

RESEARCH

Peter Zängl *Hrsg.*

Pflegeforschung trifft Pflegepraxis

Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen
Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege



Springer VS

Pflegeforschung trifft Pflegepraxis

Peter Zängl (Hrsg.)

Pflegeforschung trifft Pflegepraxis

Jahrbuch 2012/2013 des
Norddeutschen Zentrums zur
Weiterentwicklung der Pflege

Herausgeber
Peter Zängl
Beratung, Coaching und
Sozialmanagement
FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit
Olten, Schweiz

ISBN 978-3-658-02572-4
DOI 10.1007/978-3-658-02573-1

ISBN 978-3-658-02573-1 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2013

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.springer-vs.de

Vorwort

Die Akademisierung der Pflege in Deutschland hat sich weiterentwickelt und etabliert. Sie sorgt für einen zunehmenden Bestand an Forschungsergebnissen. Eine wichtige Herausforderung für die Zukunft liegt im Transfer dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis. Voraussetzung dafür, dass dieser Austausch gelingt, sind zum einen entsprechende Strukturen und Kompetenzen auf Praxisseite sowie Praxisrelevanz und Aussagekraft von Forschungsarbeiten. Mit diesem Jahrbuch möchte das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) dazu beitragen, gute wissenschaftliche Konzepte aus dem Bereich der Gesundheitsfachberufe zur Diskussion und in die Praxis zu bringen. Neben den Dialogveranstaltungen wie „Pflegeforschung trifft Pflegepraxis“, die das NDZ regelmäßig durchführt, soll diese Publikation eine Plattform für aktuelle theoretische Erkenntnisse der Pflegeforschung sein, so dass sie für ein breites Fachpublikum, für die Berufstätigen in der Pflege sowie für Forschung und Lehre von Nutzen sind. Zu Wort kommen namhafte Professorinnen und Professoren ebenso wie der wissenschaftliche Nachwuchs. Dieser ist hier mit herausragenden Arbeiten vertreten, die im Rahmen von Pflegestudiengängen und häufig in enger Anbindung an die Praxis entstanden sind.

Das NDZ ist ein Zusammenschluss der Gesundheitsministerien/-senate der Länder Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Mit dem „Abkommen über die Zusammenarbeit auf verschiedenen Gebieten des Gesundheitswesens in Norddeutschland“ wurde 1995 eine enge Kooperation der fünf norddeutschen Bundesländer eingeleitet. Dieses Abkommen wurde auf unbestimmte Zeit geschlossen und basiert auf einer gesetzlichen Grundlage.

Aufgabe dieser deutschlandweit einmaligen Zusammenarbeit ist es, länderübergreifend Aktivitäten im Bereich der Pflege und angrenzender Gesundheits- und Sozialberufe zu koordinieren und zu initiieren, so dass diese die Weiterentwicklung der Berufe im Gesundheitswesen in Norddeutschland unterstützen.

Diesen Anforderungen entsprechend trägt das NDZ dazu bei, die Versorgungsqualität im Bereich der stationären und ambulanten Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu erhalten und zu verbessern. Dazu gehört insbesondere der Informationsaustausch über die vielfältigen und qualitätssichernden Maßnahmen – eine Aufgabe, die durch die nun vorliegende Publikation unterstützt wird.

Wir danken den Forscherinnen und Forschern der verschiedenen Hochschulen, den Praktikerinnen und Praktikern aus Diensten und Einrichtungen der Pflege für ihre Arbeiten und den berufsständischen Vertretungen für ihre Beiträge.

