

Der pflegerische Blick¹

"The Nursing Gaze – Big Sister is Watching You"

Klaus R. Schroeter

Pflege ist ein weit reichender Begriff. Nach dem Grimm'schen Wörterbuch bezeichnet er „im allgemeinen das thun und treiben, die übung, beschäftigung, das benehmen, die sitte und gewohnheit“ und impliziert „eine beaufsichtigende oder fürsorgende, (körperliches oder geistiges) gedeihen und wolbefinden bezweckende beschäftigung“ (GDW 7, S. 1733). Im Kontext der Gesundheits- und Krankenpflege bezieht sich der Begriff auf das Verhältnis zwischen „gesund“ und „krank“ bzw. auf die Praxis zwischen Helfenden und Hilflösen. Die Pflege ist damit eine Reaktion auf Pflegebedürftigkeit, die als eine rein deskriptive Kategorie „ganz allgemein den Umstand (bezeichnet), dass ein Mensch infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist“ (Wingenfeld 2000, S. 339).²

Wenn sich die Pflege auf die Diagnostik³ und Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme bezieht (vgl. ANA 1980), so ist der

1 Dieser Beitrag wurde erstmals veröffentlicht in Blüher, Stefan, Stosberg, Manfred (Hrsg.) (2004): *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 139–166.

2 In einem engeren Sinne definiert das Pflegeversicherungsgesetz (§ 14 Abs. 1 SGB XI) all die Personen als pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“ In diesem Verständnis richtet sich die Pflegebedürftigkeit nicht nach dem Grad der (noch) vorhandenen individuellen Ressourcen und Kapitalien, sondern nach dem Pflegebedarf, nach dem Umfang der für die Sicherstellung grundlegender Lebensaktivitäten als erforderlich angesehenen Hilfeleistungen. Der Pflegebedarf bezeichnet den „Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Interventionen (...), die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen,“ wobei die pflegerischen Interventionen bzw. die pflegerischen Leistungen „als Handlungen bzw. Maßnahmen (definiert werden), die dem Aufgabengebiet der professionell Pflegenden zugeordnet werden“ (Wingenfeld 2000, S. 339). In dieser Logik fällt dann auch dem erforderlichen Pflegeaufwand die entscheidende Rolle für die Pflegeeinstufung zu.

3 Eine Pflegediagnose ist nach der Definition der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 1990) eine klinische Beurteilung der Reaktion von Individuen, Familien oder sozialen

Fokus pflegerischen Handelns primär auf das Kranksein bzw. auf die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die zum alltäglichen Leben notwendigen Fähigkeiten gerichtet. Es geht darum, dem kranken und zu pflegenden Menschen „bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte“ (Henderson 1997, S. 42). Das Ziel der Pflege ist also die Erlangung, Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden bzw. die Betreuung, Umsorgung und würdevolle Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender (vgl. King 1971, S. 84, 1990).

In programmatischer Weiterführung der Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie Verhinderung der Krankheit hat die WHO (1990, S. 22) sodann auch die „Einbeziehung der Einzelpersonen, Familie und Gemeinde in das Pflegewesen“ und die „Schaffung von Bedingungen, die es ihnen ermöglichen, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen“, als Pflegeziele formuliert. Die Pflege wird damit in den Stand einer externen regulativen Kraft (vgl. Johnson 1997) erhoben und in einen umfassend organisierten Strukturzusammenhang gesetzt (vgl. Neuman 1997, S.198).

