



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**Pflegerische Zuwendung –
eine Konzeptklärung**

verfasst von / submitted by

Erika Foltin, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna, 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Berta Schrems, M.A., Priv. Doz.

Zusammenfassung

Hintergrund: Bei Patient*innen am Bett sitzen, Zuhören, Dasein oder Hand halten, Aspekte der Pflegerischen Zuwendung, unterbleiben oft als Folge nicht vorhandener zeitlicher Ressourcen. Diese Tätigkeiten zeichnen gute und wirksame Pflege aus, werden jedoch vielfach, auch von Pflegenden selbst, als Sonderleistung und nicht zur Pflege gehörend, bewertet.

Problemdarstellung: Pflegerische Zuwendung wird als 'Kunst der *Sorge*', moralisches Ideal und ethische Verpflichtung beschrieben. Sie gilt als *das* entscheidende Unterscheidungsmerkmal der Pflege zu allen anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Innerhalb der englischsprachigen Literatur finden sich geklärte Begriffe zu einzelnen Aspekten der Pflegerischen Zuwendung, die in Fürsorgetheorien, personenzentrierten Modellen und Konzeptanalysen beschrieben werden. In der deutschsprachigen Literatur finden sich unterschiedliche, teilweise ungeklärte Begriffe zur Beschreibung der Pflegerischen Zuwendung. Die unterschiedlichen Begriffsbeschreibungen, nicht vorhandenen Konzeptklärungen und Konzeptanalysen und das Fehlen einer einheitlichen Definition vermitteln ein unklares Bild, was Pflegerische Zuwendung bedeutet.

Ziel und Fragestellungen: Das Ziel dieser Arbeit ist die Konzeptklärung der Pflegerischen Zuwendung in der deutschsprachigen Literatur. Dazu werden folgende Fragestellungen formuliert: „Was bedeutet der Begriff Pflegerische Zuwendung aus der Sicht der professionellen Pflege?“, „Welche deutschsprachigen Konzepte werden in der theoretischen und empirischen Literatur für das Konzept Pflegerische Zuwendung aus der Perspektive der professionellen Pflege innerhalb der wissenschaftlichen Disziplinen der Pflege, der Medizinethik, der Philosophie und der Soziologie beschrieben?“, „Welche auslösenden Ereignisse, Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse auf Patient*innen und Pflegepersonen werden in der theoretischen und empirischen deutschsprachigen Literatur beschrieben?“.

Methode: Die Fragestellungen werden anhand der Methode der Konzeptklärung (*concept clarification*) nach Norris (1982) beantwortet. Die Methode umfasst insgesamt fünf Schritte: Konzeptidentifikation innerhalb der Disziplin der Pflege und an-

derer Disziplinen, Bildung von Kategorien und Hierarchien, Entwicklung einer operationalisierten Definition, Konstruktion eines Modells und Formulierung empirischer Annahmen und Hypothesen. Aufgrund der Beeinflussung der Bedeutung der Pflegerischen Zuwendung durch den jeweiligen kulturellen Hintergrund und Kontext, wird zur Konzeptklärung der Fokus auf die deutschsprachige Literatur gelegt. Im Zuge der Diskussion werden die Ergebnisse der vorliegenden Konzeptklärung den vorhandenen geklärten Begriffen und Aspekten der Pflegerischen Zuwendung innerhalb deutschsprachiger Übersetzungen von Standardwerken zu Fürsorgetheorien und personenzentrierten Modellen gegenübergestellt.

Ergebnisse: Pflegerische Zuwendung ist ein absichtliches, willentliches, bewusstes Sich-Einlassen auf eine Begegnung einer Pflegeperson mit einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation, in der diese Person auf die Pflegeperson angewiesen ist und dieses Angewiesensein im leiblichen Ausdruck zeigt. Die Pflegeperson fühlt sich durch den sicht- und spürbaren leiblichen Ausdruck aufgerufen und lässt sich berühren. Auf der Handlungsebene und der Erlebensebene wird die pflegerische Zuwendung sicht- und spürbar durch das Suchen und Finden von Blicken und dem Gesehen werden als optische Zuwendung, durch (zu)hören und gehört werden als auditive Zuwendung, durch Sprechen (fragen, schweigen) und angesprochen werden (erzählen, schweigen) als sprachliche Zuwendung, durch Berühren und berührt werden als taktile Zuwendung, durch Wahrnehmen und (Nach)erleben der Gefühle und emotional wahrgenommen werden als emotionale Zuwendung und durch verstehen und Verstandenwerden als hermeneutische Zuwendung. Dadurch wird es möglich, das zu hören, was diese bestimmte Person am meisten beschäftigt und was für sie am wichtigsten ist. Durch einen Perspektivenwechsel zur Lebenswelt der Person hin wird das beidseitige Wahrnehmen einer subjektiven Sinn- und Bedeutungszuschreibung, ein Situationsverstehen und die Entwicklung der eigenen Identität möglich.

Schlussfolgerungen - Implikationen für die Praxis: Die operationalisierte Definition ermöglicht eine klare Beschreibung der einzelnen Aspekte der Pflegerischen Zuwendung und eine Benennung der sichtbaren und unsichtbaren pflegerischen Handlungen und Haltungen. Sie stellt die Basis für weitere Diskussionen, Reflexionen, der Ableitung von Variablen und der Formulierung von Hypothesen dar.

Schlüsselbegriffe: Pflegerische Zuwendung, *Sorge*, *Fürsorge*, Konzeptklärung, Konzeptanalyse

Abstract

Background: Sitting at the patient's bedside, listening, being there or holding hands, aspects of the caring encounter in nursing are often omitted as a result of lack of time resources. These activities distinguish good and effective nursing care, but are often evaluated, even by nurses themselves, as a special service and not part of nursing care.

Problem description: The caring encounter in nursing is described as 'the art of care', a moral ideal and an ethical obligation. It is regarded as *the* decisive factor that distinguishes nursing from all other professional groups in the health care system. Within the English literature, there are clear terms for individual aspects of the caring encounter in nursing, which can be found in caring theories, person-centred models and concept analyses. In the German-language literature, there are different partly unclear terms used to describe the caring encounter in nursing. The different descriptions of terms, the lack of *concept clarifications* and concept analyses, and the absence of a uniform definition give an unclear picture of what caring encounter in nursing means.

Aim and Research Questions: The aim of this work is a *concept clarification* of the caring encounter in nursing within German-language literature. The following research questions were formulated: "What does the term caring encounter in nursing from the perspective of the professional carers mean?", "Which German-language *concepts* appear in the theoretical and empirical literature for the *concept* of the caring encounter in nursing from the perspective of professional nursing within the scientific disciplines of nursing, medical ethics, philosophy and sociology?", "Which triggering events, prerequisites, characteristic attitudes and outcomes on patients and caregivers are described in the theoretical and empirical German-language literature?".

Method: The questions are answered using the *concept clarification* method according to Norris (1982). The method comprises a total of five steps: *concept* identification within the discipline of nursing and other disciplines, formation of categories and hierarchies, development of an operationalised definition, construction of a

model and formulation of empirical assumptions and hypotheses. Due to the fact that the meaning of the caring encounter in nursing is influenced by the respective cultural background and context, the focus will be on German-language literature to clarify the *concept*. In the course of the discussion, the results of the present *concept clarification* are compared with the existing clarified terms and aspects of the caring encounter in nursing within German-language translations of standard works on care theories and person-centered models.

Results: The caring encounter in nursing is an intentional, willing, conscious engagement in an encounter between a caregiver and a particular person in a particular situation, in which this person is dependent on the caregiver and shows this dependence in bodily expression. The caregiver feels called upon by the visible and tangible bodily expression and allows himself to be touched. On the level of action and experience, the caring encounter in nursing becomes visible and perceptible through seeking and finding glances and being seen as optical caring encounter in nursing, through listening and being heard as auditory caring encounter in nursing, through speaking (asking, being silent) and being addressed (telling, being silent) as linguistic caring encounter in nursing, through touching and being touched as tactile caring encounter in nursing, through perceiving and (re-)experiencing feelings and being perceived emotionally as emotional caring encounter in nursing and through understanding and being understood as hermeneutical caring encounter in nursing. This makes it possible to hear what this particular person is most concerned about and what is most important to her or him. Through a change of perspective to the life world of the person, the mutual perception of a subjective attribution of meaning and significance, an understanding of the situation and the development of one's own identity becomes possible.

Conclusions – implications for practice: The operationalized definition enables a clear description of the individual aspects of the caring encounter in nursing and a designation of the visible and invisible nursing activities and attitudes. It provides the basis for further discussions, reflections, deriving variables and formulating hypotheses.

Keywords: caring encounter in nursing, *caring*, *concept clarification*, concept analysis

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
1.1	Hintergrund	8
1.2	Problemdarstellung	10
1.3	Forschungsziel und Forschungsfragen	14
1.4	Methode	15
1.5	Methodologie und Begriffsklärung	16
1.5.1	Begriff Konzept	17
1.5.2	Phänomen	18
1.5.3	Begriff	18
1.5.4	Konzeptklärung	18
1.5.5	Konzeptanalyse	19
1.6	Aufbau der Arbeit	19
2	Konzeptidentifikation	21
2.1	Literaturrecherche	21
2.2	Ergebnisse Literaturrecherche	22
2.3	Zuwendung	24
2.4	Hermeneutische Arbeit	27
2.5	Leibliche Kommunikation	29
2.6	Typisch Pflegerischer Zugang	32
2.7	Verstehender Zugang – Empathie in der Pflege	35
2.8	Reflexive Zuwendung	37
2.9	Gestaltung pflegerischer Beziehung	38
2.10	Partizipatives Caring	40
2.11	Relevante Aspekte Konzeptklärung	42
3	Bildung von Kategorien und Hierarchien	46
3.1	Voraussetzungen	47
3.2	Charakteristische Merkmale	47

3.3	Ergebnisse	48
4	Operationalisierte Definition	54
5	Modell Pflegerische Zuwendung	55
6	Hypothesen empirische Annahmen	61
7	Diskussion.....	62
7.1	Diskussion der Ergebnisse.....	62
7.2	Limitationen.....	70
7.3	Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis.....	71
8	Literaturverzeichnis	73

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Pflegende erkennen bei der verbalen Beschreibung der persönlichen Dimension ihrer originären Aufgabe, dass sie kaum Worte dafür finden, um das Eigentliche der Pflege zu beschreiben (Bischoff-Wanner, 2002, 51ff.; Pohlmann, 2005, 94ff.). Anna Gogl (2001, 3) hat dargelegt, dass gute und wirksame Pflege zwar praktiziert wird, aber nicht als solche erkannt und deshalb wenig gezielt eingesetzt werden kann. Die Ergebnisse der Dissertationsarbeit von Astrid Elsbernd (2001, 255) zeigen ein ähnliches Bild der Sicht auf originär pflegerische Tätigkeiten. Pflegepersonen haben dabei folgenden Aktivitäten als selten durchgeführte Sonderleistungen und nicht als originär pflegerische Tätigkeiten bezeichnet: Das Vorlesen von Büchern, das Führen intensiver Gespräche, bei Patient*innen am Bett sitzen und die Hand halten (Elsbernd, 2001, 255). Zuwendung wird von den Pflegenden oft als zusätzliche Arbeit beschrieben (Bartholomeyczik, 2001, 45 zitiert nach Arnold, 2008, 229). Obwohl der Beziehungsaspekt zu Patient*innen als sehr wesentlich eingeschätzt wird, haben Pflegende ein diffuses Bild von Pflege und Schwierigkeiten, den Kern der Pflege zu beschreiben (Pohlmann, 2005, 22). Das Sprechen über Pflege, also darüber, was Pflegende tun, wie Pflegende beschreiben, was sie tun, wie sie sich innerhalb der Gruppe von Pflegenden über ihre Tätigkeiten verständigen und wie sie Pflege dokumentieren, wird als Hauptproblem der Versprachlichung pflegerischen Handelns beschrieben. Pflegepersonen sind oft nicht in der Lage, Handlungen und Verhaltensweisen der täglichen Praxis verbal auszudrücken (Abt-Zegelin, 2005, 116f.). Abt-Zegelin beschreibt die Problematik wie folgt: *„Nach wie vor stellt sich die Pflegegespräche als ein uneinheitliches Mixtum dar, dominiert von der medizinischen Fachterminologie, durchsetzt von sozialwissenschaftlichen Begriffen, zu einem Großteil aus Alltagssprache bestehend und durch Fachjargon gekennzeichnet (...)“* (Abt-Zegelin, 2005, 117). Die vielfältigen Begriffsbeschreibungen, die Komplexität und Vielschichtigkeit der Pflegerischen Zuwendung verhindern den sprachlichen Ausdruck, die Möglichkeit der Reflexion und Diskussion, die Verschriftlichung und somit die Argumentationsgrundlage für originär pflegerische Tätigkeiten. Die unterschiedlichen Ebenen der sichtbaren und unsichtbaren Haltungen, Verhaltensweisen und Handlungen, an denen die Pflegerische Zuwendung erkennbar ist, führen zu

unklaren Benennungen und Beschreibungen. Somit wird das Sichtbarmachen, die konkrete Beschreibung und die Ableitung pflegerischer Handlungen und Haltungen, innerhalb eines leistungsorientierten Gesundheitssystems, zur Herausforderung.

Im englischsprachigen Raum wird die Essenz der Pflege ontologisch mit der Art von *being with* und *being for* dargestellt. Um den Kern der Pflege zu beschreiben, werden folgende Begriffe verwendet: *interaction, mutuality, encounter, giving and receiving* und *being humble* (Jones & Roy, 2007, 27). Während im englischsprachigen Raum bereits in den 1980er Jahren Fürsorgetheorien von Kari Martinsen, Katie Eriksson, Patricia Benner und Judith Wrubel entwickelt wurden (Kirkevold, 1997, 107ff.), sind diese im deutschen Sprachraum bis heute nicht vorhanden. Übersetzungen von Fürsorgetheorien aus der englischen in die deutsche Sprache sind verfügbar (Benner & Wrubel, 1997; Kirkevold, 1997; Meleis, 1999; Watson, 1996), jedoch aufgrund der beeinflussenden soziokulturellen Faktoren und somit der unterschiedlichen Wahrnehmungen, Interpretationen und Bedeutungen der Pflegerischen Zuwendung (Arthur, Pang & Wong, 1999, 394f.; Baum, 2017, 53), für den deutschsprachigen Pflegebereich nicht anwendbar.

Aus der Patient*innenperspektive führt fehlende Pflegerische *Zuwendung* zur Verobjektivierung und somit zur Demütigung und Missachtung der menschlichen Würde (Moers, 2012, 112). Die Fokussierung auf den Körper, die Nichtbeachtung der Sicht der Betroffenen (Michaelsen, 2011, 113), kann das Übersehen von wesentlichen Bedürfnissen und Veränderungen in der direkten Pflege zur Folge haben (Käppeli, 2004, 353ff.; Käppeli, 2005, 187). Menschen, die an dementiellen Erkrankungen leiden würden ohne Angebote der *Zuwendung* leiblich verstummen (Maio, 2017a, 292). Das Fehlen einer tragenden, vertrauensvollen Beziehung bei der Pflege von Menschen mit Lern- und Körperbehinderungen führt zur Ablehnung von Maßnahmen und Therapien. Der Aufbau und das Aufrechterhalten einer vertrauensvollen, tragenden Beziehung gilt als Voraussetzung für die Möglichkeit der Durchführung von pflegerischen und therapeutischen Interventionen (Tacke, Möhle, Steffen, 2015, 280). Bei der Pflege von Menschen, die an psychiatrischen Erkrankungen leiden, ergibt sich das Besondere in der Pflegerischen *Zuwendung* durch Einsamkeits- und Fremdheitserlebnisse, die mit dieser Art der Erkrankung einher-

gehen. Durch eine verstehende *Zuwendung* wird es möglich, ein Gemeinschaftsgefühl zu entwickeln, um den Auswirkungen der Stigmatisierung, Einsamkeit und Demoralisierung der Betroffenen begegnen zu können. Wesentlich dabei ist, diesen Menschen zu vermitteln, dass sie in der Bewältigung ihrer Herausforderungen Unterstützung erleben (Maio, 2017a, 264). Fehlt leibliche Kommunikation als Teil der Pflegerischen *Zuwendung*, kann Pflege nicht verwirklicht werden (Maio, 2017a, 277). Wird der Beziehungsaspekt während der Durchführung von Sorgetätigkeiten außer Acht gelassen, können pflegerische Handlungen schlecht oder gar nicht ausgeführt werden (Kumbruck, Rumpf & Senghaas-Knobloch, 2010, 4).

Für Pflegende reduzieren sich durch abnehmende Kontakte zu Patient*innen Wertschätzung, Anerkennung, Motivation und Freude an der Arbeit selbst. Weiters beeinflusst die Einschränkung fürsorglicher Zuwendung das berufliche Selbstverständnis und die ethische, berufliche Verpflichtung (Pfabigan & Rappold, 2018, 89). Moers (2012, 113) beschreibt, dass das Eingehen auf Patient*innen, das Wahrnehmen, Spüren und sich zuwenden oft mit der Begründung des Zeitmangels und der damit verbundenen emotionalen Belastungen seitens der Pflegepersonen vermieden wird. Bei erhöhtem Arbeitsaufwand wird von diesen Handlungen Abstand genommen. Obwohl die Pflegerische Zuwendung als originäre Aufgabe und Kern der Pflege (Benner, 1997, 59; Benner & Wrubel, 1997, 21f.; Käppeli, 2004, 340ff.; Melies, 1999, 169ff.; Spichinger, Wallhagen & Benner, 2005, 304f.) beschrieben wird und als *das* zentrale Unterscheidungsmerkmal zu den anderen Gesundheitsberufen gilt (Maio, 2017a, 276ff.; 2017b, 188ff.; 2018, 116), sowie ein wesentliches Kennzeichen von Pflegequalität ist (Perini, Stauffer, Grunder, Gandon, Dätwyler & Hantikainen, 2006, 345), unterbleibt diese Zuwendung bei aufkommendem Zeitmangel in der pflegerischen Praxis.

1.2 Problemдарstellung

Zuwendung wird laut Duden als Unterstützung im Sinne von Beihilfe, Hilfgelder, Spende, Zuschuss oder Subvention beschrieben, weiters als Zuwendung im Sinne von Entgegenkommen, Freundlichkeit, Gunst, Güte, Sympathie, Unterstützung, Verständnis, Wohlwollen, Zuneigung, Geneigtheit und Gewogenheit definiert. Das Zuwenden wird dabei als körperliches Hindrehen oder Hinwenden, aber auch als

ein intensives Beschäftigen, ein Konzentrieren, sich Vertiefen und sich Widmen (Dudenredaktion, 2010, 1132) beschrieben. Bönsch (2021, o.S.) führt folgende sieben Axiome der menschlichen Zuwendung an: Achtung der Würde der anderen Person; Aufmerksamkeit (Wahrnehmen der anderen Person); Anerkennung (Wertschätzung und Akzeptanz); Annahme (Akzeptanz der anderen Person unabhängig von ihrer Herkunft und ihrem Verhalten); Anspruch an das Verhalten der anderen Person; Angebote für etwas Gemeinsames (Ausgewogenheit zwischen Geben und Nehmen) und Berücksichtigung der Autonomie (Befähigung zur Selbstbestimmung). Im Vergleich zu diesen allgemeinen Definitionen wird Pflegerische Zuwendung als moralisches Ideal (Watson, 1996, 46), ethische Verpflichtung (Rabe & Rehbock, 2011, 45) und Kern der Pflege (Friesacher, 2008, 301) dargestellt. Ein Blick in die Literatur zeigt dies deutlich. So wird der pflegerischen Zuwendung eine bestimmte Haltung und Einstellung, eine ethische Verpflichtung (Pfabisan et al., 2018, 89) und ein bestimmtes Verhalten, im Gestalten der pflegerischen Beziehung (Düttorn, 2014, 257) zugeschrieben. Sie erfordert eine besondere Form der Interaktion und Kommunikation (Friesacher, 2008, 236). In der deutschsprachigen Literatur finden sich auch die Begriffe *Sorge* (Maio, 2019, 13ff.; Schuchter, 2016, 233) und *Fürsorge* (Friesacher, 2008, 301), die synonym mit dem Begriff Pflegerischer Zuwendung verwendet werden oder diese beinhalten. Maio (2019, 13) sieht *Sorge* als aktives Engagement für das Wohlergehen von hilfsbedürftigen Menschen. Käppeli (2004, 30) versteht unter *Sorge* eine fürsorgliche und umsorgende Aufmerksamkeit. Maio definiert *Fürsorge*, unter Bezugnahme auf Heidegger (1977, 254 zitiert nach Maio, 2017a, 187), als Ziel zur Unterstützung und Wahrnehmung der Selbstsorge der anderen im Selbstseinkönnen. Friesacher (2008, 301) sieht *Fürsorge* als Grundlage für die Pflege und als Kern pflegerischer Tätigkeiten. Professionelle *Fürsorge*, zusammengesetzt aus Kompetenz und *Fürsorge*, meint ein Einbringen von menschlichen Gefühlen und den persönlichen Umgang damit (Hulskers, 2001, 40). Professionelle *Fürsorge* ohne Selbstaufopferung, wird als ethische Orientierung beschrieben, die sich als respektvolle, hilfsbereite und teilnehmende Zuwendung äußert (Rabe et al., 2011, 45). Obwohl bis heute keine differenzierte und korrekte Übersetzung des im Englischen verwendeten Begriffs *care* existiert (Kohlen, 2016a, 16), verwendet Kohlen (2016b, 189) den Begriff der Sorgeethik (*Care-Ethik*) und meint

damit eine auf menschliche Bedürfnisse ausgerichtete Sorgearbeit.

Pflegerische Zuwendung wird in der Praxis mit dem Begriffen *care* oder *caring* verbunden. Die Übersetzung des Begriffs *caring* aus der englischen in die deutsche Sprache führt zu vielfältigen Deutungen und Assoziationen. Auch Silvia Käppeli (2004, 29) beschreibt in ihrer Arbeit über Mitleiden, dass es innerhalb der Pflegeliteratur in der deutschen Sprache keine gleichwertigen *termini technici* für zentrale, englischsprachige Begriffe wie *caring* und *compassion* gibt. Sie merkt jedoch an, dass der Wortschatz innerhalb der englischen Sprache eine differenziertere und präzisere Übersetzung ermöglicht (Käppeli, 2004, 28f.) Das wird anhand der vorliegenden englischsprachigen Konzeptanalysen sichtbar. Auch Schärli, Rester, Petry & Them (2020, 104) weisen darauf hin, dass *caring*-Handlungen der Pflegepersonen und *caring*-Präferenzen der Patient*innen vom jeweiligen Kontext, der jeweiligen Kultur und dem jeweiligen System abhängig sind und dass nur wenige Studien zu dieser Thematik im deutschsprachigen Europa und der Schweiz vorliegen. Renate Stemmer (2002, 43) verweist ebenso auf die Problematik der Übersetzungen innerhalb deutschsprachiger Publikationen zum Begriff *caring*. In den deutschsprachigen Übersetzungen finden sich die Begriffe *Fürsorge*, menschliche Zuwendung (Watson, 1996, 43ff.) und *Sorge* (Benner & Wrubel, 1997, 21ff.). Problematisch werden vor allem unreflektierte Übernahmen und Anwendungen von Begriffen aus der englischen Sprache betrachtet (Sitzmann, 2005, 99).

Aus einer ersten Sichtung der Literatur ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: Im deutschsprachigen Raum mangelt es an Konzeptbeschreibungen, Konzeptklärungen und konkreten Pflegeinterventionen, die mit dem Konzept der Pflegerischen Zuwendung in Verbindung stehen. Der Mangel ist mitunter in der deutlich fundierteren englischen Auseinandersetzung mit diesem Konzept erkennbar. So finden sich in der englischsprachigen Literatur abstrakte Fürsorgetheorien, eine *caring*-Theorie mittlerer Reichweite, ein Modell zur Person-Zentriertheit und die Konzepte: Werteorientierte Haltung und Verpflichtung, Präsenz, Achtsamkeit, Vertrauen, Berührung, Begegnung, Verbindung und Zuhören.

