunkt ab: Gegenüber fast ausnahmslos naturwissenschaftlich geschulten Ärzten und damit zusammenhängenden Haltungen sind Pflegepersonen dazu genötigt, sich auf einen Menschen zu beziehen, der – einer gleichsam anthropologisch tiefsitzenden Struktur nach – nicht nur Körper ist, sondern auch Körper hat (Helmut Plessner), also seiner Leiblichkeit gegenüber ein jeweils soziokulturell bestimmtes Verhältnis auszubilden vermag. Der Zugang zum leidenden Menschen wird daher auch ein anderer sein, versteht man Leiden auch als einen Zustand, in dem der regulative Austausch zwischen Organismus und Umwelt⁶ gestört ist und insoweit Fähigkeiten der Selbstregulation (Autopoiesis) auf verändertem Niveau innerviert und gestärkt werden müssen. Der damit zugleich angesprochene rehabilitative Ansatz wird daher stets ein komprehensiver sein. (vgl. Kruse 2009). Damit hängt ein weiteres Differenzkriterium zusammen: Auf Grund jener bereits genannten biopsychosozialen Lebenseinheit des Menschen wird in helfenden Beziehungen auf eine persönlich-emotionale Beteiligung niemals verzichtet werden können. Die Beziehungsszene bräche bei einer innerlich distanzierter Haltung, die fälschlicherweise oft als ein Kennzeichen von Professionalität betrachtet wird, zusammen.

Beziehungsarbeit folgt einer eigenen »Grammatik« bei der Unterstützung und Begleitung von Bewältigungsprozessen mit spezifisch emotionalen Anforderungen eines psychophysischen Engagements. Da sich helfende Beziehungen aber vom physischen Substrat leiblicher Gegenseitigkeit nicht ablösen lassen, bergen sie mehrere Risiken: zum einen Risiken einer Symbiose ohne Schutz vor

6 In Anlehnung an ein beispielsweise in der Gestalttherapie entwickeltes Körpermodell; vgl. etwa H.-P. Dreitzel (1982).

grenzenloser Verausgabung, zum anderen Gefahren des Missbrauchs. Unter restriktiven Rahmenbedingungen mangelnder Ressourcen bestehen Risiken des »Burnout«.

Mit dem Beziehungscharakter von Pflege sind aber noch weitere Probleme assoziiert: Probleme der Diffusität und der Kontrolle. Diffusität resultiert aus dem naturgebundenen Charakter zeitlich zum Teil extrem synchronisierter Tätigkeiten wie: Organisation von Versorgung, leibliche Zuwendung, affektive Balance. In der primären Orientierung an natürlichen, zyklisch wiederkehrenden, jedoch stets variierenden Bedürfnissen sind diese Tätigkeiten zeitlich nur schwer planbar sowie kaum kontrollierbar und, was das Erfolgserleben so erschwert: sie verflüchtigen sich in ihren Resultaten. Denn ihnen fehlt häufig eine materielle Anschaulichkeit (vor allem bei therapeutischer Aussichtslosigkeit, Siechtum, Verfall). Diese Charakteristika anthropologisch nicht hintergebarer Beziehungsarbeit mögen ein Grund sein dafür, dass der Professionalisierung dieses offenbar immer noch die ganze Person in mehreren Wahrnehmungsschichten gleichzeitig affizierenden Kernbereichs der Pflege nicht eine wissenschaftlich besonders herausragende Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Beziehungsarbeit, die immer auch vom Eigensinn, von der natürlichen Selbsttätigkeit des Mit- oder auch Gegenspielers ausgehen muss, rangiert in der Statushierarchie insbesondere therapeutischer Berufe eher niedrig. Sie wird aber auf lineare Zeitstrukturen – ein geradezu klassisches Kennzeichen industrialisierter Arbeits- und Kooperationsformen – nur um den Preis einer Aushöhlung essentieller, nicht nur am messbaren Nutzen (*cui bono?*) orientierter Aufgaben umgestellt werden können. Gegenwärtige Anstrengungen, durch methodische Verfahrensweisen etwa in der Diagnostik, durch strukturierte Interventionen und Wirksamkeitsprüfungen die Professionalisierung weiter voran zu bringen, gehören gewiss zu einem unverzichtbaren Unternehmen der Verwissenschaftlichung, sollten aber über den Umstand nicht hinweg täuschen, dass sie nur einen kleinen Ausschnitt pflegerischer Expertise darstellen. In unseren Augen würde es deshalb zur Professionalisierung dieses Elementarbereichs pflegerischer Aufgaben auch gehören, das im praktischen Umgang mit Anbefohlenen erworbene Wissen, einschließlich die dieses Wissen charakterisierenden, gleichsam in den Gegenstand eingelassenen, qua mimetischem Vermögen konstituierten, im strengen Sinne: vorrationalen Wissensformen sowohl zu rehabilitieren als auch zum Gegenstand einer zunächst einmal phänomenologischen Analyse zu machen.⁷ Das aber wäre nur ein erster Schritt. Betrachtet man die

7 Die hier angesprochenen Wahrnehmungsweisen und Wahrnehmungsvermögen hat vor allem Hülsen-Giesler (2008) in seiner Untersuchung vor Augen. Vgl. ebenso in wissenschaftshistorischer sowie wissenschaftstheoretischer Betrachtung: Böhme (1993, 9-31); Böhme (1997).

inzwischen in anderen Disziplinen auf einem theoretisch wie auch empirisch-methodisch anspruchsvollen Niveau traktierten Fragen zu den Eigentümlichkeiten intuitiver Bewusstseinsleistungen – ein beispielsweise in neueren Strömungen einer empirisch hoch informierten Philosophie des Geistes ebenso wie in fachlichen Spezialisierungen beispielsweise der experimentellen Neuro- oder Kognitionspsychologie thematisierter Fragenkomplex, der näher besehen mitten ins Zentrum pflegewissenschaftlicher Expertisenforschung⁸ führt –, so wird in ersten Umrissen deutlich, mit welchen interdisziplinären Herausforderungen eine allein auf diesen Kernbereich konzentrierte Pflegeforschung konfrontiert sein wird.

Es ist unsere Auffassung, dass zukünftige Pflegeforschung, möglicherweise schon bei eher kleinteiligen experimentellen Beobachtungsstudien, vor allem aber zur Lösung naturgemäß komplexer pflegerischer Handlungsprobleme auf empirische Informationsquellen anderer Fächer auch im Rahmen interdisziplinär anspruchsvoller Forschungs Kooperationen angewiesen sein und bleiben wird. Selbst die Ergebnisse beispielsweise klinischer RCTs werden ohne systematische Anschlüsse an handlungswissenschaftlich informierte, empirisch gesättigte Theoriebestände sich ihrer *Bedeutsamkeit*, die ganz andere Studiendesigns verlangt, schwerlich versichern können.