Dieser auf dem langen Wege von der Nächstenliebe zur Profession entstandene organisierte Strukturzusammenhang lässt sich als das figurative Feld der Pflege bezeichnen⁴ (vgl. Schroeter 2000, 2002, 2004, 2005a, 2006, 2008). In diesem an die feld- und raumtheoretischen Überlegungen von Bourdieu und Lewin sowie an die Figurationssoziologie von Elias angelehnten heuristischen Rahmenkonzept figuriert ein Feld ein „Ensemble objektiver Kräfteverhältnisse“ (Bourdieu 1985, S. 11), in welchem die Feldakteure um ihre sozialen Positionen konkurrieren, die sich anhand des Umfangs und der Verteilungsstruktur der ihnen zur Verfügung stehenden Kapitalien und Ressourcen bestimmen lassen. Die figurativen Felder werden dabei nicht als Realität *sui generis*, sondern als artifizielle Wissenschaftskonstruktionen verstanden, die immer einer dreifachen Rahmung (Strukturrahmen, Handlungsrahmen, Deutungsrahmen) unterliegen. Weil die Felder nicht als bloße räumliche Eingrenzungen misszuverstehen sind, sondern immer auch relationale Handlungsfelder darstellen, in denen Strukturen, Verflechtungen und Abhängigkeiten geschaffen werden, sind sie als figurative Felder konzeptioniert. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass sich in den sozialen Feldern immer auch Verkettungen von Handlungen finden, die zugleich Reaktion auf vorgefundene Bedingungen wie auch Bedingungen für fol-

Gemeinschaften auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse, die die Grundlage für die Auswahl von Pflegeinterventionen bildet.

4 In späteren Versionen spricht der Autor statt vom ‚figurativen Feld der Pflege‘ vom ‚sozialen Feld der Pflege‘.

gende Reaktionen sind und die sich wechselseitig bedingen und durchdringen und damit ein eigenartiges Geflecht wechselseitiger und veränderbarer Abhängigkeiten (Interdependenzgeflechte, Figurationen) erzeugen.

Mit dem figurativen Feld der Pflege wird ein in sich differenzierter (und in eine Vielzahl von Subfeldern untergliederter) gesellschaftlicher Teilbereich im Gesundheitssystem mit spezifischen und spezialisierten Akteuren umrissen, der über eigene materiale und soziale Ressourcen verfügt und nach eigenen Regeln und Logiken funktioniert. Doch die Eigenständigkeit der Regeln stößt an ihre Grenzen: Denn die Pflege befindet sich zwar in einem Stadium, in dem sie sich ganz langsam aus der Umklammerung des medizinischen Feldes zu lösen beginnt, doch allem Verlangen nach größerem Eigengewicht zum Trotz, hat sie es bislang noch nicht vermocht, ein eigenes selbstreferenzielles Regelsystem zu etablieren (vgl. Bauch 2000). Gleichwohl sind die Strukturen und Regelungen im Feld komplex und differenziert. Das zeigt sich schon allein darin, dass sich das Praxisfeld Pflege in verschiedene und nach eigenen Logiken verfahrenende Subfelder unterteilen lässt, so z.B. in die der Gesundheitspflege, der Pflege bei Gesundheitsproblemen und der Altenpflege (vgl. Kellnhauser et al. 2000, S. 92f.). Diese hinwiederum lassen sich abermals in weitere Unterfelder differenzieren, wie z.B. in kurative, präventive oder rehabilitative Pflege oder auf anderen Differenzierungsebenen in Selbstpflege, Laienpflege oder beruflicher (professioneller) Pflege oder in stationäre, teilstationäre oder häusliche Pflege.

Jedes dieser Felder hat seinen eigenen Spielraum mit eigenen Spielregeln. Pflege ist kein eindeutig definierbarer Begriff, zu unterschiedlich sind die jeweiligen Erscheinungsformen, theoretischen Denkschulen – etwa der bedürfnis-, interaktions- und ergebnisorientierten Pflegemodelle (vgl. zusammenfassend Melis 1999) – und praktischen Umsetzungen (bzw. Nicht-Umsetzungen) der verschiedenen Konzepte. Und so laufen im figurativen Feld der Pflege verschiedene Diskurse zusammen. Die unterschiedlichen Zielsetzungen, etwa die Erhaltung, Förderung und das Wiedererlangen von Gesundheit, die Neuorientierung und größtmögliche Steigerung von Selbstständigkeit bei bleibender Krankheit oder Behinderung, die Befähigung zu angemessener Selbst- und Laienpflege oder das Ermöglichen eines würdevollen Sterbens, stehen für das als richtig vorausgesetzte Denken, für die Doxa (Bourdieu) im Feld der Pflege. „Die Doxa bildet jenes Ensemble von Thesen, die stillschweigend und jenseits des Fragens postuliert werden und die als solche sich erst in der Retrospektive (...) zu erkennen geben“ (Bourdieu 1979, S. 331). Sie gehört gewissermaßen zu den „segmentalen Einflüssen“ der Feldstruktur, „die nicht die Gesamtpersönlichkeit berühren, sondern nur bestimmte Reflexbereiche des einzelnen Menschen, die unter den Einfluss der Feldstrukturen fallen“ (Mannheim [1940] 1967, S. 347). Sie wirkt im Verborgenen und beinhaltet „insbesondere die Klassifikationssysteme, die festlegen,