In der deutschsprachigen Literatur werden Teilbereiche der Pflegerischen Zuwendung beschrieben (Bräutigam, Bergmann-Tyacke, Rustemeier-Holtwick, Schönlaue, & Sieger, 2005; Bischoff-Wanner, 2002; Dütthorn, 2014; Friesacher, 2008; Käppeli,

2004; Käppeli, 2005; Kumbruck et al., 2010; Moers, 2012; Schnepp, 1996; Schnepp, 2016; Schrems, 2018; Schrems, 2019; Schrems, 2021; Schuchter, 2016; Uzarewicz & Moers, 2012). Zusätzlich haben sich Expert*innen aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen mit der Bedeutung und der Beschreibung der Pflegerischen Zuwendung beschäftigt. Sie haben das Spezifische der *Zuwendung* durch die Pflege aus dem Blickwinkel der Medizinethik (Maio, 2019, 2018, 2017a, 2017b), der Ethik (Conradi, 2001), der Philosophie (Conradi, 2001; Mayeroff, 1971; Wettreck, 2001) und der Soziologie (Brieskorn-Zinke, 2019) beleuchtet. Dabei handelt es sich um Beschreibungen von Teilbereichen der Pflegerischen Zuwendung, wie beispielsweise der *Sorge*, der *Empathie in der Pflege*, des *Typisch Pflegerischen* und der *Leiblichen Kommunikation*. Eine zusammenfassende Darstellung der einzelnen Aspekte der Pflegerischen Zuwendung ist jedoch im deutschen Sprachraum ausständig. Es findet sich keine berufsgruppenspezifische, einheitliche, operationalisierte Definition des Begriffs. Die Forschungslücke besteht daher in der fehlenden Begriffsklärung der Pflegerischen Zuwendung in der deutschsprachigen Literatur. Die vielfältigen Darstellungen des Phänomens, die vorhandenen Synonyme wie *Leibliche Kommunikation*, *Sorge*, *Fürsorge*, *teilnehmende Zuwendung*, *Sorge-Ethik*, *Sorge-Arbeit*, *care*, *caring* und die Komplexität der Begriffe und Beschreibungen der Pflegerischen Zuwendung im deutschen Sprachraum, stellen sowohl für die Theorie als auch für die Praxis eine Herausforderung dar. Nachdem es sich bei der Pflegerischen Zuwendung um eine zentrale Kompetenz professioneller Pflege handelt, ist es wichtig und wertvoll, dieses Konzept in seiner Komplexität und Bedeutung darzustellen. Dadurch wird es auf der sprachlichen Ebene möglich, das was Pflege ausmacht, in Worte zu fassen, zu konkretisieren, zu diskutieren und originär pflegerische Einstellungen, Haltungen, Verhaltensweisen und Tätigkeiten abzuleiten. Die gesellschaftliche Relevanz der Thematik ergibt sich aus der Orientierung der Pflege am Gemeinwohl der Gesellschaft. Pflege übernimmt dabei Verantwortung, die 'dem pflegebedürftigen Menschen gilt' (International Council of Nursing [ICN], 2021, 7ff.). Pflegepersonen praktizieren dabei für unsere Gesellschaft die Sorgearbeit, also die *Sorge füreinander* (Schniering, 2016, 178).

Für die Pflegewissenschaft führt das Fehlen einer operationalisierten Definition der Pflegerischen Zuwendung zur Formulierung ungenauer Forschungsfragen, zur Herausforderung beim Ableiten von Hypothesen, zur Entwicklung unangemessener Forschungsmethoden und unpräziser Messinstrumente (Aroke, 2014, 279; Norris, 1982, 11; Stanek, 2016, 1303). Kurz gefasst besteht das Problem darin, dass sowohl in der Theorie als auch in der Praxis der Begriff Pflegerische Zuwendung mit vielfältigen Beschreibungen assoziiert wird. Die Angehörigen der Berufsgruppe der Pflege verwenden den Begriff, ohne sich darüber im Klaren zu sein, welche Haltungen und Handlungen darunter verstanden werden. Internationale Studienergebnisse zeigen, dass durch Einschränkungen der zeitlichen Ressourcen, Aufgaben, die die pflegerischen Kernkompetenzen betreffen, nicht mehr durchgeführt werden. Davon betroffen sind das Führen von Gesprächen, die fürsorgliche Zuwendung, die Begleitung und Unterstützung im Zuge der Alltagsbewältigung und die Dokumentation (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede & Seremeus, 2013, 146 u. 150; Pfabigan et al., 2018, 86). Die Ergebnisse einer empirischen Studie zeigen das *Gestalten einer pflegerischen Beziehung* als die zentrale pflegerische Kernkompetenz. Dafür sind die Bereitschaft, sich für eine Beziehung zu öffnen mit den Subkategorien: 'Persönlichkeit einbringen', 'Sich-Einlassen auf die Welt des anderen', 'Komplexität überblicken' und 'Kommunikation dialogisch ausrichten', Grundvoraussetzungen (Dütthorn, 2014, 252; vgl. auch Arens, Gerdes, Pedde & Schibielsky, 2017, 253). Es ist daher für die Profession der Pflege wichtig, das Konzept der Pflegerischen Zuwendung zu klären.

1.3 Forschungsziel und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit ist die Konzeptklärung der Pflegerischen Zuwendung in der deutschsprachigen Literatur. Dabei werden die vorhandenen deutschsprachigen Konzepte aus den wissenschaftlichen Disziplinen der Pflege, Medizinethik, Philosophie und Soziologie identifiziert und analysiert. Die angeführten Bezugswissenschaften¹ haben sich im Zuge einer ersten groben Literaturrecherche nach Durch-

¹ Zu den wichtigsten Bezugswissenschaften der Pflege(wissenschaft) zählen: Medizin, Gesundheitswissenschaften, Soziologie, Sozialpädagogik und Sozialarbeitswissenschaft, Behindertenpädagogik

sicht der Fachbücher und deren kritischer Betrachtung der Abstracts ergeben. Dieser erste Einblick in die Literatur wird durch eine systematische Literaturrecherche innerhalb der Schritte der Methode der Konzeptklärung konkretisiert und verfeinert. Abgeleitet aus dem Ziel der vorliegenden Arbeit werden folgende Forschungsfragen entwickelt:

- „Was bedeutet der Begriff Pflegerische Zuwendung aus der Sicht der professionellen Pflege?“
- „Welche deutschsprachigen Konzepte werden in der theoretischen und empirischen Literatur für das Konzept Pflegerische Zuwendung aus der Perspektive der professionellen Pflege innerhalb der wissenschaftlichen Disziplinen der Pflege, der Medizinethik, der Philosophie und der Soziologie beschrieben?“
- „Welche auslösenden Ereignisse, Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse auf Patient*innen und Pflegepersonen werden in der theoretischen und empirischen deutschsprachigen Literatur beschrieben?“.

Zur Beantwortung der angeführten Fragestellungen wird die Methode der Konzeptklärung (*concept clarification*) nach Norris (1982) angewendet. Die fünf Schritte der Methode werden im folgenden Kapitel beschrieben.

1.4 Methode

Die Konzeptklärung nach Norris (1982) umfasst fünf Schritte: Der erste Schritt beinhaltet die Konzeptidentifikation innerhalb der Disziplin, unter Berücksichtigung der Sichtweise anderer Disziplinen und deren Beschreibungen. In einem zweiten Schritt werden die Beobachtungen und Beschreibungen des Konzepts zusammengefasst und Kategorien und Hierarchien gebildet. Folgende Fragen unterstützen die Tätigkeiten des zweiten Schrittes: „Welche Begebenheiten oder Ereignisse lösen das Konzept Pflegerische Zuwendung aus?“, „Was passiert bevor dieses Konzept auftritt?“ und „Welche Ereignisse treten als Ergebnis des Konzepts auf?“. Im dritten

und Psychologie (Remmers 1999, 370 zitiert in Gensch, 2001, 47). Weiters werden die Geistes- und Rechtswissenschaften als Bezugswissenschaften angeführt (Hühmer-Wittig, 2021, 14).

Schritt wird eine operationalisierte Definition entwickelt. Die leitende Frage innerhalb dieses Prozessschrittes lautet: „Wie erkenne ich das Konzept, wenn ich es sehe?“. Innerhalb des vierten Schrittes wird ein Modell konstruiert. Ziel dabei ist, die Grundlage für eine verbesserte Kommunikation herzustellen. Dies wird durch bildliche Darstellungen der Beziehungen zwischen den Reaktionen, Ereignissen, Situationen und anderen relevanten Konzepten erreicht. Der fünfte und letzte Schritt umfasst die Entwicklung von empirischen Annahmen und Hypothesen (Meleis, 1999, 332; Meleis, 2007, 167; Norris, 1982, 15ff.). Kramer (1993 und Chinn & Kramer, 1999 zitiert nach Meleis, 2007, 168) weisen auf die Wichtigkeit des Kritischen Denkens im Zuge aller prozesshaften Aktivitäten der Konzeptentwicklung hin. Im nachfolgenden Kapitel werden die Methodologie und die zentralen Begriffe, die für die Methode der Konzeptklärung zur Erkenntnisgewinnung relevant sind, dargestellt.

1.5 Methodologie und Begriffsklärung

Theorieentwicklung ermöglicht das Wesen der pflegerischen Praxis zu identifizieren und einen sprachlichen Ausdruck dafür zu schaffen. Pflegende werden durch Theorien beim Definieren und Verstehen ihres Wissenskörpers unterstützt (Walker & Avant, 2019, 4f.). Die Grundlage jeder Theorie hängt von der Identifizierung und Beschreibung der, in ihr zu berücksichtigenden Konzepte ab (Walker et al., 2019, 63). Um die wissenschaftliche Grundlage der Pflege aufbauen und weiterentwickeln zu können, ist es wichtig, die Bedeutung von Konzepten zu klären. Die Konzeptklärung ist ein grundlegender Schritt innerhalb der Entwicklung des pflegerischen Wissens. Für den Zuwachs von Wissen sind die Klärung, Operationalisierung, Bewertung und theoretische und empirische Überprüfung der Konzepte wesentlich (Meleis, 2012, 371). Konzepte werden als Grundideen, analytische Werkzeuge der Wissenschaft und als einzige Möglichkeit, eine Verbindung zwischen der Wissenschaft und der realen Welt herzustellen, bezeichnet. Der Prozess der Klärung und Verbindung der Grundideen wird als Konzeptklärung (*concept clarification*) beschrieben. Das Forschungsvorgehen ist dabei innerhalb der Formulierung von Hypothesen und Theorien, explorativ und deskriptiv. Konzepte, die genau geklärt sind, haben einen großen Einfluss und werden als Macht der Benennung (*power of naming*) bezeichnet.

net. Diese Macht wird durch die Tiefe des konzeptuellen Denkens über die Bedeutung, den Wert und der Anwendbarkeit des Konzepts auf viele spezifische Fälle (Norris, 1982, 11ff.) erreicht. Die Klärung von Konzepten dient der Theorieentwicklung, wobei das Konzept den kleinsten Baustein einer Theorie darstellt (Rodgers & Knafl, 2000 zitiert nach Shaha et al., 2013, 389). Die Weiterentwicklung des Wissens einer Disziplin ist von der Klarheit ihrer Konzepte, deren Umsetzung in die Forschung und deren Implementierung in die Praxis abhängig (Meleis, 2012, 371).

1.5.1 Begriff Konzept

Der Begriff Konzept wird in dieser Arbeit als Übersetzung für den Begriff *concept* verwendet. Ein Konzept beinhaltet einen Titel, eine Definition, Merkmale, Abgrenzungen, Voraussetzungen und Outcomes (Morse, Mitcham, Hupcey, & Tason, 1996a, 386f.). Shaha, Käppeli & Schnepf (2013, 390) beschreiben zusätzlich, dass *„Die Rahmenbedingungen für das Konzept, seine Eigenschaften sind im besten Fall identifiziert und mögliche Auswirkungen oder Manifestationen aufgezeigt“* und verweisen dabei auf Morse, Hupcey, Mitcham, & Lenz (1996b). *„Üblicherweise ist ein Konzept konkret formuliert und weist Nähe zur Praxis auf“* (Meleis, 2012 zitiert nach Shaha et al., 2013, 390). Konzepte können durch ein Wort (z.B. Empathie, Trauer), zwei Wörter (z.B. soziale Isolation, chronischer Schmerz) oder eine Phrase (z.B. Verhalten von Gesundheitsdienstleistern) dargestellt werden. Sie geben der Wissenschaft ihre Struktur (Szylit Bousso, Poles, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2013, 142). Konzepte ermöglichen den Pflegenden, Erfahrungen in einer sinnvollen Weise zu klassifizieren (Walker et al., 2019, 63). Die nachfolgenden Zitate fassen die grundsätzliche Bedeutung und die erforderlichen Voraussetzungen von Konzepten zusammen: *„Concepts are the basic building blocks in theory construction. Thus, we want the concepts to be solid and strong to uphold the structure of the theory“* (Walker et al., 2019, 63). Welche Voraussetzungen nötig sind, damit ein Konzept stabil und klar ist, wird durch nachfolgendes Zitat verdeutlicht: *“For a concept to be solid and strong, it must clearly name the thing to which it refers, it must be clearly defined (structure), and its uses in the theory should be clear (function) [...]”* (Walker et al., 2019, 63). Die Begründungen für die Notwendigkeit der inhaltlichen Klarheit und Stabilität eines Konzepts wird von Walker et al. (2019, 63) folgendermaßen beschrieben: *“ [...] so that anyone who sees the concept and its definition within*

the theory can understand exactly what is being described, explained, or predicted". Für die Auseinandersetzung mit Konzepten sprechen drei Gründe. Konzepte dienen der Entwicklung von Theorien, können operationalisiert werden und verbessern die Praxis (Szylił Bouso et al., 2013, 142). Ein Konzept zeigt also einen Teilbereich des Wissens über ein Phänomen auf (Norris, 1982, 18).

1.5.2 Phänomen

Ein Phänomen ist ein sinnlich wahrgenommener Teil der Realität. Es handelt sich dabei um einen Begriff, eine Beschreibung oder eine Bezeichnung eines oder mehrerer Ereignisse beziehungsweise einer oder mehrerer Situationen. Die Beschreibung erfolgt über Inhalte, die gehört, gesehen, gerochen oder gefühlt werden. Phänomene zeigen den Spezialbereich einer wissenschaftlichen Disziplin auf (Meleis, 1999, 41f.). Ein Phänomen ist also etwas, was in Wirklichkeit existiert. Ein Begriff hingegen umfasst etwas, das sprachlich ausgedrückt wird, um ein Phänomen zu beschreiben und es von anderen abzugrenzen (Kirkevold, 1997, 25). Kemetmüller beschreibt die Verwendung von Phänomenen in der pflegerischen Praxis wie folgt: *„Pflegerpersonen nehmen im pflegerischen Handeln Sachen und Sachverhalte sinnlich wahr, leiten daraus etwas ab und benennen dieses Etwas als Phänomen“* (Kemetmüller, 2018, 4). Innerhalb der pflegerischen Praxis wird lediglich ein Bereich als der interessierende Aspekt wahrgenommen. Die Aufgabe der Wissenschaft besteht darin, diesen Aspekt mittels Forschungsmethoden zu beleuchten (Kemetmüller, 2018, 4f.).

1.5.3 Begriff

Begriffe werden als gedankliche Konstrukte beschrieben, deren Anwendung eine Ordnung und Kategorisierung von Informationen ermöglicht. *„Begriffe enthalten bestimmende Eigenschaften, die es uns erlauben zu entscheiden, welche Phänomene gute Beispiele für einen Begriff sind und welche nicht“* (Walker & Avant, 1998, 37).

1.5.4 Konzeptklärung

Konzeptklärungen werden zur Verfeinerung und Weiterentwicklung von Konzepten herangezogen, die in der Pflege ohne klare, gemeinsame und bewusste Einigung auf charakteristische Eigenschaften oder Bedeutungen verwendet werden. Durch die Konzeptklärung wird die Möglichkeit geschaffen, Unklarheiten oder Mehrdeutigkeiten zu klären und die Beziehungen der verschiedenen Aspekte eines Konzepts

darzustellen (Becher, Devane, White, Greene & Dowling, 2018, 3; Boggatz, 2015, 130f.; Meleis, 1999, 331ff.; Meleis, 2007, 167). Innerhalb der Konzeptklärung wird auf folgende Prozesse hingewiesen: Vergleich, Gegenüberstellung, Beschreibung, Unterscheidung, Identifikation von Annahmen und philosophischen Grundlagen, Erkenntnisse über die Auslöser und die Formulierung von Fragen aus der Pflegeperspektive (Meleis, 1999, 332). In der Konzeptklärung hingegen geht es um den Versuch, die Grundlagen, Bedeutungen und Eigenschaften des Konzepts zu entwickeln (Meleis, 1999, 331; Meleis, 2007, 169). Konzeptklärung bedeutet Studium und Analyse der Literatur, um Werte und Begriffseigenschaften abzuleiten, die für die Pflege relevant sind (Meleis, 1999, 333).

1.5.5 Konzeptanalyse

Die Methode der Konzeptklärung wird eingesetzt, wenn keine Einigung über das Konzept innerhalb der Berufsgruppe vorliegt und der Zusammenhang zum Berufsfeld der Pflege ungeklärt ist. Bei der Anwendung der Methode der Konzeptanalyse als Forschungsmethode liegen bereits klar definierte Konzepte vor und es herrscht Einigkeit über die Bedeutung innerhalb der Berufsgruppe der Pflege. Die Beziehungen des Konzepts zum Fachbereich der Pflege sind klar. Als wesentliche Voraussetzung zur Durchführung einer Konzeptanalyse wird das Vorliegen der identifizierten und geklärten Aspekte des Konzepts beschrieben (Meleis, 1999, 335). Das Ziel der Konzeptanalyse umfasst eine Entwicklung der bereits geklärten, vorliegenden Konzepte auf einer höheren Ebene (Meleis, 1999, 335; Meleis, 2007, 169).

1.6 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit orientiert sich an den Schritten der Konzeptklärung nach Norris (1982). Innerhalb der Konzeptidentifikation werden das Vorgehen und die Ergebnisse der Literatursuche dargestellt. Dabei werden die identifizierten Konzepte beschrieben. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der Konzepte und deren inhaltliche, kritische Betrachtung. Die Konzepte werden in Hinblick auf auslösende Ereignisse, Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse hierarchisiert und kategorisiert. Des Weiteren wird eine operationalisierte Definition und ein Modell, anhand der charakteristischen Eigenschaften, entwickelt. Als

letzter Schritt werden Hypothesen und empirische Annahmen formuliert. Der Diskussionsteil beinhaltet die Beantwortung der Forschungsfragen und eine Gegenüberstellung der vorliegenden Ergebnisse der Konzeptklärung innerhalb der verwendeten deutschsprachigen Literatur und der Übersetzungen aus dem englischen Sprachraum. Dabei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Diskussion gestellt. Den Abschluss der Arbeit bilden die Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis, sowie die Limitationen der vorliegenden Ergebnisse. In diesem Zusammenhang wird auf den zukünftigen Forschungsbedarf hingewiesen, der sich aus der Diskussion ergibt.

2 Konzeptidentifikation

Die Methode der Konzeptklärung nach Norris (1982), beinhaltet als ersten Schritt die Identifikation von Konzepten innerhalb der Disziplin der Pflege und der Betrachtung der Sichtweisen anderer Disziplinen. Die Grundlage der Konzeptklärung zur Pflegerischen Zuwendung ist eine Literaturrecherche.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche umfasst deutschsprachige Literatur, die zur Pflegerischen Zuwendung veröffentlicht wurde. Dazu werden folgenden Datenbanken herangezogen: Scopus, CINAHL, Medline, PsycINFO, Central, Heclinnet, Ethmed und Psyn-dex. Ergänzend wird eine Handsuche in den Buchkatalogen der Universitätsbibliothek Medizinische Universität Wien [UB MedUni] und über die Suchmaschine u:search der Universitätsbibliothek Wien durchgeführt. Es werden folgende Suchbegriffe angewendet: Zuwendung*, Pflege*, Pflegerische Zuwendung, *Sorge* und *Fürsorge*. Eingeschlossen werden deutschsprachige Fachbücher und Fachartikel, die zwischen 1980 und 2020 publiziert wurden und die Begriffsdefinitionen und theoretische Hintergründe zu den Suchbegriffen: Pflegerische Zuwendung und/oder *Sorge* und/oder *Fürsorge* beinhalten. Die Auswahl des Zeitraums wird mit dem langsamen Einsetzen der Professionalisierung der Pflege in den 1980iger Jahren begründet. Die identifizierten Konzepte werden analysiert und die Voraussetzungen (*antecedents*), Definitionen (*definitions*), typischen Merkmale (*attributes*) und Ergebnisse (*consequences, outcomes*)² der Pflegerischen Zuwendung beschrieben (Kunyk & Olson, 2001, 318). In die Konzeptklärung werden zusätzlich deutschsprachige Übersetzungen von Standardwerken eingeschlossen (Benner et al., 1997; Watson, 1996; van der Arend & Gastmans, 1996), die die Pflegeausbildungen im deutschsprachigen Raum maßgeblich geprägt haben und als theoretischer Hintergrund der deutschsprachigen Literatur zur Pflegerischen Zuwendung angegeben werden. Sie werden im Rahmen der Diskussion im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede vergleichend dargestellt.

² Nachdem eine Einschränkung der Inhalte der vorliegenden Konzeptklärung auf deutschsprachige Literatur erfolgt, werden im gesamten weiteren Text ausschließlich folgende deutschsprachige Begriffe für die Aspekte eines Konzepts verwendet: Voraussetzungen, Charakteristische Merkmale und Ergebnisse.

2.2 Ergebnisse Literaturrecherche

Wie in Abbildung 1 dargestellt, hat die systematische Literatursuche insgesamt 279 Treffer ergeben. Die Anzahl der Treffer der Datenbank Scopus betrug 49, Cinahl 22, Medline 31, PsycINFO 12, Central 1, Heclinnet 82, Ethmed 36 und Psynindex 46. Insgesamt wurden die Abstracts und Beschreibungen der 279 Ergebnisse aus der Literatursuche in den Datenbanken gelesen und davon 271 ausgeschlossen. Es wurden insgesamt acht Fachartikel identifiziert, die den Einschlusskriterien entsprechen. Die zusätzliche Handsuche hat zu insgesamt 24 Ergebnissen geführt. Daraus wurden 13 Fachartikel und 11 Fachbücher für die vorliegende Konzeptklärung herangezogen. Die Einschlusskriterien umfassen das Vorhandensein einer Begriffsdefinition und/oder des zugrundeliegenden theoretischen Hintergrundes und/oder der charakteristischen Merkmale und/oder der Voraussetzungen von Zuwendung/*Sorge/Fürsorge* in der Pflege. Ausgeschlossen wird Fachliteratur zu sorgenden, gesellschaftlichen Gemeinschaften, sorgenden (Pflege)Familien, zur onkologischen, psychiatrischen und palliativen Pflege. Wegen der erforderlichen spezifischen Art der Zuwendung finden Kinder- und Jugendliche (Brooks, Eckerli-Wäspi & Händler Schuster, 2018), Menschen mit Lern- und Körperbehinderungen und Menschen, die an kognitiven Einschränkungen leiden, in dieser Arbeit keine Berücksichtigung. Menschen mit kognitiven Einschränkungen verlieren zunehmend ihre personale Identität (Wappelshammer, 2017, 195f.). Das Fehlen einer tragenden, vertrauensvollen Beziehung bei der Pflege von Menschen mit Lern- und Körperbehinderungen führt zur Ablehnung von Maßnahmen und Therapien. Der Aufbau und das Aufrechterhalten einer vertrauensvollen, tragenden Beziehung gilt als Voraussetzung für die Möglichkeit der Durchführung von pflegerischen und therapeutischen Interventionen (Tacke et al., 2015, 280). Das erfordert eine spezifische Art der pflegerischen Zuwendung. Zusätzlich wird Literatur ausgeschlossen, in der ausschließlich im Titel die Begriffe: Zuwendung, *Sorge*, *Fürsorge* vorkommen, Fachliteratur in der es um finanzielle Zuwendung geht und Mehrfachnennungen bei der Literatursuche in Datenbanken. Für die vorliegende Konzeptklärung wurden insgesamt 21 Fachartikel und 11 Fachbücher einbezogen (siehe Abbildung 1).

