



Hermann Brandenburg  
Helen Güther  
(Hrsg.)

# Lehrbuch Gerontologische Pflege

 hogrefe

# Gerontologische Pflege

# Gerontologische Pflege

Hermann Brandenburg, Helen Güther (Hrsg.)

Beirat des Programmbereichs Pflege:

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund; Jürgen Osterbrink, Salzburg;

Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin

**Hermann Brandenburg (Hrsg.)**  
**Helen Güther (Hrsg.)**

# Gerontologische Pflege

Unter Mitarbeit von

- Anton Amann
- Heike Baranzke
- Bianca Berger
- Ingo Bode
- Michael Coors
- Heiner Friesacher
- Gruppe Dementi
- Martina Hasseler
- Matthias Hoben
- Manfred Hülsken-Giesler
- Helen Kohlen
- Franz Kolland
- Gabriele Kreutzner
- Alfons Maurer
- James McKillop
- Annette Riedel
- Manfred Schnabel
- Frank Schulz-Nieswandt
- Richard Taylor
- Uwe Tegtmeier
- Hildegard Theobald
- Natalie Waldforst
- Frank Weidner
- Peter Wißmann
- Holger Zaborowski



**Hermann Brandenburg (Hrsg.)**, Univ.-Prof., Dr. phil.

Professor für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV)

Dekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät

E-Mail: [hbrandenburg@pthv.de](mailto:hbrandenburg@pthv.de)

**Helen Güther (Hrsg.)**, Krankenschwester, Dipl.-Heilpäd. (Univ.), MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV)

E-Mail: [hguether@pthv.de](mailto:hguether@pthv.de)

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG

Lektorat: Pflege

z.Hd.: Jürgen Georg

Länggass-Strasse 76

CH-3000 Bern 9

Tel: 0041 (0)31 300 45 00

Fax: 0041 (0)31 300 45 93

E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)

Internet: [www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg, Barbara Müller, Florian Bamatter

Bearbeitung: Michael Herrmann

Herstellung: Adrian Susin

Umschlagabbildung: Jürgen Georg, Schüpfen

Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel

Satz: punktgenau GmbH, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten

Printed in Germany

Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2015

© 2015 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95471-4)

(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75471-0)

ISBN 978-3-456-85471-7

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> . . . . .	15
<i>Frank Weidner</i>	
<b>Prolog – Historische Aspekte der Versorgung alter Menschen</b> . . . . .	17
<i>Hermann Brandenburg</i>	
<b>Einleitung – Gerontologische Pflege als kritische Wissenschaft</b> . . . . .	23
<i>Hermann Brandenburg und Helen Güther</i>	
<b>Teil I – Impulse aus den Leitwissenschaften</b> . . . . .	39
<b>1. Kritische Pflegewissenschaft</b> . . . . .	41
<i>Heiner Friesacher</i>	
1.1 Einleitung . . . . .	41
1.2 Grundsätzliche Überlegungen zur Wissenschaft . . . . .	41
1.2.1 Das Programm moderner Wissenschaft – historischer Exkurs . . . . .	42
1.2.2 Wissenschaft heute – eine problemorientierte Betrachtung . . . . .	42
1.2.3 Verhältnisbestimmung – Theorie und Praxis . . . . .	44
1.3 Berufliche Pflege und Pflegewissenschaft . . . . .	45
1.4 Anmerkungen zur Theorieentwicklung in der Pflege . . . . .	47
1.4.1 Der «Mainstream» in der Theorieentwicklung . . . . .	47
1.4.2 Pflegetheorien . . . . .	49
1.4.3 Kritische Pflegewissenschaft als Programm . . . . .	50
1.4.3.1 Kritisch-normative Theorien als pflegephilosophischer Orientierungsrahmen . . . . .	50
1.4.3.2 Machtanalyse als konstitutives Element der Pflegewissenschaft . . . . .	52
1.4.3.3 Leibkörper – eine originäre Perspektive der Pflegewissenschaft . . . . .	52
1.5 Interdisziplinarität, Transdisziplinarität und Modus-2-Wissenschaft . . . . .	53
1.6 Konklusion . . . . .	55
<b>2. Kritische Gerontologie</b> . . . . .	61
<i>Franz Kolland und Anton Amann</i>	
2.1 Einführung . . . . .	61
2.2 Gründe für Ungleichheit im Alter . . . . .	61

2.3	Transformationen des Alters . . . . .	63
2.4	Bildungsverläufe und Alter . . . . .	64
2.5	Erwerbstätigkeit und Altersbilder in der Arbeitswelt . . . . .	66
2.6	Versorgung und Pflege im hohen Alter . . . . .	69
2.7	Sozialplanung und Sozialpolitik . . . . .	70
2.8	Konklusion . . . . .	71
<b>Teil II – Maßstäbe und Grundkonzepte der Gerontologischen Pflege . . . . .</b>		<b>75</b>
3.	<b>Das gute Leben . . . . .</b>	<b>77</b>
	<i>Helen Güther und Hermann Brandenburg</i>	
3.1	Einführung . . . . .	77
3.2	Was ist das gute Leben? . . . . .	78
3.3	Human Flourishing – die Perspektive auf die «Lebenschancen» . . . . .	79
3.3.1	Lebenschancen im Alter durch personenzentrierte Pflege . . . . .	80
3.3.2	Lebenschancen im Alter durch gesellschaftliche Teilhabe . . . . .	80
3.4	Das Konzept der Lebensqualität: Eine angemessene Zielperspektive in der Gerontologischen Pflege? . . . . .	81
3.4.1	Die Ursprünge des Lebensqualitätskonzepts . . . . .	82
3.4.2	Lebensqualität als Assessmentinstrument in der Gerontologischen Pflege . . . . .	82
3.4.3	Forschungsdiesiderata aus der Sicht der Gerontologischen Pflege . . . . .	83
3.4.3.1	Vernachlässigung der subjektiven Perspektive . . . . .	84
3.4.3.2	Vernachlässigung der sozial-kommunikativen Verständigungsprozesse . . . . .	84
3.4.3.3	Vernachlässigung der Kontextfaktoren . . . . .	84
3.5	Konklusion . . . . .	85
4.	<b>Menschenwürde, Autonomie, Selbstbestimmung und soziale Ehre . . . . .</b>	<b>87</b>
	<i>Heike Baranzke</i>	
4.1	Einführung . . . . .	87
4.2	Begriffsgeschichtliche Bestimmungen . . . . .	89
4.2.1	Soziale Ehre vs. universale Menschenwürde . . . . .	89
4.2.2	Die ethische Menschenwürdeidee . . . . .	91
4.2.3	Transzendente Autonomie – Menschenwürde – Selbstbestimmung . . . . .	93
4.2.3.1	Transzendentes Prinzip Autonomie . . . . .	93
4.2.3.2	Autonomie im Unterschied zu Selbstbestimmungskompetenzen . . . . .	94
4.2.3.3	Menschenwürde und Selbstbestimmungsrecht . . . . .	95
4.3	Menschenwürde und menschliche Ehre in der Altenpflege . . . . .	96
4.3.1	Die interpersonale Beziehungsdimension: Körper, Scham und Würde . . . . .	97
4.3.2	Die intrapersonale Selbstbeziehung: Menschenwürde, Berufstugenden und Berufsehre . . . . .	99
4.3.3	Die strukturellen Dimensionen menschenwürdiger (Alten-)Pflege . . . . .	100
4.4	Konklusion . . . . .	102

<b>5. Anerkennung und Konfliktorientierung</b> . . . . .	105
<i>Helen Güther</i>	
5.1 Einführung . . . . .	105
5.2 «Wechselseitige Anerkennung» als gutes Leben . . . . .	106
5.2.1 Subjektive Leidenserfahrung und ihre sozialen Ursachen . . . . .	108
5.2.2 Anerkennungskonflikte und -kämpfe als Ausdrucksweisen der Kritik . . . . .	109
5.3 Analyse von Anerkennungskonflikten in der Gerontologischen Pflege . . . . .	109
5.3.1 Pflegebedürftige, ältere Personen . . . . .	110
5.3.1.1 Ebene der direkten Interaktion/Kommunikation . . . . .	110
5.3.1.2 Ebene des Rechts und der Organisation . . . . .	110
5.3.1.3 Gesellschaftlich-kulturelle Ebene . . . . .	111
5.3.2 Familiäre Pflege . . . . .	111
5.3.2.1 Ebene der direkten Interaktion/Kommunikation . . . . .	111
5.3.2.2 Ebene des Rechts und der Organisation . . . . .	112
5.3.2.3 Gesellschaftlich-kulturelle Ebene . . . . .	112
5.3.3 Berufliche Altenpflege . . . . .	112
5.3.3.1 Ebene der direkten Interaktion/Kommunikation . . . . .	113
5.3.3.2 Ebene des Rechts und der Organisation . . . . .	113
5.3.3.3 Gesellschaftlich-kulturelle Ebene . . . . .	114
5.4 Kontroverse zum «Kampf um Anerkennung» . . . . .	114
5.4.1 Das Problem der moralischen Gültigkeit von Anerkennungsforderungen . . . . .	114
5.4.2 Das Problem der Konformität . . . . .	115
5.4.3 Das Problem des sozialen Wettkampfs . . . . .	116
5.4.4 Das Problem der Selbstbefreiung . . . . .	116
5.5 Konklusion . . . . .	117
<b>6. «Care» und Sorgeskultur</b> . . . . .	123
<i>Helen Kohlen</i>	
6.1 Einführung . . . . .	123
6.2 (Für-)Sorge und Care – Bemerkungen zum Sprachgebrauch . . . . .	123
6.3 Care(-Ethik) – historische Wurzeln . . . . .	124
6.3.1 Care(-Ethik) als Praxis . . . . .	124
6.3.2 Care(-Ethik) und Politik . . . . .	125
6.4 Schritte in eine Sorgeskultur – Sozilliberale Strategie vs. transformativ-kultureller Ansatz . . . . .	127
6.4.1 Sozilliberale Strategie . . . . .	127
6.4.2 Transformativ-kultureller Ansatz . . . . .	128
6.5 Konklusion . . . . .	128