Daniela Friederich

Peter Zängl

Inhaltsverzeichnis

Daniela Friederich und Peter Zängl

Vorwort..... 5

I Institutionelle und theoretische Rahmung

Sascha Köpke, Daniela Friederich und Peter Zängl

Einleitung: Pflegeforschung trifft Pflegepraxis – Der Arbeitskreis
„Pflegeforschung in Norddeutschland“ und Überblick über die Beiträge 11

Klaus R. Schroeter

Der pflegerische Blick
"The Nursing Gaze – Big Sister is Watching You" 19

II Pflegeforschung

Sascha Köpke und Gabriele Meyer

Aktuelle Entwicklungen in der Pflegeforschung 51

Mathilde Hackmann und Johannes Möller

Fortschritt durch Pflege – Pflege des Fortschritts 65

Andrea Matheis

Pflegeforschung in der Pflegeausbildung – Kompetenzen, Ziele, Inhalte
und didaktisch-methodische Vorgehensweisen 73

III Ausbildung und Arbeitsmarkt

Nina Fleischmann

Arbeitsmarktperspektiven für Absolventen pflegebezogener Studiengänge.... 91

*Hagen Rogalski, Wolfgang Hoffmann, Peter Hingst,
Roman F. Oppermann und Adina Dreier*

Demographie, medizinisch-pflegerische Versorgung und akademische
Pflegebildung: Das kooperative Beispiel der Universitätsmedizin Greifswald
und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der
Hochschule Neubrandenburg..... 111

Heike Blumenauer und Martina Hörmann

Die Anerkennung informell erworbener Kompetenzen in der Pflege
Ansätze, Möglichkeiten und Grenzen der Kompetenzbilanzierung..... 129

IV Wissensmanagement und Organisationsentwicklung

Konrad Günzel

Wissensmanagement von Pflegekräften 151

Torsten Nicolaisen

Lerncoaching als Element von Organisationsentwicklung in der Pflege..... 171

V Praxis

Elke Munderloh und Eva Reischuck

"Bathing without a Battle" – Kritische Reflektion der Handlungs-
empfehlung für Menschen, die unter den Bedingungen der Demenz leben 187

Nicole Duveneck

„Ich hab mich jetzt so abgefunden – muss ich ja...“
Das Leben psychisch kranker Menschen im Wohnheim 201

Stephan Dettmers

Pflege und interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus..... 213

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 225

I Institutionelle und theoretische Rahmung

Einleitung: Pflegeforschung trifft Pflegepraxis Der Arbeitskreis „Pflegeforschung in Norddeutschland“ und Überblick über die Beiträge

Sascha Köpke, Daniela Friederich und Peter Zängl

Pflegeforschung gewinnt auch in Deutschland an Bedeutung und wird von Öffentlichkeit, Politik und Wissenschaft zunehmend wahr- und ernstgenommen. Zwar gibt es hierzulande im Vergleich zu internationalen Entwicklungen weiterhin Nachholbedarf, jedoch zeigen sich ernsthafte Bemühungen eine wissenschaftlich fundierte forschungsbasierte Pflegepraxis zu etablieren. Hieraus ergibt sich zwangsläufig der Bedarf an hochwertiger Pflegeforschung, mit Schwerpunkt auf der sogenannten „klinischen“ Pflegeforschung und der pflegerischen Versorgungsforschung. Diese verschreibt sich der Beschreibung und Verbesserung der Versorgung von Patienten, Bewohnern bzw. Klienten zum Beispiel in dem sie den Nutzen pflegerischer Interventionen untersucht.

Die Pflegeforschungsverbände

Im Rahmen einer sechsjährigen Förderung von Pflegeforschungsverbänden von 2004 bis 2010 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung wurden deutschlandweit zahlreiche Pflegeforschungsprojekte in vier Forschungsverbänden durchgeführt. So vereinte der „Pflegeforschungsverbund Nord“ in zwei Förderphasen acht Projekte der Universitäten Hamburg und Bremen sowie der Hochschule Bremen unter seinem Dach (<http://www.public-health.uni-bremen.de/pages/abteilung3/pfvNord.php?abtId=3>). Explizites Ziel der Förderung war die nachhaltige Etablierung von Forschungsstrukturen und Kooperationen im Bereich der Pflegeforschung. Trotz der sicher ambitionierten Projekte, deren Bedeutung z.T. auch international wahrgenommen wurde, wurde das Ziel der Etablierung und Verstetigung einer Forschungskultur in Norddeutschland offensichtlich nicht erreicht. Eine Vernetzung über die Förderung hinaus findet heute, mehr als zwei Jahre nach Ende der Förderung, allenfalls informell statt. So steht zum Beispiel die als Dokumentations- und Kommunikationsplattform gedachte Internetpräsenz des Pflegeforschungsverbundes Nord (www.pfv-nord.de)