2.3 Zuwendung

Zu den aktuellsten, deutschsprachigen, theoretischen Standardwerken zum Themenbereich der Pflegerischen *Zuwendung* zählen aus dem Bereich der Medizinethik die Publikationen von Giovanni Maio. Er verwendet den Begriff der personalen *Zuwendung* als verbalen, taktilen und mit Gesten verbundenen Dialog und der Praxis der *Sorge* um den anderen (Maio, 2019, 13ff.). Diese wird anhand von Haltungen und Verhaltensweisen sichtbar und mittels acht ethischer Sorgeprinzipien konkretisiert (Maio, 2019, 13ff.). Als Grundlage dafür werden die Werke von Elisabeth Conradi (2001) und Paul Ricoeur (2005 zitiert nach Maio, 2019, 13ff.) zitiert. Zuhören, als Form echter *Zuwendung* und auditiver *Sorge* um den anderen wird, unter Bezugnahme auf die Phänomenologie des Hörens von David Espinet (2009 zitiert nach Maio, 2018, 112) und Barthens (1991 zitiert nach Maio, 2018, 112), der Zuhören als eigene Form des Sprechens sieht, beschrieben. Maio fordert in der Pflege eine verstehende *Zuwendung*. Er meint damit eine tiefe Form der Wertschätzung, die als Basis beidseitiger Veränderungen nötig ist (Maio, 2017a, 490). Verstehen umfasst nach Maio (2017b, 167ff.) den anderen Menschen sehen, ein Sich-Aussetzen und Vertrautmachen, Verweilen und das Wohin wahrnehmen können. Das Besondere der Pflege sieht Maio (2017a, 276ff.) in der ihr eigenen Zielsetzung, Interaktionsform und Arbeitsweise. Diese zeichnet sich durch situationsbezogene Kreativität (nicht planbares Situationsverstehen), durch den Einsatz aller Sinne, um ein Gespür zu entwickeln, was gerade wichtig ist, durch erfahrungsbasiertes Handeln, um trotz Unvorhersehbarkeit handlungsfähig zu bleiben und durch ein tieferes Verstehen und Verständnis von Ganzheit aus (Aushalten von Mehrdeutigkeiten). Dabei verweist er auf den französischen Philosophen Gabriel Marcel (1961 zitiert nach Maio, 2017a, 490), der *Zuwendung* und Verstehen als ‚Wohltat‘ bezeichnet und auf Martin Buber (1965, 15 zitiert nach Maio, 2017a, 490): „*Denn von Zuwendung kann man nur dann sprechen, wenn die damit verbundene Ansprache einer ganz spezifischen Person gilt und keinem standardisierten »Fall«*“. Buber bezeichnet in diesem Zusammenhang, jede Begegnung als Begegnung mit einem neuen Gesicht. Es handelt sich also um ein körperliches Gegenübertreten und eine Begegnung mit einer anderen Person. Ausgelöst wird diese Begegnung durch ein sich

aufgerufen Fühlen, charakterisiert durch authentisches Interesse und der Verantwortungsübernahme für diesen Menschen (Maio, 2017a, 490). Das Ergebnis einer solchen verstehenden *Zuwendung* zeigt sich in der Bestätigung und in der Möglichkeit zur Veränderung auf Seiten der Patient*innen³ und der Pflegenden (Maio, 2017a, 490). *„Im Gespräch mit Patienten gilt es, sich immer wieder klarzumachen, dass diese im Grunde danach suchen, sich selbst zu verstehen, weil sie sich durch Krankheit oder andere widrige Erfahrungen fremd geworden sind“* (Maio, 2017a, 491). Für dieses sich selbst Verstehen und sich selbst Erfahren ist die Begegnung mit einer anderen Person, einem Gegenüber nötig, die dieses sich selbst verstehen wollen teilt (Maio, 2017a, 491). *Zuwendung* ist gekennzeichnet durch Präsenz, Vertrauen, Offenheit, Wertschätzung, authentischem Interesse *am* und Verantwortungsübernahme *für* den anderen. Im Dialog nimmt sie Einfluss und zeigt Wirkung im Verstehen und Verstanden werden. Als zentrale Funktion dient Pflegerischen *Zuwendung* der Möglichkeit der Bedeutungs- und Sinnzuschreibung, als Basis zur Entwicklung der eigenen Integrität⁴, dem Vertrautwerden mit sich selbst und dem erkrankten Körper (Maio, 2017a, 276ff.; 2017b, 188ff.; 2018, 116). Pflegepersonen haben, im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, das Ziel der Entwicklung des Gefühls der Integrität, also der Förderung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens. Es handelt sich dabei um das Möglichmachen einer ganzheitlichen Geborgenheit (Maio, 2017a, 276). Zugewandt sein ermöglicht Antworten auf die Frage: „Wer ist der Mensch?“, sie reicht tief in die Existenz hinein, führt zu Heilung, Anerkennung, Aufwertung des Selbst und gibt Halt (Maio, 2017a, 276ff.; 2017b, 188ff.; 2018a, 116).

³ „Der Patient ist – so schon der vom lateinischen *patiens* (»geduldig ausdauernd«, »ertragend«) abgeleitete Begriff – ein leidender Mensch, einer der gerade nicht frei nach Angeboten Ausschau hält, sondern in seiner Not oft gar keine Wahl hat; er kann auf die Gesundheitsleistung nicht verzichten, sondern ist von ihr abhängig. Eine derart vulnerable Situation kann nicht durch ein reines Dienstleistungsverhältnis aufgefangen werden, denn dann müsste der Patient ständig auf der Hut sein, um nicht übervorteilt zu werden oder falschen Angeboten auf den Leim zu gehen. (...) In der Medizin ist der Patient in seiner Not und in seinem fehlenden Wissen über Reaktionsmöglichkeit letztlich darauf angewiesen, dem System Medizin zu vertrauen“ (Maio, 2017a, 138).

Während Maio (2018) den Titel *Zuwendung* verwendet und das typisch Pflegerische der *Zuwendung* konkretisiert, fehlt eine klare Definition des Begriffs der Pflegerischen *Zuwendung*⁵. Die Voraussetzungen, typischen Merkmale und Ergebnisse der *Zuwendung* im Zusammenhang mit Pflege sind klar beschrieben und von der ärztlichen *Zuwendung* abgegrenzt (Maio, 2017a, 276ff.), wobei viele der Merkmale und Ergebnisse, sowohl für die ärztliche als auch für die pflegerische *Zuwendung* relevant sind. Innerhalb der Charakteristika des Arbeitsmodus der Pflegenden, als typisches Merkmal der Pflegerischen *Zuwendung*, lassen sich keine Literaturangaben finden (Maio, 2017a, 279). Zusätzlich werden die Begriffe der personalen *Zuwendung*, der Praxis der *Sorge* um den anderen, das Prinzip der *Sorge* und acht Elemente der Ethik der *Sorge* (Maio, 2019, 13ff.) verwendet. Ferner finden sich Beschreibungen der echten und verstehenden *Zuwendung* und der auditiven *Sorge* um den anderen (Maio, 2018, 112).

Für die vorliegende Konzeptklärung werden folgende spezifische genuin pflegerische charakteristische Merkmale der *Zuwendung* herangezogen: die pflegerische Zielsetzung der Integritätsentwicklung; die leibliche Interaktion und der Arbeitsmodus: situative Kreativität, sinnliches Begreifen, erfahrungsgeleitetes Handeln und Ganzheitsverstehen. Damit das Ziel der Pflege ermöglicht werden kann, sind bestimmte Voraussetzungen nötig. Diese werden auch als typische charakteristische Merkmale der Pflegerischen *Zuwendung* identifiziert: sich von einer Person aufgerufen fühlen; einer Person körperlich gegenübertreten und einen Dialog unter Einsatz aller Sinne (sehen, zuhören, sprechen, berühren, mimischer und gestischer Ausdruck) führen. Die Grundhaltung der Pflegerischen *Zuwendung* umfasst: Präsenz; Offenheit; Neugierde; kognitiver Zugang; spürender Zugang; Wertschätzung; Begegnung und Ansprache gilt einer ganz bestimmten Person in einer ganz bestimmten Situation; authentisches Interesse *am* anderen; sich herantasten; sich Vertrautmachen; sich aussetzen; verweilen; Halt geben; das Wohin wahrnehmen und authentisches Einsetzen für den anderen (Verantwortungsübernahme). Inner-

⁵ Die von der Autorin dieser Arbeit gestellte Frage nach einer Begriffsdefinition der Pflegerischen *Zuwendung* an Giovanni Maio, die am 26.04.2021 an 'maio@ethik.uni-freiburg.de' geschickt wurde, blieb unbeantwortet.

halb der Entwicklung der eigenen Integrität sind folgende charakteristische Merkmale relevant: Antworten auf die Fragen von Patient*innen finden; Verstehen; Teilen des Verstehenwollens; Verstandenwerden; tieferes Verstehen und Verständnis der Ganzheit; Möglichkeit der Veränderungen auf beiden Seiten; Möglichkeit der Bedeutungs- und Sinnzuschreibung; Förderung der Heilung; Anerkennung und die Aufwertung des Selbst. Das Konzept wurde für die vorliegende Klärung ausgewählt, weil der Begriff der *Zuwendung* von Maio (2017a, 2017b, 2018, 2019) verwendet und das typisch Pflegerische anhand von Merkmalen klar aufgezeigt und von der ärztlichen *Zuwendung* abgegrenzt wird.

2.4 Hermeneutische Arbeit

Patrick Schuchter beleuchtet die Begegnung als Beginn der *Hermeneutischen Arbeit*⁶ der *Sorge* aus philosophischer-pflegerischer Sicht (2016, 233ff.). Er schreibt der Pflege den Zugang zur Welt des anderen Menschen, mit dem Ziel des Werdens der Persönlichkeit zu. Es geht darum, sich einen umfassenden Begriff der Leidenswirklichkeit und Leidensmöglichkeit des anderen Menschen zu machen und ein Bewusstwerden dessen, was wir teilen (Schuchter, 2016, 246). Dazu ist gelebtes Verständnis, das sich ausschließlich über die Kommunikation des Lebens- und Erfahrungswissens zeigt, erforderlich (Schuchter, 2016, 248f.). Er bezeichnet Sorgen als *Hermeneutische Arbeit* des Mitdenkens und Mitgehens im Erzählen, um sich dadurch erzählend und mitdenkend auf die Welt des anderen einzulassen (Schuchter, 2016, 233). Lebenswelt wird dabei verstanden als die der Person vertraute Welt in der sie lebt und die als Basis und Rahmen des Erlebten gesehen wird (Schrems, 2022, 65f.). Die Lebenswelt besteht aus dem aktuellen Erleben, aus Aspekten vorangegangenen Erlebens und aus Erwartungen, bezogen auf in der Zukunft liegen-

⁶ „Die hermeneutische Arbeit ist notwendig, um immer wieder zur Sorge und zum gelebten Verständnis durchzudringen. Das Speichermedium für das gelebte Verständnis ist allerdings weder schlechthin die Sprache, noch ein Buch, kein ‚Verbreitungsmedium‘ oder ‚Erfolgsmedium‘ im Sinne der Systemtheorie Luhmanns (1998, 202 ff.), sondern es ist gespeichert in den Menschen, die an sich relational gearbeitet und geübt haben. Das Speichermedium ist das in Subjekten, im Gedächtnis – kurz: im *gelebten Verständnis* [Herv. d. Verf.] inkorporierte implizite Lebenswissen von Personen, das sich letztlich nur im ‚kommunikativen Handeln‘ vererbt und radikal an die Lebenswelt und Erfahrungswelt zurückgebunden ist“ (Schuchter, 2016, 249).

den Erlebnissen, wobei das Hier und Jetzt den Mittelpunkt der alltäglichen Lebenswelt darstellt (Honer, 2011, 12). Schuchter (2016, 233) versteht *Sorge*, als *Hermeneutische Arbeit* des Mitdenkens und des Sich-Einlassens auf das Erzählen und auf die Welt des anderen. Er nennt folgende vier Kernelemente der *Sorge*: (1) gefühlte Bedeutsamkeit, (2) Leiden, (3) Inanspruchnahme des ganzen Menschen und (4) Verantwortlichkeit (Schuchter, 2016, 15). Die gelebte 'Kunst der *Sorge*', gemeint als *Sorge* um sich selbst und um den anderen, als Fragen, Staunen und Hören, auch als Ethos der Sorgenden bezeichnet, hat zum Ziel das zu hören, was uns am meisten beschäftigt und dient als Grundlage für gelebtes Verständnis (Schuchter, 2016, 239f.). Unter 'Kunst der *Sorge*' ist auch das Zurücklegen des Weges vom uneigentlichen Wissen zum eigentlichen Verstehen gemeint (Schuchter, 2016, 246).

Innerhalb der *Hermeneutischen Arbeit* des Mitdenkens und Mitgehens im Erzählen bei Schuchter (2016, 233ff.) fehlen ein Titel und eine klare Definition. Es werden darüber hinaus folgende Beschreibungen für Aspekte der Pflegerischen Zuwendung verwendet: Sorgen; sich auf die Welt des anderen Menschen einlassen; Zugang zur Welt des anderen Menschen (Schuchter, 2016, 233); die 'Kunst der *Sorge*' und fragen, staunen, hören synonym mit dem Ethos der Sorgenden (Schuchter, 2016, 239). Als Ergebnis wird das gelebte Verständnis (Schuchter, 2016, 249) angeführt. Zusammenfassend können verschiedene Begriffe, die Aspekte der Pflegerischen Zuwendung beinhalten (Voraussetzungen, charakteristische Merkmale und Ergebnisse), die jedoch nicht als solche klar ausgewiesen sind, identifiziert werden. Schuchter (2016) spricht von *Hermeneutischer Arbeit*, nicht jedoch von Hermeneutischer Zuwendung. Der Begriff der Zuwendung wird nicht verwendet.

Für die vorliegende Konzeptklärung sind folgende Begriffe von Bedeutung: *Sorge* um sich und um andere; sich einen umfassenden Begriff der Leidenswirklichkeit und Leidensmöglichkeit des anderen machen; den Weg vom uneigentlichen Wissen zum eigentlichen Verstehen zurücklegen; das zu hören was uns am meisten beschäftigt; einen Zugang zur Lebens- und Erfahrungswelt des anderen finden; Kommunikation von Lebenswissen; fragen; staunen; sich erzählend und mitdenkend auf das lebens- und erfahrungsweltorientierte Wissen über Zuhören und Gehört werden zu dem, was uns am meisten beschäftigt (Grundlage für gelebtes Verständnis) einlassen und Werden der eigenen Persönlichkeit.

Die Auswahl der *Hermeneutischen Arbeit* (Schuchter, 2016) für die Konzeptklärung der Pflegerischen Zuwendung wird durch die Zuordnung zu den Axiomen: Achtung; Aufmerksamkeit; Annahme; Angebot und Anspruch (Bönsch, 2021, o.S.) begründet. Die 'Kunst der *Sorge*' (*Sorge* um sich selbst und *Sorge* um den anderen), das Mitdenken und Mitgehen im Erzählen, das Sich-Einlassen auf die Lebens- und Erfahrungswelt der anderen Person erfordert Aufmerksamkeit. Diese Aufmerksamkeit zeigt sich durch das Wahrnehmen der anderen Person bezogen auf das Stellen von Fragen, staunen und (zu)hören. Die Annahme der anderen Person in ihrem Verhalten und die Achtung (Wertschätzung) ermöglichen, das zu hören, was diese Person am meisten beschäftigt. Das Hören und Sich-Einlassen auf die Leidenswirklichkeit und -möglichkeit, um dadurch einen Zugang zur Lebens- und Erfahrungswelt der anderen Person zu erhalten, ist innerhalb des Axioms Angebot von Bedeutung. Der Anspruch wird durch die Aufforderung, über das Lebens- und Erfahrungswissen zu erzählen, sichtbar. Indem die andere Person Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Achtung und Angebote erlebt, wird das Werden der eigenen Persönlichkeit ermöglicht.

2.5 Leibliche Kommunikation

Brieskorn-Zinke beleuchtet einen Teil der Pflegerischen Zuwendung, die *Leibliche Kommunikation* aus soziologischer Sicht, als zentrale und die Pflege auszeichnende Aufgabe. Sie umfasst das Suchen von Blicken und den besonderen Einsatz der Stimme als Ausdruck von Offenheit und Bereitschaft sich zu verbinden (Brieskorn-Zinke, 2019, 174f.). Sie assoziiert damit etwas Atmosphärisches, kaum in Worte Fassbares, als Begegnung unter speziellem Einsatz der Stimme, der Augen und der Hände im sogenannten Resonanzraum (Rosa, 2017, 360 zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2019, 174f.). Durch diese leibliche Verbindung von Menschen im kognitiven, sinnlichen, emotionalen und ästhetischen Sinn⁷, kann sich etwas ‚dazwi-

⁷ „Das als Intuition/Ästhetik bezeichnete Wissen stellt die Kunst des Pflegens, das persönliche Wissen ist das Wissen über sich selbst und in der Beziehung zum anderen dar. Dieses Wissen ermöglicht, die Gesamtheit aller reflektierten Erfahrungen, der erworbenen professionellen Kompetenzen, des gesunden Menschenverstandes und die Bedeutung des Augenblicks wahrzunehmen und für die Bewältigung einer Pflegesituation nutzbar zu machen. Intuitives Wissen ermöglicht, den Hintergrund bzw. Kontext einer Pflegesituation zu erfassen. Intuition kommt zum Ausdruck, wenn reflektierte Erfahrung und Handlung in einem bestimmten Moment zusammentreffen. Intuition zeigt sich im Verhalten, in der Körperhaltung, im Handeln, in der Art der Kommunikation und in den Interaktionen der

schen‘ entwickeln. Dabei sind der Blickkontakt, die Stimme und Berührungen wesentliche Elemente (Brieskorn-Zinke, 2019, 174f.). Rosa (2017, 360 zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2019, 174) beschreibt in diesem Zusammenhang, die Augen als das wesentliche Resonanzorgan. Die Möglichkeit der Begegnung der Blicke, erfordert seitens der Pflege Offenheit und Bereitschaft, die Blicke der Patient*innen zu suchen (Brieskorn-Zinke, 2019, 174f.). Dazu ist das intuitive/ ästhetische Wissen, das persönliche Wissen, also das Wissen über sich selbst und in der Beziehung zum anderen, auch als die ‘Kunst der Pflege‘ bezeichnet, wesentlich. Dieses Wissen ermöglicht das Wahrnehmen des Hintergrundes innerhalb einer spezifischen Pflegesituation und wird im Verhalten, in der Haltung, der Handlung und in der Art und Weise wie pflegerische Gespräche geführt werden, sichtbar (Chinn & Kramer, 2011; Benner, 1984 zitiert in Müller-Staub et al., 2015, 8). Die Konfrontation mit Krankheiten wirft Menschen auf sich selbst zurück, zeigt sich als existenziell bedrohlich, erschütternd und wird im leiblichen Ausdruck wahrnehmbar. *Leibliche Kommunikation* und leibliche Maßnahmen, als Aspekte der Zuwendung, ermöglichen Pflegepersonen, die persönlichen Situationen der erkrankten Menschen klarer einschätzen und die Leiblichkeit fördern zu können (Moers, 2012, 117). Der Leib, als das zentrale Medium zum Ausdruck der Mimik, Gestik, der Stimme, Haltung und des Ganges, ist als Resonanzkörper, für das Wahrnehmen der anderen Person eine Grundvoraussetzung (Fuchs, 2000, 90 zitiert nach Uzarewicz et al., 2012, 109). Durch *Leibliche Kommunikation* werden die Wahrnehmung und das Verständnis der Pflegenden verändert, wobei *Leibliche Kommunikation* als theoretisches Konzept bezeichnet wird (Uzarewicz et al., 2012, 109). Hier ergibt sich die Frage nach den Kriterien der Unterscheidung der *Leiblichen Kommunikation* und der Kommunikation im klassischen Sinne. Moers (2012, 114) beschreibt den Unterschied wie folgt. Klassische Kommunikation beginnt damit, ‚etwas oder jemanden zu sehen‘, sich dessen bewusst zu werden und die Reaktionen danach auszurichten. *„Leibliche Kommunikation beginnt jedoch früher, denn bereits der eigene Blick ist ein aktives Geschehen, eine leibliche Regung, die eine eigene Dynamik, einen eigenen Ausdruck hat und*

Pflegefachperson mit den an der Situation beteiligten Personen“ (Chinn & Kramer, 2011; Benner, 1984 zitiert in Müller-Staub, Abt, Brenner & Hofer, 2015, 8).

kein passives Aufnehmen von Seheindrücken ist“ (Moers, 2012, 114). Der Leib, der sich über Mimik, Gestik, Stimme, Haltung und Gang ausdrückt, ist dabei vor der verbalen Kommunikation zu sehen (Uzarewicz et al., 2012, 109). Kommunikative Kompetenz in der Pflege wird als Schlüsselqualifikation beschrieben (Elzer & Sci-borski, 2007 zitiert nach Büker & Lademann, 2019, 119), sie zeichnet sich durch deren bewusste Gestaltung aus. Basis dafür sind das Grundlagen- und Anwendungswissen zu Theorien, Modellen und Arten der Kommunikation, Wahrnehmung, Beobachtung, Einfühlungsvermögen und Reflexion. Die dafür erforderliche ethisch-reflexive Haltung, wird anhand anteilnehmender, respektvoller, wertschätzender, partnerschaftlicher Aspekte sichtbar (Büker et al., 2019, 119). Fehlt *Leibliche Kommunikation* als Teil der pflegerischen Zuwendung, kann Pflege nicht verwirklicht werden (Maio, 2017a, 277). Wird der Beziehungsaspekt während der Durchführung von Sorgetätigkeiten außer Acht gelassen, können pflegerische Handlungen schlecht oder gar nicht ausgeführt werden (Kumbruck et al., 2010, 4).

Die *Leibliche Kommunikation* wird aus soziologischer Sicht als ein charakteristisches Merkmal Pflegerischer Zuwendung und als Theorie bezeichnet (Brieskorn-Zinke, 2019, 175). Das Spezifische innerhalb des Leibkonzeptes ermöglicht einen typisch pflegerischen, ganzheitlichen Zugang mit der Verbindung von Körper und Geist, im Vergleich zum ärztlichen Zugang mit dem Denkansatz der Trennung von Körper und Geist (Uzarewicz, 2003, 25). Die Theorie beinhaltet einen Titel, eine klare Begriffsdefinition, Voraussetzungen, Merkmale und Ergebnisse (Brieskorn-Zinke, 2019, 174ff.). Abgrenzungen zu anderen Konzepten sind nicht erkennbar.

Folgende charakteristische Merkmale aus der Theorie der *Leiblichen Kommunikation* sind maßgebend für die vorliegende Konzeptklärung: Suchen von Blicken und besonderer Stimmeinsatz als Ausdruck der Offenheit; Bereitschaft sich mit dem anderen Menschen kognitiv sinnlich emotional und ästhetisch zu verbinden; Einsatz der Augen als wesentliches Resonanzorgan; eigener Blick als aktives Geschehen; Blicke suchen; Blicke finden und Einsatz der Hände über Berührungen. Der Leib als Resonanzkörper, also als Ausdruck von Mimik, Gestik, Stimme, Haltung und Gang dient als Grundlage zum Wahrnehmen der anderen Person. Die Begegnung im Resonanzraum ermöglicht das Einschätzen der individuellen, persönlichen Situation des anderen. Grundvoraussetzungen dafür sind Offenheit, die Bereitschaft Blicke

zu suchen, intuitives/ästhetisches/persönliches Wissen über sich selbst und über die Beziehung zur anderen Person.