<b>Teil III – Themenfelder der Gerontologischen Pflege</b> . . . . .	131
<b>Themenfeld 1: Professionalisierung der Pflege älterer Menschen</b> . . . . .	133
<b>7. Reduktionistischer Blick auf Altern und Demenz: Medikalisierung</b> . . . . .	135
<i>Manfred Schnabel</i>	
7.1 Einführung . . . . .	135
7.2 Formen und Prozesse . . . . .	135
7.2.1 Medikalisierungsformen . . . . .	135
7.2.2 Medikalisierung als historischer Prozess . . . . .	136
7.2.3 Mechanismen und Akteure . . . . .	137
7.2.4 Gewinne und Verluste . . . . .	138
7.3 Die Medikalisierung der Demenz . . . . .	139
7.3.1 Mechanismen und Akteure . . . . .	140
7.3.2 Die neue Krankheit . . . . .	141
7.3.3 Gewinne und Verluste . . . . .	142
7.4 Die politische Konstitution der Demenz . . . . .	143
7.5 Konklusion . . . . .	144
<b>8. Ethische Reflexion in der Gerontologischen Pflege</b> . . . . .	149
<i>Annette Riedel</i>	
8.1 Einführung . . . . .	149
8.2 Gesellschaftliche Altersbilder und individuelles Alter(n) . . . . .	150
8.2.1 Altersbilder und Altersrationierung . . . . .	151
8.2.2 Altersbilder und sozial-ethische Implikationen . . . . .	152
8.2.3 Relevanz der ethischen Reflexion . . . . .	153
8.3 Professionelle Bedarfe und individuelle Bedürfnisse . . . . .	154
8.3.1 Komplexität der Pflegesituation und ihre Implikationen . . . . .	155
8.3.2 Relevanz der ethischen Reflexion . . . . .	156
8.4 Konklusion . . . . .	157
<b>9. Professionskultur und Berufspolitik in der Langzeitpflege</b> . . . . .	163
<i>Manfred Hülsken-Giesler</i>	
9.1 Einführung . . . . .	163
9.2 Pflegearbeit, Verberuflichung und Professionalisierung der Pflege . . . . .	164
9.2.1 Pflege als existenzielle und gesellschaftlich legitimierte Arbeit . . . . .	165
9.2.2 Berufliche Pflege am Maßstab von Wissen und Sozialorientierung . . . . .	165
9.2.3 Professionalisierungsstrategien der Pflege oder: Zur «äußeren Professionalisierung» . . . . .	167
9.2.4 Professionalität in der Pflege oder: Zur «inneren Professionalisierung» . . . . .	169
9.3 Deformationen der Professionalität des pflegerischen Handelns . . . . .	170
9.4 Konklusion . . . . .	172

<b>Themenfeld 2: Veränderung der Organisationssteuerung</b> . . . . .	177
<b>10. Dominanz von Markt, Wettbewerb und Kostenoptimierung: Ökonomisierung</b> . . . . .	179
<i>Alfons Maurer</i>	
10.1 Einführung . . . . .	179
10.2 Ökonomisierung auch in der Pflege? . . . . .	180
10.3 Der Mensch ist (k)ein Ding . . . . .	183
10.4 Reduktionen im Menschenbild und postmoderner Zeitgeist . . . . .	185
10.4.1 Das Leitbild der Messbarkeit . . . . .	186
10.4.2 Das Leitbild der administrativen Erfassung und Kontrolle . . . . .	186
10.4.3 Das Leitbild industrieller Herstellungsprozesse . . . . .	186
10.5 Unentgeltliche Kranken- und Altenpflege . . . . .	186
10.6 Ökonomie und Humanität in der Pflege . . . . .	187
10.6.1 Sozialethische Perspektiven (gesellschaftliche Ebene) . . . . .	188
10.6.2 Institutionelle Perspektiven . . . . .	189
10.7 Konklusion . . . . .	191
<b>11. Durch interne Qualitätsentwicklung zur guten Pflege</b> . . . . .	195
<i>Bianca Berger und Uwe Tegtmeier</i>	
11.1 Einführung . . . . .	195
11.2 Aktuelle und zukünftige Herausforderungen an den Lebens- und Arbeitsort «Pflegeheim» . . . . .	196
11.3. Debatte um Qualitätsmängel in der stationären Altenhilfe . . . . .	197
11.3.1 Zugrunde liegende Qualitätsbegriffe und -definitionen . . . . .	198
11.4 Lineare Indikatorenmodelle und Qualitätsstrategien . . . . .	199
11.4.1 Indikatoren . . . . .	199
11.4.2 Aktuelle Diskussion um pflegesensitive Indikatoren . . . . .	200
11.4.3 Strategien der internen und externen Qualitätssicherung und -entwicklung . . . . .	201
11.4.3.1 Interne Strategien der Qualitätssicherung und -entwicklung . . . . .	202
11.4.3.2 Externe Strategien der Qualitätssicherung und -entwicklung . . . . .	202
11.4.4 Folgen der externen Regulierung – der Ansatz des Neoinstitutionalismus . . . . .	203
11.5 Lineare Qualitätsbestimmung in der Pflege gleich gute Pflege? . . . . .	205
11.5.1 Gute Pflege als Frage nach dem guten Leben . . . . .	205
11.5.2 Eine alternative Konzeption von Pflegequalität als «gute Pflege» . . . . .	206
11.6 Thesen zur konzeptuellen Weiterentwicklung «guter Pflege» . . . . .	207
11.7 Konklusion . . . . .	210
<b>12. Pluralität gesellschaftlicher Pflegearrangements</b> . . . . .	215
<i>Hildegard Theobald</i>	
12.1 Einführung . . . . .	215
12.2 Das Zusammenspiel formeller und informeller Pflege im Ländervergleich . . . . .	216
12.3 Formelle und informelle Versorgung: Deutschland und Schweden im Vergleich . . . . .	217
12.3.1 Umfassende Versorgung im Mix formeller und informeller Versorgung . . . . .	218
12.3.2 Zur Situation in der professionellen Versorgung . . . . .	220

12.4	Migrantinnen in der häuslichen Pflege im internationalen Vergleich . . . . .	222
12.4.1	Charakteristika der 24-Stunden-Betreuung im häuslichen Kontext . . . . .	222
12.4.2	Verbreitung und Ansätze einer Regulierung der Tätigkeit . . . . .	223
12.5	Konklusion . . . . .	226
13.	Vernetzung und Kooperation in der Altenhilfe . . . . .	231
	<i>Ingo Bode</i>	
13.1	Einführung . . . . .	231
13.2	Internationale Entwicklungstrends und Systemdifferenzen im Überblick . . . . .	234
13.3	Vernetzung paradox: Der Fall England . . . . .	241
13.3.1	Das englische Altenhilfesystem: Besonderheiten aus deutscher Sicht . . . . .	241
13.3.2	Rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und Pflegeangebote . . . . .	242
13.3.3	Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen . . . . .	244
13.3.4	Zusammenwirken professionell erbrachter und anderer Leistungen . . . . .	244
13.3.5	Trägerlandschaft sowie Formen der Leistungserbringung . . . . .	244
13.3.6	Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung . . . . .	245
13.4	Vernetzung (fast) ohne Grenzen: Der Fall Norwegens . . . . .	246
13.4.1	Das norwegische Altenhilfesystem: Besonderheiten aus deutscher Sicht . . . . .	246
13.4.2	Zusammenwirken von professionell erbrachten und anderen Leistungen . . . . .	247
13.4.3	Rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und Pflegeangebote . . . . .	248
13.4.4	Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen . . . . .	248
13.4.5	Trägerlandschaft und Formen der Leistungserbringung . . . . .	249
13.4.6	Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung . . . . .	250
13.5	Konklusion . . . . .	253
	<b>Themenfeld 3: Wege der Innovation</b> . . . . .	259
14.	Bedürfnisse, Anliegen und Interessen von Menschen mit Demenz . . . . .	261
	<i>Gabriele Kreutzner und Peter Wißmann in Zusammenarbeit mit der Gruppe Dementi, James McKillop und Richard Taylor</i>	
14.1	Einführung . . . . .	261
14.1.1	Knotenpunkte des gesellschaftlichen Verständnisses von (Menschen mit) Demenz . . . . .	262
14.2	Personsein . . . . .	262
14.2.1	Fallbeispiel – Die ganz alltägliche Auslöschung . . . . .	263
14.3	Selbstbestimmung . . . . .	264
14.4	Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen . . . . .	266
14.5	Artikulation und Repräsentation . . . . .	269
14.5.1	Artikulationen von Menschen mit Demenz in Druckform – ausgewählte Meilensteine . . . . .	269
14.6	Involvement/Einbindung . . . . .	271
14.6.1	Managementansätze vs. nutzerzentrierte Ansätze . . . . .	273
14.6.2	Gute Praxis: Nutzereinbindung bei Demenz in Schottland . . . . .	273
14.6.3	Aktive Einbindung als Weg zu Empowerment und (mehr) Teilhabe . . . . .	274
14.7	Perspektiven zur demenzbezogenen Forschung . . . . .	276
14.7.1	Positionen von Mitgliedern der «Dementi»-Gruppe . . . . .	276
14.8	Konklusion . . . . .	279