Welchen Status wird man nun aber einem akademischen Fach zuschreiben können, das auf der einen Seite sich gegenüber benachbarten Fächern disziplinär wird abgrenzen müssen, auf der anderen Seite gleichwohl in der Aggregation eines eigenständigen Wissenskorpus in Lehre und Forschung auf einen engen Austausch mit eben jenen Disziplinen angewiesen ist? Eine – und vielleicht nur eine – Antwort auf diese Frage besteht im Rekurs auf epistemische Besonderheiten einer Handlungswissenschaft, die – neben einer Fülle von Berührungsfächen mit verwandten »Praxisdisziplinen« wie Medizin, Sozialarbeitswissenschaft, abgeschwächt auch mit etlichen Therapiewissenschaften – hinsichtlich ihres identitätsstiftenden Kerns auf pflegerische Arbeitsprozesse zugeschnitten ist, welche ohne jenes mimetische, in körperlich-leibliche Ausdrucksschichten des Gegenüber eingelassene Wahrnehmungsvermögen mit spezifischen Informationsgehalten auf lediglich formale ebenso wie formelhafte Prozeduren herabsänken. Es versteht sich von selbst, dass auf diesen Handlungsradius pflegerische Expertise nicht beschränkt werden kann. Es versteht sich aber ebenso von selbst, dass pflegerischer Expertise, ohne einen das dualistische Konzept der Schulmedizin (Körper als physikalisch-biochemischer Datenträger) übersteigenden epistemologischen Sonderstatus für sich geltend zu

8 Vgl. hierzu die grundlagentheoretischen Ausführungen von Friesacher (2008: 199ff.).

machen, erhebliche professionelle Abgrenzungsschwierigkeiten erwachsen. Diesem Umstand haben wissenschaftstheoretische Statusfragen der Pflegewissenschaft ebenso wie Fragen der innerwissenschaftlichen Theoriebildung Rechnung zu tragen.⁹ Von daher sei abschließend eine gewiss paradox anmutende These formuliert: Angesichts der Komplexität beruflich zu lösender Problem- und Krisensituationen, aber auch angesichts rationeller Fragen der Organisation und Strukturierung adäquater Hilfen in unterschiedlichen administrativen Kontexten, und schließlich: angesichts einer wissenschaftsphilosophisch ebenso wie grundagentheoretisch über den Funktionskreis rein naturwissenschaftlicher Begriffsbildungen hinaus zu entfaltenden Körperlehre als Substrat pflegerischen Handelns, wird man den Status der Pflegewissenschaft in Abgrenzung von »normalen Disziplinen« als den eines transdisziplinären Faches explizieren müssen.¹⁰ Von Transdisziplinarität würden wir, im Anschluss an Mittelstraß (2001), vor allem mit Blick auf einen von der Pflegewissenschaft einzulösenden Anspruch der Verschmelzung paradigmatischer Perspektiven sprechen. Die Frage, ob sich mit dem Konzept einer Transdisziplinarität die ursprüngliche Idee einer Einheit der Wissenschaften als deren Integration (Mittelstraß 1992) werde realisieren lassen, ist wohl eine interessante, aber an dieser Stelle abwegige. Hier geht es allein darum, die Idee der Transdisziplinarität für das Selbstverständnis und das Organisationsprinzip einer Wissenschaft in Anspruch zu nehmen, deren politischer Auftrag und gesellschaftliche Legitimation primär in der Sicherstellung und fortlaufenden Verbesserung wissenschaftlich informierter und beruflich verantwortlicher Expertise begründet ist.

4. Fruchtbarkeit interdisziplinärer Dialoge – ein Blick auf die Beiträge

Die in diesem Band versammelten Beiträge stehen in einem mehr oder weniger engen Zusammenhang mit empirischen und theoretischen Untersuchungen, die gegenwärtig in der Arbeitsgruppe Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück vorgenommen werden. Einige Arbeitserträge sind direkt in diese Sammlung eingeflossen. Insgesamt repräsentieren die Beiträge ein thematisches Spektrum, in dem wir die pflegewissenschaftliche Arbeit auch in Zukunft weiter

9 Wir nehmen mit Interesse und Sympathie zur Kenntnis, dass eine Pflge-theoretikerin der jüngeren Generation die von uns ins Zentrum gerückten Fragen eines epistemologischen Sonderstatus der Pflegewissenschaft, resultierend aus einem komplizierten Verhältnis zwischen praktischem Wissen und verwissenschaftlichtem Wissen, zum Ausgangspunkt der Theoriebildung nimmt. Vgl. Kim (2000, insbes. Introduction).

10 Ähnlich lautet die Argumentation von Luhmann (1991, 459), der wir uns hier anschließen.

zu entfalten gedenken. Wir möchten im Folgenden einen kurzen zusammenfassenden Überblick über die hier publizierten Arbeiten geben, die für uns als pflegewissenschaftliche Inspirationsquellen für die Theoriebildung und zukünftige Forschung von hohem Wert sind und unseren vorstehenden konzeptionellen Überlegungen eine gewisse Plausibilität in der Gesamtschau verleihen können.

Teil I: Krankheit und Krankheitsbewältigung

Es sind wahrscheinlich staatliche, soziotechnische Ordnungsimperative, die wissenschafts- und kulturgeschichtlich zu einer auch sozialrechtlich übernommenen Dichotomisierung von Krankheit und Gesundheit geführt haben. Aus einer historisch-anthropologischen Perspektive weisen *Farideh Akashe-Böhme und Gernot Böhme* am Beispiel chronischer Krankheit solche Dichotomisierungen als atavistisch zurück. Vielmehr empfiehlt es sich, die *conditio humana* als die eines riskierten Lebens zu betrachten, weil Einschränkungen und Behinderungen in der einen oder anderen Weise etwas Normales darstellen. Insoweit legt sich auch ein nicht-utopischer Gesundheitsbegriff nahe, in dem das Streben nach Gleichgewichten mit der Fähigkeit des Erleidens als eines Könnens große Bedeutung gewinnt. Im Umkreis einer Theorie der »pathischen Existenz« zeichnet sich Leben stets durch Bewältigung der Begrenzungen menschlichen Seins in seinen vitalen Funktionen und Sinnesleistungen aus. In diesem Lichte muss auch die Bewältigung einer Krankheit als Bestandteil der Lebensführung betrachtet werden; als eine Weise, Leben neue Form und vernünftiges Maß zu geben. In unserer technischen Zivilisation mit ihren Machbarkeitsutopien werden jedoch diese Haltungen, die eine »Billigung von Abhängigkeit« einschließen, ausgezehrt.

Am Beispiel der japanischen Kultur einer *Amae* zeigen *Farideh Akashe-Böhme und Gernot Böhme*, dass überzogene Ansprüche einer alle natürlichen Grundlagen abstreifenden Selbständigkeit menschlichen Lebens an jenen anthropologischen Tatsachen seiner sozialen Angewiesenheit scheitern müssen. Aus dieser Perspektive kritisieren sie theoretische Modelle der Pflege, in denen zur Rechtfertigung professioneller Eingriffe von einem »Selbstpflegedefizit« ausgegangen wird. Defizitär erscheint ihnen vielmehr eine Disziplin, die sich ihrer sozialanthropologischen Fundamente – einer »Praxis gegenseitiger Fürsorge, die auch sonst das Zusammenleben von Menschen bestimmt« – nicht mehr zureichend bewusst ist. Unterstrichen wird dagegen, dass es sozial unaufgebbare Formen der Solidarität und des Schutzes gibt, die ebenso für die

Krankheitsbewältigung essenziell sind und aus diesem Grunde eine Verabschiedung von Fiktionen eines autonomen Subjekts verlangen.