was als interessant bewertet wird und was als uninteressant, wovon niemand denkt, dass es erzählt zu werden verdient, weil keine (Nach)Frage besteht“ (Bourdieu 1993, S. 80).

Aus diesen Selbstverständlichkeiten speist sich die *illusio* (Bourdieu) des Pflegefeldes, die von den verschiedenen Feldakteuren weitgehend geteilte Grundüberzeugung von der Richtigkeit und Wichtigkeit der praktizierten Pflegestrategien. Sie steht für den „praktischen Glauben“ des Feldes, liefert Sinnmuster, erzeugt Handlungsstrategien und stellt gewissermaßen das „Eintrittsgeld“ für das Pflegefeld dar, ohne dessen Anerkennung das Feld gar nicht funktioniert (vgl. Bourdieu 1987b, S. 124ff.). Auf diese Weise werden auf der Grundlage hintergründig und unterschwellig wirkender Überzeugungen Klassifikationen und Evaluationen vorgenommen und in die allgemeine *Doxa* integriert.

Das Credo der Pflege: Lebensweltorientierung

Ein immer stärker ins Zentrum der Pflege dringender Ansatz ist das Modell der Lebenswelt. Das aus der phänomenologischen Philosophie Edmund Husserls hergeleitete und durch die Studien von Alfred Schütz, Peter Berger und Thomas Luckmann sowie von Jürgen Habermas soziologisierte Lebensweltkonzept findet nunmehr auch Eingang in die Pflegeforschung (vgl. u.a. Braun, Schmidt 1997, Dux 1997, Entzian 1999b, Koch-Straube 1997). Dort wird die alltägliche Lebenswelt, ganz im Duktus von Schütz, als die im Modus der Selbstverständlichkeit eingebettete alltägliche Wirklichkeit begriffen, in der der Mensch intuitiv vertraut handelt und lebt. Die alltägliche Lebenswelt bezeichnet zunächst einmal den „Wirklichkeitsbereich (...)“, den der wache und normale Erwachsene in der Einstellung des gesunden Menschenverstandes als schlicht vorgegeben vorfindet“ (Schütz, Luckmann 1988, S. 23). Der Lebensweltbegriff bezieht sich auf die gemeinsam erlebte und gedeutete soziale Wirklichkeit in einem ganz spezifischen Lebenszusammenhang.⁵ Die Pflegebeziehung ist ein solcher spezifischer Lebenszusammenhang. Pflegeorte (ob zu Hause, im Krankenhaus oder im Heim) sind Lebenswelten. Und das Pflegeheim ist nicht nur ein Ort der Pflege, sondern immer auch ein Ort des Wohnens, Lebens und Erlebens. Es ist der Lebensraum (Lewin) des stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen, der den für diesen mit seinen jeweiligen Bedürfnissen, Wünschen und Antrieben relevanten Bereich

5 In dem radikalen Lebensweltverständnis von Habermas, der diesen Begriff in deutlicher Abgrenzung von Husserl und Schütz nicht auf die Strukturen des subjektiven Bewusstseins, sondern auf die formalen Bedingungen der Intersubjektivität bezieht, kann die Lebenswelt „nicht wie ein intersubjektiv geteiltes Wissen kontrovers werden, sondern höchstens zerfallen,“ weil sie „jedem möglichen Dissens voraus(liegt)“ (Habermas 1988, S. 200).

darstellt. Nach der in Anlehnung an Lewin von Zeman aufgestellten Arbeitsdefinition ist die Lebenswelt „der symbolisch und praktisch gestaltete, soziale und sozialräumliche Bereich des Alltags, in dem sich das Leben der Menschen abspielt, und in den die Steuerungsprinzipien der Institutionen, z.B. des sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystems und die Orientierungen ihrer professionellen Akteure zwar hineinwirken, den sie aber nicht unmittelbar zu steuern vermögen“ (Zeman 1998, S. 114).