Die genannten charakteristischen Merkmale der Theorie der *Leiblichen Kommunikation* werden durch folgende Axiome der menschlichen Zuwendung (Bönsch, 2021, o.S.) deutlich: Achtung; Aufmerksamkeit; Annahme; Anspruch und Angebote und sind für die Konzeptklärung der Pflegerischen Zuwendung relevant. Das Suchen von Blicken, der Einsatz der Augen und des Blickes als aktives Geschehen, der Einsatz der Stimme, das Wahrnehmen der anderen Person über den Leib (Mimik, Gestik, Stimme, Haltung, Gang) und der Einsatz der Hände über Berührungen, erfordert Aufmerksamkeit von Seiten der Pflegenden und Achtung der Würde des anderen Menschen. Die Begegnung im Resonanzraum und die leibliche Verbindung (kognitiv, sinnlich, emotional und ästhetisch) spiegeln einerseits ein Geben von Seiten der Pflegenden, andererseits ein Annehmen auf Seiten der Patient*innen und kommen dem Axiom des Angebotes gleich. Die Offenheit und Bereitschaft für eine Begegnung im Resonanzraum, für eine leibliche Verbindung und das Finden von Blicken, entsprechen dem Axiom des Anspruchs. Der Anspruch umfasst dabei die Offenheit und Bereitschaft, die für den Blickkontakt auf der Patient*innen-seite erforderlich ist. Die Offenheit und Bereitschaft der Pflegepersonen umfassen dabei die Axiome der Aufmerksamkeit und Achtung. Das Wissen über sich selbst und die Beziehung zum anderen führt über die Entwicklung der Aufmerksamkeit, zur Anerkennung und Annahme der anderen Person.

2.6 Typisch Pflegerischer Zugang

Von einer spezifischen Zugangsweise, dem *Typisch Pflegerischen Zugang* spricht Heiner Friesacher (2008, 236) und meint damit den körperlichen, leiblichen Zugang, das Fürsorgende und Fürsprechende, die Anteilnahme und den 'pflegerischen Blick'. Er spricht in diesem Zusammenhang von gelungener Berührung und Beziehung. Dabei verweist er auf die zentralen Bestandteile der Interaktion und Berührung in der direkten Pflege. Den 'pflegerischen Blick' schreibt er erfahrenen Expert*innen in der Pflege zu und meint damit das Erfassen des Gesamtbildes und das Wahrnehmen und Erkennen des Unerwarteten. Er spricht weiter von der 'Sicherheit des Blickes', der sich aus den Erfahrungen mit Patient*innen in bestimmten

Situationen entwickelt und der es ermöglicht, intuitiv richtig zu handeln (Friesacher, 2008, 234ff.). Dieser *Typisch Pflegerische Zugang* ermöglicht Orientierung und vermittelt Sicherheit in Bezug auf die eigene Identität (Friesacher, 2015a, 47). Als zentrale Voraussetzung für eine gelingende Beziehung nennt er eine gelingende Berührung des Leibes und des Körpers der anderen Person (Friesacher, 2015b, 212). Während Maio von Integrität, also der Förderung von physischem und seelischen Wohlbefinden als Zielstellung der Pflege spricht (Maio, 2017a, 276ff), verwendet Friesacher den Begriff der Identität im Zusammenhang mit dem *Typisch pflegerischen Zugang* (Friesacher, 2015a, 47). Nachdem gelingende pflegerische Beziehung als Voraussetzung für Identitätsveränderungen beschrieben wird und Maio sich mit der Wichtigkeit der Begegnung und Beziehung als Basis dieser Veränderungen beschäftigt, wird in diesem Kapitel darauf Bezug genommen. Maio verweist dabei auf die Entwicklung der Identität als prozesshaftes Geschehen (2017a, 292). Folgendes Zitat unterstreicht dabei die Wichtigkeit der Begegnung und der *Zuwendung*: „Um zu seiner Identität zu gelangen, braucht der kranke Mensch die Begegnung mit einem anderen Menschen, er braucht ein Gegenüber, das in ihm die Ermöglichung von Identität wachruft und durch seinen Zuspruch auch tatsächlich Identität schafft“ (Maio, 2017a, 292). Bei der Verwendung des Begriffs der Identität ist es wichtig die personale Identität (Persönlichkeit) von der individuellen Identität zu unterscheiden. Im Vergleich zur gleichbleibenden, personalen Identität, die sich auf Charaktereigenschaften bezieht, ist eine Veränderung der individuellen Identität, die sich aus individuellen Überzeugungen und Werten einer Person entwickelt, bei gleichbleibender personaler Identität, möglich. Friesacher (2008) beschäftigt sich mit den erforderlichen Voraussetzungen Pflegerischer Zuwendung und deren Auswirkungen. Er beschreibt folgende erforderliche Wissensarten des pflegerischen Handelns: Lebensweltliches Wissen und Alltagspraxis; ‘Kunst der Pflege‘; Implizites Wissen; Wissen um Metaphern als Teil des Verstehensprozesses; Wissenschaftliches Wissen; Intuitives Wissen und das Wissen zum rationalen, methodischen und analytischen Denken (Friesacher, 2008, 199ff.). Die vorliegende Beschreibung des, von ihm verwendeten Begriffs des *Typisch pflegerischen Zugangs*, ermöglicht teilweise eine Ableitung konkreter charakteristischer Merkmale. Friesacher (2008, 301)

sieht *Fürsorge* als Grundbedingung für die Pflege und als Kern pflegerischer Tätigkeiten. Er unterscheidet zwischen schwerer und leichter *Fürsorge* und bezieht sich dabei auf White (1994, 1051ff. zitiert nach Friesacher, 2008, 301). Während die schwere *Fürsorge* mit Einseitigkeit, Bedingungslosigkeit und dem Risiko des Paternalismus assoziiert wird, wird unter leichter *Fürsorge* eine Verpflichtung zur Entwicklung der Sensibilität unserer Zuwendung zur Welt im Allgemeinen verstanden. Leichte *Fürsorge* wird als spezifische Aufmerksamkeit für Stimmungen durch ein Sich zurücknehmen und Innehalten beschrieben (White, 1994, 1051ff. zitiert nach Friesacher, 2008, 301). Den theoretischen Hintergrund zur *Sorge* liefert dabei die Theorie der Anerkennung von Axel Honneth (Honneth, 1994; 2012 zitiert nach Friesacher, 2008, 301).

Kritisch zu betrachten ist hier, dass Friesacher (2008, 236ff.) den Begriff der Zuwendung nicht verwendet, jedoch die Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung zugeordnet werden können. Er verwendet verschiedene Begriffe wie: Interaktion; gelingende Berührung; gelingende Beziehung (Friesacher, 2015b, 212); Kern der Pflege; Originär Pflegerisches (Friesacher, 2015b), wobei diese Begriffe nur teilweise konkret definiert sind. Die Beschreibungen von Friesacher (2008) werden im Zuge einer Theorie und Praxis pflegerischen Handelns beschrieben. Mittels der beschriebenen Theorie, ist eine konkrete und umfassende Abgrenzung zu anderen Konzepten nur teilweise möglich. Die Hauptkritikpunkte an der Theorie von Friesacher umfassen also eine nicht geklärte Verwendung des Begriffs der Zuwendung.

Für die vorliegende Konzeptklärung sind folgende charakteristische Merkmale entscheidend: körperlicher und leiblicher Zugang; fürsorgende und fürsprechende Anteilnahme; typisch 'pflegerischen Blick'; gelingende Berührung des Körpers und des Leibes der anderen Person als Voraussetzung für eine gelingende Beziehung und leichte *Fürsorge* (spezifische Aufmerksamkeit für Stimmungen durch ein sich zurücknehmen und innehalten). Die bedeutenden Merkmale des *Typisch pflegerischen Zugangs* wurden, anhand der bestimmenden Axiome: Achtung; Aufmerksamkeit; Anspruch und Autonomie (Bönsch, 2021, o.S.) in der vorliegende Konzeptklärung berücksichtigt. Durch die Aufmerksamkeit für Stimmungen, die Achtung im

Sich zurücknehmen und Innehalten während des körperlichen und leiblichen Zugangs, wird gelingende Berührung des Körpers und des Leibes möglich. Die fürsorgende Anteilnahme beinhaltet eine besondere Aufmerksamkeit für Stimmungen. Die Voraussetzung für eine gelingende Berührung und Beziehung beinhaltet den Anspruch des Sich berühren lassen auf der Seite der Patient*innen. Das Merkmal der fürsprechenden Anteilnahme wird dem Axiom der Autonomie im Sinne eines respektvollen Umgangs mit der Selbstbestimmung des Menschen eingeordnet.

2.7 Verstehender Zugang – Empathie in der Pflege

Von einem *verstehenden Zugang*, als wesentlichem Teil professioneller Pflege, sprechen Bräutigam et al. (2005, 85). Sie meinen damit die Perspektive eines anderen Menschen einzunehmen und zu verstehen. Dabei verweisen sie auf das Konzept der *Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002). Verstehen wird als Kunst der Auslegung und als Entwicklung von etwas Neuem, unter Berücksichtigung der Beschreibungen und Erfahrungen der beteiligten Personen, beschrieben (Schrems, 2018, 143). Die Weiterentwicklung der Ergebnisse des Verstehensprozesses innerhalb der Zuwendung zur ‚Verstehenden Pflegediagnostik‘, wird durch folgendes Zitat verdeutlicht: *„Und so versteht sich die Verstehende Pflegediagnostik⁸ als Kunst, da ihr kennzeichnendes Merkmal der Prozess der Transformation zweier Erlebnisse zu einer Erkenntnis ist“* (Schrems, 2018, 143). Die Perspektivenübernahme wird dabei als Prozess beschrieben, der durch körperliche und verhaltensbezogene Reize der Patient*innen ausgelöst wird. Dabei wird der innere Zustand der Patient*innen imaginativ konstruiert, das Verhalten antizipiert und die Gefühle, Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Beschreibungen der Situation im persönlichen Kontakt der pflegerischen Beziehung erfasst und verstanden, ohne zu bewerten (Bischoff-Wanner, 2002, 272f.). *„Die Aufmerksamkeit liegt dabei auf dem Erleben des Patienten/Klienten, wobei das Bewusstsein zweier getrennter Identitäten aber stets erhalten bleibt“* (Bischoff-Wanner, 2002, 272f.). Die Perspektivenübernahme wird durch *Empathie*

⁸ „Dem Modell der Verstehenden Pflegediagnostik liegt folgende Definition zugrunde: ‚Verstehende Diagnostik ist ein Zugang zu einer Pflegesituation, in der die Probleme nicht allein aus der objektivierenden Sicht der professionell oder privat Helfenden, sondern auch aus der der betreffenden Person definiert werden“ (Bartholomeyczik et al., 2006, 61).

in der Pflege möglich und als wesentlicher Teil der professionellen Pflege bezeichnet (Bischoff-Wanner, 2002 zitiert nach Bräutigam et al., 2005, 85).

Bezogen auf die Pflegerische Zuwendung ist anzumerken, dass der Begriff des *verstehenden Zugangs* und nicht der Ausdruck der verstehenden Zuwendung verwendet wird. Die inhaltlichen Ausführungen bei Bräutigam et al. (2005, 85) reichen zudem nicht aus, um Voraussetzungen, charakteristische Merkmale, Ergebnisse und Abgrenzungen zu anderen Konzepten zu beschreiben. Für die vorliegende Konzeptklärung ist die *Empathie in der Pflege* im Zusammenhang mit dem *Verstehenden Zugang* und somit mit der Möglichkeit des Verstandenwerdens, als zentrale pflegerische Aufgabe und Teil der Pflegerischen Zuwendung, geeignet. Im Konzept der *Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002, 258ff.) werden eine operationalisierte Definition, Voraussetzungen, fünfundzwanzig charakteristische Merkmale und Ergebnisse dargestellt. Ferner geht die Autorin auf das Spezifische der *Empathie in der Pflege* ein. Somit sind Abgrenzungen zu anderen Konzepten möglich (Bischoff-Wanner, 2002, 254ff.).

Das Konzept der *Empathie in der Pflege* beinhaltet folgende charakteristische Merkmale: Bewusste extrinsisch induzierte Perspektivenübernahme; Neutralität⁹ und Objektivität¹⁰; Absicht und Wille; zeitliche Begrenzung; direkte Anwesenheit der Patient*innen; tröstender Blick; verständnisvolles Nicken und Lächeln; Berührung oder Körpersprache durch Körperhaltung; Zugänglichkeit zu Patient*innen (Bereitschaft als Patient*in etwas mitzuteilen); wahrnehmen, erkennen, erleben, interpretieren und verstehen von Hinweisreizen und äußeren körperlichen und inneren psychischen Zuständen (körperlich, emotional, situativ, sozialer Kontext); überprüfen durch Feedback und die Möglichkeit der verbal reflektierten Kommunikation. Die aus dem Konzept der *Empathie in der Pflege* abgeleiteten Merkmale fügen sich in folgende Axiome der menschlichen Zuwendung ein: Achtung; Aufmerksamkeit; Annahme; Anspruch und Angebot (Bönsch, 2021, o.S.) und werden somit in die Kon-

⁹ „Empathie ist insofern ein neutraler Prozess, als jedweder innere (Gefühls-)Zustand des Patienten erfasst bzw. miterlebt wird“ (Bischoff-Wanner, 2002, 262).

¹⁰ „Damit ist gemeint, das Erleben des Patienten nicht-bewertend und nicht be- oder verurteilend zu verstehen. Objektivität meint aber auch eine gewisse Distanz, d.h. sich nicht in die Gefühlswelt des Patienten verwickeln zu lassen, da sonst eine angemessene Hilfe für den Patienten erschwert wird“ (Bischoff-Wanner, 2002, 262).

zeptklärung miteinbezogen. Dabei wird die bewusste Perspektivenübernahme, unter Berücksichtigung der Neutralität und Objektivität, also einem nichtbewertenden und nicht be- und verurteilenden Zugang in die Axiomen der Achtung, der Aufmerksamkeit und der Akzeptanz des anderen Menschen eingeordnet. Die Absicht, der Wille und die zeitliche Begrenzung umfassen ein Angebot und erfordern die direkte Anwesenheit der Patient*innen, also die Bereitschaft, etwas mitzuteilen (Anspruch). Das verständnisvolle Nicken und Lächeln, der tröstende Blick und die Berührung über Körpersprache und Körperhaltung erfordert die Achtung der anderen Person, Aufmerksamkeit und Annahme. Das Wahrnehmen, Interpretieren, Erkennen, Erleben und Verstehen der Hinweisreize, erfordert Aufmerksamkeit. Es umfasst zugleich den Anspruch die Patient*innenperspektive einzunehmen und diese körperlichen und psychischen Hinweise leiblich auszudrücken. Die Überprüfung mittels Feedback und die Möglichkeit der verbal reflektierten Kommunikation weisen auf die Axiome der Aufmerksamkeit und Annahme hin und beinhalten den Anspruch der verbalen Kommunikation, also des Sich mitteilen Wollens der Patient*innen.

2.8 Reflexive Zuwendung

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive findet sich bei Schrems (2018, 53) der Begriff der *Reflexiven¹¹ Zuwendung* im Zusammenhang mit Sinnzuschreibungen durch Selbstausslegung von Erlebnissen. Die *Reflexive Zuwendung* wird dabei als wesentliches Element der ‚Verstehenden Pflegediagnostik‘, mit Bezugnahme auf Husserl, Schütz und Gadamer dargestellt (Schrems, 2018, 53). Bei der Beschreibung des Aktes der Zuwendung wird auf Schütz (2016 zitiert nach Schrems, 2021, 61) verwiesen, der beschreibt, dass der Sinn nicht innerhalb der Handlung zu finden ist, sondern sich erst im Zuge einer Reflexion ergibt. Die Wahrnehmung des subjektiven Sinnes bildet die Grundlage für das Verstehen¹² und die Differenzierung

¹¹ „Reflexion ist ein Prozess, bei dem erkannt werden kann, wie Erkennen vor sich geht. (...) Es handelt sich dabei um eine Handlung, bei der auf sich selbst zurückgegriffen wird, indem bewusst aus dem Erlebnisstrom herausgetreten wird, oder wie Alfred Schütz schreibt: ‚Wenn ich ein eigenes Erlebnis in den Blick bekommen will, so bedarf es hierzu einer reflexiven Zuwendung und daher bekomme ich nicht das ablaufende Erlebnis, sondern nur das bereits abgelaufene Erlebnis in den Blick‘“ (Schütz, 2016, 143 zitiert nach Schrems, 2021 93f.).

¹² „Verstehen bezeichnet die Kunst der Auslegung und im speziellen Fall der Vermittlung der Beschreibungen der ersten und der dritten Person vor dem Hintergrund des jeweiligen Erfahrungshorizonts. Der aristotelischen Ordnung des Wissens folgend unterscheidet sich die Kunst vom einfachen

zwischen objektivem und subjektivem Sinn (Schrems, 2021, 61). Reflexion wird dabei als Handlung beschrieben, bei der man auf sich selbst zurückgreift, indem man aus dem Erlebnisstrom heraustritt. Wesentlich dabei ist, dass sich die Reflexion nur auf ein bereits abgeschlossenes Erlebnis beziehen kann (Schütz, 2016, 143 zitiert nach Schrems, 2021 93f.). Die Möglichkeiten, die durch Zuwendung und Reflexion entstehen können, werden durch folgendes Zitat verdeutlicht: „*Es wird in der Zuwendung zum Erlebnisstrom eines anderen möglich, Erlebnisse, die von diesem anderen noch nicht reflektiert oder auch mit Sinn versehen -, weil noch nicht abgelaufen – sind, in den Blick zu bekommen (...)*“ (Schütz, 2016 zitiert nach Schrems, 2021, 95). Durch Zuwendung zum Erleben des anderen wird es erst möglich, den Sinn wahrzunehmen und zu verstehen (Schrems, 2021, 95ff.). Das Wahrnehmen des subjektiven Sinns, der durch bewusste Reflexion interpretiert werden kann, stellt die Grundlage für das Verstehen und die Differenzierung zwischen objektiv wahrgenommenen und subjektiv erlebten Sinn dar (Schrems, 2021, 61).

Aus dem Konzept der *Reflexiven Zuwendung* sind folgende Aspekte bedeutsam: Bewusste Reflexion; Sinnzuschreibung durch Selbstausslegung von Erlebenswissen; erst durch Zuwendung und Reflexion kann ein subjektiver Sinn als Grundlage zum Verstehen wahrgenommen werden; aus dem Erlebnisstrom heraustreten; Zuwendung zum Erlebnisstrom ermöglicht Sinn von Erlebnissen zu verstehen, die von den Personen noch nicht reflektiert oder mit Sinn verbunden sind. Die Auswahl des Konzepts der *Reflexiven Zuwendung* für die Klärung der Pflegerischen Zuwendung, wird durch das Vorhandensein des Begriffes der Zuwendung innerhalb des Konzepts begründet. Neben diesen theoretischen Konzepten der Pflegerischen Zuwendung finden sich in der Literatur auch empirische Arbeiten.

2.9 Gestaltung pflegerischer Beziehung

Die Dissertationsarbeit von Dütthorn (2014, 31f.), die pflegespezifische Kompetenzen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege im Vergleich Schweiz, Deutschland und Schottland erhebt, zeigt *Pflegerische Beziehung gestalten* als

Handeln durch das Hervorbringen von etwas Neuem. Und so versteht sich die Verstehende Pflege-diagnostik als Kunst, da ihr kennzeichnendes Merkmal der Prozess der Transformation zweier Erlebnisse zu einer Erkenntnis ist“ (Schrems, 2018, 143).

zentrales Phänomen und Kernkategorie der Pflege (Düttthorn, 2014, 252). Die Dimension 'Menschen begegnen', mit einem wechselseitigen Aufeinanderbezugensein von Menschen im Rahmen einer Interaktion und 'Mensch sein' entsprechen Teilbereichen der Pflegerischen Zuwendung (Düttthorn, 2014, 257). *Pflegerische Beziehung gestalten* setzt die 'Bereitschaft voraus, sich für eine Beziehung zu öffnen', 'sich auf die Welt des anderen einzulassen', 'die Komplexität der Situation überblicken zu können' und die 'Kommunikation dialogisch auszurichten'. Das Einbringen der Persönlichkeit erfordert Präsenz, Selbsterkenntnis, Selbstfürsorge, Selbstverantwortung und Selbstsicherheit bzw. Selbstbewusstsein. Um sich auf die Welt des anderen einlassen zu können sind Interesse am Gegenüber, empathisches Sein sowie das Verstehen des anderen erforderlich (Düttthorn, 2014, 274 und 306ff.). Darüber hinaus benötigt es das 'Einnehmen eines reflexiven Blicks', das 'Entwickeln eines Wir-Gefühls' und 'Grundwissen als Rahmen, der Sicherheit gibt' (Düttthorn, 2014, 306ff.). Die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, der die Lebenswelt des anderen erfahren lässt und die Möglichkeit bietet, darauf zu reagieren, fällt ebenfalls unter die Dimensionen 'Menschen begegnen' und 'Mensch sein' (Düttthorn 2014 zitiert nach Arens et al., 2017, 253). In den Studienergebnissen zur Kategorie 'Kommunikation dialogisch ausrichten' werden eine bestimmte Haltung, das Beherrschen von Kommunikationstechniken, Fragetechniken, Fachsprache und das Senden und Interpretieren verbaler und nonverbaler Zeichen gefordert. Dabei wird auf das Konzept der Person-Zentriertheit verwiesen (Düttthorn, 2014, 305).

Die Forschungsergebnisse zeigen Beschreibungen von Kategorien, Voraussetzungen und Ergebnisse der *Gestaltung pflegerischer Beziehung*. Es fehlt jedoch eine Definition der Kategorie *Gestaltung pflegerischer Beziehung*. Abgrenzungen zu anderen Konzepten wurden im Rahmen dieser Studie nicht dargestellt. Die Unterkategorien der Kernkompetenz des *Gestaltens pflegerischer Beziehungen*: 'Persönlichkeit einbringen', 'sich auf die Welt des anderen einlassen', 'Komplexität überblicken' und 'Kommunikation dialogisch ausrichten' sind entscheidend für die Konzeptklärung. Folgende Begriffe und Aspekte sind im Zusammenhang mit der Pflegerischen Zuwendung maßgebend: die Bereitschaft sich für eine Beziehung zu öffnen; die Komplexität der Situation überblicken; das Einbringen der Persönlichkeit durch Selbsterkenntnis, Selbstverantwortung, Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein;

das Einnehmen eines reflexiven Blickes; die Entwicklung eines Wir-Gefühls; das Beherrschen von Kommunikations- und Fragetechniken, der Fachsprache und das Senden und Interpretieren verbaler und nonverbaler Zeichen.

Die Auswahl der Studienergebnisse für die Konzeptklärung der Pflegerischen Zuwendung wird durch die Zugehörigkeit der Unterkategorien des *Gestaltens der pflegerischen Beziehungen* zu den Axiomen: Aufmerksamkeit; Angebot und Anspruch (Bönsch, 2021, o.S.) gesichert. In das Axiom Angebot werden das Einbringen der Persönlichkeit der Pflegeperson, das Sich-einlassen auf die Welt des anderen, der kommunikative Dialog und das Interpretieren verbaler und nonverbaler Zeichen eingegliedert. Die Voraussetzungen für das dialogische Ausrichten der Kommunikation, für die Entstehung eines Wir-Gefühls und für die Bereitschaft sich für eine Beziehung zu öffnen, entsprechen dem Axiom des Anspruchs an die andere Person, sich am Dialog zu beteiligen und sich für eine Beziehung zu öffnen. Dem Axiom Aufmerksamkeit werden das Überblicken der Komplexität der Situation, das Einnehmen eines reflexiven Blickes und das Interpretieren verbaler und nonverbaler Zeichen zugeteilt.

