

Martin W. Schnell (Hrsg.)

Ethik der Interpersonalität

Die Zuwendung zum anderen Menschen im Licht empirischer Forschung

Wittener Schriften



Die Interpersonalität, also die Zuwendung zum anderen Menschen, ist ein wesentlicher Teil der heilberuflichen Praxis. Dieses Buch präsentiert dazu neue Ergebnisse in Theoriebildung und empirischer Einsicht.

Die Erforschung der Interpersonalität geht vom Konzept der Ethik als nichtexklusivem Schutzbereich aus. Diese umfassende Integration bedürftiger Menschen in die Ethik wird empirisch erforscht als Ausmessung der Szenarien von Interpersonalität.

Im Mittelpunkt stehen folgende Szenarien von Interpersonalität: Altenheim/Demenz, häusliches Umfeld/Sterbebegleitung, Patientenkontakt/Onkologie, häusliche Selbstsorge und Hausarztversorgung/Lungenkrankheit.

Interpersonalität ist neben anonymen gesellschaftlichen Institutionen der wichtigste Sektor zur Bestimmung einer erfahrungsgeleiteten und theoriegestützten Ethik. Beide Sektoren sind Bestandteile einer Theorie des pflegerisch-medizinischen Feldes.

Die Herausgeber

Die »Wittener Schriften« verbinden eine Reihe von Publikationen aus den Arbeitsschwerpunkten des Institutes für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

ISBN 3-89993-147-5



9 783899 931471

Martin W. Schnell (Hrsg.)

Ethik der Interpersonalität

Martin W. Schnell (Hrsg.)

Ethik der Interpersonalität

Die Zuwendung zum anderen Menschen
im Licht empirischer Forschung

schlütersche

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 3-89993-147-5

Anschrift des Herausgebers:

Prof. Dr. Martin W. Schnell
Fakultät für Medizin
Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 12
58453 Witten

Zu den »Wittener Schriften«:

Die »Wittener Schriften« verbinden eine Reihe von Publikationen aus den Arbeitsschwerpunkten des Institutes für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

Es handelt sich um Tagungsdokumentationen, Forschungsberichte oder um thematisch gebündelte Qualifikationsarbeiten der Studierenden. Diese Abschlussarbeiten werden ausgewählt und eingeleitet, so dass sie interessant für ein Pflegefeld in Praxis und Theorie sind. Herausgeber und Autoren wechseln je nach Thema. Für die gesamte Reihe ist die Arbeitsgruppe »Publikationen« des Instituts verantwortlich.

Zum Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke:

Das Institut für Pflegewissenschaft nahm 1996 die ersten Studierenden auf. Im Bachelor- und Masterstudiengang studieren etwa 120 ausgebildete Pflegende, um die Abschlüsse BScN (Bachelor of Science in Nursing) oder MScN (Master of Science in Nursing) zu erreichen. Zusätzlich werden in einem Doktorandenprogramm über 30 Pflegewissenschaftler bei ihrer Promotion begleitet. Die Studiengänge zeichnen sich durch einige Besonderheiten wie verpflichtende Auslandspraktika, dichte Praxis-Theorie-Vernetzung, Studium fundamentale und auch spezifisches Auswahlverfahren und Studiengebühren aus.

Im Institut sind verschiedene Lehrstühle eingerichtet, entsprechend haben sich in den letzten Jahren Arbeitsschwerpunkte gebildet: Epidemiologie in der Pflege, Assessment, DRGs und Pflege, familienorientierte und gemeindenahе Pflege, Patienten mit Wahrnehmungsstörungen (z. B. Wachkoma, Demenz), Patientenedukation, klinische Fragen (Dekubitus, Schmerz, Mangelernährung, chronische Wunden, Kontrakturen), Sprache und Pflege und Ethik in Forschung und Theoriebildung.