Eine lebensweltorientierte Pflege verlangt also nach Kenntnis und Verständnis der Lebensmuster der Akteure und hat dabei auch die sinnhaft vorstrukturierte soziale Welt in Rechnung zu stellen. Sie hat ihre Aufmerksamkeit sowohl auf die gesellschaftlich bzw. institutionell vorgegebenen Opportunitätsstrukturen als auch auf die individuell wahrgenommenen Dispositionsspielräume im Pflegefeld zu richten. Denn die individuellen Entscheidungen im pflegerelevanten Lebensraum sind ja nicht beliebig, sondern immer an gesellschaftlich vorgegebene Prioritäten und Opportunitäten gebunden (z.B. Pflegeeinstufungen, Versorgungspfade). Und so verwandeln sich die gesellschaftlichen Opportunitätsstrukturen auch im mikrokosmischen Handlungskontext der Pflege stets in konkrete Dispositionsspielräume.

Die Lebenswelt aktualisiert sich immer im jeweiligen Lebensraum. Und der bezieht sich auf die vom Individuum wahrgenommene Umwelt.⁶ Wie aber werden die hintergründigen Deutungsmuster figurationspezifisch aktualisiert? Eine Antwort darauf gewährt uns Erving Goffman (1977), der in seiner Rahmenanalyse zeigt, wie die Menschen sich in ihren alltäglichen Situationen zurechtfinden, wie sie Wirklichkeitsbereiche voneinander abgrenzen und mit Sinn versehen. Dabei konzentriert er sich vorrangig auf die Struktur der persönlichen Erfahrung, die er jedoch stets im Kontext ihrer Rahmen (frames) und Rahmungen (framing) analysiert. Denn die sind es, die den sozialen Interaktionen ihren Sinn verleihen: die Rahmen als vorgegebene Strukturen des sozialen Sinns und die Rahmungen als sinnaktualisierende Praxis.

Dieser Einsicht gerecht zu werden, erfordert eine radikale Umorientierung in der Pflegepraxis. Das ebenso wie der Primary Nursing Ansatz (vgl. Ersser, Tutton 2000, Manthey 2002) zu den auf die Überwindung der herkömmlichen Pflegebeziehung von dominanten Pflegeexperten und passiven Klienten ausge-

6 In seiner „topologischen Psychologie“, führt Lewin den Begriff des „psychologischen Lebensraumes“ ein, der er als „den Gesamtbereich dessen“ versteht, „was das Verhalten eines Individuums in einem gegebenen Zeitmoment bestimmt“ (Lewin [1936] 1969, S. 34). Will man dieses Verständnis soziologisieren, so landet man unwillkürlich beim sozialen Raum bzw. beim sozialen Feld. Die Bourdieu'sche Feldtheorie ist vielleicht stärker von Lewins Modell des psychologischen Feldes beeinflusst als das in der Bourdieu-Lektüre zum Ausdruck kommt. Zum Vergleich der Feldtheorien von Lewin und Bourdieu vgl. Kretschmar (1991) und Schroeter (2002, S. 94ff.).