<b>15. Implementierungswissenschaft im Kontext der Gerontologischen Pflege . . . . .</b>	<b>283</b>
<i>Matthias Hoben und Natalie Waldforst</i>	
15.1 Einführung . . . . .	283
15.2 Was ist Implementierungswissenschaft? Einige grundsätzliche Klärungen . . . . .	287
15.2.1 Implementierungspraxis, -forschung und -wissenschaft . . . . .	287
15.2.2 Neuerungen, evidenzbasierte Neuerungen und evidenzbasierte Praxis . . . . .	288
15.2.3 Diffusion, Dissemination und Implementierung . . . . .	289
15.3 Chancen und Grenzen der Implementierungswissenschaft in der Langzeitpflege . . . . .	289
15.3.1 Reduktionistisches Verständnis von Evidenz . . . . .	290
15.3.2 Fehlende Theoriebasierung der Implementierungsforschung . . . . .	291
15.3.3 Limitationen gängiger implementierungstheoretischer Perspektiven . . . . .	292
15.3.4 Dominanz positivistisch-deduktiver Theorieverständnisse . . . . .	293
15.3.5 Lineares Verständnis von Implementierungsprozessen . . . . .	294
15.3.6 Implementierungsforschung am Beispiel der SCOPE-Studie . . . . .	296
15.4 Konklusion . . . . .	298
<b>16. Gerontologische Pflegekultur: Zur Notwendigkeit eines Habituswandels . . . . .</b>	<b>305</b>
<i>Frank Schulz-Nieswandt</i>	
16.1 Einführung . . . . .	305
16.2 Theoretische Analysebausteine . . . . .	306
16.2.1 Pflege und komplexe Bedarfslagen des <i>Homo patiens</i> . . . . .	307
16.2.2 Zur Semiotik sozialer Einschreibungen und personaler Umschriften . . . . .	308
16.2.3 Konzepte des Raums . . . . .	309
16.2.4 Zur Psychodynamik von Innen und Außen . . . . .	309
16.2.5 Der binäre Code privat vs. öffentlich . . . . .	310
16.3 Die Ordnung der Dinge . . . . .	311
16.3.1 Sozialordnung: Pflegepolitik und Risikoprivatisierung . . . . .	311
16.3.2 Geschlechterordnung: Feminisierung der Pflege – Privatisierung des Weiblichen . . . . .	311
16.3.3 Marktordnung: Gewährleistungsstaat, Pflegearrangements, vom «Wohlfahrtspluralismus» zu «Caring Communities» . . . . .	311
16.3.4 Anstaltsordnungen: Institutionen stationärer Langzeitpflege als privat-öffentliche Hybridizitäten . . . . .	312
16.3.5 Ordnung der Professionen: «Verlängerte Mütterlichkeit» – Professionen und Empathie in hybriden Institutionen . . . . .	312
16.4 Ordnungen der Transgressionen . . . . .	313
16.4.1 Öffnung der Heime/Vernetzung der Haushalte . . . . .	313
16.4.2 Choreographien: Kommunale Governance-Kultur . . . . .	314
16.4.3 Epistemischer Wandel: Kulturen der verhaltensgenerierenden Altersbilder . . . . .	314
16.5 Zur Logik des kulturellen Wandels . . . . .	315
16.6 Konklusion . . . . .	315

<b>Teil IV – Dialog und Diskurs</b> . . . . .	319
<b>17. Ein Gespräch</b> . . . . .	321
<i>Martina Hasseler, Helen Güther und Hermann Brandenburg</i>	
<b>18. Gelassenheit im Sterben – und im Leben</b> . . . . .	333
<i>Holger Zaborowski</i>	
<b>18.1</b> Das Ereignis des Todes . . . . .	333
<b>18.2</b> Sterben lernen . . . . .	334
<b>18.3</b> Schwieriges Sterben . . . . .	335
<b>18.4</b> Gelassen leben, gelassen sterben . . . . .	336
<b>18.5</b> Verantwortung und Fürsorge im Sterben . . . . .	337
<b>18.6</b> Die Gabe des Todes und das Geschenk der Sterblichen . . . . .	339
<b>Epilog – Eine theologisch-ethische «relecture» der Gerontologischen Pflege</b> . . . . .	341
<i>Michael Coors</i>	
<b>Verzeichnis der Herausgeberinnen und Herausgeber</b> . . . . .	349
<b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren</b> . . . . .	351
<b>Sachwortverzeichnis</b> . . . . .	357

Wenn die Rede heute an einen sich wenden kann,  
so sind es weder die sogenannten Massen, noch der Einzelne,  
der ohnmächtig ist, sondern eher ein eingebildeter Zeuge,  
dem wir es hinterlassen, damit es doch nicht ganz mit uns untergeht.

Max Horkheimer und Theodor W. Adorno  
«Dialektik der Aufklärung» (1944)



# Vorwort

Unsere Gesellschaft steckt seit Jahren mitten im vielgestaltigen demografischen Wandel und ermöglicht mit ihren verschiedenen Errungenschaften – zumindest statistisch gesehen – ein immer längeres Leben. Neue und altbekannte Chancen, Risiken und Herausforderungen sind damit verbunden. Solche weitgreifenden, alle Lebensbereiche tangierenden und nicht selten auch durchdringenden Prozesse benötigen nach heutigem Selbstverständnis systematisierte Beobachtungs-, Wissens- und Antwortquellen. Da sind auch die Wissenschaften mit ihren je eigenen Prinzipien der Entwicklungen, Fundierungen und Vernetzungen gefragt. Neben der Auto-poiesis und Selbstbezüglichkeit der Disziplinen gibt es immer wieder auch Ausdifferenzierungen und symbiotische Prozesse, die neue und durchaus eigenständige Wissenschaftsbereiche hervorbringen.

Die Gerontologische Pflege(-Wissenschaft) ist eine solche neue (Teil-)Disziplin. Sie speist sich im Kern aus zwei Fachgebieten, die sich selbst wiederum als Cross-Over-Wissenschaften begreifen können. Auf der einen Seite steht die Gerontologie, die hierzulande erst auf wenige Jahrzehnte der Etablierung als interdisziplinäres Lehr- und Forschungsgebiet mit Wurzeln in der Psychologie, Medizin und Soziologie zurückblicken kann. Auf der anderen Seite ist die hierzulande noch jüngere Pflegewissenschaft zu finden, die ebenfalls starke Anleihen aus den Sozial-, Natur- und Kulturwissenschaften nimmt. Beide (Teil-)Disziplinen metamorphieren einander in der Gerontologischen Pflege und verstehen sich als Lebenswissenschaft, die sich mit dem gelingenden, guten Leben insbe-

sondere im höheren Alter gerade auch vor den Herausforderungen des mit dem Alter nicht selten einhergehenden somatischen und/oder kognitiven Verlustes von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie mit dem höheren Risiko der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auseinandersetzt. Die Fragen nach den Grundlagen, Prinzipien, Möglichkeiten und Grenzen von Lebenschancen im Alter, gerade auch bei Pflegebedürftigkeit, sind die zentralen Perspektiven dieses neuen Lehr- und Forschungsfelds, das am Beginn einer materialen wie auch formalen Ausgestaltung steht.

Da kommt ein Sammelband wie dieser hier gerade zur rechten Zeit! Auch wenn die Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege heute schon wie selbstverständlich auf den Agenden von Think-Tanks wie dem Wissenschaftsrat, dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Robert Bosch Stiftung oder der Bertelsmann Stiftung zu finden sind, so konzentrieren sich die Entwicklungsprozesse hierzulande noch überwiegend auf Strukturbildungen in Hochschulen und Studiengängen und noch viel zu wenig auf gegenständliche und methodische Beiträge der Pflegewissenschaft und ihrer Teilbereiche. Das vorliegende Buch ist zugleich als ein Ergebnis der strukturellen und inhaltlichen Entwicklungsschritte zum Aufbau der ersten universitären Fakultät für Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar (PTHV) bei Koblenz zu verstehen. Herausgeberin und Herausgeber sowie eine größere Zahl der Autorinnen und Autoren lehren und forschen hier.

Vor gut 10 Jahren standen wir in Vallendar gemeinsam vor der Frage, wie ein zukunftsfähiger Zuschnitt einer neuen Fakultät Pflegewissenschaft mit ihren Teildisziplinen aussehen müsste. Ein Blick ins Ausland zeigte, dass von einer international gängigen Systematik oder gar von einer weltweiten Kanonisierung, wie in der benachbarten Katholischen Theologie, nicht die Rede sein kann. So gab und gibt es keine Blaupause für die sinnvolle Aufteilung von Lehr- und Forschungsbereichen unter dem Dach der Pflegewissenschaft, was angesichts der Offenheit von Fragen und Antworten an dieser Stelle auch nicht bedauert werden muss. Wir haben uns damals in Vallendar für ein additives und möglichst lebensfähiges Modell entschieden, das neben den unverzichtbaren methodischen Fächern der qualitativen und standardisierten Verfahren auch sektorenbezogene und damit durchaus am derzeitigen gesellschaftlichen Konstrukt und den Bedarfen ausgerichteten Lehr- und Forschungsgebiete vorsieht. Dazu zählen erstens die Gemeindenahe Pflege für die häuslichen respektive wohnortnahen Themenstellungen vor oder bei Pflegebedürftigkeit, zweitens die Akutpflege vornehmlich für die Herausforderungen der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und drittens eben die Gerontologische Pflege für die Langzeitversorgung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, dies verbunden insbesondere mit dem institutionellen Kontext der stationären Altenhilfe. Mittels zahlreicher intradisziplinär verwobener Lehr- und Forschungsaktivitäten – wie ja auch der vorliegende Band demonstriert – wird der gemeinsamen Beantwortung zukunftsweisender und sektorenübergreifender Fragen und den Vernetzungspotenzialen nachgegangen. In weiteren Fachgebieten der Fakultät werden darüber hinaus umfassende präventive und palliative Strategien und Versorgungsfelder in der Pflege- und Gesundheitsarbeit untersucht. Nicht nur die ethischen Themen wurden zudem von Beginn an eng mit den Beiträgen der Theologie verknüpft und ihrerseits deutlich interdisziplinär ausgerichtet und damit ist die Aufzählung noch nicht vollständig.

Nun stellt also der vorliegende Sammelband die Grundlegung und Perspektiven des Teillehrgebietes der Gerontologischen Pflege dar, greift aber mit seinen Aussagen und Erkenntnissen gleich wieder darüber hinaus und skizziert damit Inhalte, Methoden und Perspektiven eines Diskurses, der selbstverständlich auch für die übrigen Lehrgebiete der Pflegewissenschaft und angrenzender Disziplinen von großem Interesse ist. Denn die Auseinandersetzung mit einer ausdrücklich kritisch orientierten Wissenschaft, mit der eingestiegen wird, ist selbstredend nicht nur für Fragen der Langzeitpflege von Bedeutung. Auch die weiteren Schwerpunktthemen der Professionalisierung, der organisationalen Steuerung, der Ökonomisierung und Qualitätsproblematik sowie der Innovationsfelder sind keineswegs nur für die Grundlegung und Ausgestaltung der Pflege älterer Menschen gepachtet. Sie sind im Grunde genommen Pflichtfelder der gesamten Pflegewissenschaft, werden hier aber exemplarisch und multiperspektiv gerade auf das Verständnis, die Begleitung, Unterstützung und Entlastung von älteren Menschen und ihren Angehörigen ausgerichtet und bearbeitet. So ist ein kaleidoskopisches Sammelwerk entstanden, dessen Absicht klar ist: Bei aller unverzichtbaren Verschränkung von interdisziplinären Grundperspektiven, Ansätzen und Vorschlägen geht es um eine erste Bild- und Konturschärfung einer im Entstehen begriffenen Teildisziplin der Pflegewissenschaft, hier der Gerontologischen Pflege. Das hat Vorbildcharakter auch für weitere Lehr- und Forschungsgebiete der Pflegewissenschaft. Hermann Brandenburg und Helen Güther sowie den Beiträgerinnen und Beiträgern ist an dieser Stelle für ihre Pionierarbeit zu danken. Dem Werk sind eine weite Verbreitung und intensive Diskussionen innerhalb und außerhalb der Wissenschaften nur zu wünschen!