Realität oder Fiktion – für hartgesottene Empiristen scheint nur das Wirklichkeit zu sein, was sie in methodisch präzisiertem Zugriff als Datensätze in Händen halten. Dass die soziale Welt des Kranken sich aber auch in einer anderen Weise zu erkennen gibt, etwa durch Literatur oder darstellende Kunst, wird häufig mit dem Verweis auf die darin zum Ausdruck gebrachte Subjektivität, Spontaneität, Phantasie als Fiktion entkräftet – ohne Bewusstsein dafür, dass in der Sprache der Lyrik, des Dramas oder des Romans eine *Lebenswelt* in genau ihrer eigenen semantischen Kapazität erschlossen und in dieser Weise der »Komplexität der gespeicherten kulturellen Inhalte, der Deutungs-, Wert- und Ausdrucks muster« authentisch zur Darstellung verholphen wird.¹¹

Mit seinem Beitrag eröffnet *Dietrich von Engelhardt* ein ungewöhnlich breites Panorama der literarischen Verarbeitung all jener Themen, die uns in medizinsoziologischer bzw. -psychologischer Forschung stets aufs Neue begegnen: jene komplizierten Beziehungen und Interaktionsverhältnisse zwischen Kranken und Gesunden in ihrer Auseinandersetzung mit Krankheit, körperlich-seelischem Verfall, Sterben und Tod. Dabei erweist sich gerade die Literatur als ein sozialwissenschaftlich kaum nachahmbarer Seismograph menschlichen Verhaltens in Krisensituationen, das von sensibler Unterstützung und Solidarität, freundschaftlicher Hingabe und Liebe, inneren ethischen Reifungs- und Wachstumsprozessen derer, die Fürsorge als Partner übernehmen, bis hin zu herrschaftlichen und zerstörerischen Übergriffen, ja sogar unvorstellbar verbrecherischen Akten kranker Personen reichen kann. An vielfältigen Konstellationen im Verhältnis von Gesunden und Kranken und ihren bis ins Absurde gesteigerten Krankheitsbewältigungsversuchen zeigt *von Engelhardt*, dass im Gegensatz zu den künstlichen Abstraktionen der Wissenschaft, »die mit dürren Händen Blut und Saft des wirklichen Lebens einzufangen trachten, ohne es doch je zu erhaschen«¹², literarische Objektivationen eine Informations- und Erkenntnisquelle sui generis von Lebensphänomenen im historischen Gestaltwandel des sozialen Alltags sind. Im Vergleich mit der Medizin steht das Genre einer literarisierten Pflege noch aus.

Dennoch wird man sagen können, dass die durch Max Weber in Folge seiner Nietzsche-Rezeption und der damit einhergehenden Problematisierung neuzeitlicher okzidentaler Rationalitätskonzepte aufgebaute Skepsis ein nachhalti-

11 So Habermas 1981, Bd. II, 191.

12 Weber 1919: 595.

ges Echo in etlichen Wissenschaften und ihren grundlagentheoretischen Fächern bewirkt hat – bis hinein in therapeutische, insbesondere psychotherapeutische Strömungen und Schulbildungen. Unter Gesichtspunkten grundlagentheoretischer Fundierung der Pflegewissenschaft als Handlungswissenschaft dürften beispielsweise die Einflüsse fernöstlicher Heilsanschauungen, die sich gegenwärtig in einer starken Hinwendung auch psychotherapeutischer Ansätze zu Spiritualität und Kontemplativität bemerkbar machen, besonders hervorzuheben sein.

Aus der Perspektive psychotherapeutischer Eingriffe erweisen sich gegenwärtige Forschungen zur Aufmerksamkeitsregulation (Achtsamkeit) als hoch relevant, da hier Fragen im Zentrum stehen, welche Bereitschaft vorhanden ist, »die von einer Situation hervorgerufenen psychischen Zustände bewusst zu erleben.« *Manuel Waldorf, Karl Heinz Wiedl und Henning Schöttke* gehen diesen für gesundheitsbezogenes professionelles Handeln wichtigen methodischen Fragen in ihrem Beitrag nach. Sie führen zunächst in die Grundbegriffe der *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) ein, deren Kern die nicht-bewertende Akzeptanz ist. Bei der Bewertung etlicher Therapiestudien beschränken sich die Autoren auf ein durch Menschen mit Psychose-Symptomen charakterisiertes Anwendungsspektrum unter der Frage, welche stabilen Langzeitpräferenzen ohne Gefühlsunterdrückung aktiviert werden können.

Als erfolgreich hat sich das ACT insbesondere bei Ängsten und Depressivität erwiesen. Klarheit dürfte auch darin bestehen, dass die Methodik des ACT besonders für Berufsgruppen mit intensiven, lang andauernden Patientenkontakten geeignet ist. Der empfohlene Gebrauch von Metaphern in der Patienten-Kommunikation ist Pflegefachkräften keineswegs fremd, jedoch ebenso schulungsbedürftig wie die wertorientierte Gesprächsführung und das Vorleben eigener Achtsamkeit im Stations- oder Heimalltag. Therapeutische Effekte belegen, dass die Abwendung von operativ-zielorientierten Kriterien sinnvoll sein kann. Die Adaption dieses therapeutischen Ansatzes, beispielsweise in Form eines achtsamkeitsbasierten Trainings, liegt daher auch für die Konzeptentwicklung der Pflege – keineswegs beschränkt auf das psychiatrische Setting – nahe.

Weniger mit methodisch-konzeptionellen, als vielmehr mit subjektiven Aspekten der Krankheitsverarbeitung beschäftigen sich *Martina Ludwig, Josef Rogner und Susanne Windhagen* in ihrem Beitrag, der auf das Erleben und Bewältigen einer chronischen Erkrankung wie Multiple Sklerose zugeschnitten ist. Eine zentrale Frage ist, wie die Betroffenen mit den die Krankheit charakterisierenden, das Alltagsleben stark beeinträchtigenden Stressoren wie Schmerzen, kör-

perliche Veränderungen oder Fatigue umzugehen lernen. Dies ist eine für die pflegerische Begleitung, Unterstützung und Schulung dieser Menschen höchst bedeutsame Frage. Den Autoren geht es darum, jene für die richtige Unterstützung dieser Patienten wegweisenden Faktoren empirisch zu überprüfen, die bei der Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle spielen. Sehr plausibel konzentrieren sie sich dabei auf das Selbstkonzept, verstanden als das Resultat der in sozialen Interaktionen gewonnenen Erfahrungen mit sich selbst und dem eigenen Körper, das durch symptomatische Begleiterscheinungen einer MS erheblich gestört wird. Zwei Fragen sind Wegweisend: zum einen welche Rolle das Selbstkonzept bei der Krankheitsverarbeitung als emotionaler, kognitiver und/oder aktionaler Vorgang spielt; zum anderen wie die Erfahrung einer chronischen Erkrankung in das Selbstkonzept integriert wird.