richteten Modellen des New Nursing (vgl. Porter 1994, Salvage 1990, 1992) zu zählende Konzept der lebensweltorientierten Pflege proklamiert einen solchen Schritt. Es erklärt die individuelle Lebensführung des hilfeabhängigen Menschen zum Ausgangspunkt für a) die Gestaltung des Umgangs miteinander, b) die Bestimmung der Pflegeaufgaben und Pflegeziele und c) für die Art, wie diese Ziele erreicht werden sollen. Dabei hat eine biografieorientierte Pflegeplanung die komplexe Pflegesituation unter der „Berücksichtigung des objektiven Hilfebedarfs, des sozialen Lebensraumes und der Lebenszeit“ zu analysieren und eine Deckungsgleichheit zwischen „a) der Deutung der Person, den Angehörigen, b) den objektiven Pflegeaufgaben, c) den Bedingungen des Lebensalltags und d) den normativen bzw. organisatorischen Bedingungen der Pflegeeinrichtung“ herzustellen (Entzian 1999a, S. 122f., 1999b, S. 115).

Der Anspruch klingt gewaltig und ein wenig illusionär: Eine lebensweltorientierte Pflege verlangt nach Kenntnis und Verständnis der Lebensmuster der zu pflegenden Menschen. Das Pflegepersonal muss versuchen, sich in deren Lebenswelt hineinzufinden und einzufühlen, wenngleich der „Erlebnisstrom“ der Pflegebedürftigen auch nur in „diskontinuierlichen Segmenten“ erfasst werden kann (vgl. Schütz [1932] 1981, S.146f.). Dabei muss es sein pflegerisches Handeln sowohl mit den Augen des pflegebedürftigen Menschen (des „signifikanten Anderen“) als auch mit den Augen der organisierten Umwelt Heim (des „verallgemeinerten Anderen“) wahrnehmen. Im Schnittpunkt dieses Perspektivenwechsels erwächst der interpretative Bedeutungszusammenhang der pflegerischen Praxis. Nur auf diesem Wege wäre eine individuell zugeschnittene Hilfe und Pflege möglich.

Das freilich ist ein Spagat, der erst noch zu meistern ist. Denn die hier zu aktualisierenden Rahmungskomponenten verweisen auf ganz unterschiedliche Verständigungshintergründe. Auf der einen Seite muss eine biografie- und lebensweltorientierte Pflege mit den Sozialisierungserfahrungen der zu pflegenden Menschen vertraut, zumindest über diese informiert sein, um die Bedeutung des Lebensraumes und der Lebensumwelt reflexiv überhaupt erfassen und in die pflegerische Betreuung einbinden zu können. Und auf der anderen Seite ist ein Rahmen zu aktualisieren, der immer auch einer ganz anderen Logik zu entsprechen hat. Denn die organisierte Pflegeumwelt (Krankenhaus, Pflegeheim, ambulante Pflegedienste) ist ja nicht nur dem pflegerisch-betreuerischen Sachziel verpflichtet, sondern immer auch von dem Formalziel einer zweckoptimierten, organisatorisch und ökonomisch vertretbaren Betriebsführung geleitet.

Führt man das Ideologem der biografie- und lebensweltorientierten Pflege konsequent weiter, so müssten die Pflegekräfte in der Lage sein, sich ein Bild von dem Klima und dem „geistigen Gehalt“ der Generation der pflegebedürftigen Menschen zu machen. Sie hätten über deren Handlungs- und Wahrneh-

mungsspielräume im Gefüge ihrer Lebensgeschichte im Bilde zu sein. Das jedoch ist nur sehr beschränkt möglich. Die Generationen von Pflegepersonal und pflegebedürftigen Älteren leben in verschiedenen Lebenswelten. Und es ist nur sehr begrenzt möglich, über Vermittlung und Tradierung einen Zugang zu vergangenen Zeiten herzustellen, denn die „Vorwelt ist endgültig abgeschlossen“ (Schütz, Luckmann 1988, S. 120), ein direkter Zugang bleibt versperrt. Die Erfahrungen und Erlebnisse, „Generationenzusammenhänge“ (Mannheim), „Erfahrungs- und Erinnerungsgemeinschaften“ (Lepsius) der älteren Generation bleiben für das zumeist jüngere Pflegepersonal außerhalb der „Welt aktueller Reichweite“.