*Vallendar, im Juli 2015*

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner  
Lehrstuhl Pflegewissenschaft (von 2006 bis 2015)  
Dekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der  
PTHV)

# Prolog

## Historische Aspekte der Versorgung alter Menschen<sup>1</sup>

Hermann Brandenburg

«Wer ein Kind rettet oder jemandem nach einem schweren Unfall das Leben bewahrt, ist ein Held, wer einer todkranken Neunzigjährigen noch einige schmerzfreie und humane Monate ermöglicht, tut höchstens Normalarbeit und muss hierbei noch um die nötigen Mittel kämpfen» (Amann, 2004: 174).<sup>2</sup> Dieser eine Satz des österreichischen Soziologen Anton Amann bringt die ganze Misere auf den Punkt. Deutlich wird eine gesellschaftliche Prioritätensetzung, die nicht die Sorge für und um das Alter(n) betont, sondern andere Akzente in den Vordergrund rückt. Niemand ist daher verwundert, wenn High-Tech-Medizin und Akutversorgung gesellschaftlich in hohem Maße anerkannt werden, hingegen die Pflege und Versorgung alter, chronisch kranker und sterbender Menschen mit wenig Prestige verbunden, finanziell schlecht entlohnt und auch für Pflegende nur «the least preferred career option» darstellt (Nolan et al., 2012: 25). Warum ist das so?

Hinweise ergeben sich aus der Art und Weise, wie die (gesundheitliche) Versorgung alter Menschen in der Vergangenheit gestaltet war. Erkennbar wird die Geschichte einer Vernachlässigung – bis in unsere heutigen Tage! Dabei gilt grundsätzlich, dass Art, Ausmaß und Qualität der Versorgung alter Menschen letztlich von ihrem sozialen Status abhängig waren (vgl. z.B. Ehmer, 1990; Kreutzer, 2010; Sachße, 2010). Und die Strategien des (medizinischen und pflegerischen) Umgangs mit dem Altern waren (und werden) immer auch von kulturellen Vorverständnissen beeinflusst, «die sich in gesellschaftlich verordneten Körperbildern, in expliziten oder impliziten Altersnormen und Mythen über

Lebensphasen widerspiegeln» (von Kondratowicz, 2008: 64). Dies gilt in der Antike, für das Mittelalter und erst Recht für die Neuzeit. Im Folgenden wird die Entwicklung skizzenhaft für den ambulanten Bereich, das Krankenhaus und den Heimsektor nachvollzogen. Wir konzentrieren uns auf das 19. und 20. Jahrhundert (für die Entwicklung ab dem 16. Jahrhundert vgl. z.B. Borscheid, 1989).

Noch bis weit ins 20. Jahrhundert hinein (im Grunde erst nach der Pflegeversicherung) gab es keine flächendeckende *ambulante Versorgung*, etwa über Gemeinde- oder Sozialstationen. Erst in den 1990er-Jahren (und danach) wurden niederschwellige Hilfen immer stärker ausgebaut – auch für Familien mit Demenz (Sauer/Wissmann, 2007). Hier hat es große Fortschritte gegeben, so dass aktuell von einem Netz an ambulanten Versorgungsmöglichkeiten ausgegangen werden kann. 1992 gab es bundesweit ungefähr 4000 Pflegedienste, deren Zahl stieg in den folgenden 5 Jahren auf über 10 000 Pflegedienste an, lag 2009 bereits bei über 12 000 Pflegediensten (Statistisches Bundesamt, 2013). Ebenfalls stieg die Zahl der Beschäftigten, lag 1999 bei 185 000 und 2009 bei 269 000 Pflegepersonen, davon 71 % in Teilzeit. Trotz dieser Versorgungsdichte lassen sich Entwicklungsanforderungen nicht verkennen. Genannt werden unter ande-

- 1 Teile dieses Kapitels sind bei Brandenburg (2014) in einer ersten Fassung erschienen. Die entsprechenden Abschnitte wurden vollständig überarbeitet, ergänzt und aktualisiert.
- 2 Im Folgenden nutzen wir, wo möglich, beide Formen zum Ausdruck dessen, dass beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

rem die Integration neuer Nutzergruppen (z.B. Migranten), Prävention und Rehabilitation, die Kooperation mit Angehörigen und informellen Helfern, die Qualitätsentwicklung, um nur einige wenige zu nennen (vgl. Schaeffer et al., 2008). Als eine besondere Herausforderung muss die Ökonomisierung im Gesundheitswesen angesehen werden, die auch in der ambulanten Pflege dazu geführt hat, dass eine bedarfsgerechte Pflege als innerer Anspruch von den Akteuren zwar geteilt, zunehmend aber durch marktkonforme Spielregeln verdrängt wird (Slotala, 2011). Damit mag auch zusammenhängen, dass – trotz 30 Jahren intensiver Diskussion um Kooperation und Vernetzung in der Altenhilfe – eine integrierte Form der Versorgung, welche die bestehenden Angebote besser miteinander vernetzt und gezielter auf die Bedarfslage einer multimorbiden Klientel eingeht, in Deutschland bislang nur in Ansätzen realisiert werden konnte. Vorbilder für entsprechende Innovationen lassen sich im Ausland finden, etwa in Finnland. Dort existiert mit lokalen Gesundheitszentren ein eindrucksvolles Konzept, in dem die Dienste der primären Gesundheitsversorgung unter einem Dach vereint sind (Hämel et al., 2014). Dieser Ansatz ist vor allem für die ländlichen Regionen interessant. Übertragungsfähig sind auch kanadische und US-amerikanische Diskussionen um Community Health Nursing, die nach Ideen von Alma Ata einer umfassenden integrierten Primärversorgung verpflichtet sind. Sie fokussieren auf vulnerable Personengruppen, zu denen auch multimorbide ältere Menschen gehören, ermöglichen eine gemeinde- und quartiersbezogene umfassende häusliche Versorgung, und zwar unter Beachtung passgenauer Beratungs- und Interventionskonzepte und unter Nutzung von Care- und Case-Management (z.B. Canadian Institute of Health Information, 2011).

Frühe Vorbilder der *Krankenhausbehandlung* alter Menschen waren die Hospitäler, die sich in kirchlicher oder städtischer Trägerschaft befanden und zunächst multifunktional ausgerichtet waren: Pfründner, Schwache, Hilfsbedürftige, Waisen, Findlinge, Alleinstehende, alte Menschen, arme Durchreisende und viele andere

fanden Aufnahme nicht nur zur Krankenbehandlung (Stollberg, 2010: 74). Natürlich gab es funktionsspezifische Häuser (z.B. Leprosorien), aber die «Geburt der Klinik» (Foucault, 2005) in unserem heutigen Verständnis ist erst ein Phänomen an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert gewesen. Gemeint sind die Neuorganisation des Krankenhauswesens, die Entstehung der modernen spezialisierten Kliniken, die systematische Untersuchung des menschlichen Körpers, die Entwicklung medizinischer Fachsprachen – letztlich der Wandel des menschlichen Selbstbildes, der rationale Umgang mit Krankheit und Tod und die Beseitigung aller Metaphysik im Blick auf den menschlichen Körper. Damit verbunden war eine Fokussierung auf heilbare Kranke – zunächst nur auf die unterer sozialer Schichten – mit dem Ziel, deren Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. In der Folge wurden nach und nach alle Personen, die aufgrund ihres Alters und ihrer Behinderungen nicht mehr «geheilt» werden konnten, auf eine andere Option verwiesen: Armen-, Arbeits-, Waisen- und Irrenhäuser, die mit den allgemeinen Krankenhäusern locker vernetzt waren. In diesen Institutionen fand – wenn überhaupt – nur eine geringe medizinische Versorgung statt, waren rehabilitativ-aktivierende Angebote unbekannt, dominierte eine «reine» Versorgung. Förderung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Lebensqualität der Betroffenen, auch und jenseits kustodialer Bemühungen, fanden nicht statt. Im Unterschied hierzu richtete sich die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Entwicklung der modernen Medizin. Als Triebkräfte sind die naturwissenschaftlichen Entdeckungen (vor allem im Bereich der Hygiene, Bakteriologie etc.), die Verwissenschaftlichung der Medizin sowie die zunehmende Ausdifferenzierung medizinischer Spezialgebiete zu nennen. Vor allem seit den 1950er-Jahren sind Zentren für «scientific medicine» entstanden, die eine fachlich fortgeschrittene medizinische Versorgung anbieten konnten. Ein nennenswerter Ausbau spezieller geriatrischer Versorgungsstrukturen begann in Deutschland erst Ende der 1960er-Jahre. Im Jahre 2003 standen insgesamt 388 geriatrische Versorgungseinrichtungen zur Verfügung, von

denen zwei Drittel im Krankenhausesektor angesiedelt waren. Vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen und eines erheblichen Anstiegs der Arbeitsbelastung (vor allem der Pflegenden) werden folgende aktuelle Herausforderungen – vorwiegend mit Bezug auf den geriatrisch-rehabilitativen Sektor – gesehen (vgl. z.B. Renteln-Kruse, 2008): Einführung von standardisierten geriatrischen Assessments, multidisziplinäre Teamarbeit sowie die Prävention spezieller Risiken. Das Thema «Patientensicherheit» hat in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen, ebenfalls die Infektionsproblematik. Ungelöst sind Fragen des Umgangs mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus, die mit den üblichen Routinen und Abläufen der Krankenhausorganisation nicht kompatibel sind und die herkömmlichen Institutionen an Grenzen führen (z.B. Isfort, 2012). Diskutiert werden in diesem Bereich unter anderem spezielle Demenzabteilungen («special care units»), die jedoch die grundlegenden Probleme einer umfassenden Versorgung dieser Personengruppe nicht lösen können.