Über Studienaufnahme, Lehrstühle, Aktivitäten finden Sie umfangreiche Informationen unter: <http://www.uni-wh.de>

© 2005 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Satz: PER Medien+Marketing GmH, Braunschweig
Druck und Bindung: Druck Thiebes GmH, Hagen

Inhalt

Martin W. Schnell

1	Ethik als empirisches Phänomen	11
1.1	Jenseits der Anwendungsfrage: Ethik als Schutzbereich.....	11
1.2	Ethik der Interpersonalität in Philosophie, Pflegewissenschaft, Medizin	12
1.3	Pflegewissenschaft	14
1.4	Ergebnisse	17
1.5	Entwurf einer Theorie des medizinischen Feldes	18
	Literatur	22

Sandra Renneke

2	Die Pflege dementer Menschen – Eine Studie über Interaktionen zwischen dementen Menschen und Pflegenden	25
2.1	Einleitung	25
2.2	Problemdarstellung	25
2.3	Literaturüberprüfung	26
2.4	Ziele der Studie	27
2.5	Methodologie	27
2.5.1	Design der Studie	27
2.5.2	Das Sampling	28
2.5.3	Das Setting	29
2.6	Datenanalyse	29
2.7	Ethische Überlegungen	29
2.7.1	Autonomie der Teilnehmer	30
2.7.2	Risiken und Nutzen der Untersuchung	31
2.8	Ergebnisse	32
2.8.1	Soziale Isolation	32
2.8.2	Stille	38
2.8.3	Zeit	41
2.8.4	Selbstbilder	44
2.8.5	Kontakte	45
2.9	Diskussion der Ergebnisse	56
2.9.1	Soziale Isolation	56
2.9.2	Stille	58
2.9.3	Zeit	58
2.9.4	Selbstbilder	59
2.9.5	Kontakte	60

2.9.6	Grenzen der Studie	61
2.9.7	Empfehlungen für Forschung und Praxis	62
	Literatur	62

Jörg W. Haslbeck

3	Mitverantwortung in existentiellen und krisenhaften Situationen – Erfahrungen von Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung mit palliativen Versorgungsstrukturen	65
3.1	Palliative Care und Familie – Zentrale Elemente häuslicher Sterbebegleitung	65
3.2	Das Palliative-Care-Konzept – Die Angehörigenperspektive zu professioneller Unterstützung in der ambulanten Versorgung Sterbender	67
3.2.1	Das Palliative-Care-Konzept	67
3.2.2	Situation und Erfahrungen von Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung	68
3.3	Methode	70
3.3.1	Design, Datenerhebung und Analyse	70
3.3.2	Ethische Aspekte und Eindrücke aus dem Feld	70
3.3.3	Sample	71
3.4	Ergebnisse	75
3.4.1	Die Exploration des Prozesses in der häuslichen Sterbebegleitung	75
3.4.2	Der kontinuierliche Veränderungs- und Anpassungsprozess	78
3.4.3	Erfahrungen mit professioneller Hilfe in der häuslichen Sterbebegleitung	88
3.5	Diskussion und Ausblick	95
3.5.1	Prozesscharakter und Erleben professioneller Hilfe	95
3.5.2	Forschung mit vulnerablen Gruppen	97
3.6	Ausblick	97
	Literatur	98

Manuela Eicher

4	Verantwortungsbewusste Experten und Virtuosen der Empathie? Patientenkontakt auf onkologischen Abteilungen: Ärzte und Pflegende im Vergleich	101
4.1	Einleitung	101
4.1.1	Patientenkontakt: Berufsgruppenspezifische Studien	102
4.1.2	Patientenkontakt: Berufsgruppenübergreifende Studien	105
4.1.3	Patientenkontakt: Ambulante Onkologie	106
4.2	Zur Methode	107

4.2.1	Praxeologie als Bezugsrahmen	107
4.2.2	Forschungsdesign	109
4.2.3	Teilnehmende Beobachtung	110
4.2.4	Fokussierte Interviews und Reflexion	112
4.3	Ergebnisse	113
4.3.1	Profil der Teilnehmenden	113
4.3.2	Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung	114
4.3.3	Ergebnisse der teilnehmenden Interviews	117
4.3.4	Fazit der Analyse	125
4.4	Diskussion	127
4.4.1	Modell des Patientenkontaktes von Pflegenden und Ärzten im Vergleich	127
4.4.2	Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf bestehende Literatur	129
4.5	Schlussfolgerungen	130
4.6	Epilog	131
	Literatur	133