Ergebnisse ihrer Studie zeigen, dass das Ausmaß der Diskrepanz zwischen aktuellem und erinnertem Selbstbild Auswirkungen darauf hat, wie stark mit einem depressiven Krankheitsverarbeitungsstil zu rechnen ist. Vieles spricht dafür, dass sich das Selbstkonzept als eine Schlüsselvariable zum Verständnis des verminderten Wohlbefindens bei einem Patienten mit Multipler Sklerose erweist, dessen Anpassung an die Anforderungen seiner chronischen Erkrankung weniger gut gelingt. Es liegt auf der Hand, dass Pflegekräften (neben nächststehenden Personen) im Rahmen der zu leistenden sozialen Unterstützung, ermutigenden Zuwendung und Schulung eine Schlüsselrolle bei der Stabilisierung des Selbstkonzepts zukommt. Sie werden von diesen Erkenntnissen profitieren.

Freilich – darauf machen auch *Ludwig, Rogner und Windhagen* aufmerksam – benötigen gut abgestimmte therapeutische und pflegerische Interventionen präzise Kenntnisse über die charakteristische Bedürfnislage bestimmter Patienten. Diesem Aspekt gehen *Martina Holtgräwe und Christiane Pinkert* in besonderer Weise nach bei ihrer Untersuchung der spezifischen Belastungssituation und der ersten Krankheitsbewältigungsanstrengungen von Frauen mit Brustkrebs während der chirurgischen Primärtherapie. Die beiden Autorinnen interessiert vor allem die Frage, ob es Differenzen oder Gemeinsamkeiten zwischen der Selbsteinschätzung der Bewältigungsformen durch die betroffene Patientin und der Fremdeinschätzung durch die sie betreuende Krankenpflegeperson gibt. Zu den vier identifizierten Belastungsarten gehören: die unmittelbare Belastung durch den chirurgischen Eingriff, Veränderung des Selbstbildes als operatives Ergebnis, die Angst vor Ungewissheit sowie Belastungen durch das soziale Umfeld, das seinerseits in vielen Fällen – und das ist eine geradezu paradoxe Aufgabe der betroffenen Frauen – der Tröstung und Stärkung bedarf.

Im Ergebnis erweisen sich körperliche Beschwerden als weniger belastend im Vergleich mit Fragen der Weiblichkeit. Die starke emotionale Belastungssituation erzeugt große Erwartungen hinsichtlich persönlicher Wertschätzung, Nähe und Unterstützung. Hier scheint das von *Waldorf, Wiedl und Schöttke* untersuchte Methodenrepertoire einer *Acceptance and Commitment Therapy* ebenso bedeutsam zu sein. Während sich die gefundenen Bewältigungsformen der Patientinnen überwiegend mit anderen Forschungsergebnissen decken, kommen *Holtgräwe und Pinkert* jedoch zu einem etwas irritierenden Ergebnis, insofern Pflegekräfte im Umgang mit Ängsten, die kommunikativ ausgeklammert werden, erhebliche Probleme zeigen. Irritierend deshalb, weil sich das Aufgabenprofil der Pflege weit überwiegend als ein psychoemotionales erweist, das offensichtlich vermehrt die systematische Einbeziehung von Angehörigen und ihren Nöten umgreifen muss.

Dass die Bewältigung einer Krankheit auch jene schweren kognitiven Beeinträchtigungen, die Folge einer neurodegenerativen Erkrankung wie die einer Demenz sind, mit einschließen kann und auf diesem Wege eine Verbesserung der Lebensqualität zu erzielen ist, haben etliche Studien zeigen können. *Bernhard Müßgens und Carolin Finkemeyer* zeigen nun auf, wie zur seelischen Stabilisierung dieses Patientenkreises qualifizierte musikalische und musiktherapeutische Angebote beitragen können – und wie dabei Musik auch den Pflegepersonen ihre anspruchsvollen und verantwortungsvollen Aufgaben erleichtern kann.

Erste musikalische Erfahrungen macht der Mensch durch den Gesang der Mutter. Musik begleitet ihn sein Leben lang bis ins Alter, in dem sie als *die* klassische Alltagsaktivität gilt. Musik ist das hervorragendste Kommunikationsmedium, das einen authentischen Austausch von Gefühlen, Erfahrungen und Erwartungen ermöglicht. Und sie birgt deshalb auch vielfältige Kompensations- und Stabilisierungsmöglichkeiten bei verschiedensten Beeinträchtigungen. Was *Müßgens und Finkemeyer* besonders betonen, ist die erinnerungsaktivierende Funktion der Musik durch kontinuierliche Erlebniserfolge. Dieser Funktion kommt die Plastizität neurobiologischer Strukturzusammenhänge entgegen.¹³ So erscheinen Menschen mit Demenz während des Singens orien-

¹³ Da der Begriff Plastizität zu den neurobiologischen Schlüsselbegriffen gehört, bedarf er einer knappen Erläuterung. Es werden darunter bis ins Alter (»adulte Neurogenese«) fortbestehende Phänomene der »Formbarkeit« des Gehirns auf Grund dynamischer Zusammenhänge kognitiver Funktionen und fluider hirnologischer Strukturen verstanden. Charakteristikum der Plastizität sind zeitliche Veränderungen der Hirnstruktur, die durch Verluste ebenso wie durch Zugewinne gekennzeichnet sind (Kempermann 2007). Für das hohe Alter indes scheinen gewisse Grenzen der auf Plastizität beruhenden Gesetzmäßigkeiten einer »selektiven Optimierung mit

tierter und gesünder. Die vokale Lautbildung wirkt als physische Stimulanz. Noch deutlicher macht sich die Plastizität hirnpfysiologischer Organfunktionen bei rhythmischen Bewegungen des Tanzes bemerkbar, bei denen ausgedehnte Strukturen des Gehirns möglicherweise neu belebt und neu verschaltet werden. Die Autoren können gut begründen, warum qualifizierte musiktherapeutische Angebote für Ältere, gleich welchen Gesundheitszustandes, im Privathaushalt oder im Heim, hilfreich sind. Sie machen aber auch deutlich, dass die musikalische Aktivierung der Erinnerung mit Risiken belastet ist: der Schmerzhaftigkeit negativer Erinnerungen (Krieg) oder der Missbilligung positiv assoziierter Erinnerungen (NS-Zeit).

Teil II: Umgang mit Alter, Altern und Lebensende

Es ist in jüngster Zeit wiederholt auf Grund empirischer Befunde darauf hingewiesen worden, dass kulturelle Deutungen und Bilder des Alters einen erheblichen Einfluss auf dessen gesellschaftliche Institutionalisierung, mithin auch auf Zuteilungsbereitschaften gesundheitlicher Versorgungsleistungen sowie Einstellungen professioneller Helfer haben.¹⁴ Diesem Aspekt nähert sich *Andreas Kruse* in seinem komparatistisch ausgerichteten Beitrag, in dem er die kulturelle Verschiedenartigkeit heraus arbeitet, in der sich Gesichter des Alters und dahinter stehende Deutungen präsentieren. Kulturelle Prägungen stellen gleichsam einen transzendentalen Rahmen der empirischen Erkenntnis und gesellschaftlichen Bewertung von Potenzialen des Alters dar. Das ist keineswegs unerheblich. Denn es zeigt sich, dass je nach kulturell dominantem Einstellungs- und Wertesystem beispielsweise Phänomene der Biomorphose des Alterns entweder auf Verminderungen physiologischer Anpassungsfähigkeit beschränkt oder aber gleichzeitig auch psychologische und soziale Entwicklungspotenziale registriert werden. Biologische Befunde einer prinzipiell beeinflussbaren Plastizität des Alterns sind insoweit keine neutralen Befunde, sondern unterliegen soziokultureller Akzeptanz.