Jenseits des Krankenhauses zeigte sich (zunächst) wenig Sensibilität für die Belange des alten Menschen. Neben anderen «Randexistenzen» der Gesellschaft wurden sie unter der Kategorie der Siechen zusammengefasst, die weniger der Arbeit und Disziplinierung, sondern viel stärker der Pflege und Wartung zugeführt werden mussten. Konsequenterweise wurden Siechenhäuser als Anhängsel der modernen Krankenanstalten verstanden, worauf bereits oben hingewiesen wurde. Auch in der Weimarer Republik blieben die «Entwicklungschancen würdiger Lebensangebote für alte Menschen im Heim begrenzt» (Hämel, 2012: 92). Konzepte einer ambulanten, offenen Altenhilfe waren kaum vorgesehen, vielmehr erfolgte ein Ausbau von medizinisch ausgerichteten Siechenanstalten mit Isolierräumen und Aufsichtspersonal (Werner, 2014: 30). Die Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus baute auf der Tradition des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts auf – wobei sie die Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen bis hin zu ihrer Vernichtung als «Endlösung» der

«Sozialen Frage» (ebd.: 48) pervertierte (vgl. auch Dörner, 1994). Erst in der Altenhilfe der Nachkriegszeit, vor allem aber seit den 1980er-Jahren änderte sich das Bild der *Heime*, wurden Wohnen, Selbstständigkeit und Individualität stärker betont. Eine Akzeptanz in der Bevölkerung konnte jedoch nur ansatzweise erreicht werden (Werner, 2014). Daran haben weder Neu- und Umbauten noch konzeptionelle Innovationen etwas geändert, bei denen ein zum Teil völlig neues institutionelles Gefüge geschaffen wurde. Beispielhaft hierfür sind die Projekte des Netzwerks «Soziales neu gestalten» (vgl. z.B. Netzwerk: Soziales neu gestalten, 2008; 2009; Netzwerk: Soziales neu gestalten, CS & ZEW, zze, 2010). Hier ist es gelungen, die rigiden organisatorischen Abläufe zu verändern, Wahlfreiheit, Selbstbestimmung und Mitwirkung der Bewohner zu erhöhen und die Tagesgestaltung zum Teil deutlich zu verändern. Der Professionsmix spielte eine wichtige Rolle. Doch wurde deutlich, dass nur «mit Wasser gekocht wird», die Eigenlogik professioneller Akteure und ihre Routinen nur schwer zu durchbrechen waren und die langfristigen Effekte für Pflege- und Lebensqualität und eine echte Demokratisierung der stationären Altenpflegekultur nur schwer absehbar sind. Heime stehen – trotz aller Reformen und eines hohen Engagements der Beteiligten – in einer Tradition der Ausgrenzung. Konstatiert wurde bereits früh, «dass die geschlossene Altenfürsorge primär als ein Reaktionsmuster des sozialen Systems auf Störfaktoren im Wirtschaftsprozess [...] aufzufassen ist» (Majce, 1978: 264). Sie ist letztlich Spiegel der gesellschaftlichen Prioritäten. Nachvollziehen kann man diese These an der Rekonstruktion der Leitbilder der stationären Altenpflege – vom «kleinen Krankenhaus» der 1960er-Jahre über die Betonung des Wohnens ab den 1990er-Jahren bis hin zu aktuellen Debatten um die Öffnung der Heime, den Quartiersbezug und dem Einbezug des bürgerschaftlichen Engagements (von Kondratowicz, 2005). Auch hinter dem «Normalisierungsprinzip» (vgl. z.B. Nirje, 1994; Wolfensberger, 1986), welches aktuell von vielen Trägern vertreten wird, verbergen sich (weitgehend unreflektierte) gesellschaftliche Vorstellungen über Altern und

Pflege. Entwicklungsanforderungen beziehen sich unter anderem auf die Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Heimen (unter Einschluss psychiatrischer Erkrankungen), die Begleitung Sterbender (und insgesamt der Palliativpflege), die Verbesserung des pflegerischen Assessments, einer bedarfsgerechten Maßnahmenplanung und einer adäquaten Dokumentation (Wingenfeld, 2008; vgl. auch Wingenfeld, 2012).

Die genannten Herausforderungen müssen vor dem Hintergrund einer erheblichen Veränderung der Bewohnerstruktur diskutiert werden, die heute weitgehend hochbetagte und multimorbide (zum erheblichen Anteil auch an Demenz erkrankte) alte Menschen umfasst. Bekannt ist mittlerweile, dass die Personalentwicklung – wie auch im Krankenhaus – den Anforderungen der Alltagspraxis nicht angepasst ist, so dass in Pflegeheimen «größtenteils Ressourcenengpässe anzutreffen sind und die Versorgung auf das Notwendigste begrenzt ist» (Wingenfeld, 2015: 37). Dabei ist die Personalausstattung in den östlichen Bundesländern noch signifikant schlechter als in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Versorgung älterer Menschen lange Zeit nicht wirklich auf der «Agenda» stand. Innovationen – ganz gleich, in welchen Settings – sind komplex, bei der Ursachenforschung (z.B. für mangelnde Pflegequalität) muss umfassend angesetzt und den Institutionen darf nicht allein die Verantwortung für Missstände zugeschoben werden. Die Ressourcenfrage (Personal, Zeit, Qualifikation, Geld etc.) muss gestellt werden, gesellschaftliche Aspekte sind kritisch zu thematisieren. Denn die Pflege alter Menschen ist bis in die jüngste Vergangenheit nicht nur von internen Mängeln, sondern von strukturellen Defiziten gekennzeichnet. Eine Professionalisierung des gesamten Felds der Pflege alter Menschen ist zwingend. Erst in den vergangenen Jahren wurden die Versorgungskapazitäten ausgebaut, die Vernetzung der einzelnen Teilbereiche – Krankenhaus, Heim, ambulante Versorgung – stellt ein ungelöstes Problemfeld dar. Nach wie vor dominiert in der Altenhilfe ein weitgehend kli-

nisch ausgerichtetes «Bewältigungsparadigma», das in der Regel auf kurzfristige Effekte ausgerichtet ist. Präventive, rehabilitative und palliative Aspekte werden – auch wegen der akutmedizinischen Orientierung des Gesamtsystems – zu wenig beachtet, die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen (vor allem der Medizin und der Pflege) scheitert an hierarchisch festgelegten Professionsgrenzen. Die Kontinuität der Versorgungsabläufe insgesamt ist mangelhaft sichergestellt. Es fehlt vor allem eine inhaltlich-konzeptionelle Grundlegung dessen, was eigentlich unter einer guten Pflege und Versorgung alter Menschen verstanden werden muss.

Mindestens Bausteine davon werden in diesem Buch thematisiert. Dabei ist es zunächst notwendig, das Wissenschaftsprogramm der Gerontologischen Pflege (inklusive einer Standortbestimmung) zu formulieren und darzulegen, worum es denn eigentlich in der «Gerontologischen Pflege» gehen soll (*Einleitung*). Darauf aufbauend sollten Impulse aus der Pflegewissenschaft und Gerontologie aufgegriffen werden, die – und das soll auch nicht unkritisch verstanden werden – als «Leitwissenschaften» für die Gerontologische Pflege angesehen werden können (*Teil I*). Nach Klärung der wissenschaftstheoretischen Verortung können Maßstäbe, Konzepte und Themenfelder der Gerontologischen Pflege ausbuchstabiert werden (*Teil II*). Dazu bedarf es, jedenfalls unserer Auffassung nach, zunächst der Thematisierung grundlegender Fragen nach dem Guten, nach Würde, Anerkennung und «Care». Das sind die Referenzkriterien, an denen sich die Gerontologische Pflege zu orientieren hat. Sie kann daher auch kritisch Stellung nehmen zu Fehlentwicklungen im Bereich der Altenhilfe und der Altenpflege – z.B. einer zunehmend medikalen Ausrichtung (nicht nur bei Menschen mit Demenz), der Ökonomisierung im Sozial- und Pflegebereich sowie der Fremdbestimmung alter Menschen (vor allem von Menschen mit Demenz). Davon ausgehend kann sie neue Überlegungen und Anstöße für die Professionalisierung der Pflege älterer Menschen, für die Veränderung von Organisationssteuerung und für die Entwicklung von Wegen der Innovation (*Teil III Themenfelder 1 bis 3*) geben. Und

dies im umfassenden Sinne auf der Interaktionsebene von pflegebedürftigen Menschen und Pflegepersonen sowie auf der politisch-konzeptionellen Ebene zur Schaffung handlungsleitender Strukturen und Rahmenbedingungen. Letztlich geht es um einen «Kulturwandel», der überindividuelle Überzeugungen und «mentale Konstrukte» zum Altern zum Teil grundlegend in Frage stellt. Dialog und Diskurs (*Teil IV*) stehen am Ende dieses Buches und zeigen, dass wir unsere Überlegungen zur Diskussion stellen möchten. Wenn man die geschäftige Ruhe an der wissenschaftlichen Front beobachtet, kann man nachdenklich werden, ob eine echte und kritische Diskussion wirklich gewünscht ist. Im wissenschaftlichen Betrieb (und vielfach in der Praxis) dominiert eine freundliche Ignoranz. Wir jedenfalls haben die Hoffnung auf (kontroverse) Debatten und einen fairen Dialog noch nicht aufgegeben. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind Einsprüche, Widersprüche und Bestätigungen unseres Buches für uns sehr wichtig.