zum Verkauf; Inhalte finden sich dort nicht mehr. Während aus Kreisen der Pflegeforschenden weitere öffentliche Förderungsmöglichkeiten für Pflegeforschung eingefordert werden, verweisen Förderer auf die Möglichkeit Pflegeforschungsprojekte im Rahmen anderer öffentlicher Ausschreibungen wie z.B. zur Versorgungsforschung zu beantragen.

Die Agenda Pflegeforschung

Als Konsequenz aus der nur begrenzt gelungenen Etablierung und Verstetigung von Pflegeforschung im Anschluss an die Arbeit der Pflegeforschungsverbände und der weiter bestehenden Schwierigkeit angemessene Förderung für klinische Pflegeforschungsprojekte zu erhalten, erstellte vor kurzem eine Gruppe von Wissenschaftlern unter Federführung der Leitungen der Pflegeforschungsverbände die „Agenda Pflegeforschung“ (http://www.agenda-pflegeforschung.de/Agenda_Pflegeforschung2012.pdf). In diesem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt wurde der Versuch unternommen, einerseits prioritäre Forschungsthemen zu formulieren und andererseits die Notwendigkeit von Pflegeforschung und deren Förderung deutlich zu machen. Es wurden insgesamt zehn Themenbereiche identifiziert und beschrieben, die nach Auffassung der Autorinnen und Autoren bis 2020 im Fokus der Pflegeforschung stehen sollten:

- Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege
- Pflege und Pflegebedürftigkeit alter und hochaltriger Menschen
- Leben mit chronischer Erkrankung
- Pflege von Menschen mit Behinderung
- Pflege von Kindern und Jugendlichen
- Pflege in akuten Krankheitssituationen
- Umgang mit Vulnerabilität
- Auswirkungen neuer technologischer Entwicklungen
- Pflegesysteme im Umbruch
- Bildung in der Pflege

Es bleibt abzuwarten, welchen Stellenwert die Agenda für die Entwicklung der Pflegeforschung in Deutschland haben wird. Bislang erscheinen die Reaktionen von Forschenden und v.a. von Förderern verhalten. Dies mag auch in dem breit gefächerten Themenkanon der Agenda sowie an den recht unspezifisch formulierten Zielen zur Ausrichtung und Methodik zukünftiger Pflegeforschung begründet sein. Hier spiegelt sich offensichtlich die Uneinigkeit Pflegeforschender in Deutschland wider. Zwar wird einerseits die Bedeutung klinischer Pflegeforschung und experimenteller Studien zu Nutzen und Schaden pflegerischer Inter-

ventionen dargestellt, andererseits aber betont, dass „Pflegeforschung nicht auf klinische Forschung reduziert werden“ dürfe. Eine wegweisende Agenda sieht sicher anders aus.

„Pflegeforschung trifft Pflegepraxis“

Neben den Erfahrungen des Autors aus der Forschungstätigkeit im Rahmen des Pflegeforschungsverbunds Nord, gibt es auf Seiten des „Norddeutschen Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ)“ bereits langjährige Bemühungen Pflegeforschung zu fördern und sichtbar zu machen. So wurde z.B. im Juni 2011 der Versuch unternommen im Rahmen der Veranstaltung „Pflegeforschung trifft Pflegepraxis“ Praktikerinnen und Praktiker sowie Forschende zusammenzubringen, um deren Erkenntnisse zu präsentieren und zu diskutieren. Vorrangiges Ziel war es u.a. angesichts der zunehmenden Zahl pflegenaher Studiengänge, die hieraus resultierenden studentischen Forschungsaktivitäten z.B. im Rahmen von Bachelor- und Masterarbeiten öffentlich zu machen. Dies, so die Idee, könnte eine gewinnbringende Situation sowohl für die Studierenden und deren Hochschulen, als auch für praktisch Pflegende ergeben. Die Präsentation von Pflegeforschung könnte sowohl deren Akzeptanz in der Praxis befördern als auch deren Ergebnisse für die Praxis sichtbar und damit nutzbar machen.