Auch wenn in Deutschland eine gewisse »Reserviertheit« gegenüber dem Alter prägend ist, so scheinen sich mehr und mehr Entwürfe einer selbständigen Lebensführung im Alter in den Vordergrund zu schieben. Dabei stellen Balancen zwischen Selbstverantwortung, Mitverantwortung und Verantwortung der Gesellschaft eine große Herausforderung dar. Nach den hier präsentierten Be-

Kompensation« wegen einer »noch langfristig unfertigen biokulturellen Architektur des Vierten Alters« zu bestehen. (Baltes 2007, insbes. 32f.).

¹⁴ Walter & Remmers 2010.

funden können solche Tendenzen in Brasilien mit einer stark jugendzentrierten Kultur nicht festgestellt werden. Einen Kontrast dazu bildet die Bewertung des Alters in Japan als eine durch lange Tätigkeit ausgezeichnete sinnerfüllte Lebensphase, die gleichwohl normativ mit Abhängigkeit als etwas Natürliches assoziiert wird. Demgegenüber scheint in Frankreich das Generationenverhältnis ausgeglichener, bezeichnenderweise die Pflege älterer Menschen stärker individualisiert zu sein. Und schließlich erweist sich Norwegen von seiner geradezu vorbildlichen sozialen Versorgungsstruktur her als das europäische Land, in welchem dem Alter mit Respekt und großer Verantwortung begegnet wird – ein Zusammenhang, der hinsichtlich der Gesundheitsprofessionen Ethos bildend sein dürfte. Die Ergebnisse der Studie zeigen insofern auch die Dringlichkeit an, ebenso komparatistisch Altersbilder von Gesundheitsprofessionen im internationalen Kontext zu untersuchen.

Der Plastizität von Alternsprozessen widmen auch *Henning Schöttke, Bärbel Küpers und Karl Heinz Wiedl* besondere Aufmerksamkeit, jedoch aus der Perspektive der Coping-Forschung, deren Ergebnisse ebenso wegweisend sind für eine grundlagentheoretische Fundierung pflegerischer Aufgaben und Kompetenzen. Alternsprozesse – das ist die hier favorisierte Sichtweise – lassen sich zureichend nur verstehen im konzeptionellen Rahmen der Lebensspannenpsychologie. Um darüber hinaus erfolgreiches Altern trotz Einschränkungen analytisch fassen zu können, empfiehlt sich das von Baltes und Mitarbeitern entwickelte Modell der »selektiven Optimierung mit Kompensation« (SOK). Das Modell adressiert insbesondere bestimmte Ausgleichsstrategien, die der Regulation von Verlusten dienen, beispielsweise durch den Aufbau sozialer Netzwerke mit emotionalem bzw. praktischem Unterstützungsgewinn.

Dem gegenwärtigen Forschungsstand zur Bewältigung (coping) altersassoziierter Belastungen zufolge kommt es vorrangig auf Anpassungsleistungen an. Dies können kognitive, auf Umdeutungen bzw. positiven Bewertungen beruhende Verarbeitungsformen unerwünschter Erlebnisse sein. Sie lassen sich vor allem im stationären Bereich der Altenhilfe präventiv nutzen. Religiosität wäre eine dieser Verarbeitungsformen. Eine andere wäre, bei älteren Paaren anscheinend weniger häufig praktiziertes, dyadisches Coping; ein Befund, der gewiss weiterer empirischer Klärung bedarf. Die Autoren machen deutlich, dass das SOK-Modell von zentraler Bedeutung für die Pflege ist: beispielsweise für einen präventiven Aufbau von Ressourcen, die Förderung von Eigenständigkeit, aktive, auch körperbezogene Coping-Strategien; nicht zu vergessen die besonders im Alter akuten Verarbeitungsprozesse von Verlust und Trauer, die zwar auch als Chance gedeutet werden können, gleichwohl seitens professioneller Helfer

viel Empathie verlangen. Abgesehen davon, dass altersspezifische Klassifikationen (ICD) psychischer Störungen fehlen, kommt der Pflege hinsichtlich ihrer Prävention oder ihrer adjunkten Behandlung wachsende Bedeutung zu, insbesondere im kompensatorischen Rahmen (SOK) der kommunikativen Präsentation von Gefühlen.

Fragen des Umgangs mit Gefühlen nähert sich *Susanne Kreutzer* in ihrem Beitrag aus einer anderen, einer pflegehistorischen Perspektive. Ihr Blick richtet sich jedoch nicht auf pflegebedürftige Menschen, sondern auf die sie betreuenden und unterstützenden, Fürsorge leistenden Frauen im Umkreis der kirchlichen Krankenpflege. Dabei stehen zwei Fragen im Mittelpunkt: Was leistet zum einen der institutionelle Rahmen des Diakonissenhauses, zum anderen der christliche Glaube als Hilfe bei der Bewältigung täglicher Belastungen im Umgang mit schwer kranken und sterbenden Menschen? Denn rückblickend wird man sagen können, dass der Belastungsgrad einer Diakonisse auch wegen des christlichen Konzepts einer »Einheit von Leibes- und Seelenpflege« ein großer, die Balance zwischen Nähe und Distanz – ein Kennzeichen von Professionalität – eine häufig prekäre war. Immerhin wurde seit Anbeginn der evangelischen Krankenpflege eine »Kultur des Sterbens« als ihr Herzstück verstanden. Eine palliative Orientierung war der christlichen Krankenpflege insofern stets immanent.

Doch wie gestalteten sich die Bewältigungsformen damit einher gehender körperlicher und seelischer Belastungen? In ihrem lebensgeschichtlich-interpretativen Zugang zeigt *Kreutzer*, dass häufig das Durchleben früher Erkrankungen sich zu einem Motiv, als Diakonisse berufen zu sein, verdichtete. Das sinnstiftende Motiv solcher Berufungserlebnisse wird durch religiöse Deutungen des Leidens und Sterbens Anbefohlener, durch eine institutionalisierte gemeinsame Sprache sowie durch Ritualisierungen stets aufs Neue bekräftigt. Kommt das Mutterhaus als eine unterstützende Umwelt hinzu, so haben wir es hier mit einem in aller Regel gut funktionierenden, freilich auch durch viele, auch schmerzliche Brüche charakterisierten Coping-System zu tun. Deshalb sind alle rückblickenden Beschönigungen einer von den institutionellen Bedingungen her hoch belastenden Tätigkeit verfehlt.