## Literatur

- Amann A. (2004). Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Wien: Böhlau.
- Borscheid P. (1989). Geschichte des Alters. München: dtv.
- Brandenburg H. (2014). Auf dem Weg zur Gerontologischen Pflege. In: Becker S., Brandenburg H. (Hrsg.). Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Verlag Hans Huber, 273–285 (v.a. 274–277).
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2011). Health Care in Canada. A Focus on Seniors and Aging. Ottawa. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HCIC\\_2011\\_seniors\\_report\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf) [Zugriff: 20.02.2015].
- Dörner K. (1994). Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig. *Leviathan*, Zeitschrift für Sozialwissenschaft 22 (3), 367–390.
- Ehmer J. (1990). Sozialgeschichte des Alters. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Foucault M. (2005 [1963]): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/M.: Fischer.
- Hämel K. (2012). Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung. Wiesbaden: Springer VS.
- Hämel K., Schaeffer D., Ewers M. (2014). Versorgungs-gestaltung in ländlichen Regionen. Welche Modelle bieten Finnland und Kanada? *Informationsdienst Altersfragen* 41, (6), 13–18.
- Isfort M. (2012). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln. [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Demenz\\_im\\_Krankenhaus\\_Handreichung\\_Endbericht.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Demenz_im_Krankenhaus_Handreichung_Endbericht.pdf) [Zugriff: 26.05.2015].
- Kondratowitz H.J. von (2008). Alter, Gesundheit und Krankheit aus historischer Perspektive. In: Kuhlmeier A., Schaeffer D. (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber, 64–84.
- Kondratowitz H.-J. von (2005). Langfristiger Wandel der Leitbilder in der Pflege. In: Schroeter K.R., Rosenthal T. (Hrsg.) (2005). *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa, 125–140.
- Kreutzer S. (2010) (Hrsg.). Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19.–21. Jahrhundert. Osnabrück: Universitätsverlag Osnabrück.
- Majce G. (1978). «Geschlossene» Altenhilfe. Probleme der Heimunterbringung. In: Rosenmayr L., Rosenmayr H. (Hrsg.). *Der alte Mensch in der Gesellschaft*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt, 261–297.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten [SONG] (2009) (Hrsg.). *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*, Bd. 2: Eine neue Architektur des Sozialen – Sechs Fallstudien zum Welfare Mix (3. Aufl.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Netzwerk: Soziales Neu gestalten (SONG) (2008) (Hrsg.). *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*. Bd. 1: Eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG), CS & ZEW, zze (2010) (Hrsg.). *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*. Bd. 3: Soziale Wirkung und «Social Return» (2. Aufl.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Nirje B. (1994). Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 1, 12–32.
- Nolan M.R. (2012). The aims and goals of care: a framework promoting partnerships between older people, family carers and nurses. In: Reed J., Clarke C., Macfalan A. (eds.). *Nursing Older Adults*. McGraw-Hill: Maidenhead, 23–42.
- Renteln-Kruse W. v. (2008). Krankenhausversorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier A., Schaeffer D. (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 320–333.
- Sachße C. (2010). Zur Geschichte Sozialer Dienste in Deutschland. In: Evers A., Heinze R. G., Olk T. (Hrsg.). *Handbuch Soziale Dienste*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 94–116.

- Sauer P., Wißmann P. (2007) (Hrsg.). *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Schaeffer D., Büscher A., Ewers M. (2008). *Ambulante pflegerische Versorgung*. In: Kuhlmeier A., Schaeffer D. (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 352–369.
- Slotala L. (2011). *Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege\\_Deutschlandergebnisse\\_5224001119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile.pdf](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/Pflege_Deutschlandergebnisse_5224001119004.pdf?__blob=publicationFile.pdf) [Zugriff: 25.03.2015].
- Stollberg G. (2010). *Sozialer Wandel in der Krankenversorgung seit dem 19. Jahrhundert*. In: Kreuzner S. (Hrsg.). *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert*. Osnabrück: Universitätsverlag Osnabrück, 67–86.
- Werner B. (2014). *Geschichte und gesellschaftliche Herausforderungen*. In: Brandenburg H., Bode I., Werner B. (Hrsg.). *Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume*. Bern: Verlag Hans Huber, 19–69.
- Wingefeld K. (2015). *Arbeitsbelastungen und Gesundheitsprobleme in der Pflege*. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 61, 1, 35–46.
- Wingefeld K. (2012). *Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege*. In: Günster C., Klose J., Schmacke N. (Hrsg.). *Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter*. Stuttgart: Schattauer.
- Wingefeld K. (2008). *Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen*. In: Kuhlmeier A., Schaeffer D. (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, 370–381.
- Wolfensberger W. (1986). *Die Entwicklung des Normalisierungsgedankens in den USA und in Kanada*. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.). *Normalisierung – eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung*; Marburg/Lahn, 45–62.

# Einleitung

## Gerontologische Pflege als kritische Wissenschaft

Hermann Brandenburg und Helen Güther

### Wissenschaftsprogramm

Gegenstand der Gerontologischen Pflege ist die «Beschreibung, Analyse und Kritik von Pflegesituationen alter Menschen im familiären, institutionellen und gesellschaftlichen Kontext» (Brandenburg, 2014 a: 280). Es geht ihr um eine fachlich angemessene, ethisch verantwortbare und gesellschaftlich unterstützte gute Pflege alter Menschen<sup>3</sup>. Damit ist sie an der Schnittstelle von Altern und Pflege verortet. Im Fokus der Gerontologischen Pflege steht das Pflegehandeln (im weitesten Sinne). Daher ist sie – im Unterschied zur Gerontologie, die auf das «normale» Altern fokussiert – eine Disziplin, die sich mit dem Alter(n) an den Grenzen selbstständiger Lebensführung befasst.

*Zeit* ist dabei eine wesentliche Dimension, denn die Gerontologische Pflege beschäftigt sich mit der Pflege älter Menschen zumeist vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Einschränkung, Multimorbidität und progredienter Krankheiten. Insofern ist sie überwiegend eine Situation der Langzeitpflege, in der es um die Gestaltung einer Lebensphase geht. An der Zeit bemisst sich zumeist aber auch, wie wem welche Pflege zuteil wird. Sie ist Geld wert und somit ein ökonomisches Gut in einem marktorientierten Wettbewerb. Da scheint die Beschleunigung von Handlungsabläufen nur allzu folgerichtig (Rosa, 2013). Das Alter stellt sich dieser Folgerung jedoch radikal entgegen. Langsamkeit und Nichtstun zwingen uns zu einem alternativen Umgang mit der Zeit im Hier und Jetzt. Zeit als eine Bewegung und Veränderung wahrnehmen können wir aber letztlich nur über unsere Vor-

stellungen und Pläne im Blick auf die Zukunft und über die Reflexion unserer Geschichte. Beide Aspekte sind für das gegenwärtige Tun wesentliche Bezugspunkte und verweisen auf die Veränderlichkeit des Bestehenden und seine Gestaltbarkeit. Dies gilt nicht zuletzt für die Entwicklung der noch jungen Disziplin der Gerontologischen Pflege.

Eine weitere Dimension stellt der *Leib* dar. Der Leib bildet das Medium zwischen den Pflegenden und der pflegebedürftigen Person als Kontaktfläche in der Berührung und zugleich als Interpretationsfläche nicht allein für Handlungsnotwendigkeiten und Handlungsziele, sondern ganz wesentlich für die Frage, wer wir sind. Unser Sein, unser Erleben von Identität erfahren wir sinnlich über unseren Körper. Ob wir «Dahinsiechen» oder «Daseinslust» (Blum-Lehmann, 2008: 204) empfinden, wird nicht allein von der körperlichen Funktionalität bestimmt. Geborgenheit, Sicherheit und Zugehörigkeit schaffen Räume der leiblichen Verortung und positiven, bestätigenden Identität für den pflegebedürftigen älteren Menschen. Die Erfahrungen von Berührungsarbeit betreffen auch die berufliche Identität von Pflegepersonen, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen ihre Berufstätigkeit nicht selten immer noch als «dirty work» (Fine, 2005) empfinden. Der durch das Pflegehandeln ermöglichte Kontakt stellt ein wechselseitiges Beziehungsgeschehen dar. Die direkte

<sup>3</sup> Wir konzentrieren uns im Folgenden auf einige «Kandidaten» für unser Fachgebiet (für die Pflege allgemein siehe Friesacher, 2008; Hülsken-Giesler, 2008; Weidner, 2011).

Pflegesituation fordert ihre Handlungsakteure immer wieder zur Deutung heraus. Einerseits muss das Verhältnis von Geben und Nehmen gut miteinander abgestimmt werden. Denn derjenige, der Hilfe empfängt, möchte auch etwas zurückgeben. Damit Pflege gelingt, sind bei vielen Unterstützungsleistungen Kooperation und Mitwirkung erforderlich. Andererseits muss die Art und Weise, wie Pflege geleistet wird, mit ihren Zielsetzungen kompatibel sein. Die Förderung der Selbstständigkeit (und Selbstbestimmung) gerät dort zum Lippenbekenntnis, wo Pflegearbeit taylorisiert und in Minutentakten abgerechnet wird. Wo *Abstimmungs- und Verständigungsprozesse* misslingen, erscheinen Pflegehandlungen konflikthaft – dies auch dort, wo Konflikte durch angepasste Verhaltensweisen nicht offensichtlich werden. Beachtet werden muss, dass Pflegehandlungen nicht allein Ergebnis von Interaktionsprozessen zwischen den direkt Beteiligten sind. Rahmenbedingungen (ökonomisch, politisch, organisatorisch etc.) beeinflussen (und bestimmen) das Pflegehandeln in hohem Ausmaß. Die Fremdbestimmung der Pflege spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, die uns auf das Phänomen der Macht hinweist. Damit sind auch Prozesse der Übernahme, Akzeptanz und Durchsetzung bestimmter Normen und Wertvorstellungen gemeint. Die Gerontologische Pflege knüpft damit an das aus der Wissenssoziologie beschriebene Phänomen der *sozialen Konstruktion von Wissen und Deutungshorizonten* an. Dies meint, dass Handeln, Problembewusstsein und Lösungsverhalten durch implizite Normvorstellungen geprägt werden. Wissen, Interaktion und Kommunikation um bestehende Altersbilder stellen damit zentrale, zu reflektierende Wesensmerkmale gerontologisch-pflegerischer Handlungen dar (Remmers/Walter, 2012). Zugleich wirkt die Gerontologische Pflege in dieser Logik auf das bestehende Wirklichkeitsverständnis handelnd zurück und entwirft in ihrem Tun eine soziale Wirklichkeit mit realen Konsequenzen für alle Akteure. Sie steht damit in einem situationsspezifischen Verhältnis zu ihrem *Kontext*. Dieses Verhältnis ist nicht fix, sondern flexibel, beeinflussbar und gestaltbar. In diesem Sinne ist die