Angesichts des wachsenden Angebots an Studiengängen im Bereich der Pflege sowie der zunehmenden Generierung von Forschungsergebnissen, liegt eine wichtige Herausforderung für die Zukunft im Transfer dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis. Voraussetzung für einen gelingenden Transfer sind zum einen entsprechende Kompetenzen und Strukturen auf Praxisseite sowie Qualität, Praxisrelevanz und Aussagekraft der Forschungsarbeiten. Die Erfahrungen aus der ersten Veranstaltung „Pflegeforschung trifft Pflegepraxis“ zeigten, dass Interesse auf beiden Seiten vorhanden ist, es aber weiterer gezielter Maßnahmen bedarf, um die gesteckten Ziele zu erreichen. Eine Herausforderung ist sicher die Etablierung klinischer Forschung, die von Praktikerinnen und Praktikern als relevant für das eigene Handeln erkannt wird. Neben Forschung zu wichtigen Fragestellungen aus den Bereichen Pflegemanagement und Pflegepädagogik sollte demnach die klinische Pflegeforschung zentraler Bestandteil der Akademisierung der Pflege als klinischer Disziplin sein. Aktuell diskutierte Themen wie die optimale Betreuung von Menschen mit Demenz, die Vermeidung von Stürzen oder die Eindämmung nosokomialer Infektionen seien hier beispielhaft genannt. Aber auch auf eher struktureller Ebene ergeben sich Themen, die methodisch angemessener Evaluationen bedürfen, wie etwa die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen oder Projekte zur Substitution

bzw. Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegende und Angehörige anderer Gesundheitsberufe.

Der Arbeitskreis „Pflegeforschung in Norddeutschland“

Angesichts der oben beschriebenen Erfahrungen, wurde 2012 beschlossen unter der Schirmherrschaft und mit finanzieller Unterstützung des NDZ einen Arbeitskreis „Pflegeforschung in Norddeutschland“ zu etablieren. Dieser Kreis norddeutscher Pflegeforscher hat zum Ziel deren Austausch und Zusammenarbeit zu fördern mit besonderem Fokus auf der klinischen Pflegeforschung. Die Etablierung dieses Arbeitskreises soll dazu beitragen, die Akademisierung der Pflege zu stärken sowie über die Vernetzung der Pflegeforschung in Norddeutschland im bundesweiten Vergleich mehr Gewicht und deutlichere Sichtbarkeit zu verleihen.

Folgende Ziele wurden demnach für den Arbeitskreis formuliert:

- Zusammenarbeit bzgl. Themenfindung und Betreuung studentischer Qualifizierungsarbeiten sowie Promotionsarbeiten
- Planung, Beantragung und Durchführung gemeinsamer Forschungsprojekte
- Diskussion und Unterstützung bereits laufender Projekte
- Gemeinsame Veranstaltungen zur Präsentation von Forschungsprojekten und -ergebnissen z.B. einmal jährlich im Rahmen eines vom Arbeitskreis ausgerichteten Symposiums (auf Grundlage und als Weiterentwicklung von „Pflegeforschung trifft Pflegepraxis“)
- Publikation von Forschungsergebnissen z.B. aus Qualifizierungsarbeiten im Rahmen eines Jahrbuchs „Pflegeforschung in Norddeutschland“
- Weitere gemeinsame Aktivitäten z.B. in Form von Unterarbeitsgruppen zu spezifischen Themengebieten

Am 12. November 2012 fand in der Handwerkskammer Hamburg die Kick-off-Veranstaltung des Arbeitskreises statt. Eingeladen waren Pflegeforscher von Universitäten und Hochschulen aus Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Niedersachsen und Bremen. Wichtigstes Ziel dieses ersten Treffens war, die oben genannten Ziele im Konsens der Mitglieder des Arbeitskreises zu diskutieren und genauer auszugestalten bzw. weitere Ziele zu definieren.