Susanne Kreutzer hat noch einmal deutlich gemacht, dass es neben der Medizin kaum eine andere Profession gibt, die mit menschlichen Grenzsituationen im Umkreis von Lebensbeginn und Lebensende so unmittelbar konfrontiert ist wie die Pflege. Kaum eine andere Berufsgruppe zeigt sich daher auch von der Frage bewegt, ob Geburt und Tod ausschließlich unter Kategorien der technischen

Beherrschbarkeit oder auch in den Bereich metaphysisch kontingenter Phänomene fallen – eine Frage, die für den Beitrag von *Reinhold Mokrosch* von zentraler Bedeutung ist. Offensichtlich gibt es viele Analogien zwischen Geburt und Tod, vor allem in zeitlicher und existenzieller Hinsicht, die eine Menge Konflikte bergen. Es ist deshalb ein besonderes Anliegen dieses Beitrages, Kriterien für schwierige Konfliktentscheidungen am Anfang und Ende des Lebens auf der Basis einer theologisch-metaphysischen Ethik der ‚Mitgeschöpflichkeit‘ und – in Anlehnung an Dietrich Bonhoeffer – des ‚situativen humanen Kompromisses‘ aufzufinden. Auf dem Hintergrund eines Richtungsstreits protestantischer Bioethiker werden vielfältige Alternativen entwickelt, die sich in einem bereits von Max Weber vorbereiteten Spannungsfeld zwischen Gesinnungsethik und Verantwortungsethik bewegen. Aus der Tatsache, dass schöpfungstheologisch die ‚Gottes(eben)bildlichkeit‘ menschlichen Seins im Zentrum ethischer Überlegungen steht, ergeben sich bemerkenswerte Querverbindungen zu einer impliziten Lehre der Natur, deren Prädikationen im historischen Wandel von grundlegender Bedeutung sind für das wissenschaftliche Selbstverständnis der Medizin einerseits, der Pflege andererseits. Solche Überlegungen sind von Mokrosch zwar nicht intendiert, jedoch: die hier angesprochenen schöpfungstheologischen Implikationen sind Wegweisend für die Konstruktion ethisch bedeutsamer Leidenskategorien, damit häufig (falsch) assoziierter Schuld- und schließlich auch Entscheidungskategorien. Es wird offenbar, dass Fragen der Leidensminderung sowie der menschlichen Würde ebenso wie Fragen der Ausweitung von Therapiemöglichkeiten am Anfang wie auch am Ende des Lebens zwar von Vorstellungen einer ‚Gottes(eben)bildlichkeit‘ des Menschen geleitet, letztlich nur mehr im existenziellen Bewusstsein seiner Fehlbarkeit entschieden werden können – eine Position, die als hilfreich und entlastend empfunden werden kann in Lebenssituationen, in denen »Dauerreflexion« (Helmut Schelsky) schwerlich institutionalisierbar ist.

Teil III: Organisation und Technik

Eher indirekt befassen sich Jutta Busch, Christiane Pinkert, Winfried Hardinghaus und Hartmut Remmers mit pflegerischen Entscheidungs- und Handlungsproblemen am Lebensende in ihrem Beitrag zur Entwicklung und empirischen Fundierung eines Konzeptes zur Optimierung regionaler Palliativversorgung. Im Zentrum ihrer analytischen Befunde stehen vielmehr organisatorische sowie qualifikatorische Rahmenbedingungen, unter denen palliative Interventionen überhaupt erst wirksam werden können. Gewiss ist die Institutionalisierung und Professionalisierung der Palliativversorgung in Deutschland bereits

gut vorangeschritten. Jedoch sind immer noch bestimmte Entwicklungsschwierigkeiten und Barrieren festzustellen, welche die Autorinnen am Beispiel einer ausgewählten Region annähernd flächendeckend empirisch untersucht haben. Es wurden dazu alle in irgendeiner Weise mit der Versorgung von Palliativpatienten befassten Berufsgruppen einschließlich ehrenamtlich Tätige befragt nach dem Stellenwert, den diese Patientengruppe in ihrer Arbeit hat, nach Ausmaß der Vernetzung, der Qualifizierung, nach typischen Schwierigkeiten und nach Visionen für die Zukunft.

Wie auch durch andere Studien belegt, erweist sich Kooperation als das Kernproblem in der Palliativversorgung. Dabei zeigt sich aber, dass eine Differenzierung dieses Kernproblems hinsichtlich unterschiedlicher faktorieller Einflüsse wie: Qualifizierung, Koordination und Kommunikation vorgenommen werden muss. Erst langsam setzt sich die Einsicht durch, dass wir es im palliativen Versorgungsbereich generell mit komplexen Situationen zu tun haben. Die Autorinnen und Autoren zeigen entsprechend deutlich die Notwendigkeit interdisziplinär ausgerichteter Qualifizierungsmaßnahmen auf, die methodische Ansätze interdisziplinärer Fallarbeit ebenso wie monodisziplinäre Ausbildungsanteile umschließen. Der hohe Komplexitätsgrad ist wiederum ein Grund für auffällig häufige Informations- und Koordinationsprobleme im Versorgungsablauf, die zu beseitigen eine Frage zu verbessernder interprofessioneller Kommunikation ist, die freilich auch die Beratung und Unterstützung von Angehörigen, auch hinsichtlich ihrer Entlastungsmöglichkeiten, einzuschließen hat.

Eine der sehr beunruhigenden Erkenntnisse besteht darin, dass die Qualifikation von Pflegekräften in stationären Einrichtungen der Altenhilfe höchst unzureichend ist, zumal diesen Einrichtungen vermehrt Funktionen einer Palliativstation oder eines Hospizes zuzuwachsen scheinen. Besondere Herausforderungen wiederum ergeben sich aus einem steigenden Anteil von Patienten mit geistiger Behinderung oder Demenz, mit AIDS, Obdachlosen und Patienten mit Migrationserfahrung.

Mit der Option, jene nicht allein im Palliativbereich zu verzeichnenden Koordinationsprobleme unterschiedlicher Versorgungsleistungen durch EDV-gestützte Kommunikationsinstrumente zu lösen, beschäftigt sich *Manfred Hülsken-Giesler* in seinem Beitrag zu *Neuen Technologien in der häuslichen Umgebung älterer Menschen*. E-Health, tele-nursing usw. sind Stichworte, die Trends einer Technisierung der Pflege, zunächst auf der Ebene systematischer Pflegeplanung und -dokumentation, markieren. Pflegerische Dienstleistungen werden aber zukünftig auch mit weiteren, beispielsweise assistiven Technolo-

gien in Privathaushalten älterer Menschen gekoppelt. Ziel der Einführung solcher Technologien (Smart Home Technologien im Umkreis von AAL, die bis zur Robotik reichen) ist es, selbständige sowie selbstbestimmte Lebensformen bei bestimmten Beeinträchtigungen oder gesundheitlichen Störungen zu unterstützen und damit zur Verbesserung von Lebensqualität beizutragen. Für *Hülksen-Giesler* eröffnen sich in diesem Zusammenhang verschiedenste Probleme, zu denen nicht nur Fragen der Techniknutzung, Akzeptanz und Kompetenz professioneller Akteure gehören, sondern auch Fragen, welcher Erkenntniswert elektronisch hoch formalisierten diagnostischen Instrumenten auf der Grundlage standardisierter Assessment- und Klassifikationssysteme zugesprochen werden kann in Anbetracht professioneller Grundsätze differenzieller Berücksichtigung des Einzelfalles. Eine andere Frage ist, inwieweit technische Unterstützungssysteme personelle substituieren können bzw. dürfen.