Frage nach dem *Wie* und *Wozu* von Verhältnisänderungen, aber auch Verhältnisstabilisierungen wesentliches Bestimmungsmerkmal der Gerontologischen Pflege. Das hier dargelegte *Kritikverständnis* ist als Aufklärung gedacht, ganz in der Tradition und Weiterentwicklung der «Kritischen Theorie», die ursprünglich von Horkheimer und Adorno vorgestellt und durch Habermas, Honneth und viele andere weiterentwickelt wurde. Die Gerontologische Pflege hält dabei am Verständnis von Rationalität fest, welches ursprünglich im Übergang von Mythos und Logos als Anliegen der Erkenntniskritik (Grenzziehung zwischen Wissen und Glauben) formuliert wurde. Sie versteht sich als eine Kritik an «unvernünftigen Verhältnissen» (Horkheimer) – im Sinne der Vernunft. Gerade deswegen hat die Gerontologische Pflege eine besondere Affinität zu «kritischen» Theorien, insbesondere zu jenen Strömungen in der Gerontologie und Pflegewissenschaft, die dieser geistigen (und politischen) Tradition verpflichtet sind. Die empirischen Verhältnisse und Gegebenheiten werden damit nicht einfach nur als soziale «Tatsachen» hingenommen, sondern in Bezug auf ihre Normalität und damit Normativität kritisch beleuchtet. Kritisiert wird damit nicht allein eine bestimmte Art der Praxis, sondern auch die eine defizitäre Praxis aufrechterhaltende Ideologie (verstanden als «falsches» Bewusstsein). Als «falsch» erweist sich die Praxis immer dann, wenn die an sie gestellten Ideale nicht verwirklicht werden können. Beispielsweise wird personenbezogene Fürsorge gefordert, aber sachorientierte Versorgung realisiert. Von Selbstbestimmung ist die Rede, aber Fremdbestimmung charakterisiert die Realität. Oder bestimmte Begriffe – Inklusion, Quartiersbezug, Teilhabe – werden in einer Art und Weise «dekonstruiert», dass der ursprünglich gemeinte Sinn völlig verloren gegangen ist und entstellt wurde. Es geht um innere Widersprüche, die häufig erst in der rekonstruktiven Analyse zum Vorschein gebracht werden. So verstanden «enthüllt oder dechiffriert Ideologiekritik die Umstände, die es der Herrschaft erlauben, sich durchzusetzen» (Jaeggi, 2009: 269). Im Zentrum steht daher eine Herrschaftskritik, das heißt Kritik an sogenannten *Verselbstständli-*

chungen bzw. *Selbstverständlichmachungen* von handlungsleitenden Normen und Ideologien.

Nun stellt sich aber das Problem, dass die geäußerte Ideologiekritik selbst wiederum der Gefahr unterliegt «ideologisch» zu sein. Denn woher weiß sie, dass ihre Kritikmaßstäbe, die sie ihrer Analyse zugrunde legt, richtig sind? Die Gerontologische Pflege ist sich des Problems bewusst, dass nicht gleichsam von einem «Außenposten» aus gezeigt werden kann, ob Pflege gut oder schlecht ist. Denn dies wäre mit einem normativistischen «Fehlschluss» verbunden, und zwar deshalb, weil damit die Tatsache ignoriert wird, dass auch die Gerontologische Pflege in den sozialen Kontext, den sie kritisiert, eingebettet ist – sie ist Bestandteil dieser sozialen (Pflege-)Welt. Mit einer rekonstruktiven, hermeneutischen Kritik, der sogenannten *immanenten Kritik*, bietet Jaeggi (2009) einen Ausweg. Zwar stellt auch sie bestehende Normen und Ideale dort in Frage, wo sich Widersprüche zwischen Normhorizont und Praxis auftun. Sie erlaubt aber nicht schon eine Lösung, sondern entwickelt diese erst in einem Prozess der Aufklärung und Transformation von Idealen. Diese Kritik sucht nicht danach, wie eine «irrationale» alte Ordnung wieder erneuert, hergestellt oder perfektioniert werden kann. Vielmehr gilt es, alternative Lösungswege zu beschreiten. Kritik wird als Irritation, das heißt als eine Anregung zu Entwicklungs-, Lern- und Reformprozessen verstanden. Die immanente Kritik verbindet sich mit der Vorstellung eines Veränderungsprozesses, an dessen Ende eine neue, fortschrittlichere, aber nicht vorweg zu bestimmende Praxis und Ideologie stehen. Gemeint ist ein offener, aktiver Lernprozess, der seinen Ausgangspunkt nicht in harmonischen Idealvorstellungen nimmt, sondern gerade von real bestehenden Konflikten, Widersprüchen und Reibungspunkten ausgeht. Zugleich lebt dieser Prozess von der Reflexion *aller* Handlungsakteure, stellt also einen Austausch verschiedener Perspektiven von Betroffenen dar. Denn letztlich geht es um die Veränderung der Verhältnisse, die man mit verantwortet, weil man sie selbst mitproduziert (hat). Insofern ist Kritik normativ relevant, aber eben nicht normativistisch. Lernprozesse auf *diese* Art an-

zuregen, bedeutet zugleich, die Veränderbarkeit der sozialen Welt zu erkennen und zur sozialen Neukonstruktion anzuregen. Kritik ist dann ein «Bewegungsmoment, das auf eine, wie immer vorläufige, Überwindung drängt» (Jaeggi, 2009: 293). Widersprüche und Konflikte in der sozialen Praxis sind demnach aufzuspüren, auf ihre Bedeutung hin zu befragen und «produktiv» zu nutzen. Insofern ist immanente Kritik auch mit einem Emanzipationsprozess verbunden. Die Gerontologische Pflege ist aufgefordert, sich mit ihrer Praxis *selbstkritisch* auseinanderzusetzen. Und das bedeutet auch, sich als wissenschaftliches Programm nicht absolut zu setzen, sondern dieses zur Diskussion zu stellen.

Daraus ergibt sich schließlich die Besonderheit einer unauflösbaren Ambivalenz zwischen empirischer, interventionsorientierter *Handlungswissenschaft* und (selbst)kritischer *Kulturwissenschaft* (vgl. auch Dederich, 2012). Als Handlungswissenschaft hat sich die Gerontologische Pflege zu verhalten und zu agieren. Insofern bedarf sie einer empirischen Ausrichtung, die über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge aufklärt. Als gestaltende Größe kann sie jedoch nur dort gelingen, wo sie erkannte Problemstellung und errungene Lösung wieder in Frage zu stellen vermag. Dazu bedarf es einer ergänzenden sozial- und geisteswissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Handlungsformen und -konflikten sowohl auf der unmittelbaren Interaktionsebene als auch im berufs-, sozial- und gesellschaftspolitischen Sektor (s. Kasten). Auf unsere Disziplin übertragen geht es um die Auseinandersetzung mit Pflegesituationen und -handlungen gegenüber älteren Menschen und der Frage nach ihrem «Gemachtsein», den daraus resultierenden Konsequenzen für die Akteure sowie mögliche Impulse zur Weiter- und Neuentwicklung. Erst vor diesem Hintergrund ist eine Entwicklung eines spezifischen Handlungsfelds wie dem der Gerontologischen Pflege möglich. Das vorliegende Buch möchte hierzu einen Beitrag leisten, kritische Perspektiven und Ambivalenzen beleuchten – nicht ohne die eigene Tradition und bereits erreichten Wissensbestände darzulegen, einzuordnen und von ihnen aus neue Wege zu beschreiten.

## Standortbestimmung

Werfen wir zunächst einen Blick auf das *Wissenschaftsverständnis*. Handbücher und «Einführungen» geben einen ersten Einblick. Zu nennen sind zum Beispiel die Bände von Corr und Corr (1992), Abraham et al. (2001), Milisen et al. (2004), Nay und Garratt (2010), Reed et al. (2012) oder – speziell für Deutschland – der von Hasseler et al. (2013) herausgegebene Band «Gerontologische Pflegeforschung». Bezogen auf einzelne Krankheitsbilder mit Relevanz für die Gerontologische Pflege, etwa die Demenz, gibt es ebenfalls hervorragende Bücher (vgl. z. B. Innes et al., 2012; Downs/Bowers, 2014) – auch in deutscher Sprache (z. B. Bartholomeyczik et al., 2013). Die genannten Publikationen fassen den Stand der Erkenntnisse zu klinischen Fragen der Versorgung alter Menschen zusammen, auch unter Beachtung der relevanten Kontexte. Von einem mehr oder weniger eindeutig konturierten Wissenschaftsverständnis und einer damit verbundenen Fachsystematik kann unseres Erachtens aber noch keine Rede sein. Es dominieren empirisch-analytische Arbeiten, deren Stärke vor allem die differenzierte Analyse einzelner Pflegephänomene darstellt. Erwähnenswert ist zum Beispiel die Arbeit von Maas et al. (2001) zur «Nursing Care of Older Adults», die das Zusammenwirken von (Pflege-)Diagnosen, (Pflege-)Outcomes und (Pflege-)Interventionen in den Vordergrund rückt. Ebenfalls sind die von Boltz et al. (2012) bereits in der vierten Auflage herausgegebenen «Geriatric Nursing Protocols» zu nennen, die den US-amerikanischen Forschungsstand zu einzelnen klinischen Pflege-themen darstellen. Die Zusammenstellung empirischer Studien der deutschen Pflegeforschung verbünde zur «Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns» von Schaeffer et al. (2008 a) würden wir ebenfalls dazurechnen, auch wenn hier bereits unterschiedliche methodologisch-methodische Zugänge erkennbar werden. Der Überblick von Hasseler et al. (2013) zum Stand der gerontologischen Pflegeforschung in Deutschland, die sich zum ersten Mal umfassend (auch wissenschaftssystematisch) mit Themen und Heraus-

forderungen der Pflege und Betreuung alter Menschen beschäftigen, darf nicht vergessen werden. Phänomenologische Studien – ob in den USA, Asien oder Europa – haben sich weitgehend an der französischen oder deutschen Philosophie orientiert [Sartre, Merleau-Ponty, Heidegger, Schmitz] und vor allem das Krankheitserleben der Betroffenen in den Blickpunkt gerückt. Wichtig sind die auch in Deutschland mit großem Interesse verfolgten Arbeiten von Benner und Wrubel (1997). Erwähnt werden sollten auch die Studien der Schweizer Pflege-wissenschaftlerin Käppeli (1998; vgl. grundlegend: 2004), der ein entscheidendes Verdienst um die Verbreitung phänomenologischer Ansätze (auch mit Bezügen zur Theologie) im deutschsprachigen Raum zukommt. In jüngster Zeit sind Uzarewicz und Uzarewicz (2005) mit Orientierungen an der «Neuen Phänomenologie» hervorgetreten, die ersten Dissertationen dazu sind bereits erschienen (vgl. z. B. Dörpinghaus, 2013). Schlussendlich müssen Arbeiten genannt werden, die mit dem Konzept einer «kritischen Wissenschaft» arbeiten und denen die «Frankfurter Schule» und ihre Weiterentwicklungen als Vorbild dienen. Die hier vorlegte «Gerontologische Pflege» fühlt sich – darauf wurde eingangs bereits hingewiesen – dieser Perspektive verbunden und führt die Diskussionen im Rahmen der «Kritischen Gerontologie» (Cole et al., 1993; Aner, 2010; Köster, 2011; Amann/Kolland, 2014) wie auch der «Kritischen Pflegewissenschaft» (Friesacher, 2008; Hülsken-Giesler, 2008; Kersting, 2008) weiter. Wenn wir noch einmal auf die oben formulierte Problemstellung zurückkommen und uns fragen: «Was für eine Wissenschaft ist die Gerontologische Pflege?», dann können wir sagen, dass der empirische Mainstream auch in dieser Disziplin prominent ist und der kritische Ansatz – so wie wir ihn vertreten – bislang nur marginal erkennbar und ganz sicher nicht in einer breiten Forschungslandschaft repräsentiert ist.