Thorsten Langer

5	Die Arzt-Patienten-Beziehung zwischen Individualität und Funktionalität – Wie Patienten mit der Diagnose COPD ihre Beziehung zum Arzt beschreiben	137
5.1	Einleitung	137
5.2	Methode	138
5.2.1	Theoretical Sampling	138
5.2.2	Datenerhebung und Datenbestände	141
5.2.3	Ethikkommission	142
5.2.4	Allgemeine Charakteristika der Patienten, die in der Analyse berücksichtigt wurden	142
5.3	Ergebnisse	142
5.3.1	Die Schwelle vom System der Selbstsorge in die Arztpraxis – Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe	143
5.3.2	Wahrnehmungsschemata – Wie Patienten die Beziehung zum Arzt beschreiben	147
5.3.3	Von der ärztlichen Hilfe in das System der Selbstsorge – Der Umgang mit Unzufriedenheit, Kritik am Arzt und der Arztwechsel	164
5.4	Zusammenfassung	170
5.4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	170
5.4.2	Limitierungen der Untersuchung	173
	Literatur	174
	Glossar	177
	Register	179

Vorwort

Die an dieser Stelle publizierten Studien gehen auf vier hervorragende Abschlussarbeiten zurück, die an der Fakultät für Medizin der Privaten Universität Witten/Herdecke geschrieben und betreut worden sind.

Die Arbeit zum **Master of Science in Nursing** von *Sandra Renneke* wurde von Prof. Dr. David Aldridge und Dr. Wilfried Schnepf betreut. *Sandra Renneke* ist Trägerin des **Deutschen Hirnforschungspreises 2004 des Zukunftforums Demenz**.

Die Arbeit zum **Master of Science in Nursing** von *Jörg Haslbeck* ist von Prof. Dr. David Aldridge und Dipl.-Pflegermeister Andreas Büscher betreut worden.

Die Arbeit zum **Master of Science in Nursing** von *Manuela Eicher* wurde von Prof. Dr. Martin W. Schnell und Dr. Herbert Mayer betreut.

Die Dissertation zum **Dr. med.** von *Thorsten Langer* wurde von Prof. Dr. Dr. Christian Köck, Prof. Dr. David Aldridge und Prof. Dr. Martin W. Schnell betreut.

Witten, im April 2005

Martin W. Schnell

1 Ethik als empirisches Phänomen

Martin W. Schnell

Es ist heute weit verbreitet, wenn nicht gar üblich, zwischen **allgemeiner** und **angewandter** Ethik zu unterscheiden. Allgemein ist Ethik, wenn sie einen jeweils obersten Wert oder eine oberste Norm bestimmt, wonach sich alles Tun zu richten hat. Ethik ist anwendungsorientiert, wenn sie sich auf einen besonderen Bereich bezieht, in dem dieser oberste Wert oder diese oberste Norm zur Realisierung und damit zur vollständigen Geltung gebracht werden soll. Die Ethik der Wissenschaften der Heilberufe wird heute zumeist als eine solch angewandte Ethik definiert. Pflegeethik wäre demnach die Anwendung der obersten ethischen Bestimmung auf den konkreten Einzelfall. Hier haben wir eine 84-jährige Dame, die an einer Demenzerkrankung leidet, und dort die allgemeine Menschenwürde. Wie bekommen wir nun beides zusammen? Das Schlüsselwort lautet eben: Anwendung! Es bleibt in der Regel aber unklar, was das genau heißen und wie das genau gehen soll. Anwendung ist in der Ethik ein ähnlicher Problemtitel wie die *Adaequatio* in der Wahrheitsfrage.

Gravierender noch als die Probleme der Logik der Anwendung lastet auf der angewandten Ethik der Skandal, dass eine Anwendung offenbar nur deshalb notwendig ist, weil die Werte oder Normen der jeweiligen Basisethik so bestimmt worden sind, dass pflegebedürftige, kranke und behinderte Menschen eigentlich aus dem Geltungsbereich der Menschenwürde herausfallen und somit nur gesunde, kräftige und reiche Menschen beachtet werden. Damit der Skandal nicht publik wird, hat man fix als Noteinstieg die angewandte Ethik erfunden. Das ist ein Gnadenakt, der, wie *Friedrich Nietzsche* gezeigt hat, einem unverdienten Geschenk gleich kommt. Den Tierschutz haben wir schon verschärft. Die Alten und Kranken sollen dann auch nicht leben wie die Hunde!