2.10 Partizipatives Caring

Eine aktuelle, in der Schweiz durchgeführte Studie, beschäftigt sich mit *Partizipativem Caring*. Dabei wurden sechszwanzig teilnehmende Beobachtungen, elf Gespräche mit Pflegepersonen und vierunddreißig Interviews mit Patient*innen zur Fragestellung: „Was beinhaltet *caring* in der Traumatologie aus Sicht der Patient*innen?“, durchgeführt. Die Autorin führt an, dass der Begriff *caring* als *Fürsorge* für den anderen übersetzt werden kann. Das Ziel liegt im Sichtbarmachen der Beziehungen zwischen Pflegenden und Patient*innen, bezogen auf die *caring*-Haltung (Schärli et al., 2020, 103f.). Bei der Gestaltung der Interviews wird auf die fünf *caring*-Prozesse nach Swanson (1991 zitiert nach Schärli et al., 2020, 105) Bezug genommen. Die Studienergebnisse zeigen Aspekte der Pflegerischen Zuwendung: Haltung; *Fürsorge* für den anderen; Beziehung; Menschlichkeit; Verstehen; stellvertretendes Tun; das Wesentliche tun; Aufmerksamkeit und Achtsamkeit. Das, aus den Ergebnissen der Studie entwickelte *caring*-Kontinua Modell, wird als *Partizipatives Caring* beschrieben. Dabei werden insgesamt sechs Kontinua aufgezeigt: ‘Von

Freundlichkeit zu Menschlichkeit', 'von jemanden kennen zu jemanden verstehen', 'von stellvertretend tun zum das Wesentliche tun', 'vom Problem lösen zum gemeinsam Lösungen entwickeln' und 'von befähigen zum Wissensmanagement' (Schärli et al., 2020, 107ff.). Aus Sicht der Patient*innen wird dabei 'Freundlichkeit verbunden mit begrüßen, sich mit dem Namen vorstellen, die Betroffenen informieren, sich bei ihnen bedanken, sich von ihnen verabschieden, nach dem Befinden und nach Wünschen fragen und auf diese reagieren, sich gegenseitig respektieren und gleichwertig miteinander umgehen und eine pflegerische Beziehung aufbauen und aufrechterhalten' als Inhalte von *caring* genannt (Schärli et al., 2020, 107). Unter dem Begriff Menschlichkeit wird das Zeigen von Menschlichkeit in Situationen der Krise, der Schwere, des Leidens oder in Konflikten verstanden. Zudem wirken Pflegende menschlich, wenn sie auch „*in stressreichen Situationen situativ auf die Patient*innen eingehen, sehr empathisch sind und die Person und ihre Selbstbestimmung respektieren*“ (Schärli et al., 2020, 107). In der Publikation liegt keine Begriffsdefinition von *Partizipativem Caring*¹³ vor.

Die Studienergebnisse zeigen jedoch typische charakteristische Merkmale. Ergebnisse des *Partizipativen Carings* können teilweise abgeleitet werden. Folgende charakteristische Merkmale sind für die Konzeptklärung der Zuwendung durch Pflegende maßgebend und werden in diese miteingeschlossen: Menschlichkeit (in stressreichen Situationen situativ auf Patient*innen eingehen, sehr empathisch sein, Person und Selbstbestimmung respektieren); Stellvertretendes Tun; Das Wesentliche tun; Aufmerksamkeit und Achtsamkeit; Freundlichkeit; jemanden kennen; Problem lösen; gemeinsam Lösungen entwickeln; befähigen; danken; sich verabschieden; sich nach dem Befinden erkundigen; nach Wünschen fragen; auf Wünsche eingehen; einander respektieren und einander als gleichwertig behandeln. Die ausgewählten charakteristischen Merkmale entsprechen den Axiomen der menschlichen Zuwendung: Achtung; Aufmerksamkeit; Anerkennung; Annahme; Angebote und Autonomie (Bönsch, 2021, o.S.) und werden daher in die vorliegenden Konzeptklärung integriert. Das Axiom Achtung vor der Würde des anderen Menschen

¹³ Die von der Autorin dieser Arbeit gestellte Frage nach einer Begriffsdefinition von ‚*Partizipativen Caring*‘ an Marianne Schärli, die am 26.04.2021 an 'marianne.schaerli@careum-hochschule.ch' geschickt wurde, blieb unbeantwortet.

zeigt die Merkmale: Menschlichkeit und Freundlichkeit (danken, sich verabschieden, nach dem Befinden erkundigen, nach Wünschen fragen, und auf Wünsche eingehen). Der respektvolle Umgang miteinander und jemanden kennen wird dem Axiom der Annahme der anderen Person, unabhängig von seiner Herkunft und seinem Verhalten und dem Angebot zugeordnet. Die Berücksichtigung der Autonomie umfasst den Respekt vor der Selbstbestimmung der Person, die Gleichwertigkeit, das gemeinsame Entwickeln von Lösungen und die Befähigung des anderen Menschen. Um die Autonomie würdigen zu können, ist es erforderlich jemanden zu kennen. Das Axiom der Aufmerksamkeit zeigt sich weiters im stellvertretenden Tun und im Tun des Wesentlichen. Das Axiom des Angebots wird durch das zur Verfügung stellen von Respekt, der Berücksichtigung der Selbstbestimmung, der gemeinsamen Lösungsentwicklung und der Befähigung der anderen Person transparent.

2.11 Relevante Aspekte Konzeptklärung

Die erste Forschungsfrage: „Welche deutschsprachigen Konzepte werden in der theoretischen und empirischen Literatur für das Konzept Pflegerische Zuwendung aus der Perspektive der professionellen Pflege innerhalb der wissenschaftlichen Disziplinen der Pflege, der Medizinethik, der Philosophie und der Soziologie beschrieben?“ wird wie folgt beantwortet. In der vorliegenden, deutschsprachigen theoretischen Literatur werden insgesamt folgende sechs Konzepte der pflegerischen Zuwendung aus der Perspektive der Pflegepersonen identifiziert: *Zuwendung* aus dem Fachbereich der Medizinethik (Maio, 2018), *Hermeneutische Arbeit* aus dem Fachbereich der Philosophie und Pflege (Schuchter, 2016), *Leibliche Kommunikation* aus dem Fachbereich der Soziologie (Brieskorn-Zinke, 2019), *Typisch pflegerischer Zugang* (Friesacher, 2008), *Verstehender Zugang – Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002) und *Reflexive Zuwendung* (Schrems, 2018; Schrems, 2021) aus dem Fachbereich der Pflegewissenschaft. Aus der Empirie lassen sich folgende zwei Konzepte ableiten, die Pflegerische Zuwendung beinhalten. *Partizipatives Caring* (Schärli et al., 2020) und *pflegerische Beziehung gestalten*, als Teil der Pflegerischen Kernkompetenz (Dütthorn, 2014) aus dem Bereich der Pflegewissenschaft. Inhaltlich lässt sich festhalten, dass die Begriffe personale, echte, ver-

stehende (Maio, 2017a, 2017b, 2019), reflexive, zwischenmenschliche und hermeneutische Zuwendung, Aspekte der Pflegerischen Zuwendung darstellen. Das gilt auch für die Begriffe des *Typisch pflegerischen Zugangs*. Die *Leiblichen Kommunikation* wird als Theorie bezeichnet und beinhaltet verschiedene Konzepte. Die Begriffe *Sorge* und *Fürsorge*, innerhalb der Beschreibungen der sorgenden und fürsorgenden Zuwendung, finden sich ebenso innerhalb der theoretischen Forschungsergebnisse und zeigen Aspekte der Pflegerischen Zuwendung. Das Konzept der *Empathie in der Pflege* stellt das Ergebnis einer Konzeptklärung und Konzeptanalyse dar und wird als charakteristisches Merkmal der Pflegerischen Zuwendung identifiziert. Die empirischen Forschungsergebnisse zeigen im Bereich des *Partizipativen Carings* (Schärli et al., 2020) konkrete Merkmale und Ergebnisse. Die Kernkompetenz der Pflege (Dütthorn, 2014) konkretisiert typische Merkmale und detaillierte Voraussetzungen für das *Gestalten der pflegerischen Beziehungen*.

Nach der vergleichenden Darstellung, Analyse und Reflexion der charakteristischen Merkmale, Voraussetzungen und Ergebnisse der Zuwendung, wurden folgende Aspekte für die Konzeptklärung herangezogen. Maio (Maio, 2017a, 2017b, 2018, 2019) weist auf ganz spezifische, genuin pflegerische Merkmale der *Zuwendung* hin. Diese umfassen die pflegerische Zielsetzung der Entwicklung der Integrität; die leibliche Interaktion und den Arbeitsmodus als situative Kreativität, sinnliches Begreifen, erfahrungsgeleitetes Handeln und Ganzheitsverstehen. Ferner konkretisiert er den Dialog unter Einsatz aller Sinne, Präsenz, Offenheit, Neugierde, kognitiver und spürender Zugang und Wertschätzung als Voraussetzungen, um das Ziel der Pflege ermöglichen zu können. Besonderer Wert wird in der Literatur bei der *Zuwendung* immer wieder auf das 'sich aufgerufen fühlen'; auf die Ansprache und Begegnung einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation; das authentische Interesse und das Zuhören gelegt. Die Qualität der *Zuwendung* wird durch die Beschreibung der Haltungen sichtbar. Es handelt sich dabei um ein 'sich herantasten'; sich Vertrautmachen; sich aussetzen; verweilen; Halt geben; das Wohin wahrnehmen und das authentische Einsetzen für den anderen (Verantwortungsübernahme). Die Entwicklung der eigenen Integrität erfordert folgende Aspekte, die sowohl in der Haltung als auch innerhalb von Handlungen sichtbar werden: Antworten auf die Fragen von Patient*innen finden und Teilen des Verstehenwollens. Die Auswirkungen

der *Zuwendung* zeigen sich im Verstandenwerden, in einem Tieferen Verstehen und Verständnis der Ganzheit, in der Möglichkeit der Veränderungen auf beiden Seiten, in der Bedeutungs- und Sinnzuschreibung, in der Förderung der Heilung, der Anerkennung und der Aufwertung des Selbst der Person.

Patrick Schuchter (2016) betont in seiner Arbeit zusätzlich die Aspekte: *Sorge* um sich und um andere, die Begriffe der Leidenswirklichkeit und Leidensmöglichkeit, die uns über den Zugang zur Lebenswelt und das Einlassen auf diese, durch fragen, staunen und erzählen zum Mitdenken des Lebens- und Erfahrungswissens, ein Verstehen ermöglichen. Er verweist dabei auf die Wichtigkeit des Hörens auf das, was uns am meisten beschäftigt, als Basis für ein gelebtes Verständnis und des Werdens der eigenen Persönlichkeit.

Die Theorie der *Leiblichen Kommunikation* liefert für die vorliegende Konzeptklärung relevante Inhalte (Brieskorn-Zinke, 2019). Hier wird vor allem auf das Suchen und Finden von Blicken, den Einsatz der Stimme als Ausdruck der Offenheit und Bereitschaft zur Verbindung mit einem anderen Menschen, den Augen als wesentliches Resonanzorgan, den eigenen Blick als aktive Handlung und den Einsatz der Hände über Berührungen betont. Der Leib dient dabei als Resonanzkörper, über den Mimik, Gestik, Stimme, Haltung und Gang transportiert werden und der zur Wahrnehmung der anderen Person als Grundlage gesehen wird. Durch die *Leibliche Kommunikation* wird es möglich, die Situation des anderen Menschen wahrzunehmen und diese einzuschätzen. Als grundlegende Kompetenz wird dabei auf die Offenheit und Bereitschaft, Blicke zu suchen und zu finden, auf die Notwendigkeit von intuitiven/ästhetischen/persönlichen Wissen über sich selbst und über die Beziehung zur anderen Person, hingewiesen.

Heiner Friesacher (2008) betont in seiner Theorie sowohl den körperlichen als auch den leiblichen Zugang, die fürsorgende und fürsprechende Anteilnahme, den typisch 'pflegerischen Blick' und die gelingende Berührung des Körpers und des Leibes der anderen Person als Basis für eine gelungene Beziehung. Bei der *Fürsorge* verweist er auf die leichte *Fürsorge*, innerhalb derer eine spezifische Aufmerksamkeit für Stimmungen durch ein sich zurücknehmen und innehalten hervorgehoben wird.

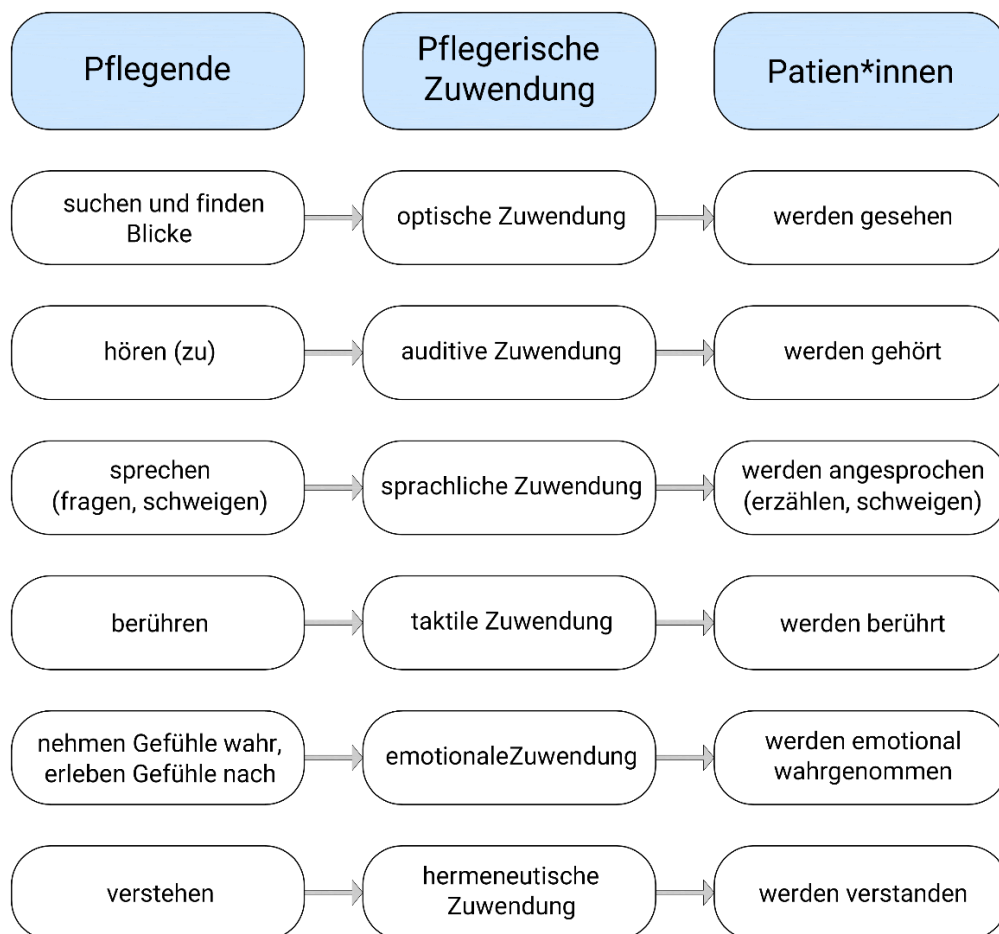
Das Konzept der *Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002) zeigt im Besonderen die bewusste, äußerlich beeinflusste Perspektivenübernahme, die Aufmerksamkeit, die auf das Erleben der anderen Person gerichtet ist und die Neutralität und Objektivität der Pflegeperson. Neu sind hier der Wille und die Absicht der Pflegenden, die zeitliche Begrenzung und die direkte Anwesenheit der Patient*innen, um sich empathisch zuzuwenden. Weiters wird auf die Bereitschaft der Patient*innen etwas mitzuteilen hingewiesen. Dies ist eine Voraussetzung für empathisches Handeln. Auf der Seite der Pflegepersonen wird speziell auf den tröstenden Blick, auf verständnisvolles Nicken und Lächeln, Berührung oder Körpersprache durch Körperhaltung, und die Wahrnehmung, das Erkennen, Erleben, Interpretieren und Verstehen von körperlichen, emotionalen, situativen und sozialen Hinweisreizen verwiesen. Hier finden sich auch erstmals die Überprüfung der Interpretation und des Verstehens durch Feedback und der Hinweis auf die Möglichkeit einer verbal reflektierten Kommunikation.

Auf eine bewusste Reflexion, also ein Heraustreten aus dem Erlebnisstrom durch eine Sinnzuschreibung durch Selbstausslegung von Erlebenswissen und durch die Basis der Zuwendung und Reflexion als Verstehen des subjektiven Sinnes wird bei Schrems (2018) hingewiesen. Wesentlich ist dabei die Möglichkeit einer Sinnzuschreibung von Erlebnissen, die von anderen Personen noch nicht reflektiert oder mit Sinn verbunden wurden.

3 Bildung von Kategorien und Hierarchien

Aus den im Kapitel zwei angeführten identifizierten, charakteristischen Merkmalen für die vorliegende Konzeptklärung, ergeben sich nach Analyse und Reflexion nachfolgende Kategorien und Hierarchien (siehe Abbildung 2). Auf der Handlungsebene und der Erlebensebene wird die pflegerische Zuwendung sicht- und spürbar durch das Suchen und Finden von Blicken und dem Gesehen werden als optische Zuwendung, durch (zu)hören und gehört werden als auditive Zuwendung, durch Sprechen (fragen, schweigen) und angesprochen werden (erzählen, schweigen) als sprachliche Zuwendung, durch Berühren und berührt werden als taktile Zuwendung, durch Wahrnehmen und (Nach)erleben der Gefühle und emotional wahrgenommen werden als emotionale Zuwendung und durch verstehen und Verstandenwerden als hermeneutische Zuwendung.

Abbildung 2: Kategorien und Hierarchien der Pflegerischen Zuwendung



Zur Entwicklung von Kategorien und Hierarchien der Pflegerischen Zuwendung dienen folgende Leitfragen als Grundlage: „Welche Begebenheiten oder Ereignisse lösen das Konzept Pflegerische Zuwendung aus?“ und „Welche Ereignisse treten als Ergebnis des Konzepts auf?“ (Meleis, 1999, 332; Meleis, 2007, 167; Norris, 1982, 15ff.). Diese Vorgehensweise entspricht dem zweiten Schritt der Methode der Konzeptklärung nach Norris (1982). In den nachfolgenden Kapiteln wird beschrieben, was unter Voraussetzungen, auslösenden Ereignissen, charakteristischen Merkmalen und Ergebnissen verstanden wird und warum diese für die vorliegende Konzeptklärung wichtig sind.

3.1 Voraussetzungen

Voraussetzungen sind Ereignisse oder Begebenheiten, die stattfinden oder vor dem Auftreten des Konzepts vorhanden sein müssen. Somit kann eine Voraussetzung nicht gleichgehalten werden mit einem definierenden, charakteristischen Merkmal für das gleiche Konzept (Walker & Avant, 2013, 173). Voraussetzungen definieren Bedingungen, unter denen das Konzept wahrgenommen wird und von denen erwartet wird, dass sie eintreten (Meleis, 2012, 385). Voraussetzungen sind besonders hilfreich, Theoretiker*innen bei der Identifizierung der dem interessierten Konzept zugrundeliegenden Annahmen zu unterstützen (Walker et al., 2013, 174). Die Überlegungen der Antworten auf die, von Norris (1982, 15ff.) formulierte Fragestellung: „Welche Begebenheiten oder Ereignisse lösen das Konzept Pflegerische Zuwendung aus?“, dienen der Konkretisierung und Beschreibung der Voraussetzungen.

3.2 Charakteristische Merkmale

Das Definieren charakteristischer Merkmale eines Konzepts wird als Herzstück der Methode der Konzeptanalyse bezeichnet. Im Vergleich zur Methode der Konzeptklärung nach Norris (1982, 15ff.), ist die Darstellung charakteristischer Merkmale nicht explizit gefordert. Die Identifizierung der charakteristischen Merkmale der vorliegenden Arbeit hat sich aus der Leitfrage des dritten Schrittes der Methode nach Norris (1982, 15ff.) ergeben. In diesem Schritt ist folgende Frage bestimmend: „Wie erkenne ich das Konzept, wenn ich es sehe?“. Die Beantwortung dieser Frage erfolgt anhand der beschriebenen charakteristischen Merkmale der identifizierten und

ausgewählten Konzepte und wird im Kapitel vier im Rahmen der Darstellung der operationalisierten Definition angeführt. Dabei geht es vor allem darum, die Merkmale, die am häufigsten mit dem Konzept in Verbindung gebracht werden und die den Forscher*innen einen umfassenden Einblick in das Konzept ermöglichen (siehe Tabelle 1), darzustellen. Die Beschreibung von mehreren charakteristischen Merkmalen entspricht nicht unbedingt der besten Analyse, weil es wichtig ist, genau die Kennzeichen zu definieren, die das interessierte Konzept von anderen ähnlichen Konzepten unterscheidet (Walker et al., 2013, 168).

3.3 Ergebnisse

Innerhalb des zweiten Schrittes der Methode der Konzeptklärung nach Norris (1982) wird folgende Frage beantwortet: „Welche Ereignisse treten als Ergebnis des Phänomens auf?“. Ergebnisse sind solche Ereignisse oder Begebenheiten, die als Ergebnis des Auftretens des Konzepts stattfinden oder sich ereignen (Walker et al., 2013, 173). Es ist wichtig, alle Ergebnisse, die sich aufgrund der Meinung der Theoretiker*innen, die diese Konzeptklärung vorgenommen haben oder die auf Forschungsergebnissen basieren, aufzulisten (Meleis, 2012, 385).

Wie in der nachfolgenden Tabelle (siehe Tabelle 1) ersichtlich, wird ein Überblick über die Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse der ausgewählten Konzepte dargestellt, die zur Konzeptklärung der Pflegerischen Zuwendung herangezogen wurden.