Wie ist der Stand der *Theorieentwicklung* in der Gerontologischen Pflege? Es liegt eine umfangreiche Literatur zu Pflege-theorien bzw. Pflege-modellen vor, die seit den 1980er-Jahren (vor allem aus den USA kommend) international

wahrgenommen wurden (vgl. zusammenfassend Brandenburg/Dorschner, 2015). Kritisch muss angemerkt werden, dass die Theoriediskussion (vor allem der ersten und zweiten Generation der sog. «grand theories») nur bedingt relevant war für Fragen der Gerontologischen Pflege. Diese theoretischen Ansätze waren normative Sollkonzepte (Schaeffer et al., 2008 b), die wenig empirisch ausgerichtet und ursprünglich für Ausbildungszwecke gedacht waren. Im Grunde wurde dort dargelegt, wie Pflege sein soll, aber nicht, wie sie wirklich ist. Diese pflegetheoretischen Konzeptionen konnten aus diesem Grunde auch wenig zu der Frage beitragen, wie sich Versorgungssituationen im Alter darstellen, welche Gründe für Defizite und Mängel verantwortlich waren und welche konkreten Innovationen in diesem Feld erforderlich sind. Beispielsweise haben Wadenstein und Carlsson (2003) 17 Pflegemodelle im Hinblick auf ihre Relevanz für das Thema «Altern und Pflege» untersucht. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass kein Modell ihren Anforderungen entsprochen hatte: Sie waren zu abstrakt, wurden häufig in der Praxis nicht verstanden und bezogen sich nur indirekt auf die Situation alter Menschen. Bis in die 1990er-Jahre gab es keinen theoretischen Rahmen für die Gerontologische Pflege, dies gilt insbesondere für die kritischen Theorien<sup>4</sup>. Erst Mike Nolan, der die erste Professur für Gerontologische Pflege in Großbritannien besetzen konnte, leistete Pionierarbeit. Ein von ihm entwickeltes Modell wurde als «Senses Framework» bekannt und konnte die spezifischen Bedingungen der Pflege bei multimorbiden und chronisch kranken alten Menschen besser berücksichtigen (Nolan et al., 2006). Konkret ging es um sechs Bereiche – «a sense of security, a sense of belonging, a sense of continuity, a sense of purpose, a sense of achievement, a sense of significance» – die als Zielvorgaben für die Gerontologische Pflege relevant wurden. Sie schufen die Bedingungen für eine den Bedürfnissen der alten Menschen angepasste Pflegeumwelt, konnten in die Praxis umgesetzt werden und haben letztlich zu einer «relationship-centred care» (Nolan et al., 2012) beigetragen (vgl. auch Parker, 2008). Dieser Stand der Theoriedebatte reduziert die

Gerontologische Pflege nicht auf Interventionsforschung im klinischen Bereich (beobachtbar vor allem in den USA, aber auch zunehmend in Deutschland), sondern bleibt an einen umfassenden – letztlich sozialwissenschaftlichen – Theorieansatz gebunden (vgl. insgesamt hierzu: Moers et al., 2011). Auch die Reformperspektive, wie sie unserem Ansatz zugrunde liegt, ist in der britischen Debatte deutlich vertreten. Es fehlt aber eine systematische Rezeption der Theorieentwicklung in Deutschland.

Bei den genutzten *Methoden* (und der dahinterliegenden Theorie der Methode, das heißt der Methodologie) orientiert sich die Gerontologische Pflege am Spektrum der etablierten Disziplinen, vor allem den Sozialwissenschaften. Deren Stand darf sie nicht unterschreiten (vgl. auch Schaeffer/Müller-Mundt, 2002). Das gilt für den quantitativen Teil (gerne auch als «standardisierte» Forschung bezeichnet), der mittlerweile auch Alternativen zur «klassischen» Testtheorie kennt und praktiziert (vgl. Mai, 2010; Franken, 2011; Brühl, 2012). Auch der Stand der qualitativen Pflegeforschung ist über Mayrings «Qualitative Inhaltsanalyse» hinaus und hat längst hermeneutische Verfahren der wissenssoziologischen Diskursanalyse und Dokumentarischen Methode für sich entdeckt (vgl. Baczkiewicz, 2013; Brünnett, 2014; Berger, 2016). Eine originäre Methodendebatte findet in der Gerontologischen Pflege – jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt – nur rudimentär statt. Das enthebt sie nicht von der Anstrengung, eine eigene Methodenentwicklung voranzutreiben, dabei in kreativer Art und Weise die wissenschaftlichen Methoden für eigene Fragestellung zu nutzen (und entsprechend zu modifizieren). Erste Ansätze dazu liegen bereits vor (vgl. z.B. Panke-Kochinke, 2014; Kelle et al., 2014). Wesentlich hierbei sind vor allem aus unserer Sicht die Möglichkeiten der Re- und Dekonstruktion von Wissen, Normalitätsvorstellungen und -er-

4 Diese Aussage trifft auch insgesamt für die Pflegewissenschaft zu. Remmers (2011) kritisiert an dem 2000 und 2011 in der 2. Auflage erschienenen «Handbuch Pflegewissenschaft» eine fehlende Fachsystematik (vgl. auch Brandenburg, 2014 b).

wartungen, die nicht zuletzt das Professionsverständnis und die Versorgungssteuerung leiten. Sie ermöglichen eine systematische grundlegende Reflexion bisher vorausgesetzter, gültiger Betrachtungs- und Handlungsweisen. Dieses Interesse verbindet sich auch mit dem Anliegen einer partizipativen Forschung und der Einbindung der Betroffenen (wie z.B. Menschen mit Demenz) in die Entwicklung von Forschungsprojekten und -programmen. Hier kann vor allem von britischen Forschern gelernt werden. Bekannt ist, dass die Nutzung von Verfahren der klassischen empirischen Sozialforschung (Fragebogen, Interviews, Beobachtungen etc.) auch bei Personen mit kognitiven Einschränkungen – zumindest in modifizierter Form – möglich ist (Wilkinson, 2002; Allan/Killick, 2010; Litherland, 2010). Bei Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung sind Anpassungsprozesse hinsichtlich des Ausprägungsgrads von Sprach- und Verbalisierungsstörungen mit Hilfe von Bildkarten (sog. Talking Mats) erforderlich, wie sie zum Beispiel Murphy und Kolleginnen (2005) in Großbritannien entwickelt haben. Für die Gerontologische Pflege gilt, dass hier eine spezifische Methodenentwicklung notwendig ist. So dominieren etablierte Verfahren über ein noch kaum ausgebautes qualitatives, gesellschaftskritisches Analyseverfahren und es überwiegen quantifizierte, intervenionsorientierte Studien.

Werfen wir einen Blick auf die *Ergebnisse*, die seitens der Gerontologischen Pflege bislang vorgelegt wurden. Die damit verbundenen Themenfelder beziehen sich auf klinische Fragen (von der Dekubitus- und Schmerzproblematik bis hin zur Ernährungsberatung und Mobilitätsförderung), Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. bezogen auf den präventiven Hausbesuch) oder den Umgang mit zentralen Herausforderungen in unterschiedlichen Settings, etwa in der häuslichen Pflege, Krankenhäusern oder Heimen. Ebenfalls gehört zur Gerontologischen Pflege die Reflexion der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, welche die Ausgestaltung der Pflege vor Ort im Hinblick auf rechtliche, finanzielle, organisatorische und qualifikatorische Ressourcen bestimmen.

Hierzu zählen auch entsprechende Beiträge aus dem «Handbuch Pflegewissenschaft» (Schaefer/Wingefeld, 2014), dem «Lehrbuch Gerontologie» (Becker/Brandenburg, 2014) sowie der «Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie» von Hoben et al. (2015). Und wenn wir den Kreis weiter ziehen, dann sind sicher auch noch weitere Forschungsarbeiten in den Blick zu nehmen, die aus der Gerontologie (z.B. Kruse), der Soziologie (z.B. Schroeter), der Sozialarbeitswissenschaft (z.B. Aner oder Kricheldorf), der Rechtswissenschaft (z.B. Klie) oder anderen Disziplinen vorgelegt wurden. Bewusst soll aber an dieser Stelle die Grenze gezogen werden, denn die zuletzt genannten Autoren haben ohne Zweifel wichtige Befunde zur pflegerischen Situation beigetragen. Sie würden sich aber nicht der pflegewissenschaftlichen «scientific community» zurechnen, sondern sind (letztlich) der Perspektive ihrer Heimatdisziplinen verpflichtet. Folgende Bereiche lassen sich – zugegebenermaßen grob – unter dem Stichwort «Ergebnisse» zusammenfassen: Den mit Abstand wichtigsten Bereich bildet der Komplex der «pflegerisch-klinischen Themen», wobei Assessments und Interventionen im Vordergrund stehen. Dieser Fokus – verbunden mit Evidenzbasierung – verdeutlicht den praxisorientierten Mainstream vieler Arbeiten. Settingbezogene Veröffentlichungen bilden einen weiteren Schwerpunkt, zum Beispiel Studien zur Demenz im Krankenhaus, zur Palliativpflege in Heimen oder zur Beratung pflegender Angehöriger. Hier wird erkennbar, dass die vorhandenen Institutionen auf die Akutversorgung ausgerichtet sind und Herausforderungen der Langzeitpflege systematisch ausblenden. Sie können nur bedingt den Bedürfnissen und Erwartungen alter (vor allem mehrfacherkrankter) Menschen entsprechen und müssen stärker auf deren (auch pflegerische) Bedarfslagen ausgerichtet werden. Grundlagen der Profession (z.B. Identitätsbildung und Habitus, Kompetenz- und Aufgabenspektrum, soziale Lage und gesellschaftliche Anerkennung) werden ebenfalls thematisiert, allerdings in den verschiedenen Ländern (Australien, Amerika, Großbritannien, Deutschland) mit unterschiedlichen