1.1 Jenseits der Anwendungsfrage: Ethik als Schutzbereich

Die Art von Ethik, wie sie am **Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke** gelernt und praktiziert wird, versteht sich in erster Linie nicht als angewandte Ethik, sondern als **nichtexklusiver Schutzbereich** (vgl. *Schnell* 2002a). Die zentrale zu beschreibende These besagt, dass kein Mensch aus dem Achtungs- und Schutzbereich der Menschenwürde herausfällt und deshalb auch keiner nachträglichen Berücksichtigung bedarf. Diese These beseelt sowohl die Grundlegung der Pflegeethik als auch die Forschungsethik, welche sich mit antizipierbaren Konsequenzen einer Intervention in einen als Feld konstruierten pflegerischen und heilberuflichen Sozialzusammenhang befasst¹. Eine mögliche Beschreibung der zentralen

¹ Eine Publikation zum Thema Forschungsethik ist in Vorbereitung. Sie wird neben Fragen der Ethik bei empirischer Forschung auch Methodenfragen behandeln und außerdem in die Arbeit der Pflegeethikkommission am Institut für Pflegewissenschaft (Vorsitzende: Dr. Herbert Mayer, Prof. Dr. Martin W. Schnell [Stellv.]) einführen (nähere Informationen unter herbertm@uni-wh.de oder Schnell@uni-wh.de).

These erfolgt durch empirische Forschung, welche zeigt, dass und in welcher Weise pflegerische Phänomene als ethische Phänomene empirisch erschlossen und begriffen werden können.

Pflegewissenschaftliche Forschungen, die sich mit **Ethik als empirischem Phänomen** befassen, beherzigen drei Prämissen:

- Jeder Mensch gehört dem Schutzbereich des Ethischen an.
- Auf die unterschiedliche Vulnerabilität von Menschen ist Rücksicht zu nehmen.
- Die Erforschung des ethischen Schutzbereiches befasst sich mit der interpersonalen Beziehung zwischen einem zu pflegenden Menschen und einer Pflegeperson, und zwar direkt oder indirekt.

1.2 Ethik der Interpersonalität in Philosophie, Pflegewissenschaft, Medizin

Jeder Beitrag zur Ethik der Interpersonalität misst der nachfolgenden These *Hildegard Peplaus* eine ausgezeichnete Bedeutung zu: »*Die entscheidenden Elemente der Pflegesituation sind offensichtlich die Pflegeperson, der Patient und was zwischen ihnen vorgeht.*« (Peplau 1997: 21)² Peplaus Diktum gilt auch in der Erweiterung, dass andere Andere wie Angehörige und Ärzte ebenfalls entscheidende Elemente darstellen, wenngleich, wie *Peplau* selbst auch betont, in unterschiedlichen Hinsichten. In allgemeinster Fassung können wir die Interpersonalität mit *Emmanuel Levinas* als ein *Entre nous* verstehen (vgl. *Levinas* 1991).

Der Beginn einer systematischen Erforschung der Interpersonalität und ihres Umfeldes liegt kaum mehr als 100 Jahre zurück. Grundsätzlich gilt, dass nach Interpersonalität erst gefragt wurde, als das **Zwischen, Mit** und **Unter-uns** keine Selbstverständlichkeit mehr darstellte, sondern eine Leistung und ein Problem aufgrund spezieller Krisen oder allgemeiner Kontingenz der Gesellschaftsordnung, so dass eine gewisse Andersheit des anderen Menschen in den Mittelpunkt treten konnte. In der Konsequenz dessen konnte man nicht mehr mit *Aristoteles* behaupten, dass die Frau auf die Ergänzung durch den Mann hinsichtlich der Familie angelegt und dass der Mitbürger eine Ergänzung meiner selbst im Hinblick auf den Staat sei. Feminismus und »*Multicultural Citizenship*«, wie die Amerikaner mit *Will Kymlicka* sagen, sind die historischen Bewusstseinsformen der entsprechenden gesellschaftlichen Veränderungen.

Zu den theoretisch einflussreichsten Konzepten der Interpersonalität und ihres Umfeldes zählt *Edmund Husserls* »*Phänomenologie der Intersubjektivität*« (Hrsg. Iso

² *Peplau* spricht von »*interpersonal relationships in nursing*«, die deutsche Übersetzung hingegen von **zwischenmenschlichen Beziehungen**. Diese Veränderung in der Sache ist mindestens unglücklich, weil sie die Debatte über den Unterschied von **Mensch** und **Person** überspielt und *Peplaus* Konzept der Stoßrichtung beraubt.