Nun gehören sowohl professionell Pflegende als auch pflegende Angehörige zur Lebenswelt des pflegebedürftigen Menschen und partizipieren mit ihm auf einer bestimmten Ebene an relevanten Alltagsstrukturen. Doch gibt es in den Deutungssystemen der lebensweltlichen und professionellen Pflege gravierende Unterschiede in der Wahrnehmung und Beurteilung der Pflegesituation. Zeman (2000, S. 254ff.) verweist auf vier Dimensionen mit jeweils unterschiedlichen Deutungsmustern:

1. Lebensweltliche Pflege ist immer nur ein Teil der gesamten Alltagssituation und muss folglich „mit anderen Handlungen konkurrieren, die ebenfalls zur Bewältigung des Alltags erforderlich sind.“

Professionelle Pflege konzentriert sich hingegen primär auf die optimale Lösung der Pflegeaufgabe, „notfalls auch zu Lasten anderer Aspekte der Situation.“

2. Lebensweltliche Pflege ist „alltagsorientierte Sorgearbeit“⁷ und damit ein besonderer Handlungsrahmen, der von den Pflegepersonen in einem Balanceakt zwischen den zur Bewältigung des normalen Alltagslebens erforderlichen und den durch die Pflege bedingten Anforderungen im Rahmen einer familialen Unterstützung und affektiven Solidarität interaktiv hergestellt wird.

Professionelle Pflege ist eine berufliche Erwerbstätigkeit, die gleichsam „mit moralischen Erwartungen der Lebenswelt und fachlich-berufsethischen Selbstansprüchen besetzt ist,“ wobei das professionelle Pflegepersonal immer auch an „Probleme betriebswirtschaftlicher Bestandserhaltung und individueller Arbeitsplatzsicherung, an rechtliche und finanzielle Vorgaben, zugewiesene Zeitstrukturen und Verpflichtungen kollegialer Wechselseitigkeit“ gebunden bleibt.

7 Sorgearbeit, wie Steiner-Hummel (1998, S. 23) die Pflege in der Familie in Abgrenzung zur professionellen Pflege definiert, „ist sozial verankert und gehört der Lebenswelt des einzelnen an.“

3. Lebensweltliche Pflege ist in erster Linie durch Beziehungsaspekte geprägt und durch biografische Bezüge auf- und manchmal überladen. Im Vordergrund des pflegerischen Handelns steht „der Kranke als Person“. Professionelle Pflege ist zwar auch durch Beziehungsaspekte geprägt, definiert die Beziehung aber nicht primär persönlich. Im Vordergrund des pflegerischen Handelns steht „die Person als Kranker“. Der Hauptfokus ist auf „Aspekte der Wiederherstellung, Flankierung und Kontrolle körperlich-organischer Funktionen“ gerichtet. Die Identität des Menschen und sein Wohlbefinden werden nur dann zum Thema, „wenn sie in erkennbarem Wirkungszusammenhang damit stehen und soweit solche Zusammenhänge im Pflegekontakt überhaupt zugänglich sind.“
4. Lebensweltliche Pflege bezieht sich auf ein lebensweltliches „Situationswissen“, auf Beziehungs- und Biografiewissen, auf Alltagskompetenz und Alltagssprache. Professionelle Pflege stützt sich auf spezifisches Fachwissen, auf fachlich spezialisierte Handlungskompetenz und auf eine eigene Fachsprache, „die in der Lebenswelt dann häufig nicht mehr verstanden wird.“

Diese gewiss idealtypische Differenzierung verweist implizit auf eine Kritik an dem in der beruflichen Pflege immer wieder herangezogenen Regelkreislauf des Pflegeprozesses.⁸ Denn dieser bleibt als systematische Problemlösungsstrategie unvollständig, sofern er nur medizinische Standards nachzuahmen versucht und den verstehenden lebensweltorientierten Ansatz nicht konzeptionell einbindet. Die in Weiterführung der von Henderson (1970) aufgestellten „Grundregeln der Krankenpflege“ entwickelten und von spezifischen Grundbedürfnissen und Fähigkeiten Pflegebedürftiger ausgehenden „bedürfnisorientierten“ Pflegemodelle, die sich auf die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) bzw. auf die „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) konzentrieren,⁹ wer-