Hülksen-Giesler legt in seinem Beitrag die Ergebnisse einer Anforderungsanalyse vor, die auf dem Wege einer Expertenbefragung im Rahmen eines größeren Forschungs- und Entwicklungsverbundes gewonnen wurden. Dabei erweist sich die Mensch-Maschine-Schnittstelle von entscheidender Bedeutung und eine dementsprechend frühzeitige Einbeziehung potenzieller Nutzer. Bieten assistive Technologien älteren Menschen mehr Sicherheit und Hilfe bei der Verrichtung alltäglicher Lebensaktivitäten, so sind auch Gefühle der Fremdsteuerung oder Kontrolle zu registrieren. Bei der Entwicklung und Implementierung assistiver Technologien im häuslichen Milieu darf nicht nur die Kompensation von Defiziten maßgebend sein, sondern die Stabilisierung und Verbesserung von Kompetenzen. Dieser Aspekt wird zukünftig bei einer verantwortungsvollen Entwicklung und Implementierung assistiver Technologien eine viel größere Rolle spielen müssen.

Zustimmend, jedoch nicht ohne Vorbehalte zeigt *Hülksen-Giesler*, dass die Einführung von IuK-Technologien Potenziale zur Verbesserung der Versorgung einer klar definierten Nutzergruppe birgt: zum einen durch Gewährung einer selbständigen und durch größere Sicherheit ausgezeichneten Lebensform, zum anderen durch technisch effektiveres Ausschöpfen von Koordinations- und Vernetzungsmöglichkeiten verschiedener Dienstleister. Genau damit aber öffnet sich in den Augen *Heiner Friesachers* das Einfallstor für ein bis in die Antriebs- und Motivationsstruktur von Patienten oder Klienten hineinreichendes Machtgeflecht aus Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement. In seinem ebenso institutionenkritisch wie wissenschaftshistorisch ausgerichteten, die Macht-Analytik des späten Foucault adoptierenden Beitrag zeigt *Friesacher*, dass die zwischen 1940 und 1960 hoch in Mode gekommene Kybernetik eine

Art zweite Maschinisierung sämtlicher Lebensbereiche darstellte; dass sie jedoch erst jetzt, nach ihrem wissenschaftskonjunkturellen Abstieg, als ein funktionelles Organisationsprinzip den gesamten gesundheitlichen Versorgungssektor umzustrukturieren vermag. Welche Gestalt nehmen unter dieser Prämisse dann aber die gesundheitswissenschaftlich stets unterstützten Prinzipien wie: «Aktivierung», «Empowerment», «Partizipation» an? Der Analyse Friesachers zufolge mutieren sie zur nur mehr nominalistischen Münze eines frei flottierenden Wertesystems, welches Substantielles (beispielsweise in Gestalt sinnerfüllten Lebens) nicht mehr zu repräsentieren vermag. «Aktivierung» beispielsweise würde dabei herabsinken auf eine lediglich funktionelle Größe, deren monetärer Gegenwert sich als Rationalisierungsgewinn neuer Organisationsformen des Selbst in Verknüpfung mit neuen Organisationsprogrammen wie: Managed Care, Disease Management und Clinical Pathways, Case Management usw. darstellen lasse. Es entspräche dem in diesem Band skizzierten Konzept der Pflegerwissenschaft, die hier vorgelegten Diagnosen nunmehr in einem disziplinär größeren Rahmen empirisch zu überprüfen. Und das in Anknüpfung an das in der älteren Kritischen Theorie programmatisch formulierte Verhältnis zwischen empirisch informierter Theoriebildung und einzelwissenschaftlicher Tatsachenforschung, das Horkheimer (1931) als »fortwährende dialektische Durchdringung« charakterisiert.

Mit der Publikation dieses Bandes verbindet sich der Wunsch, nicht nur einem engeren Fachpublikum, sondern einer größeren Wissenschaftsgemeinschaft pflegerwissenschaftlich bedeutsame Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung, der wir in diesem Zusammenhang die Geisteswissenschaften einmal mit gutem Grund assoziieren möchten, zur Kenntnis zu bringen. Erfreulich wäre es, auf diesem Wege zugleich den theoriengeleiteten kritischen Diskurs in der Pflegerwissenschaft verlebendigen zu können.

Allen Autorinnen und Autoren sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt – auch für die Geduld, die sie angesichts vieler Verzögerungen bei der Drucklegung aufgebracht haben. Dank sei auch Kathrin Andrees für ihre technische Unterstützung ausgesprochen.

Literaturverzeichnis

- Apostel, L., Berger, G., Briggs, A. & Micheaud, G. (Hrsg.) (1972): *Interdisciplinarity. Problems of Teaching and Research in Universities*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD).
- Balsiger, Philipp W. (2005): *Transdisziplinarität*. München: Fink.
- Baltes, P. B. (2007): Alter(n) als Balanceakt. Im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde. In: Gruss, P. (Hrsg.): *Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft*. München: Beck, S. 15–34.
- Becker, E. (1998): Theorien gegen das Veralten der Universität. In: Olbertz, J.-H. (Hrsg.): *Zwischen den Fächern – über den Dingen? Universalisierung versus Spezialisierung akademischer Bildung*. Opladen: Leske + Budrich, S. 35–71.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006): *Evidence-based Nursing and Caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«*. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl., Bern: Hans Huber.
- Berg, A., Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1998): Nurses' reflections about dementia care, the patient, the care and themselves in their daily caregiving. In: *International Journal of Nursing Studies*, 35, pp. 271–282.
- Böhme, G. (1993): *Am Ende des Baconschen Zeitalters. Studien zur Wissenschaftsentwicklung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Böhme, G. (1997): *Wissenschaft*. In: Ders.: *Einführung in die Philosophie. Weltweisheit, Lebensform, Wissenschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag, S. 62–77.
- Brand, Frank / Schaller, Franz / Völker, Harald (Hrsg.) (2004): *Transdisziplinarität. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Defila, R. & Di Giulio, A. (1990): *Evaluating Transdisciplinary Research – Evaluation Criteria for Inter and Transdisciplinary Research*. In: *Panorama. Special Issue 1/99*.
- Dickoff, J. & James, Pa. (1971): *Clarity to What End?* In: Nicoll, L. H. (Ed.) (1992): *Perspectives on Nursing Theory*. 2nd ed. Philadelphia u.a.: Lippincott. S. 53–63.
- Doheny, M. O'Bryan, Cook, C. Benson & Stopper, M. C. (1997): *The Discipline of Nursing. An Introduction*. Fourth Edition. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Donaldson, S. K. & Crowley, D. M. (1978): *The Discipline of Nursing*. In: Nicoll, L. H. (Ed.) (1992): *Perspectives on Nursing Theory*. 2nd ed., Philadelphia u.a.: Lippincott. S. 204–215.
- Dornheim, J., van Maanen, H., Meyer, J.A., Remmers, H., Schöniger, U., Schwerdt, R. & Wittneben, K. (1999): *Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft*. In: *Pflege und Gesellschaft* 4(4), S. 73–79.
- Dreitzel, H. P. (1982): *Der Körper in der Gestalttherapie*. In: D. Kamper & C. Wulf (Hrsg.): *Die Wiederkehr des Körpers*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ehret, S. (2010): *Potenziale von Menschen mit Demenz: Propulsivität – Begegnungsfähigkeit – Reifen*. In: Kruse, A. (Hrsg.): *Potenziale im Altern. Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft*. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft. S. 331–342.
- Feyerabend, P. (1986): *Wider den Methodenzwang*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Friesacher, H.: *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Bd. 2 der Schriftenreihe *Pflegewissenschaft und*