Kern, Den Haag 1973; Husserl 1973), die heute in drei umfangreichen Bänden vorliegt und Manuskripte aus der Zeit zwischen 1905 und 1935 enthält. Das Denken der Intersubjektivität als Lebensaufgabe!

Im Ausgang von *Husserl* entstehen im frühen 20. Jahrhundert zahlreiche Ansätze, die der qualitativen Sozialforschung den Weg ebnen und in deren Mittelpunkt Konzepte wie *Milieu* (Max Scheler, Aron Gurwitsch), *Alltag* und *Lebenswelt* (Martin Heidegger, Alfred Schütz) stehen.

Auf das Werk von *Gurwitsch* und *Schütz*, die jüdische Schüler *Husserls* sind und im amerikanischen Exil überlebten, übte der **amerikanische Pragmatismus** einen gewissen Einfluss aus. Von hier führt eine Brücke zur »*Grounded Theory*«, die den Symbolischen Interaktionismus *George Herbert Meads* und den Pragmatismus von *Dewey* und *Peirce* (Strauss 1994: 152; vgl. Haller 2000) zu ihren Ahnen zählt. Die »*Grounded Theory*« ist von *Anselm Strauss*, *Barney Glaser* und zuletzt auch von der Pflegewissenschaftlerin *Juliet Corbin* entwickelt worden.

Insgesamt stehen die erwähnten Bewegungen für den Entwurf von »*middle-range theories*«, die sowohl für Universalisierungsfragen als auch für Individualisierungsanliegen offen sind. Der (pflgewissenschaftlich definierte) Sozialzusammenhang der Familie ermöglicht schließlich ein historisch gesättigtes und empirisch taugliches Modell mittlerer Reichweite, dessen Kern das Ethos der **familialen Sorge** ist (vgl. Schnepf 2002; Gebring, Kean, Hackmann, Büscher 2001).

Der älteste Vorläufer der modernen Denker der Interpersonalität ist *Ludwig Feuerbach*. Seine zwischen *Hegel* und *Marx* vermittelnden »*Grundsätze der Philosophie der Zukunft*« sind von einer Doppelbewegung gekennzeichnet, deren Scharnier die Personalpronomina **Ich** und **Du** darstellen. Erstmals ist es in der modernen Kulturgeschichte wichtig, den »*Dialog zwischen Ich und Du*« (Feuerbach 1980: § 64/272), den es faktisch immer schon gibt, seitdem Menschen miteinander interagieren, nun auch konzeptionell hervorzuheben. In diesem Sinne kritisiert *Feuerbach* einerseits den Idealismus: »*Der Idealismus hat daher recht, wenn er im Menschen den Ursprung der Ideen sucht, aber unrecht, wenn er sie aus dem isolierten ... Ich ohne ein sinnlich gegebenes Du ableiten will. Nur durch Mitteilung, nur aus der Konversation des Menschen mit dem Menschen entspringen Ideen. ... Zwei Menschen gehören zur Erzeugung des Menschen – des geistigen so gut wie des physischen: Die Gemeinschaft des Menschen mit dem Menschen ist das erste Prinzip und Kriterium der Wahrheit und Allgemeinheit.*« (ebd.: § 42/256) Trotz dieser radikalen Anbindung von Wahrheit und Allgemeinheit (höhere Werte sind kaum denkbar!) an das offenbar keineswegs triviale Ereignis, dass Ich und Du miteinander im Dialog stehen, will *Feuerbach* den Idealismus andererseits doch noch realisieren: »*Mensch mit Mensch – die Einheit von Ich und Du ist Gott.*« (§ 62/271)

Ein ebenso deutliches Gewicht auf den Konnex des Menschen mit dem anderen Menschen legt *Martin Bubers* 1923 entstandenes **Dialogische Prinzip**, dessen Zentrum die Begegnungssituation und die Beziehung zwischen **Ich** und **Du** ist, welche alle gesellschaftlichen Vermittlungen durchbricht und den Menschen erst zum Menschen

macht. Eine weitere Quelle des Dialogischen ist schließlich *Franz Rosenzweigs »Stern der Erlösung«* (1921), der zwischen Juden- und Christentum angesiedelt ist.