8 Der Pflegeprozess wird gemeinhin als ein problemlösungsorientierter Beziehungs- und Entscheidungsprozess verstanden und in Form eines Regelkreises dargestellt. Dieser unterteilt sich in sechs Schritte: 1) Pflegeanamnese bzw. Informationssammlung, 2) Problemdefinition und Ressourcenklärung, 3) Zielvereinbarung und Zielformulierung, 4) Ableitung von Pflegemaßnahmen und Planung von Pflegehandlungen, 5) Pflegeintervention bzw. Durchführung der Pflegemaßnahmen, 6) Reflexion und Evaluation der Pflege. Bei Nichterreichen der Pflegeziele sind die Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen neu zu bewerten (vgl. Juchli 1997, S. 66ff.). Zur Funktion und Kritik des Pflegeprozesses vgl. u.a. Entzian (1998), Krohwinkel (1993), Needham (1990), Offermann (1998) und Stratmeyer (1997).

9 Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) gehören nach Juchli (1997): 1. Wach sein und schlafen, 2. Sich bewegen, 3. Sich waschen und kleiden, 4. Essen und trinken, 5. Ausscheiden, 6. Körpertemperatur regulieren, 7. Atmen, 8. Sich sicher fühlen und verhalten, 9. Raum und Zeit gestalten, arbeiten und spielen, 10. Kind, Frau, Mann sein, 11. Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen. In der Reformulierung von Krohwinkel (1993) umfassen die Aktivitäten und existen-

den einer solchen lebensweltorientierten Pflege jedenfalls nicht gerecht. Diese Modelle sind an einer krankenhausorientierten Pflege ausgerichtet und gehen von einer temporären stationären Behandlung aus. Hintergründig wirkt das Bild von pflegebedürftigen Menschen, „die vorübergehend stationär aufgenommen werden und (...) ihre Eigenverantwortung und ihren gewohnten Lebensstil gleichsam vor den Toren dieses Hauses abgeben“ (Heinemann-Knoch, Schönberger 1999, S. 633).

Doch solange im Bereich der stationären Pflege aufgrund der arbeitsteiligen Spezialisierung der arbeitsorganisatorische Ablauf primär an der funktionalen Pflege orientiert ist (vgl. Elkeles 1988) und der Wohn- und Häuslichkeitsaspekt vollständig ausgeblendet bleibt, ist es schwierig, einen lebensweltorientierten Zugriff zu erlangen. Die Umsetzung eines solchen Konzeptes steht jedenfalls noch in den Anfängen (vgl. Heinemann-Knoch, Schönberger 1999, S. 634). Die Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen erfahren in ihrer „Lebenswelt Heim“ noch immer „Ausgrenzung, Isolation, Anonymität, Entfremdung, Konflikte usw.“ (Düx 1997, S. 119). Der Überbrückung des Spannungsfeldes zwischen „formal organisierter Hilfe in einem stationären und beruflichen Umfeld und den vielfältigen Ansprüchen der BewohnerInnen an ein anders organisiertes Leben und Wohnen mit möglichst vielen privaten Nischen“ (Heinemann-Knoch, Schönberger 1999, S. 634) stehen aber noch organisatorisch-strukturelle Hemmnisse der Einrichtungen wie auch die Routinen und Rituale des Pflegealltags gegenüber (vgl. Ford, Walsh 2000, Weidmann 2001).

Pflege als Dispositiv¹⁰

Pflege ist eine Chiffre für verschiedene Sinnzusammenhänge. Pflege steht sowohl für berufliches wie auch für laienhaftes, für professionelles und auch für fürsorgliches Handeln. Pflege steht aber auch für einen funktional differenzierten Teilbereich der Gesellschaft. Mit dem Begriff der Pflege verbinden sich also unterschiedliche Sinn- und Verwendungskontexturen. Doch auf welche man sich im konkreten Betrachtungsfall auch konzentriert, stets bedeutet Pflege ein Zu-

ziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) folgende untereinander in Beziehung stehenden Bereiche: 1. Kommunizieren, 2. Sich bewegen, 3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten, 4. Sich pflegen, 5. Essen und trinken, 6. Ausscheiden, 7. Sich kleiden, 8. Ruhen und schlafen, 9. Sich beschäftigen, 10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten, 11. Für eine sichere Umgebung sorgen, 12. Soziale Bereiche des Lebens sichern, 13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen. Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens vgl. ausführlich Kellnhauser et al. (2000, S. 266–707).