Ergebnisse des ersten Treffens des Arbeitskreises

Für die erste Sitzung hatten sich zwölf Pflegeforschende aus zehn Institutionen angemeldet, von denen zehn Personen tatsächlich teilnahmen. Die vorher dargelegten Ziele des Kreises wurden ausführlich diskutiert und prinzipiell von allen unterstützt. Es wurden potentielle Barrieren der Zusammenarbeit wie Zeit- und Ressourcenknappheit sowie unterschiedliche Interessen und Schwerpunkte der Teilnehmenden erörtert.

Aus der Diskussion der ersten Sitzung ergab sich vor allem die prinzipielle Bereitschaft der Teilnehmenden zur weiteren Zusammenarbeit und deren Vertiefung im Rahmen zukünftiger regelmäßiger Treffen an wechselnden Orten unter vorerst gesicherter Finanzierung durch das NDZ.

Die Sammlung und Diskussion wichtiger Themen für die Zusammenarbeit erbrachte einerseits professionsspezifische und eher politische Themen wie z.B. Fragen zur Bedeutung von Pflegekammern, zur erweiterten Pflegepraxis ("Advanced Nursing Practice"), zur zukünftigen Gestaltung der Ausbildung inkl. Akademisierung, zur Personalentwicklung sowie zur inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit. Als mögliche Forschungsschwerpunkte wurden identifiziert: (1) die Pflege älterer Menschen (u.a. Versorgung von Menschen mit Demenz, Wohnen im Alter, technische Hilfen), (2) die Pflege chronisch Kranker (u.a. Care- und Case Management, Beschreibung von Patientenkarrerien), (3) die Pflege von Migrantinnen und Migranten, (4) allgemeine Fragen der Pflegepraxis (Einsatz von Assessmentinstrumenten, Priorisierung und Entscheidungsfindung in der Pflege), (5) Pflegendenforschung (Gesundheit von Pflegenden, Bedeutung von Führungskompetenzen) sowie (6) übergreifende Aspekte. Hierzu zählen z.B. Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit, die Frage nach Möglichkeiten der Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben, die Förderung von Selbstmanagement und Selbstpflegefähigkeit.

Das Treffen endete ohne konkreten Fahrplan für die zukünftige Zusammenarbeit, jedoch mit der Erklärung aller Beteiligten zur Bereitschaft einer weiteren Zusammenarbeit. Die Planung der konkreten Ausgestaltung weiterer Treffen wurde allen Beteiligten als Arbeitsauftrag mitgegeben.

Zusammenfassend erscheint die dargestellte Initiative zur Zusammenarbeit von Pflegeforschenden in Norddeutschland von besonderer Bedeutung angesichts der noch immer nicht ausgeprägten Sichtbarkeit von Pflegeforschung und der gleichzeitigen Zunahme von Forschungsaktivitäten u.a. im Rahmen von studentischen Qualifizierungsarbeiten. Eine längerfristige Etablierung des Arbeitskreises erscheint als ein wichtiger Schritt zur Verstetigung und Akzeptanz von Pflegeforschung sowie zur Implementierung der Ergebnisse dieser Forschung in die Pflegepraxis.

Zu den Beiträgen im Jahrbuch

Klaus R. Schroeter beschreibt in seinem Beitrag das Feld der Pflege als einen in sich differenzierten gesellschaftlichen Teilbereich im Gesundheitssystem mit spezifischen und spezialisierten Akteuren. Dieser verfügt über eigene materiale und soziale Ressourcen, die nach eigenen Regeln und Logiken funktionieren bzw. an Grenzen stoßen.

Sascha Köpke und Gabriele Meyer geben einen Überblick über aktuelle Entwicklungen in der Pflegeforschung. Sie kommen dabei zu der Schlussfolgerung, dass Pflegeforschung grundsätzlich im Sinne einer Handlungswissenschaft der Praxis zu Diensten sein sollte und dass Forschung zu komplexen (Pflege-)interventionen die Integration verschiedener methodischer Zugänge verlangt.