In historischer Nachbarschaft zu diesen und anderen Tendenzen hebt im Bereich der Heilberufe mit *Victor von Weizsäcker* die Bewegung der **sprechenden Medizin** an. Diese versteht sich als humane Alternative zur seelenlosen Behandlung von Patienten und betrachtet daher die Beziehung von Arzt und Patient als einen Dialog zwischen Ich und Du. Weizsäcker begründet die Tradition des **guten Arztes**, die bis in unsere Gegenwart reicht und die in *Klaus Dörner* einen zeitgemäßen Repräsentanten gefunden hat. *Dörner* fügt der ärztlichen Anthropologie und Hermeneutik noch die Ethik des anderen Menschen als Leitfaden hinzu (vgl. *Schnell* 2004a; *Schnell* 2005a).

Von einer spezifischen Interpersonalität in der Pflege, um noch einmal an *Peplaus* Formulierung anzuknüpfen, kann im Zusammenhang mit der Altenpflege die Rede sein, da in diesem Feld die Versorgung und Begleitung als Lebensform und als quasi sprechende Pflege zu gestalten ist. Gute Pflege ist an die Einlösung einer Verantwortung für den bedürftigen Menschen gebunden (vgl. *Schwerdt* 1998). Pointiert gesagt: aus der pflegespezifischen Antwort auf die zentrale Frage »*what it means to be a Person*« folgt, dass Nursing und Caring dasselbe bedeuten (vgl. *Benner, Wrubel* 1989).

Maßgebliche Einsichten für den Bereich der Demenz hat *Tom Kitwood* der Interpersonalität abgewonnen. Menschen mit Demenz sind anders als wir. Sie haben dennoch die volle Menschenwürde und sind Menschen und Personen, die wir vom Zusammenleben her begreifen müssen (vgl. *Kitwood* 1997).

1.3 Pflegewissenschaft

Die im Rahmen des Studiengangs der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke entstandenen Arbeiten zur **Ethik der Interpersonalität** sind empirisch ausgerichtet und entgehen der Möglichkeit nach der Gefahr, Ethik als ohnmächtige Forderung zu missachten.

Das Ziel der empirisch angelegten Arbeiten ist es, die Gestalt des ethischen Schutzbereiches der Interpersonalität zu beschreiben.

In diesem Sinne zeigt *Sabine Metzger* in ihrer Arbeit »*Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts auf einer Intensivstation*«, dass die Beziehung zu Angehörigen für Patienten, die ihre Situation gar als existenzielle Krise erleben, unverzichtbar ist, um in der Welt überleben zu können. Angehörige werden dabei von Patienten nicht als **Besucher** wahrgenommen, also nicht als eigentlich dem Kontext unzugehörige Personen, sondern als Vermittler zwischen gewohntem Leben und Krankenhaus.

Barbara Kuhlmann geht dem Problem der »*Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen*« nach und arbeitet detailliert heraus, wie die Ange-

wiesenheit beider Personengruppen in der Sorge um den kranken Menschen durch Konflikte und Unzufriedenheit hindurch eine Gestalt gewinnt.

Beide Arbeiten (Metzing, Kuhlmann) sind in den **Wittener Schriften** bereits veröffentlicht, und zwar in dem von Angelika Abt-Zegelin herausgegeben Band »Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing«.

An dieser Stelle sollen nun vier weitere neue Studien präsentiert und publiziert werden.