10 Vgl. auch Schroeter (2005b).

sammenspiel von Diskurs¹¹ und Praxis, von Wissen und Macht. Damit wird die Pflege zu einem Dispositiv, zu einer strategischen Verknüpfung der heterogenen Pflegeelemente. Ein Dispositiv, so erklärt uns Foucault (1978, S. 119f.),¹² ist

„ein entschieden heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebensowohl wie Ungesagtes umfaßt. Soweit die Elemente des Dispositivs. Das Dispositiv selbst ist das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann.“

Pflege als Dispositiv zu denken, heißt Pflegediskurs und Pflegepraxis in ihrer komplementären Beziehung zu sehen und dabei stets im Auge zu haben, wie sich Macht und Wissen auch hier in originärer Weiser ineinander verschränken.

Gleichwohl Foucault sich auch schon in seinen frühen Studien (1980, 1981a+b, 1977) mit den kontrollierenden und überwachenden Machttechniken beschäftigte, so hat er, wie er später einräumt, die „Verknüpfung der Diskurstatsachen mit den Machtverhältnissen“ verwischt (vgl. Foucault 1978, S. 26, 104). In dem Moment, wo Macht zur neuen zentralen Kategorie des Foucault'schen Denkens avanciert, wird aus dem Diskursanalytiker Foucault ein Gesellschaftstheoretiker (vgl. Honneth 1985, S. 168ff.). Geschult an der Lektüre Nietzsches stellt er nun das Diskurs-Praxis-Verhältnis auf den Kopf. Die Praktiken werden nun nicht länger als von den ehemals als autonom betrachteten Diskursen abhängig betrachtet, sondern im umgekehrten Fall als von diesen abhängig. Schon in seiner Inauguralvorlesung am Collège de France im Dezember 1970 setzt er voraus, „daß in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und Gefahren des Diskurses zu bändigen, sein unberechenbar Ereignishaftes zu bannen, seine schwere und bedrohliche Materialität zu umgehen“ (Foucault 1982, S. 7). Mit dem subversiven Blick des Genealogen demonstriert er, wie die

11 Da Foucault bestimmten Disziplinen, wie etwa der Psychopathologie oder der klinischen Medizin keinen Wissenschaftscharakter zuerkennt, vermeidet er den Begriff der Wissenschaft und spricht stattdessen von „diskursiven Formationen“, womit er „das allgemeine Aussagesystem, dem eine Gruppe sprachlicher Performanzen gehorcht“ (Foucault 1973, S. 169), umreißt. „In dem Fall, wo man in einer bestimmten Zahl von Aussagen ein ähnliches System der Streuung beschreiben könnte, in dem Fall, in dem man bei Objekten, den Typen der Äußerung, den Begriffen, den thematischen Entscheidungen eine Regelmäßigkeit (eine Ordnung, Korrelationen, Positionen und Abläufe, Transformationen) definieren könnte, wird man übereinstimmend sagen, daß man es mit einer diskursiven Formation zu tun hat, wodurch man Wörter vermeidet, die ihren Bedingungen und Konsequenzen nach zu schwer, übrigens zur Bezeichnung einer solchen Dispersion auch inadäquat sind: wie »Wissenschaft«, »Ideologie«, »Theorie« oder »Objektivitätsbereich«“ (Foucault 1973, S. 58).

12 Zur näheren Bestimmung des Dispositiv-Begriffes vgl. Deleuze (1991) und Jäger (2001).

Pflegeforschung trifft Pflegepraxis
Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur
Weiterentwicklung der Pflege
Zängl, P. (Hrsg.)
2013, VIII, 219 S. 4 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-02572-4