- Pflegebildung*, hrsg. v. H. Remmers. V & R unipress, Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück.
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*, 1. u. 2. Bd. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hackhausen, H. (1987): ›Interdisziplinäre Forschung‹ zwischen Intra-, Multi- und Chimären-Disziplinarität. In: Kocka, J. (Hrsg.): *Interdisziplinarität. Praxis-Herausforderung-Ideologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 129–145.
- Horkheimer, M. (1931): Die gegenwärtige Lage der Sozialphilosophie und die Aufgaben eines Instituts für Sozialforschung. In: Ders.: *Sozialphilosophische Studien. Aufsätze, Reden und Vorträge 1930–1972*, Frankfurt/M.: Fischer, 1972, S. 33–46.
- Hülken-Giesler, M. et al. (2010): Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. In: *Pflege & Gesellschaft* 15(3), S. 216–236.
- Hülken-Giesler, M.: Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Bd. 3 der Schriftenreihe *Pflegewissenschaft und Pflegebildung*, hrsg. v. H. Remmers. V & R unipress, Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück.
- Jantsch, E. (1970): Inter- and Transdisciplinary University: A Systems Approach to Education and Innovation. In: *Policy Sciences* 1(1), pp. 403–428.
- Johnson, D. E. (1968): *Theory in Nursing: Borrowed and Unique*. In: Nicoll, Leslie H. (Ed.) (1992): *Perspectives on Nursing Theory*. 2nd ed. Philadelphia u.a.: Lippincott. S. 112–117.
- Jungert, M. (2010): Was zwischen wem und warum eigentlich? Grundsätzliche Fragen der Interdisziplinarität. In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, Th. & Voigt, U. (Hrsg.): *Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 1–12.
- Kempermann, G. (2007): Nicht ausgeliefert an Zeit und Welt: Die Plastizität des alternden Gehirns. In: Gruss, P. (Hrsg.): *Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft*. München: Beck, S. 35–50.
- Kim, H. S. (2000): *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 2nd. Edition. New York: Springer Publishing.
- Kim, H. S. (1989): *Theoretical Thinking in Nursing: Problems and Prospects*. In: Nicoll, L. H. (Ed.) (1992): *Perspectives on Nursing Theory*. 2nd ed. Philadelphia u.a.: Lippincott. S. 157–167.
- Kirkevold, M. (2002): *Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin*, 1. Aufl., Bern u.a.: Hans Huber Verlag.
- Kliemt, H. (1992): Zur Methodologie der praktischen Wissenschaften. In: Deppert, W. et al. (Hrsg.): *Wissenschaftstheorien in der Medizin. Ein Symposium*. Berlin, New York: de Gruyter. S. 97–114.
- Kocka, Jürgen (Hrsg.) (1987): *Interdisziplinarität. Praxis-Herausforderung-Ideologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kruse, A. (2009): Coping – Anthropologische Überlegungen zur Auseinandersetzung des Menschen mit Aufgaben und Belastungen. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern u.a.: Hans Huber. S.179–205.

- Kruse, A. (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Luhmann, N. (1991): Die Wissenschaft der Gesellschaft. 2. Auflage. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Mannheim, K. (1929): Ideologie und Utopie. 6. Aufl., Frankfurt: G. Schulte-Bulmke, 1978.
- Mittelstraß, J. (1992): Die Stunde der Interdisziplinarität? In: Ders.: Leonardo-Welt. Über Wissenschaft, Forschung und Verantwortung. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 96–102.
- Mittelstraß, J. (2001): Wissen und Grenzen. Philosophische Studien. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Müller, E. & Reipschläger, C. (1997): Die Erstellung eines Klassifikationssystems Pflegewissenschaft für die Bibliothek der Universität Bremen. In: *Pflege* 10(5), S. 292–298.
- Olbertz, J.H. (Hrsg.) (1998): Zwischen den Fächern – über den Dingen? Universalisierung versus Spezialisierung akademischer Bildung. Opladen: Leske und Budrich.
- Raeitel, G. (1988): Geschichte der nordamerikanischen Kultur in drei Bänden. Bd. 2. Weinheim, Berlin: Quadriga.
- Remmers, H. (1999): Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens. In: *Pflege* 12(4), S. 367–376.
- Remmers, H. (2000): Pfliegerisches Handeln - Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern u.a.: Hans Huber.
- Remmers, H., Busch, J. & Hülsken-Giesler, M. (2004): Berufliche Belastungen in der onkologischen Pflege. In: Henze, K.-H. & Piechotta, G. (Hrsg.): Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt/M.: Mabuse, S. 16–47.
- Remmers, H. (2010): Der Beitrag der Palliativpflege zur Lebensqualität demenzkranker Menschen. In: Kruse, A. (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft. S. 117–133.
- Renner-Allhoff, B. & Schaeffer, D. (2000a) (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa.
- Renner-Allhoff, B. & Schaeffer, D. (2000b): Einleitung. In: Dies. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim, München: Juventa, S. 9–13.
- Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.) (2011): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim, München: Juventa.
- Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A. (1997): Pflgetheorien - Beispiele aus den USA. Bern u.a.: Hans Huber.
- Scheler, M. (1926): Die Wissensformen und die Gesellschaft. 3., durchges. Auflage, Bern u.a.: Francke, 1980.
- Schilder, M. (2010): Zur Bedeutung der klinischen Pflegewissenschaft für eine forschungsorientierte Praxisentwicklung. In: *Pflege & Gesellschaft* 15(1), S. 48–64.
- Silva, M. C. & Rothbart, D. (1984): An Analysis of Changing Trends in Philosophies of Science on Nursing Theory Development and Testing. In: Nicoll, L. H. (Ed.) (1992): Perspectives on Nursing Theory, 2nd ed. Philadelphia u.a.: Lippincott. S. 260–272.
- Stemmer, R. (2004): Aktueller Stand und Perspektiven der Pflegewissenschaft. In: *Pflege und Gesellschaft*, 9(4), S. 127–132.

- Sukopp, Th. (2010): Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Definitionen und Konzepte. In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, Th. & Voigt, U. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 13–29.
- Trow, M. (1978): The American Academic Department as a Context for Learning. In: Angewandte Sozialforschung, 6. Jg., H. 1/2. S. 23–34.
- Voigt, U. (2010): Interdisziplinarität: Ein Modell der Modelle. In: Jungert, M., Romfeld, E., Sukopp, Th. & Voigt, U. (Hrsg.): Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 31–46.
- Walker, L. O. (1971): Toward a Clearer Understanding of the Concept of Nursing Theory. In: Nicoll, L. H. (Ed.) (1992): Perspectives on Nursing Theory. 2nd ed. Philadelphia u.a.: Lippincott. S. 29–39.
- Walter, U. & Remmers, H. (2010): Altersbilder in Medizin und Pflege. In: Kruse, A. (Hrsg.) (2010): Leben im Alter. Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik. Festschrift zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Dres. h.c. Ursula Lehr. Akademische Verlagsgesellschaft: Heidelberg, S. 103–115.
- Weber, M. (1919): Wissenschaft als Beruf. In: Ders., Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: Mohr (Siebeck), 4. Auflage, 1973, S. 582–613.