Tabelle 1. Übersicht Voraussetzungen, Charakteristische Merkmale, Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung

Voraussetzungen	Charakteristische Merkmale	Ergebnisse
Leiblich reagieren -eine bestimmte Person reagiert -in einer bestimmten Situation -durch Veränderungen der Handlungsautonomie, Verletzlichkeit, Abhängigkeit, Hilfs-, Vertrauens-, Schutzbedürftigkeit (Wettreck, 2001; Maio, 2018; Brieskorn-Zinke, 2019) -ist angewiesen (Maio, 2017a) Sich mitteilen wollen -anwesend sein (Patient*innenrolle) -Bereitschaft sich mitzuteilen (Patient*innenrolle) (Bischoff-Wanner, 2002) -sichtbaren und spürbaren leiblichen Ausdruck zeigen (Mimik, Gestik, Stimme, Haltung, Gang) (Brieskorn-Zinke, 2019) Persönlichkeit einbringen -Selbsterkenntnis, Selbstverantwortung, Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein einbringen (Düttthorn, 2014) -Neugierde zeigen (Maio, 2018) -reflektiert denken und handeln (Bischoff-Wanner, 2002; Düttthorn, 2014; Schrems, 2021) -leiblich anwesend sein (Brieskorn-Zinke, 2019) Werte vertreten -Wertschätzung, (Maio, 2018) -Respekt (Schärli et al., 2020) -Vertrauen (Maio, 2017a) -Menschlichkeit -Selbstbestimmung -Gleichwertigkeit -Freundlichkeit (Schärli et al., 2020) -Neutralität, Objektivität (Bischoff-Wanner, 2002) -Aufmerksamkeit (Friesacher, 2008)	Sich berühren lassen -Offenheit zeigen (Brieskorn-Zinke, 2019; Maio, 2018) -Reaktionen wahrnehmen -sich angesprochen fühlen (Wettreck, 2001; Friesacher, 2015b) -sich aufgerufen fühlen (Maio, 2017a) -sich am Schicksal der anderen Person existenziell beteiligen (Wettreck, 2001; Friesacher, 2015b; Maio, 2018) -sich vom sichtbaren und spürbaren leiblichen Ausdruck betroffen machen lassen und sich erschüttern lassen (Wettreck, 2001) Sich auf eine Begegnung einlassen -bewusstes (willentliches, absichtliches) reflektiertes (Bischoff-Wanner, 2002; Maio, 2017a; Schuchter, 2016) - körperliches Gegenübertreten (Maio, 2018), - körperliches Einlassen - leibliches Einlassen (bei sich und bei der anderen Person) (Friesacher, 2008; Maio, 2018) - eigenes körperliches und leibliches Wahrnehmen - körperliches und leibliches Wahrnehmen der anderen Person (Brieskorn-Zinke, 2019) - kognitives, sinnliches, emotionales, ästhetisches verbinden (Brieskorn-Zinke, 2019; Friesacher, 2008; Maio, 2018) Dasein und Dableiben -authentisches Interesse am anderen zeigen (Maio, 2018) -eine ganz bestimmte Person ansprechen (Buber, 1965, 15 zit. nach Maio, 2017a, 490) -sich für eine Beziehung öffnen (Düttthorn, 2014) -sich herantasten -sich für den anderen authentisch einsetzen (Maio, 2018) -spezifische Aufmerksamkeit für Stimmungen (leichte <i>Fürsorge</i>) wahrnehmen - sich zurücknehmen - innehalten (Friesacher, 2008)	Pflegerische Zuwendung erleben -gelingende Beziehung (Friesacher, 2008) durch - gesehen werden (Maio, 2017a) - gehört werden (Schuchter, 2016) - gefragt werden und sich angesprochen fühlen - berührt werden - emotional wahrgenommen werden - Verstandenwerden (Maio, 2017a) - Entwicklung eines Wir-Gefühls (Düttthorn, 2014) Veränderungen wahrnehmen -Anerkennung -Aufwertung des Selbst -Förderung der Heilung (Maio, 2017a) -Beidseitige Veränderungen der Wahrnehmungen -Veränderungen im Verständnis (Brieskorn-Zinke, 2019; Moers, 2012) Sich selbst verstehen -Situationserleben wahrnehmen und erkennen - persönlicher Situation einschätzen (Brieskorn-Zinke, 2019) - subjektiven Sinn erkennen - subjektive Bedeutung des Erlebens wahrnehmen - subjektive Bedeutung der Erfahrungen wahrnehmen (Maio, 2017a) Die Situation verstehen -Situationsverstehen - Sinnzuschreibung wahrnehmen und erkennen - Bedeutungszuschreibung wahrnehmen und erkennen - körperlichen Zustand wahrnehmen und verstehen - psychischen Zustand wahrnehmen und verstehen (Bischoff-Wanner, 2002) Identität entwickeln -Sinn- und Bedeutungszuschreibung - sich selbst erfahren (Maio, 2017a) - sich selbst verstehen (Maio, 2017a) - Vertrautmachen und -werden mit sich selbst und dem Körper (Maio, 2017a) - eigene Persönlichkeit werden (Schuchter, 2016)

Tabelle 1. Übersicht Voraussetzungen, Charakteristische Merkmale, Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung

Voraussetzungen	Charakteristische Merkmale	Ergebnisse
Werte vertreten (Fortsetzung) -Achtsamkeit (Schärli et al., 2020) -Ruhe und Zeit (Bischoff-Wanner, 2002) -Empfänglichkeit (Bischoff-Wanner, 2002) Haltung leben -Absicht, Wille, Bereitschaft (Bischoff-Wanner, 2002) -Offenheit (Brieskorn-Zinke, 2019; Maio, 2018) -Sorge um sich (Schuchter, 2016) -Sorge um die andere Person (Schuchter, 2016) -Zielorientierung: Integritätsentwicklung (Maio, 2018) -Identitätsentwicklung (Friesacher, 2008) Fachwissen einbringen -intuitives/ästhetisches/persönliches Wissen über sich selbst und über die Beziehung zur anderen Person als Grundvoraussetzungen (Brieskorn-Zinke, 2019) -Erfahrungswissen aus paradigmatischen Fällen (Friesacher, 2008) -Wissen zum Situationsverstehen (Maio, 2017a) -Wissen um das Gesamtbild zu erfassen -Wissen um das Unerwartete zu erkennen (Friesacher, 2008) -Erfahrungswissen, Lebenswissen der anderen Person (Schuchter, 2016, 248f.) -kognitiver Zugang -spürender Zugang (Maio, 2018) -Kommunikationstechniken -Fachsprache (Düthorn, 2014)	Dasein und Dableiben (Fortsetzung) -gemeinsames Erleben der Situation (Wettreck, 2001) -Gespür dafür entwickeln, was gerade wichtig ist (Maio, 2017a) -Begleitung des sich selbst Verstehenwollens -Teilen des Verstehenwollens (Maio, 2017a) -bewusste Perspektivenübernahme (Bischoff-Wanner, 2002) -verantwortlich werden (Wettreck, 2001) - Verantwortung übernehmen (Friesacher, 2008) - Fürsorgende Anteilnahme - Fürsprechende Anteilnahme (Friesacher, 2008) - Stellvertretendes Tun - das Wesentliche Tun - gemeinsam Lösungen entwickeln (Schärli et al, 2020) - auf Wünsche eingehen (Schärli et al, 2020) - helfende Handlung anbieten (Bischoff-Wanner, 2002) - den anderen befähigen (Schärli et al., 2020) Sich sehend zuwenden - optische Zuwendung -Bereitschaft den eigenen Blick als aktives Geschehen wahrzunehmen (Brieskorn-Zinke, 2019) -Blicke suchen und finden (Brieskorn-Zinke, 2019) -typisch 'pflegerischer Blick' (Friesacher, 2008) -tröstender Blick (Bischoff-Wanner, 2002) -sich als Pflegende selbst sehen -sich sehend auf die Lebens- und Erfahrungswelt des anderen Menschen einlassen (Schuchter, 2016) Sich (zu)hörend zuwenden – auditive Zuwendung -das hören, was den Menschen in der Situation am meisten beschäftigt, was ihm am wichtigsten ist (Schuchter, 2016) -sich zu- und hinhörend auf die Lebens- und Erfahrungswelt des anderen Menschen einlassen (Schuchter, 2016) -Auf die Leidenswirklichkeit und Leidensmöglichkeit des anderen hören (Schuchter, 2016) -sich als Pflegende selbst zu(hören)	

Tabelle 1. Übersicht Voraussetzungen, Charakteristische Merkmale, Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung		
Voraussetzungen	Charakteristische Merkmale	Ergebnisse
	Sich sprachlich zuwenden – verbale Zuwendung -Bereitschaft mit der Stimme aus sich herauszutreten und die Stimme einzusetzen (Bischoff-Wanner, 2002; Brieskorn-Zinke, 2019) -sprechen, ansprechen, zusprechen -ansprechbar sein -Lebenswissen kommunizieren (fragen, staunen, erzählen, mitdenken) -sich sprachlich auf die Lebens- und Erfahrungswelt der anderen Person einlassen (Schuchter, 2016) -Senden und Interpretieren verbaler und nonverbaler Zeichen (Dütthorn, 2014) -verbale Reflexion der Kommunikation (Bischoff-Wanner, 2002) -danken -begrüßen und sich verabschieden -nach dem Befinden fragen -nach Wünschen fragen (Schärli et al., 2020) -gemeinsames Schweigen Sich berührend zuwenden – taktile Zuwendung -bewusster Einsatz der Hände über Berührungen auf leiblicher Ebene (Brieskorn-Zinke, 2019) -Vermittlung von Berührung über Körpersprache und Körperhaltung (Bischoff-Wanner, 2002) -Gelingende Berührung (Friesacher, 2008) -sich in der Rolle der Pflegeperson berühren lassen Sich emotional zuwenden – emotionale Zuwendung -wahrnehmen der Gefühle -(nach)erleben der Gefühle -wahrnehmen, erkennen, interpretieren und verstehen von Hinweisreizen zu äußeren körperlichen und inneren psychischen Zuständen (körperlich, emotional, situativ, sozialer Kontext) (Bischoff-Wanner, 2022) -mit allen Sinnen gemeinsames emotionales Erleben spüren (Wettreck, 2001)	

Tabelle 1. Übersicht Voraussetzungen, Charakteristische Merkmale, Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung		
Voraussetzungen	Charakteristische Merkmale	Ergebnisse
	Sich emotional zuwenden – emotionale Zuwendung (Fortsetzung) -sich selbst und den anderen spüren, auf eigene Signale achten und auf die Signale des anderen achten (Gleichzeitigkeit und Beidseitigkeit) (Brieskorn-Zinke, 2019) -verständnisvolles Nicken und Lächeln (Bischoff-Wanner, 2002) Sich verstehend zuwenden – hermeneutische Zuwendung -sich verstehend einlassen -sich Vertrautmachen, sich aussetzen, verweilen, Halt geben, -das Wohin wahrnehmen (Maio, 2017b) -den anderen Menschen sehen (Maio, 2017b) -Zugang zur Lebens- und Erfahrungswelt der anderen Person finden (Schuchter, 2016) -bewusste Perspektivenübernahme -zeitliche Begrenzung (Bischoff-Wanner, 2002). -Aufmerksamkeit auf das Erleben der anderen Person ausrichten (Bischoff-Wanner, 2002) -auf Wünsche eingehen (Schärli et al., 2020) -bewusst reflektieren (Schrems, 2021) -jemanden kennen (Schärli et al. 2020) -Antworten auf die Fragen von Patient*innen finden (Maio, 2018) -teilen des Verstehenwollens (Maio, 2018) -überprüfen des Situationsverstehens, der Sinn- und Bedeutungszuschreibung durch Feedback (Bischoff-Wanner, 2002) -tieferes Verstehen und Verständnis der Ganzheit (Aushalten von Mehrdeutigkeiten) (Maio, 2017a) -Sinn von Erlebnissen durch Zuwendung zum Erlebnisstrom verstehen, die von Personen noch nicht reflektiert oder mit Sinn verbunden wurden (Schrems, 2021)	

Im dritten Schritt der Methode der Konzeptklärung wird eine operationalisierte Definition entwickelt. Die Fragestellung, die für diesen Schritt wesentlich ist, lautet: „Wie erkenne ich das Konzept, wenn ich es sehe?“ (Norris, 1982, 15ff.; Meleis, 2007, 167; Meleis, 1999, 332). Diese Fragestellung wird anhand der identifizierten Ereignisse und Voraussetzungen, die vor der Pflegerischen Zuwendung eintreten, der charakteristischen Merkmale und der Ergebnisse des Konzepts beantwortet.

4 Operationalisierte Definition

Operationalisierte Definitionen von Konzepten in der Pflege müssen in der Praxis angewendet und in einen realen Kontext gestellt werden. Andernfalls wären sie für die Pflegenden nicht nützlich (Jacobs & Huether, 1978 zitiert nach Meleis, 2012, 385). Die Fragestellung: „Wie erkenne ich das Konzept, wenn ich es sehe?“ wird mit folgender operationalisierter Definition beantwortet: Pflegerische Zuwendung ist ein absichtliches, willentliches, bewusstes Sich-Einlassen auf eine Begegnung einer Pflegeperson mit einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation, in der diese Person auf die Pflegeperson angewiesen ist und dieses Angewiesensein im leiblichen Ausdruck zeigt. Die Pflegeperson fühlt sich durch den sicht- und spürbaren leiblichen Ausdruck aufgerufen und lässt sich berühren. Auf der Handlungsebene und der Erlebensebene wird die pflegerische Zuwendung sicht- und spürbar durch das Suchen und Finden von Blicken und dem Gesehen werden als optische Zuwendung, durch (zu)hören und gehört werden als auditive Zuwendung, durch Sprechen (fragen, schweigen) und angesprochen werden (erzählen, schweigen) als sprachliche Zuwendung, durch Berühren und berührt werden als taktile Zuwendung, durch Wahrnehmen und (Nach)erleben der Gefühle und emotional wahrgenommen werden als emotionale Zuwendung und durch verstehen und Verstandenwerden als hermeneutische Zuwendung. Dadurch wird es möglich, das zu hören, was diese bestimmte Person am meisten beschäftigt und was für sie am wichtigsten ist. Durch einen Perspektivenwechsel zur Lebenswelt der Person hin, wird das beidseitige Wahrnehmen, eine subjektive Sinn- und Bedeutungszuschreibung, ein Situationsverstehen und die Entwicklung der eigenen Identität wird ermöglicht.

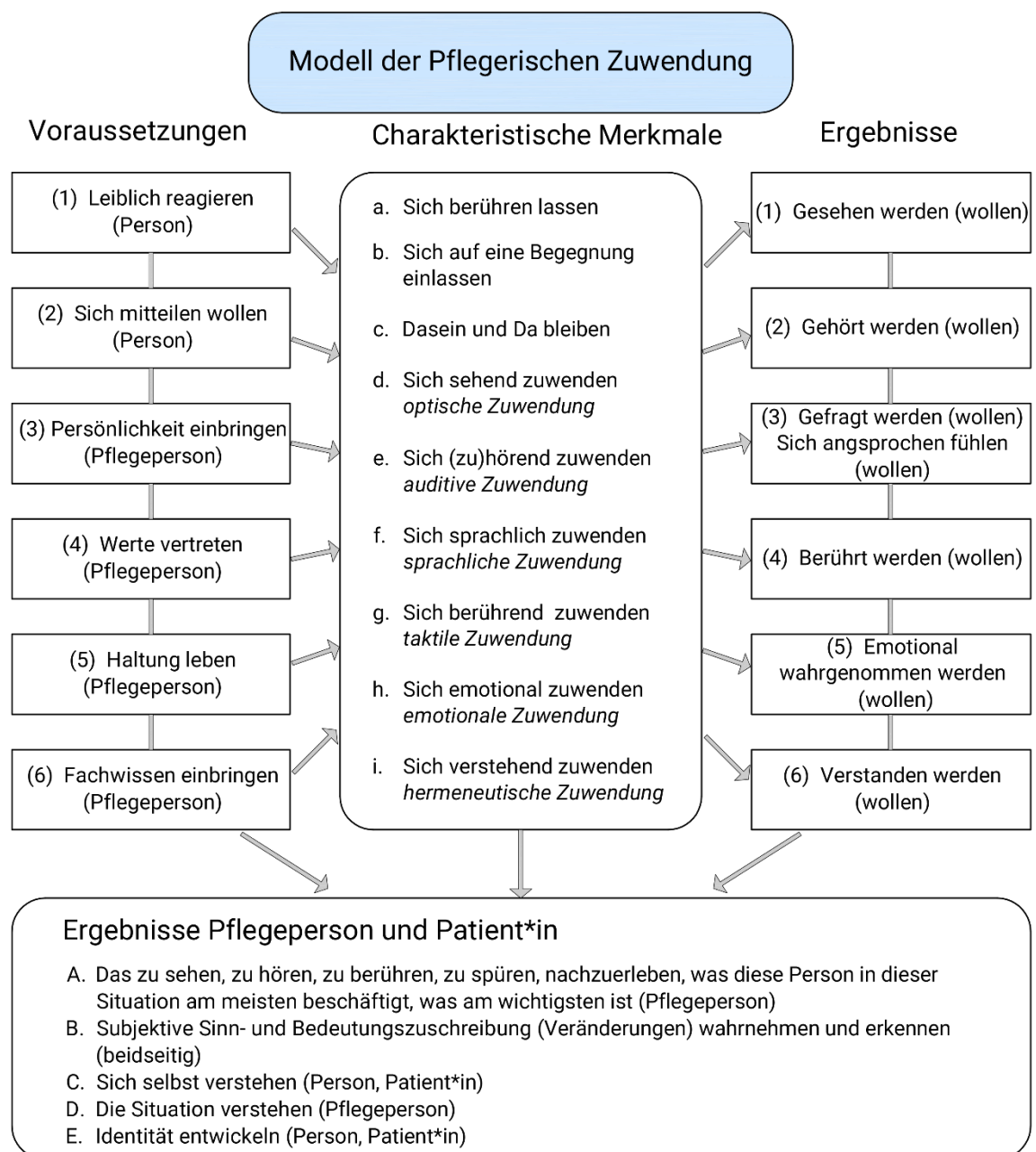
Um die Grundlage für eine Kommunikation und Konzeptklärung zu ermöglichen, wird im vierten Schritt der Methode der Konzeptklärung, ein Modell entwickelt. Dabei werden die zentralen Aspekte des Konzepts Pflegerische Zuwendung dargestellt. (Norris, 1982, 15ff.; Meleis, 2007, 167; Meleis, 1999, 332).

5 Modell Pflegerische Zuwendung

Innerhalb dieses Kapitels wird die Komplexität der Pflegerischen Zuwendung anhand eines Modells bildlich dargestellt. Dabei wird die Beziehung zwischen den Voraussetzungen auf der Seite der Person und auf der Seite der Pflegenden, den charakteristischen Merkmalen und den sich aus der Pflegerischen Zuwendung ergebenden Ergebnissen verdeutlicht. Die Inhalte des Modells dienen als Grundlage für die Kommunikation und Konzeptklärung innerhalb der Berufsgruppe (Meleis, 1999, 332; Meleis, 2007, 167; Norris, 1982, 15ff.). Das Modell Pflegerische Zuwendung (siehe Abbildung 3) umfasst die Voraussetzungen, die nötig sind, damit sich Pflegende zuwenden können. Die ersten beiden Voraussetzungen: (1) Leiblich reagieren und (2) Sich mitteilen wollen zeigen die Personenperspektive, während die nachfolgenden vier: (3) Persönlichkeit einbringen, (4) Werte vertreten, (5) Haltung leben und (6) Fachwissen einbringen, die Voraussetzungen von Seiten der Pflegepersonen beschreiben. Damit Pflegerische Zuwendung möglich wird, ist von Seiten der Person ein (1) Leibliches Reagieren und ein (2) Sich mitteilen wollen durch den leiblichen sichtbaren und spürbaren Ausdruck über Mimik, Gestik, Stimme, Haltung und Gang erforderlich. Das (3) Einbringen der Persönlichkeit durch die Pflegenden erfolgt dabei über Selbsterkenntnis, -verantwortung, -sicherheit und -bewusstsein, Neugierde zeigen, reflektiert denken und handeln und leiblich anwesend sein. Wesentlich dabei ist, dass Pflegende innerhalb der Zuwendung (4) Werte wie Wertschätzung, Respekt, Vertrauen, Menschlichkeit, Selbstbestimmung, Gleichwertigkeit, Freundlichkeit, Neutralität, Objektivität, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Ruhe, Zeit und Empfänglichkeit vertreten. Die Umsetzung dieser Werte erfordert das Leben einer bestimmten (5) Haltung. Diese zeichnet sich aus durch Absicht, Wille, Bereitschaft, Offenheit, *Sorge* um sich, *Sorge* um die andere Person und einer Zielorientierung, die sich auf die Integritäts- und Identitätsentwicklung bezieht. Die praktische Anwendung der Pflegerischen Zuwendung bedingt das (6) Einbringen von Fachwissen. Dieses Fachwissen umfasst intuitives, ästhetisches und persönliches Wissen über sich selbst und über die Beziehung zur anderen Person, Erfahrungswissen, kognitives und spürendes Wissen zum Situationsverstehen, um das Gesamtbild erfassen, um das Unerwartete erkennen zu können, des weiteren Kommunikationstechniken, Erfahrungs- und Lebenswissen über die andere Person und das

Beherrschen der Fachsprache. Durch die horizontalen Linien wird die Verbindung zwischen den einzelnen Aspekten dargestellt. Die Voraussetzungen fließen dabei ineinander über und sind inhaltlich teilweise nicht klar zu trennen. Beispielsweise wird das Vertreten der Werte, das Leben der Haltung und das Einbringen von Fachwissen beeinflusst von der Selbstsicherheit und dem Selbstbewusstsein der Pflegenden, also vom Einbringen der Persönlichkeit.

Abbildung 3: Modell der Pflegerischen Zuwendung



Die diagonalen Pfeile verlaufen von den Voraussetzungen zu den charakteristischen Merkmalen und verdeutlichen die Bedingungen, unter denen Pflegerische Zuwendung möglich wird. Im Zentrum des Modells werden neun typische charakteristische Merkmale, die eine Pflegerische Zuwendung kennzeichnen, dargestellt: (a) Sich berühren lassen, (b) Sich auf eine Begegnung einlassen, (c) Dasein und da-bleiben, (d) Sich sehend zuwenden als optische Zuwendung, (e) Sich (zu)hörend zuwenden als auditive Zuwendung, (f) Sich sprachlich zuwenden als sprachliche Zuwendung, (g) Sich berührend zuwenden als taktile Zuwendung, (h) Sich emotional zuwenden als emotionale Zuwendung und (i) Sich verstehend zuwenden als hermeneutische Zuwendung. Nachdem sich die Pflegerische Zuwendung auf unterschiedlichen Ebenen (Haltung, Verhalten, Handlung, Emotion) zeigt, wird im nachfolgenden Text eine vertiefte inhaltliche Beschreibung der charakteristischen Merkmale und der Verbindungen zueinander beschrieben. Die Auswirkungen von Krankheiten, Behinderungen, Verletzungen, Krisen, Verlusten und im Rahmen des Sterbens führen zu Veränderungen der Handlungsautonomie, Verletzlichkeit, Abhängigkeit, Hilfs-, Vertrauens- und Schutzbedürftigkeit einer bestimmten Person. Diese bestimmte Person reagiert in dieser bestimmten Situation auf diese Auswirkungen und Veränderungen. Die leiblichen Reaktionen einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation werden dabei im Augenausdruck, in der Mimik und Gestik, der Körperhaltung, des Ganges, der Atmung, der Stimme und Sprache, der Erzählungen, des Schweigens, des Ausdrucks der Emotionen und des Suchens und Fragens im leiblichen Ausdruck sicht- und spürbar.

(a) Sich berühren lassen bedeutet, dass Pflegende die leiblichen Reaktionen wahrnehmen, sich angesprochen und aufgerufen fühlen und sich existenziell am Schicksal der anderen Person beteiligen, sich also davon berühren lassen. Diese Beteiligung wird im leiblichen Ausdruck durch ein sich betroffen machen und sich erschüttern lassen sicht- und spürbar.

Pflegerische Zuwendung ist ein absichtliches, willentliches, bewusstes körperliches und leibliches (b) Sich auf eine Begegnung einlassen einer Pflegeperson mit einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation, in der diese Person aufgrund von Veränderungen der Handlungsautonomie, der Verletzlichkeit, der Abhängigkeit, der Hilfs-, Vertrauens- und Schutzbedürftigkeit auf die Unterstützung und Hilfe durch die

Pflegepersonen angewiesen ist. Das bewusste (willentliche, absichtliche) Sich-Einlassen auf eine Begegnung, drückt sich aus durch ein körperliches Gegenübertreten, ein körperliches Einlassen, ein leibliches Einlassen (bei sich und bei der anderen Person), durch das eigene körperliche und leibliche Wahrnehmen und das der anderen Person und durch eine Verbindung auf kognitiver, sinnlicher, emotionaler und ästhetischer Ebene.

Zum Aufrechterhalten der Pflegerischen Zuwendung ist ein (c) Dasein und Dableiben erforderlich. Dasein und Dableiben zeigt sich durch: authentisches Interesse am anderen, eine ganz bestimmte Person ansprechen, sich für eine Beziehung zu öffnen, sich herantasten, authentisches Einsetzen für den anderen und eine spezifische Aufmerksamkeit für Stimmungen. Diese Aufmerksamkeit zeigt sich in einem sich zurücknehmen, innehalten, einem gemeinsamen Erleben der Situation, einem Gespür dafür, was gerade wichtig ist, einer Begleitung des sich selbst Verstehenwollens und des Teilens des Verstehenwollens. Wesentlich dabei ist die bewusste Perspektivenübernahme und das Verantwortlich werden.

Innerhalb der pflegerischen Beziehung wird die Pflegerische Zuwendung auf der Handlungsebene auf Seiten der Pflegenden sicht- und spürbar durch:

- (d) Sich sehend zuwenden als *optische Zuwendung*,
- (e) Sich (zu)hörend zuwenden als *auditive Zuwendung*,
- (f) Sich sprachlich zuwenden als *sprachliche Zuwendung*,
- (g) Sich berührend zuwenden als *taktile Zuwendung*,
- (h) Sich emotional zuwenden als *emotionale Zuwendung* und
- (i) Sich verstehend zuwenden als *hermeneutische Zuwendung*.