Sandra Renneke gewährt mit ihrer Arbeit »Die Pflege dementer Menschen. Eine Studie über Interaktionen zwischen dementen Menschen und Pflegenden« einen Einblick in die fremde Welt des Pflegeheims. Demenz besagt, dass Menschen auf gewisse Weise nicht in demselben Bedeutungsuniversum leben. Sehr viele Interaktionen sind problematisch, der kommunikative Erfolg ist schwierig, wenn nicht gar unwahrscheinlich. Interaktion ist dem Konzept nach dennoch unverzichtbar für die pflegebedürftigen Menschen und für die Pflege selbst auch, sofern sie ohnehin aus kommunikativen Handlungen besteht. Unter den Bedingungen des Pflegeheims erweisen sich, so Renneke, Interaktionen als sehr reduziert. Sie sind das Gegenteil von lebendig, erfüllt und aufbauend. Nach Buber resultiert aus der Begegnung zwischen Ich und Du, dass sich die Menschlichkeit des Menschen entfaltet. Die Interaktionen im Pflegeheim erinnern hingegen, um es mit Zygmunt Bauman zu sagen, an **Vergegnungen**, also an Konfrontationen von Menschen, welche potentiell Inhumanität freisetzen (vgl. Bauman 1995: 229 ff.). Die Pflegenden treten im Habitus des Paternalismus auf; Zuwendung und Dominanz werden tendenziell ununterscheidbar. Renneke untersucht den asymmetrischen Aufbau der sozialen Atmosphäre. Aktivitäten und laute Betriebsamkeit durch die Pflegenden entsprechen Inaktivität und Stille, ja Isolation auf der Seite der Insassen. Aufgrund ihres qualitativ-ethnographischen Ansatzes kann die Forscherin zeigen, dass der Schutzbereich der Interaktionen erheblich viel besser gewährleistet werden könnte, wenn in der Pflegepraxis mehr Wissen über Menschen mit Demenz verbreitet wäre.

Die als »Grounded Theory« konzipierte Studie »Mitverantwortung in existentiellen und krisenhaften Situationen – Erfahrungen von Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung mit palliativen Versorgungsstrukturen« von Jörg W. Haslbeck untersucht Interaktionen, die durch die Gegenwart dritter Personen vermittelt sind. Angehörige begleiten zu Hause sterbende Familienmitglieder und werden dabei durch ambulante Pflegekräfte unterstützt. Im Zentrum der häuslichen Sterbeversorgung steht die Verantwortung der Angehörigen für die sterbende Person. Die professionellen Helfer unterstützen die Angehörigen durch Bestätigung, Krisenmanagement, Entlastung. Sie schaffen auf diese Weise eine Freiheit, die unverzichtbar ist, um Sterben möglichst würdig gestalten zu können. Mitverantwortung bedeutet, dass ohne die Unterstützung der Dritten (professionelle Helfer) die interpersonale Beziehung zwischen Angehörigen und sterbendem Menschen nicht gelingen könnte. Wer als Angehöriger mit der Last seiner Verantwortung allein gelassen wird, droht zu scheitern und vor der möglicherweise übermächtigen Aufgabe zu versagen. Die Mitverantwortung ist insofern, präzise gesagt, eine Verantwortung für die Verantwortung der Angehörigen gegenüber der sterbenden Person. Sie wiegt dadurch gelegentlich doppelt.

Interpersonalität in Form des **Patientenkontaktes auf onkologischen Abteilungen** lässt sich **im Vergleich der Berufsgruppen Medizin und Pflege** auf den Doppelnenner »*Verantwortungsbewusste Experten und Virtuosen der Empathie*« bringen. *Manuela Eicher* wendet sich Menschen zu, die auf onkologischen Stationen anzutreffen sind und die bis zu ihrem Tod einen oft erheblichen Bedarf an Begleitung und Kontakt haben. *Eicher* fragt von hier aus nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden des Patientenkontakts von Medizinerinnen und von Pflegenden, jeweils im Hinblick auf dieselben Patienten. Das Design der Studie orientiert sich an dem praxeologischen Konzept des französischen Sozialphilosophen *Pierre Bourdieu*, welches gleichermaßen quantitative und qualitative Daten zu erheben erlaubt, jedoch nicht durch eine Methodenmischung, sondern aufgrund eines vor allen Ausdifferenzierungen gelegenen Ausgangspunktes, der durch die Begriffe **Habitus, Feld und Kapital** gekennzeichnet ist. Das Ergebnis der Untersuchung bringt drei Dinge ans Licht. Die Berufsgruppen verfolgen zunächst ein tendenziell unterschiedliches Ideal des Patientenkontakts. Mediziner verstehen sich als Vermittler privilegierten Expertenwissens und als Aufklärer, sie betrachten den Patienten damit zugleich als autonomes Individuum. Pflegende wollen hingegen Caritas und Empathie leben. Die zweite Erkenntnis besagt nun, dass beide Berufsgruppen aus unterschiedlichen Gründen ihr jeweiliges Ideal verfehlen. Ärzte müssen erkennen, dass Patienten nicht alle krankheitsbezogenen Informationen verstehen und dass ein Ausweichen auf Gewohnheitsmetaphern (»*Das Herz müssen Sie sich wie eine Pumpe vorstellen.*«) den Charakter der Aufklärung verfehlt. Pflegende, die ihre »Patienten lieben«, realisieren ihrerseits, dass sie mit unerfüllbaren Ansprüchen konfrontiert werden. Es muss eine Rangordnung her, die die Zuwendung regelt und dosiert. Das widerspricht allerdings dem klassischen Ethos der Pflege! Schließlich gilt, dass beide Berufsgruppen mit dieser Differenz von Ideal und Realität zu leben versuchen, so gut es eben geht. Beide haben ein unglückliches Bewusstsein: Sie wollen alles, verfehlen es und wissen darum. Wer diese Situation nicht aushält, wird seinen Beruf aufgeben müssen. Aus *Eichers* Studie resultiert, dass das klassische Ethos der Heilberufler kritisch befragt werden muss.