Mathilde Hackmann und Johannes Möller gehen in ihrem Beitrag auf die Koexistenz von Pflegeforschung und Pflegepraxis ein. Sie konstatieren gute Chancen auf „Fortschritt durch Pflege“ dort, wo Pflegeforschung und Pflegepraxis unter günstigen Rahmenbedingungen aufeinander treffen.

Andrea Matheis setzt sich in ihrem Beitrag mit der Problematik der Kompetenzen, Ziele und Inhalte der Pflegeausbildung auseinander. Sie kommt dabei u.a. zu dem Schluss, dass für Forschende und Pflegende die wichtigste Beurteilungs- und Anwendungskompetenz die Fähigkeit zu einer kritischen Reflektion des eigenen Handelns darstellt.

Nina Fleischmann untersucht die Arbeitsmarktperspektiven für Absolventen pflegebezogener Studiengänge. Dabei fragt sie nach Tätigkeitsfeldern für Pflegeakademiker und deren regionaler Verteilung sowie den Institutionen, der Vergütungssituation und den Qualifikationsprofilen für bestimmte Arbeitsbereiche mit dem Ziel der Profilschärfung.

Die Forschungsgruppe der Universitätsmedizin Greifswald und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg bestehend aus *Hagen Rogalski, Wolfgang Hoffmann, Peter Hingst, Roman F. Oppermann und Adina Dreier* zeigt in ihrem Beitrag die Folgen für die akademische Pflegebildung aufgrund des demographiebedingten Anstieges der Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen auf. Vor diesem Hintergrund beschreibt sie die Notwendigkeit zur Anpassung der akademischen Ausbildungsstrukturen für die Pflege.

Heike Blumenauer und Martina Hörmann beschäftigen sich mit der Anerkennung informell erworbener Kompetenzen in der Pflege. Durch Nachqualifizierungen in der Altenpflege könnte dem bestehenden Fachkräftemangel in diesem Bereich entgegen gewirkt werden. Die Autorinnen wünschen sich in diesem Zusammenhang ein Verfahren, das eine genaue Bilanzierung aller relevanten

Kompetenzen einer einzelnen Person zulässt, um möglichen Grenzen der Kompetenzbilanzierung zu begegnen.

Konrad Günsel geht in seinem Beitrag auf das Wissensmanagement von Pflegekräften ein. Er beschreibt dabei notwendige Rahmenbedingungen für eine Integration von Wissensmanagement auf der operativen, der strategischen und der normativen Ebene im Bereich der stationären Krankenpflege

Torsten Nicolaisen legt seinen Fokus auf die Entwicklung von Organisationen in der Pflege und beschreibt das Lernen als einen zentralen Baustein für ihre Mitarbeitenden wie auch für die Organisation selbst. Das noch relativ „junge“ Coachingformat „Lerncoaching“ könnte in diesem Kontext einen wichtigen Beitrag leisten.

Elke Munderloh und Eva Reischuck werfen einen kritischen Blick auf das Handlungskonzept "Bathing without a Battle". Sie mahnen dabei die fehlende theoretische Rahmung des Konzepts an sowie die nicht logisch kongruente Entwicklung von entsprechenden Maßnahmen. Als eine mögliche Lösung sehen sie die Einrichtung multidisziplinärer Teams, die verschiedenen Perspektiven in der Versorgung von Menschen, die unter den Bedingungen der Demenz leben, berücksichtigen.

Nicole Duveneck setzt sich mit den professionellen Wissens- und Machtordnungen psychiatrischer Versorgungsstrukturen auseinander. Sie plädiert für eine kritisch-reflexive Pflegebildung, damit die Pflegenden in die Lage versetzt werden, die gesellschaftlichen Zwänge und bestehende Herrschaftsverhältnisse identifizieren zu können.

Stephan Dettmers beschreibt Einflussfaktoren für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus im Bereich der Pflege. In diesem Kontext nennt er Strukturen, Führungsstile, Aufgaben und Funktionen sowie Kommunikationskonzepte, die auf den Prüfstand gestellt werden müssten.

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. Kellnhäuser 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, Düx 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, wengleich 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 Sozialisationserfahrungen 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-