Die Bereitschaft Blicke zu suchen und zu finden und sich sehend auf die Lebens- und Erfahrungswelt der anderen Person einzulassen sind wesentliche Aspekte der (d) optischen Zuwendung. Der Teilbereich der (e) auditiven Zuwendung beinhaltet das zu hören, was diese Person in dieser Situation am meisten beschäftigt und ihr am wichtigsten ist, sich somit hörend auf die Lebens- und Erfahrungswelt einzulassen. Die Bereitschaft mit der eigenen Stimme aus sich herauszutreten, diese einzusetzen und Lebenswissen zu kommunizieren wird mit der (f) sprachlichen Zuwendung verbunden. Ferner sind ein Fragen, ein reflektiertes Senden und Interpretieren verbaler und nonverbaler Zeichen, ein Erzählen und ein gemeinsames Schweigen

zentrale Bestandteile der sprachlichen Zuwendung. Die (g) taktile Zuwendung umfasst den bewussten Einsatz der Hände über Berührungen auf der leiblichen Ebene mittels Körpersprache und Körperhaltung. Wesentlich dabei ist die Berührung auf beiden Seiten. Das erfordert auch ein Sich berühren lassen auf der Seite der Pflegenden. Innerhalb der (h) emotionalen Zuwendung sind das Wahrnehmen, (Nach)erleben, Spüren, Erkennen, Interpretieren und Verstehen der Gefühle wesentlich. Die hermeneutische Zuwendung (i) umfasst einen Zugang zur Lebens- und Erfahrungswelt der anderen Person zu finden, eine bewusste Perspektivenübernahme und die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf das Erleben der anderen Person. Verstehen bedeutet, das Gehörte, Gesehene, Gespürte, Emotionale der anderen Person bewusst zu reflektieren, das Verstehenwollen zu teilen und gemeinsam eine Sinn- und Bedeutungszuschreibung zu entwickeln.

Die vertikalen Pfeile führen vom Zentrum des Modells (charakteristischen Merkmale) zu den Ergebnissen und verdeutlichen die Auswirkungen auf der Erlebensebene der Personen (Patient*innen) der Pflegerischen Zuwendung. Die sechs identifizierten Ergebnisse sind hierarchisch angeordnet und werden im Erleben sichtbar und spürbar durch: (1) Gesehen werden (wollen) als Auswirkung der optischen Zuwendung, (2) Gehört werden (wollen) als Auswirkung der auditiven Zuwendung, des (3) Gefragt werden (wollen) als Auswirkung der sprachlichen Zuwendung, (4) Berührt werden (wollen) als Auswirkung der taktilen Zuwendung, (5) Emotional wahrgenommen werden (wollen) als Auswirkung der emotionalen Zuwendung und (6) Verstanden werden (wollen) als Auswirkung der hermeneutischen Zuwendung. Die horizontalen Verbindungen zwischen den einzelnen Ergebnissen verdeutlichen dabei die unterschiedlichen, aufeinander aufbauenden Ebenen des Erlebens der Zuwendung. Der Begriff 'wollen', der den einzelnen Ergebnissen zugeordnet ist, verweist auf die Notwendigkeit des Willens auf Seiten der Personen (Patient*innen). Der Wille ist auf beiden Seiten als Grundlage erforderlich, damit sich Pflegende zuwenden und Patient*innen diese *Zuwendung* annehmen können. In einem eigenen Feld werden insgesamt fünf Ergebnisse für die Pflegeperson und für die Person (Patient*in) dargestellt. Dadurch wird die Wichtigkeit der Pflegerischen Zuwendung sichtbar. Es handelt sich dabei um die Auswirkungen des Gesehen, Gehört, Gefragt, Berührt, Emotional wahrgenommen und Verstanden werden (wollens), sowohl

auf der Seite der Pflegeperson als auch auf der Seite der Patient*in (Person): (A) Das zu sehen, zu hören, zu berühren, zu spüren, nachzuerleben, was diese Person in dieser Situation am meisten beschäftigt, was am wichtigsten ist (Pflegeperson), (B) Subjektive Sinn- und Bedeutungszuschreibung (Veränderungen) wahrnehmen und erkennen (beidseitig), (C) Sich selbst verstehen (Person, Patient*in), (D) Die Situation verstehen (Pflegeperson) und (E) Identität entwickeln (Person, Patient*in). Die diagonalen Pfeile von den Voraussetzungen und den charakteristischen Merkmalen zu den Ergebnissen, zeigen die erforderlichen Vorbedingungen, damit sich die Ergebnisse (siehe A bis E) entwickeln und zeigen können. Durch Pflegerische Zuwendung wird es möglich, das zu sehen, zu hören, zu spüren und nachzuerleben, was diese bestimmte Person in dieser bestimmten Situation am meisten beschäftigt und was am wichtigsten ist. Dadurch wird es auf der der Seite der Person möglich, sich selbst zu verstehen, den subjektiven Sinn und die subjektive Bedeutung des Erlebens und der Erfahrungen der Situation (Situationserleben) wahrzunehmen und zu erkennen. Das beeinflusst das Situationsverstehen und die Identitätsentwicklung, also ein Vertrautmachen und Vertrautwerden mit sich selbst und dem veränderten Körper. Pflegepersonen können durch Pflegerische Zuwendung das sehen, hören, spüren und nacherleben, was diese Person am meisten beschäftigt und was am wichtigsten ist. Durch die subjektive Sinn- und Bedeutungszuschreibung auf der Seite der Person kann die Situation auf beiden Seiten verstanden werden.

6 Hypothesen empirische Annahmen

Die Entwicklung von empirischen Annahmen und Hypothesen werden innerhalb des fünften und letzten Schrittes der Konzeptklärung (Norris, 1982, 15ff.; Meleis, 2007, 167; Meleis, 1999, 332) im folgenden Kapitel dargestellt. Die Formulierung von Hypothesen stellt mögliche Beziehungen zwischen zwei oder mehreren Variablen dar. Hypothesen können als vorläufige Annahmen für die Praxis leitend und sinnvoll sein. Die Überprüfung von Hypothesen erweitert die Arbeit der Konzeptklärung in eine experimentelle Richtung (Norris, 1982, 18). Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Konzeptklärung werden folgende Hypothesen formuliert.

- Der bewusste Perspektivenwechsel beeinflusst den Prozess des Verstehens auf der Seite der Pflegenden.
- Die Kommunikation über die Lebenswelt der Patient*innen beeinflusst die Möglichkeit der Sinn- und Bedeutungszuschreibung der Patient*innen.
- Patient*innen fühlen sich durch zugewandte Pflegepersonen, im Vergleich zu nicht zugewandten Pflegepersonen, verstanden.

In den beiden nachfolgenden Kapitel werden die Diskussion, die Schlussfolgerungen und die Implikationen für die Praxis dargestellt. Den Abschluss der Arbeit bilden die Limitationen mit einem Ausblick auf den zukünftigen Forschungsbedarf.

7 Diskussion

Mittels einer Konzeptklärung wurden die Forschungsfragen zur Bedeutung des Begriffes Pflegerische Zuwendung aus Sicht der professionellen Pflege, die vorhandenen deutschsprachigen Konzepte in der theoretischen und empirischen Literatur aus den wissenschaftlichen Disziplinen der Pflege, der Medizinethik, der Philosophie und der Soziologie und die auslösenden Ereignisse, Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung auf Personen (Patient*innen) und Pflegepersonen, beantwortet. Innerhalb des Kapitels der Diskussion werden die Antworten auf die Forschungsfragen dargestellt und interpretiert. Es erfolgt eine Gegenüberstellung der vorliegenden Ergebnisse der Konzeptklärung innerhalb der verwendeten deutschsprachigen Literatur mit Übersetzungen aus dem englischsprachigen Raum. Abschließend werden die Limitationen, Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis aufgezeigt.

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Wie in der vorliegenden Literatur (Bischoff-Wanner, 2002, 51ff.; Pohlmann, 2005, 94ff.) ersichtlich, haben Pflegepersonen Probleme bei der Beschreibung und Klärung ihrer originären Aufgabe. Die Ergebnisse der vorliegenden Konzeptklärung ermöglichen durch die operationalisierte Definition eine klare Beschreibung des Begriffes Pflegerische Zuwendung und deren Bedeutung: Das absichtliche, willentliche und bewusste Sich-Einlassen auf eine Begegnung einer Pflegeperson mit einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation, in der diese Person auf die Pflegeperson angewiesen ist und dieses Angewiesensein im leiblichen Ausdruck zeigt. Daraus wird ersichtlich, dass es eine Absicht, einen Willen und ein bewusstes Sich-Einlassen auf eine Begegnung auf Seiten der Pflegeperson braucht. Die Begriffe der bestimmten Person und der bestimmten Situation weisen dabei auf die Einzigartigkeit der Person und der Situation hin. Das auf Pflegepersonen Angewiesensein führt zur Rolle der Person als Patientin oder als Patient. Diese Rolle beinhaltet einen leidenden Menschen, der aufgrund der bestimmten Situation, in der er sich befindet, verletzlich und abhängig ist. Daraus wird die pflegerischen Verantwortungsübernahme für diese Person ersichtlich. Um die individuelle Situation wahrnehmen zu

können, ist der leibliche Ausdruck der Person Voraussetzung, damit sich Pflegepersonen durch den sicht- und spürbaren leiblichen Ausdruck aufgerufen fühlen und sich berühren lassen können. An dieser Stelle ergibt sich die Frage, wie die pflegerische Zuwendung ausgelöst wird, wenn dieser leibliche Ausdruck auf Seiten der Person fehlt und in weiterer Folge das sich aufgerufen fühlen und sich berühren lassen nicht von einem leiblichen Ausdruck initiiert werden kann, wie sich dies beispielsweise bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen zeigen kann. Auf welche Zeichen im leiblichen Ausdruck sind die Pflegepersonen dabei angewiesen? Aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit bedarf es einer Konzeptklärung der spezifischen pflegerischen Zuwendung bei Menschen, die an dementiellen Erkrankungen leiden (Maio, 2017a, 292; Wappelshammer, 2017, 195f.), bei Kindern- und Jugendlichen (Brooks et al., 2018) und bei Menschen mit Lern- und Körperbehinderungen. Bei diesen Personen ist der leibliche Ausdruck durch die Auswirkungen von Erkrankungen, Behinderungen, Verletzungen, Krisen, Verlusten und im Rahmen des Sterbens ein spezieller, den es im Zuge weiterer spezifischer Konzeptklärungen zu konkretisieren gilt.

Auf der Handlungsebene und der Erlebensebene wird die pflegerische Zuwendung sicht- und spürbar durch das Suchen und Finden von Blicken und dem Gesehen werden als optische Zuwendung, durch (zu)hören und gehört werden als auditive Zuwendung, durch Sprechen (fragen, schweigen) und angesprochen werden (erzählen, schweigen) als sprachliche Zuwendung, durch Berühren und berührt werden als taktile Zuwendung, durch Wahrnehmen und (Nach)erleben der Gefühle und emotional wahrgenommen werden als emotionale Zuwendung und durch verstehen und Verstandenwerden als hermeneutische Zuwendung.

Dadurch wird es möglich, das zu hören, was diese bestimmte Person am meisten beschäftigt und was für sie am wichtigsten ist. Durch einen Perspektivenwechsel hin zur Lebenswelt der Person, das beidseitige Wahrnehmen einer subjektive Sinn- und Bedeutungszuschreibung, ein Situationsverstehen und die Entwicklung der eigenen Identität wird möglich. Die Handlungen der Pflegenden sind dabei klar beschrieben. Hier ergibt sich die Frage, was es konkret für die pflegerische Zuwendung bedeutet, wenn die Person unter Einschränkungen im Sehen, Hören, Sprechen und Zeigen von Emotionen leidet oder wenn sich diese Person nicht berühren

lassen will oder ihre Emotionen nicht zeigen will oder kann. Wie entwickelt sich das Verstehen der Person, wenn diese nicht verstanden werden will oder schweigt? Welche Auswirkungen hat das auf die Pflegerische Zuwendung und auf die Ergebnisse auf beiden Seiten? Ist es dann nicht möglich eine andere Person zu verstehen? Die aufgeworfenen Fragen erfordern eine weitere vertiefende Konzeptklärung bei Menschen, die an Beeinträchtigungen des Seh-, Hör-, Sprach-, Sprechvermögens leiden, die ihre Emotionen nicht zeigen können oder wollen, die sich nicht berühren lassen und/oder nicht verstanden werden wollen.

Deutschsprachige Konzepte (Theorie und Empirie):

Insgesamt sechs Konzepte aus der Theorie und zwei Konzepte aus der Empirie wurden zur Konzeptklärung herangezogen. Für die Konzeptauswahl wurden folgende Fragestellungen eingesetzt: „Weist das Konzept den Begriff Pflegerische Zuwendung oder Zuwendung auf?“ oder „Beinhaltet das Konzept mindestens eines der folgenden sieben Axiome der menschlichen Zuwendung: Achtung; Aufmerksamkeit; Anerkennung; Annahme; Anspruch; Angebote und Autonomie?“ (Bönsch, 2021, o.S.). Das Konzept der *Zuwendung* (Maio, 2018) aus dem Fachbereich der Medizinethik und das Konzept der *reflexiven Zuwendung* (Schrems, 2018; Schrems, 2021) aus dem Fachbereich der Pflegewissenschaft weisen den Begriff der Zuwendung auf und wurden daher in die vorliegende Konzeptklärung integriert. Die Beschreibungen der *Hermeneutischen Arbeit* aus der Philosophie und Pflege (Schuchter, 2016) und der Theorie der *Leiblichen Kommunikation* (Brieskorn-Zinke, 2019) aus dem Bereich der Soziologie wurden mindestens einem der sieben Axiome der menschlichen Zuwendung zugeordnet und sind deshalb für die Konzeptklärung der Pflegerischen Zuwendung relevant. Aufgrund des Vorhandenseins von mindestens einem der sieben Axiome der menschlichen Zuwendung (Bönsch, 2021, o.S.) sind die pflegewissenschaftlichen Beiträge des Konzepts der *Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002) und des *Typisch pflegerischen Zugangs* (Friesacher, 2008) von Bedeutung. Weiters wurden, aufgrund der inhaltlichen Zuordnung mindestens eines Axioms der menschlichen Zuwendung (Bönsch, 2021, o.S.) zwei empirische, pflegewissenschaftliche Konzepte, die Teile der Pflegerischen Zuwendung beinhalten, zur Konzeptklärung herangezogen: *Partizipatives*

Caring (Schärli et al., 2020) und *Pflegerische Beziehung gestalten* als Teil der pflegerischen Kernkompetenz (Dütthorn, 2014). Die Auswahl der Konzepte zur Klärung der Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung durch die Zuweisung von mindestens einem Axiom der menschlichen Zuwendung (Bönsch, 2021, o.S.), zeigt die Komplexität der Begriffe: Achtung; Aufmerksamkeit; Anerkennung; Annahme; Anspruch; Angebote und Autonomie innerhalb der menschlichen Zuwendung auf und weist auf die Herausforderung der Zuordnung der Axiome zur Pflegerischen Zuwendung hin. Um den Herausforderungen gerecht werden zu können, ist eine vertiefende Klärung und Beschreibung der sieben Axiome der menschlichen Zuwendung erforderlich. Auf dieser Grundlage könnte die Zuordnung der charakteristischen Merkmale der Pflegerischen Zuwendung reflektiert, diskutiert und weiterentwickelt werden.

Sprachlicher Ausdruck:

Die Beschreibung der auslösenden Ereignisse, Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse der Pflegerischen Zuwendung, ermöglicht eine Konkretisierung der Haltungen und Handlungen auf sprachlicher Ebene. Es werden sowohl die sichtbaren, als auch die unsichtbaren pflegerischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Pflegerischen Zuwendung aufgezeigt. Dadurch wird eine Übernahme der Beschreibungen der Kernkompetenz der Pflege in den sprachlichen Ausdruck ermöglicht und Pflegende können so, 'zum Verständnis ihrer selbst' gelangen (Abt-Zegelin & Schnell, 2010 zitiert in Schnell & Schulz, 2010, 65). Die Ergebnisse ermöglichen eine Ableitung konkreter pflegerischer Maßnahmen (Meleis, 1999, 50f.) im Rahmen der auditiven, optischen, sprachlichen, taktilen, emotionalen und hermeneutischen Zuwendung. Weiters dienen die Ergebnisse als Grundlage zur Reflexion und Weiterentwicklung eines humanistischen Pflegeverständnisses im deutschsprachigen Raum (Zeller-Forster, 1998 zitiert in Käppeli, 1998, 11). Pflegerische Zuwendung ermöglicht das Wahrnehmen und Erfassen wesentlicher Bedürfnisse und Veränderungen aus der Sicht der Patient*innen und führt zur Achtung der menschlichen Würde (Käppeli, 2004, 353ff.; Käppeli, 2005, 187; Michaelsen, 2011, 113; Moers, 2012, 112). Die klare Beschreibung der charakteristischen Merk-

male der Pflegerischen Zuwendung führt auf Seiten der Pflegenden zu tiefgreifenden Kontakten mit den Patient*innen und erhöht die Wertschätzung, Anerkennung, Motivation und Freude an der beruflichen Tätigkeit selbst (Pfabigan et al., 2018, 89). Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ermöglicht die vorliegende operationalisierte Definition der Pflegerischen Zuwendung eine Diskussions- und Reflexionsgrundlage für die Formulierung von Forschungsfragen und Hypothesen. Weiters können aus der operationalisierten Definition Items zur Entwicklung präziser Messinstrumente abgeleitet und Forschungsmethoden entwickelt werden (Aroke, 2014, 279; Norris, 1982, 11; Stanek, 2016, 1303).

Charakteristische Merkmale im englischen Sprachraum:

Beim Vergleich der charakteristischen Merkmale der identifizierten Konzepte der *Zuwendung* (Maio, 2018), der *Hermeneutischen Arbeit* (Schuchter, 2016), der *Leiblichen Kommunikation* (Brieskorn-Zinke, 2019), des *Typisch pflegerischen Zugangs* (Friesacher, 2008), der *Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002), der *Reflexiven Zuwendung* (Schrems, 2018; Schrems, 2021), der *Gestaltung pflegerischer Beziehungen* (Dütthorn, 2014) und des *Partizipativen Carings* (Schärli et al., 2020) mit deutschsprachigen Übersetzungen von Standardwerken (Benner et al., 1997; Watson, 1996; van der Arend & Gastmans, 1996), ist die Verwendung der Begriffe *Sorge* (Benner et al., 1997, 21ff.), menschliche Zuwendung, *Fürsorge* (Watson, 1996, 43ff.), Sorgende Zuwendung und ‘Sorgend Zugewandt sein’ (van der Arend et al., 1996, 88) auffällig. Im deutschen Sprachraum werden die Begriffe *Fürsorge* und *Sorge* von Friesacher (2008), Maio (2018) und Schuchter (2016) verwendet. Sie finden sich jedoch nicht innerhalb des Konzepts der *Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002) und der *Leiblichen Kommunikation* (Brieskorn-Zinke, 2019) als charakteristische Merkmale. Benner & Wrubel, (1997, 21) verwenden ebenfalls den Begriff der *Sorge*, wobei sie hier auf die sorgende Zuwendung in Bezug auf Personen, Ereignisse, Projekte und Dinge hinweisen. Als Ergebnis der sorgenden Zuwendung beschreiben sie die Möglichkeit wahrzunehmen, welche Bewältigungsstrategien der anderen Person zur Verfügung stehen (*Sorge* ermöglicht Lösungen). Dadurch wird die Begründung der *Sorge* als pflegerischer Auftrag abgeleitet (Benner et al., 1997, 21).

Zuwendungsprozess:

Jean Watson (1996, 46) spricht von zwischenmenschlicher Zuwendung und *Fürsorge* und beschreibt diese als philosophische Grundhaltung und moralische Verpflichtung mit den Aspekten der Würde und Menschlichkeit. Sie schreibt der zwischenmenschlichen Zuwendung das Bemühen um Verständnis zu. Als Voraussetzungen nennt sie die Notwendigkeit von ernsthaften Studien, tiefgreifenden Analysen, durchdachten Handlungen und des Strebens nach neuem Wissen und neuen Einsichten (Watson, 1996, 46). Weiters postuliert sie eine bestimmte philosophische Grundhaltung und eine moralische Verpflichtung des Schutzes der Würde und der Menschlichkeit. Dazu sind aufmerksames Interesse für jeden Menschen, Achtung, Offenheit, Zuneigung und Eigenverantwortlichkeit erforderlich (Gaut, 1983 zitiert nach Watson, 1996, 49). Sie beschreibt den Prozess der Zuwendung, der zu dem Zeitpunkt beginnt, in dem die Pflegeperson den Lebensraum der anderen Person betritt und den seelischen und geistigen Zustand wahrnimmt, versucht ihn zu spüren und darauf reagiert. Dadurch wird es für die andere Person möglich, die eigenen Gedanken und Emotionen auszudrücken. Es entsteht eine Verbindung zwischen der Person und der Pflegeperson (Watson, 1996, 85). Dieser Prozess wird als Basis und Beginn einer harmonisierenden, transpersonalen Zuwendungsbeziehung beschrieben. Watson (1996, 85) stellt erstmalig die Zuwendung als Prozess dar. Während im Konzept der *Leiblichen Kommunikation* und innerhalb der *Empathie in der Pflege* aufmerksames Interesse für den anderen Menschen und die Achtung und Offenheit als typische Merkmale zu finden sind, wird hier zusätzlich von Zuneigung und Eigenverantwortlichkeit gesprochen. Auffällig ist, dass die Theorie nach Watson teilweise abstrakte Beschreibungen aufzeigt, während das Konzept der *Empathie in der Pflege* und die Theorie der *Leiblichen Kommunikation* konkrete Aspekte beinhalten, die Nähe zur Praxis aufweisen.

Merkmale 'Sorgend zugewandt sein':

Van der Arend (1996, 86) zeigt das wichtigste Merkmal von Zuwendung auf. Er spricht dabei von der Verlagerung von Interesse der eigenen Situation zur Erlebniswelt des anderen. Dieses Merkmal findet sich bei der Beschreibung, die Aufmerksamkeit auf das Erleben des anderen zu richten, innerhalb des deutschsprachigen

Konzepts der *Empathie in der Pflege* (Bischoff-Wanner, 2002) und als ein Sich erzählend und mitdenkend auf die Welt des anderen einzulassen, bei Schuchter (2016). Innerhalb der Theorie der *Leiblichen Kommunikation* ist dieses Merkmal nicht dargestellt. Als auslösendes Ereignis der Zuwendung beschreiben van der Arend et al. (1996, 86) die Wirklichkeit, mit der andere Menschen konfrontiert werden und die sich daraus ergebende Handlungsaufforderung. Als Ergebnis der *Sorge* um den anderen wird der zugewandten Person die Chance der Selbstentfaltung ermöglicht. Beim Begriff des 'Sorgend-zugewandt-seins' beziehen sich van der Arend et al. (1996, 88) auf Mayeroff (1971), der insgesamt sieben Aspekte des 'Sorgend-zugewandt-seins' beschreibt: Wissen, Geduld, Vertrauen, Ehrlichkeit, Demut, Hoffnung und Mut. Die charakteristischen Merkmale bei Bischoff-Wanner (2002) und Brieskorn-Zinke (2019) werden durch die Veröffentlichung von Mayeroff (1971) anhand der Aspekte: Geduld, Ehrlichkeit, Demut, Hoffnung und Mut erweitert. Während Mayeroff (1971) eine *caring*-Theorie beschreibt, handelt es sich bei der *Leiblichen Kommunikation* um eine Theorie aus dem Bereich der Soziologie. Die Ergebnisse der *Empathie in der Pflege* wurden hingegen durch eine Konzeptanalyse entwickelt.

Verwendung von Begriffen:

Van der Arend et al. (1996, 83) verwenden die Begriffe Ethik der Zuwendung. Es finden sich dabei folgende Merkmale: die Einmaligkeit der beiden Menschen, die an dieser einmaligen, sorgenden Beziehung beteiligt sind; sich angesprochen fühlen; sich kümmern um; verantwortlich sein und trauern. Hier wird, im Vergleich zu den deutschsprachigen Konzepten, erstmals der Begriff des Trauerns als Merkmal einer Ethik der Zuwendung erwähnt. Sie verwenden auch den Begriff der Pflegerischen Zuwendung und definieren diesen als Sammelbezeichnung einer Vielzahl von Aktivitäten wie beispielsweise Wunderversorgung, Patientenbeobachtung, Zuhören und Sprechen mit Menschen, Ernähren, Überwachen und Trösten. Als Ziel der Pflegerischen Zuwendung wird die Förderung des Wohlbefindens der Patient*innen formuliert (van der Arend et al., 1996, 90).

Voraussetzungen Zuwendung:

Zu den Voraussetzungen, um sich zuwenden zu können, gehören nach van der Arend et al. (1996, 83) ein Menschenbild, das die Einmaligkeit der Pflegeperson, wie der Patient*innen beinhaltet. Innerhalb dieser Einmaligkeit und der einmaligen Umstände, findet die sorgende Beziehung statt. Eine Pflegeperson, die einem Menschen zugewandt ist, nimmt laufend Kontakt auf, sammelt Informationen über die Bedürfnisse, Wünsche, Möglichkeiten und Nöte, um Wissen zur einzigartigen Situation aufzubauen und damit zu einer Verbesserung der Lebensumstände beitragen zu können. Durch den Wissensaufbau und die Weiterentwicklung der Erkenntnisse zu den Bedürfnissen, Wünschen, Möglichkeiten und Nöten des Gegenübers kann die Pflegeperson durch Zuwendung zu einer Verbesserung der Lebensumstände beitragen (van der Arend et al., 1996, 87).

Die Begriffe *Sorge*, *Fürsorge*, Ethik der *Sorge* und sorgende Zuwendung werden auch innerhalb der deutschsprachigen Literatur verwendet. Offen bleibt dabei die Frage, ob im Zusammenhang mit der Pflegerischen Zuwendung von Synonymen gesprochen werden kann. Um diese Frage beantworten zu können, bedarf es weiterer Konzeptklärungen der oben angeführten Begriffe: *Sorge*, *Fürsorge*, Ethik der *Sorge* und sorgende Zuwendung im deutschsprachigen Raum. Die Ergebnisse der Konzeptklärungen könnten in einem zweiten Schritt mit den vorliegenden Voraussetzungen, charakteristischen Merkmalen und Ergebnissen der Pflegerischen Zuwendung vergleichend dargestellt und diskutiert werden.

Englischsprachige Theorien, Modelle, Konzepte:

Kristen M. Swanson (2013, 214) hat im Zuge, der von ihr entwickelten middle range theory zu *caring*, folgende fünf Prozesselemente beschrieben: *knowing*, *being with*, *doing for*, *enabling* und *maintaining belief*. Innerhalb dieser Elemente finden sich Aspekte der Pflegerischen Zuwendung. Aus dem Person-Centred-Care Modell (McCormack & McCance, 2010, 89ff.) stellen die Elemente *working with patients beliefs and values*, *having sympathetic presence* und *providing holistic care*, Teilbereiche der Pflegerischen Zuwendung dar. Zahlreiche Autor*innen aus dem englischen Sprachraum haben sich mit Pflegerischer Zuwendung im Sinne von *Sorge* (Benner, 1997; Benner et al., 1997; Jones et al., 2007), Person-Zentrierter Pflege,

(McCormack et al., 2010), guter Pflege (Sellman, 2017), *caring*-Beziehungen (Mel-eis, 1999), Zuwendung bezogen auf Leiden (Reed, 2013), *caring* (Swanson, 2013) und mit menschlicher und heilender Zuwendung (Watson, 1996) beschäftigt. Bei Konzeptanalysen verhält es sich ähnlich. Folgende *concepts* beschreiben Aspekte der Pflegerischen Zuwendung: the value ground of nursing (Snellman & Gedda, 2012), nursing presence (Mohammadipour, Atashzadeh-Shoorideh, Parvizy, Hosseini, 2017), mindfulness in nursing (White, 2013), trust (Gonzalez, 2017; McCabe & Sambrook, 2014), physical touch (Chang, 2001; Green, 2013), the caring encounter in nursing (Holopainen, Nyström, Kasen, 2019), connectedness in the context of patient-provider relationships (Phillips-Salimi, Haase, Kooken, 2011), the space of togetherness – a caring encounter (Holopainen, Kasén, Nyström, 2014), nurse-patient-interaction (Evans, 2016) und listening (Shipley, 2010). Abschließend lässt sich festhalten, dass im englischen Sprachraum, vor allem durch die Veröffentlichung von *concept clarifications* und concept analyses, viele Aspekte der Pflegerischen Zuwendung durch die Beschreibung der Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse geklärt sind. Diese Klärungen sind im deutschen Sprachraum größtenteils ausständig.

7.2 Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Konzeptklärung nach Norris (1982) weisen folgenden Limitationen auf: Durchführbarkeit der vollständigen Klärung des Phänomens der Pflegerischen Zuwendung aufgrund seiner Komplexität und Kritik an der Methode der Konzeptklärung selbst. Im Zuge der Analyse und des Vergleichs der vorliegenden Literatur wurde die Komplexität des Phänomens der Pflegerischen Zuwendung sichtbar. Um das Konzept in seinem Aufbau auf allen Ebenen beleuchten und klären zu können, wäre es erforderlich, die einzelnen Ebenen der optischen, auditiven, taktilen, emotionalen und hermeneutischen Zuwendung, anhand von Konzeptklärungen und Konzeptanalysen zu beforschen. Dadurch würde eine Grundlage für ein Vergleichen der Voraussetzungen, charakteristischen Merkmale und Ergebnisse des vorliegenden Konzeptes geschaffen und eine klare Abgrenzung zu anderen Konzepten erreicht werden. Die Ergebnisse der Literatursuche aus den Datenbanken zeigen zu einem überwiegenden Teil die Erwähnung des Begriffs

der Zuwendung oder der Pflegerischen Zuwendung im Titel und/oder im Text, jedoch ohne vertiefende Beschreibungen oder Definitionen. Die zentrale Literatur, die für die vorliegende Konzeptklärung herangezogen wurde (Bischoff-Wanner, 2002; Bräutigam et al., 2005; Brieskorn-Zinke, 2019; Dütthorn, 2014; Friesacher, 2008; Maio, 2017a; Maio, 2017b; Schärli et al., 2020; Schrems, 2021; Schrems, 2018; Schuchter, 2016), wurde per Hand gesucht.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche über Datenbanken zeigt eine Begriffsvielfalt für die Beschreibung des Phänomens der Pflegerischen Zuwendung. Die Pflegerische Zuwendung wird dabei als Fürsprache, *Fürsorge*, sorgende Haltung, als der *Typisch pflegerische Zugang*, Kern der Pflege, als originär Pflegerisches, *Leibliche Kommunikation*, *Empathie in der Pflege* und als die Kernkompetenz der Pflege bezeichnet. Weiters finden sich in diesem Zusammenhang wenige empirische Arbeiten. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass wesentliche theoretische und empirische Arbeiten, aufgrund der vielfältigen Begriffsbeschreibungen, in dieser Arbeit keine Berücksichtigung gefunden haben.

Die Kritik an der Methode der Konzeptklärung stellt eine weitere Einschränkung der vorliegenden Ergebnisse dar. Die Hauptgefahr der induktiven Methode der Konzeptklärung besteht darin, dass das beschriebene Konzept einen niedrigen Level aufweist (Norris, 1982, 35). Weitere Kritikpunkte der Methode nach Norris (1982) werden von Boggatz (2015, 128) mit der ungenauen Auswahl von Datenquellen und der ungenauen Angaben zur Durchführung der einzelnen Schritte der Methode genannt. Diese Kritik kann anhand der kurzen Beschreibung der einzelnen Schritte in der Originalliteratur (Norris, 1982, 15ff.) bestätigt werden. Auffällig ist auch die eingeschränkte Grundlagenliteratur zur Methode der Konzeptklärung (*concept clarification*), im Vergleich zu den unterschiedlichen Forschungsmethoden der Konzeptanalysen. Die erste Veröffentlichung von Catherine Norris (1982) wurde nicht überarbeitet und aktualisiert.

7.3 Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis

Die vorliegende Konzeptklärung ermöglicht erste Einsichten in die Aspekte der Pflegerischen Zuwendung. Die Ergebnisse dienen der Weiterentwicklung des Phäno-

mens der Pflegerischen Zuwendung und bilden die Grundlage für Fragen, Reflexionen und Diskussionen. Das betrifft einerseits Pflegepersonen in der pflegerischen Praxis, andererseits Patient*innen und Pflegewissenschaftler*innen. Die vorliegende operationalisierte Definition ermöglicht eine klare Beschreibung der Pflegerischen Zuwendung und eine Benennung der sichtbaren und unsichtbaren pflegerischen Haltungen und Handlungen. Sie bildet die Basis für Reflexionen, der Ableitung von Variablen und der Formulierung von Hypothesen.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist es sinnvoll, einen Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit den Konzepten der *Sorge* und *Fürsorge* durchzuführen, um eine vertiefende Konzeptklärung, Weiterentwicklung und Abgrenzung des Konzepts der Pflegerischen Zuwendung von ähnlichen Konzepten zu ermöglichen. Nach Klärung der grundlegenden Begriffe und Synonyme der Pflegerischen Zuwendung ist es erforderlich, die spezifischen Anteile der Pflegerischen Zuwendung im Zusammenhang mit der onkologischen, palliativen, psychiatrischen Pflege, der Kinder- und Jugendlichenpflege und der Pflege von Menschen, die an kognitiven Einschränkungen und an Lern- und Körperbehinderungen leiden, darzustellen und zu analysieren. Die Begründung dafür liegt in der Notwendigkeit der Darstellung und Beschreibung der Besonderheiten der Pflegerischen Zuwendung im Zuge der Begegnung mit Menschen mit besonderen Herausforderungen.

8 Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A. (2005). Sprache und Pflegedokumentation. In Abt-Zegelin, A. & Schnell, M.W. (Hrsg.) (2005), *Sprache und Pflege* (S. 111-130). (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143–153.

Arens, F., Gerde, M., Pedde, A. & Schibielsky, N.F. (2017). Kompetenzentwicklung durch fallerklärende und fallverstehende Methoden in der Pflegeausbildung. Eine pflegedidaktische Analyse. *Pflegewissenschaft*, 19(5/6), 250- 261.

Arnold, D. (2008). „Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!“. *Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Aroke, E.N. (2014). Full Nursing Potential: A Concept Clarification. *Nursing Forum*, 49(4), 278-287.

Arthur, D., Pang, S., Wong, T., Alexander, M.F., Eastwood, J.D., Johansson, K, Mc. Naude, K.J., Noh, C.H., O'Brien, A., Sohng, K.Y., Stevenson, G.R., Sy-Sinda, M.T., Thorne, S., van der Wal, D. & Xiao, S. (1999). Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of Registered Nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 36(5), 387-396.

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K.M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C. & Zegelin, A. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. 1-86. Zugriff am: 18.06.2021 unter https://www.alzheimerforum.de/2/3/Rahmenempfehlungen_zu_herausfordernem_Verhalten_Demenzkranker.pdf

Baum, U. (2017). Caring: Kernelement der professionellen Pflege. (K)ein Thema in der Pflegeausbildung? *Pflegezeitschrift*, 70(6). 53-56.

Becher, C., Devane, D., White, M., Greene, R. & Dowling, M. (2018). Concept development in Nursing and Midwifery: An overview of methodological approaches. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), 1-8.

Benner, P. (1997). A Dialogue between Virtue Ethics and Care Ethics. *Theoretical Medicine*. 18. 47-61.

Benner, P. & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Bischoff-Wanner, C. (2002). *Empathie in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Bönsch, M. (2021). Menschliche Zuwendung. socialnet Lexikon. Zugriff am 12.11.2021 unter <https://www.socialnet.de/lexikon/Menschliche-Zuwendung>
- Bräutigam, C., Bergmann-Tyacke, I., Rustemeier-Holtwick, A., Schönlau, K. & Sieger, M. (2005). Verstehen statt Etikettieren: Ein professioneller Zugang zur Situation von Pflegebedürftigen mit Demenz in kommunikativ schwierigen Situationen. *Pflege & Gesellschaft*, 10(2), 83-89.
- Brieskorn-Zinke, M. (2019). Leiblichkeit als Herausforderung für die Pflegebildung. *Pflege & Gesellschaft*, 24 (2), 167-182.
- Brooks, S., Eckerli-Wäspi, I. & Händler Schuster, D. (2018). Das Kind mit einer Hörbeeinträchtigung im Spital. Wie Eltern die Kommunikation zwischen Pflegenden und ihrem Kind erleben. *Pflege*, 31(2), 63-73.
- Boggatz, T. (2015). Begriffsanalysen in der Pflegewissenschaft. *Journal für qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft [QuPuG]*, 2(2), 126-136.
- Büker, C. & Lademann, J. (2019). *Beziehungsgestaltung in der Pflege*. Stuttgart: Verlag. W. Kohlhammer.
- Chang, S. (2001). The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 820-827.
- Conradi, E. (2001). *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Dudenredaktion (Hrsg.) (2010). Zuwendung. *DUDEN. Das Synonymwörterbuch. Ein Wörterbuch sinnverwandter Wörter* (5. Auflage). Mannheim/Zürich. Dudenverlag.
- Dütthorn, N. (2014). *Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum. Eine empirische Studie in den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland*. Osnabrück: Universitätsverlag.
- Elsbernd, A. (2001). Bedeutsame Elemente in Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. *Pflege*, 14(4), 252-258.
- Evans, E. C. (2016). Exploring the Nuances of Nurse-Patient-Interaction through Concept Analysis: Impact on Patient Satisfaction. *Nursing Science Quarterly*, 29(1), 62-70.
- Friesacher, H. (2015a). Der Kern der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 54(2), 46-47.
- Friesacher, H. (2015b). Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. *Intensiv*, 23(4), 200-214.

Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück V & R unipress.

Gensch, S.K. (2001). Die Situation der Pflegewissenschaft und der pflegewissenschaftlichen Studiengänge in Deutschland. *Beiträge zur Hochschulforschung*, 23(4), 44-56.

Gonzalez, K.M. (2017). Trust: A Concept Analysis With Watson's Theoretical Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 30(4), 356-360.

Gogl, A. (2001). Zur Eigentlichkeit der Pflege. Editorial. *Pflege*, 14(1), 3-4.

Green, C. (2013). Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions. *Nursing Philosophy*, 14(4), 242-253.

Honer, A. (2011). *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Holopainen, G., Kasén, A. Nyström, L., (2014). The space of togetherness – a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 186-192.

Holopainen, G., Nyström, L., Kasén, A. (2019). The caring encounter in nursing. *Nursing Ethics*, 26(1), 7-16.

Hühmer-Wittig, J. (2021). *Pflegewissenschaft. EUROPA Fachbuchreihe für Berufe im Gesundheitswesen*. Haan-Gruiten. Verlag EUROPA-LEHRMITTEL.

Hulskers, H. (2001). Die Qualität der pflegerischen Beziehung: Ein Anforderungsprofil. *Pflege*, 14(1), 39-45.

International Council of Nursing [ICN] (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses. Zugriff am 10.03.2022 unter: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Jones, D.A. & Roy, C. (2007). *Nursing knowledge development and clinical practice*. New York: Springer Pub. Co.

Käppeli, S. (Hrsg.). (1998). *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 1* (1. Nachdruck). Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Käppeli, S. (2004). *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Käppeli, S. (2005). Bündnis oder Vertrag? Eine Reflexion über zwei Paradigmen der pflegenden Beziehung. *Pflege*, 18(3), 187-195.

Kemetmüller, E. (2018). Phänomene und ihre pflegerische Relevanz. Von der Individualität in der Wahrnehmung zur Erkenntnis der Wirklichkeit. *Procare*, 10, 4-5.

Kirkevold, M. (1997). *Pflegetheorien*. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Kohlen, H. (2016a). Plädoyer für eine widerständige Care-Praxis – Zur Entwicklung von Care-Ethiken im internationalen Vergleich und ihrem Status der Pflege. In Kleibel, V. & Urban-Huser, C. (Hrsg.) *Caring – Pflicht oder Kür? Gestaltungsspielräume für eine fürsorgliche Pflegepraxis*. (S. 15-26). Wien: facultas.

Kohlen, H. (2016b). Sorge als Arbeit ohne ethische Reflexion? Entwicklungslinien der deutschen Debatte um Sorge als Arbeit und der internationalen Care-Ethik. In Henkel, A., Karle, I., Lindemann, G. & Werner, M. (Hrsg.), *Dimensionen der Sorge. Soziologische, philosophische und theologische Perspektiven*. (S. 189-207). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Kramer, M.K. (1993). Concept Clarification and Critical Thinking: Integrated Processes. *Journal of Nursing Education*, 32(9), 406-414.

Kumbruck, C., Rumpf, M. & Senghaas-Knobloch, E. (2010). Worum es geht – zur Einführung. In Kumbruck, C., Rumpf, M. & Senghaas-Knobloch, E. *Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege* (S. 3 – 37). Münster: LIT Verlag.

Kunyk, D. & Olson, J.K. (2001). Clarification of conceptualization of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325.

Maio, G. (2017a). *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Maio, G. (2017b). *Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung* (2. Auflage). Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.

Maio, G. (2018). *Werte für die Medizin. Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen*. München: Kösel Verlag.

Maio, G. (2019). Pflege als Praxis der Sorge und Zuwendung. Elemente der Ethik der Sorge. *Krankenpflege Soins infirmiers Cure infirmieristiche*. 112(4), 12-15.

Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York/Evanston/San Francisco/London: Harper & Row.

- McCabe, T.J. & Sambrook, S. (2014). The antecedents, attributes and consequences of trust among nurses and nurse managers: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 815-827.
- Mc Cormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Meleis, A.I. (1999). *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A.I. (2012): *Theoretical Nursing. Development and Progress* (Fifth Edition). Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Michaelsen, J.J. (2011). Emotional distance to so-called difficult patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 90-97.
- Moers, M. (2012). Leibliche Kommunikation. Krankheitserleben und Pflegehandeln. *Pflege & Gesellschaft*, 17(2), 111-119.
- Mohammadipour, F., Atashzadeh-Shoorideh, F., Parvizy, S. & Hosseini, M. (2017). Concept development of „Nursing Presence“. Application of Schwartz-Barcott and Kim's Hybrid Model. *Asian Nursing Research*, 11(1), 19-29.
- Morse, J.M., Mitcham, C., Hupcey, J.E. & Tason, M.C. (1996a): Criteria for concept evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 385-390.
- Morse, J.M., Hupcey, J.E., Mitcham, C. & Lenz, E.R. (1996b). Concept Analysis in Nursing Research: A Critical Appraisal. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal*, 10(3), 253-277.
- Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A. & Hofer, B. (2015). Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Bern: Schweizer Verein für Pflegewissenschaft VFP. Zugriff am 13.03.2020 unter: https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Expertenbericht_Deutsch.pdf
- Norris, C. (1982). *Concept Clarification in Nursing*. Rockville, Maryland: An Aspen Publication.
- Pfabigan, D. & Rappold, E. (2018). Quo vadis? – Pflege zwischen Vision und Wirklichkeit. Auswirkungen der Ökonomisierung auf Berufsverständnis und Ethos der Pflegenden. *Pflege Professionell – Das Fachmagazin*, 15, 83-92.

Perini, C., Stauffer, Y., Grunder, M., Gandon, M., Dätwyler, B. & Hantikainen, V. (2006). Die Bedeutung von Caring aus der Sicht von Patienten mit chronischen Wunden bei Peripher Arteriellen Verschlusskrankheiten. *Pflege*, 19(6), 345-355.

Phillips-Salimi, C.R., Haase, J.E., Kooken, W.C. (2011). Connectedness in the context of patient-provider relationships: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 230-245.

Pohlmann, M. (2005). *Beziehung pflegen. Eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Rabe, M. & Rehbock, T. (2011). Was ist professionelle Fürsorge? *Heilberufe*, 63(2), 44-45.

Reed, F.C. (2013). *Pflegekonzept Leiden. Leiden erkennen, lindern und verhindern*. Bern: Verlag Hans Huber.

Schärli, M., Rester, D., Petry, H. & Them, C. (2020). Partizipatives Caring. Menschlichkeit in der Pflege zeigt sich in kleinen Gesten. *Pflegewissenschaft*, 22(3), 103-115.

Schnell, M.W. & Schulz, C. (2010). Der Experte und das Irrationale. Ethische Überlegungen zum Status des Expertenwissens in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 15(1), 64-77.

Schnepp, W. (1996). Pflegekundige Sorge. *Pflege & Gesellschaft*, 1(2), 13-16.

Schnepp, W. (2016). Caring – ein Stiefkind in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft? In Kleibel, V. & Urban-Huser, C. (Hrsg.), *Caring – Pflicht oder Kür? Gestaltungsspielräume für eine fürsorgliche Pflegepraxis*. (S. 72-82). Wien: facultas.

Schniering, S. (2016). Pflegende zwischen Fürsorge und Selbstsorge – die ambulante Versorgung alleinlebender Menschen mit Demenz. In Henkel, A., Karle, I., Lindemann, G. & Werner, M. (Hrsg.) (2016), *Dimensionen der Sorge. Soziologische, philosophische und theologische Perspektiven*. (S. 177-185). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Schrems, B. (2018). *Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wien: Facultas.

Schrems, B. (2019). *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche* (3., überarbeitete Auflage). Wien: facultas.

Schrems, B. (2021). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien: Facultas.

Schrems, B. (2022): *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche* (4. überarbeitete Auflage). Wien: facultas.

Schuchter, P. (2016). *Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen. Eine praktische Philosophie der Sorge*. Bielefeld: transkript Verlag.

Sellman, D. (2017). *Werteorientierte Pflege. Was macht eine gute Pflegende aus? Grundlagen ethischer Bildung für Pflegende*. Bern: Hogrefe Verlag.

Shaha, M., Käppeli, S., & Schnepf, W. (2013). Aus der Praxis in die Praxis zurück: Zwischenverpflegung Theorieentwicklung. Von der Studie zur Theorie. Die Theorieentwicklung in der Pflegewissenschaft illustriert am Beispiel „Omnipräsenz von Krebs“. *Pflegewissenschaft*, 15(7-8), 389-400.

Shipley, S. (2010). Listening. A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 45(2), April-June, 125-134.

Sitzmann, F. (2005). Reden, wie einem der Schnabel gewachsen ist? Plädoyer für eine Sprachkultur in Pflege, Medizin und Gesellschaft. In Abt-Zegelin, Angelika & Schnell, Martin W. (Hrsg.). *Sprache und Pflege* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). (S. 93-101). Bern: Verlag Hans Huber.

Snellman, I. & Gedda, K.M. (2012). The value ground of nursing. *Nursing Ethics*, 19(6), 714-726.

Spichiger, E., Wallhagen, M.I. & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 303-309.

Stanek, S. (2016). Goals of care: a concept clarification. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), 1302-1314.

Stemmer, R. (2002). Zum Verhältnis von professioneller Pflege und pflegerischer Sorge. In Deutscher Verein für Pflegewissenschaften e.V. (Hrsg.). *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung. Pflege & Gesellschaft. Sonderausgabe*. (S. 43-6). Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Swanson, K.M. (2013). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. In Wolf, Z.R., Turkel, M.C. & Smith, M.C. *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* (S. 211-222). New York, NY: Springer Publishing Company.

Szylił Bousso, R., Poles, K. & de Almeida Lopes Monteiro da Cruz (2013). Nursing concepts and theories. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 141-145.

Tacke, D., Möhle, C. & Steffen, H.T. (2015). Caring in der Betreuung lern- und körperbehinderter Patienten im Krankenhaus – eine qualitative Studie. *Pflege & Gesellschaft*, 20(3), 262-282.

Uzarewicz, C., Moers, M. (2012). Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. *Pflege & Gesellschaft*, 17(2), 101-110.

Uzarewicz, C. (2003). Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege. In Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.), *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen* (S. 13-26). *Pflege & Gesellschaft. Sonderausgabe*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

van der Arend, A. & Gastman, C. (1996). *Ethik für Pflegende*. Bern: Verlag Hans Huber.

Walker, L.O. & Avant, K.C. (1998). *Theoriebildung in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Walker, L.O. & Avant, K.C. (2013). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. (Fifth Edition). Pearson. <https://ebookcentral-proquest-com.uaccess.univie.ac.at/lib/univie/detail.action?docID=5832143>.

Walker, L.O. & Avant, K.C. (2019). *Strategies for Theory Construction in Nursing* (Sixth Edition). Boston: Pearson, Prentice Hall.

Watson, J. (1996). *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Wappelshammer, E. (2017). *Dementia Care Mapping im interdisziplinären Diskurs. Personenzentrierte Demenz-Pflege in der Dynamik gesellschaftlicher Modernisierung*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Wettreck, R. (2001). „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster/Hamburg/London: LIT Verlag.

White, L. (2013). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 282-294.