Die ethische Grundsituation der Interpersonalität ist für den Arzt und den Pfleger jeweils eine andere. Pflegende sind (wie etwa auch Kellner) durch ihre Ansprechbarkeit definiert: »*Hallo Schwester!*« Die **Bitte des Nächsten** ist hier der dauernden **Intervention eines Dritten** ausgesetzt. Es wird von der Schwester stets mehr Zuwendung erwartet als zu geben möglich ist, so dass sie sich fragt, wer denn ihr Nächster ist.

Völlig anders ist die Grundsituation des Arztes. Er spricht von sich aus an. »*Der Nächste bitte!*« schafft als Imperativ eine geordnete Dyade. Interpersonalität im Sprechzimmer bedeutet, dass in der Tat nur Ich und Du unter Abwehr der Intervention Dritter anwesend sind – häufig zu Unrecht, wenn es sich etwa um Angehörige des Patienten handelt.

Thorsten Langer macht von dieser Differenz gegenüber der Pflege Gebrauch. In seiner Untersuchung über die **zwischen Individualität und Funktionalität** sich bewegende **Arzt-Patient-Beziehung** wird gezeigt, wie chronisch lungenkranke Menschen eine kommunikative Beziehung zu ihrem Hausarzt aufbauen und als solche leben. In der als »Grounded Theory« konzipierten Studie wird die Schwelle thematisiert, deren

Überschreitung einen Menschen dazu veranlasst, den Hausarzt zu konsultieren und damit das häusliche System der Selbstsorge für nicht mehr ausreichend zu erklären. Es geht somit darum, wie aus einem Menschen ein Patient wird! Langer zeigt, dass sich die Patienten weder auf das Modell des Paternalismus (als hilflose Kinder) noch auf das des Managed Care (der Patient als Kunde) festlegen lassen. Sie spinnen sich vielmehr in die Beziehung ein, verpflichten sich auf einen Codex gegenüber dem Arzt (»Man muss die Tabletten schon nehmen, sonst kann er einem auch nicht helfen.«), erwarten von diesem aber auch entsprechende Leistungen. Patienten betrachten die Begegnungen in der Sprechstunde stets im Licht eines längeren zeitlichen Verlaufs. Ob eine Einzelbegegnung gelungen war, liegt nicht nur in ihr selbst begründet, sondern auch in einer Kontinuität. Ein Arztbesuch muss kohärent in die Tradition der anderen Besuche bei demselben Arzt passen. Erst dann entwickeln sich ethische Dimensionen wie **Offenheit, Vertrauen, Respekt, gute Kommunikation**. Einen offenbar stets kritischen Punkt bildet die Frage, ob der interpersonale Dialog auch die Möglichkeit bietet, Konflikte der Beziehung im Sinne einer Alternative zum kompletten Arztwechsel zu thematisieren und zu lösen.

1.4 Ergebnisse

Zusammenfassend und abschließend können aus den Wittener Forschungen fünf Ergebnisse formuliert werden.

- 1) Die Qualität der **Interpersonalität** ist eine Asymmetrie, allerdings keinesfalls einfach zu Gunsten der Pflegenden und der Ärzte und zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen und Patienten. Der Deutungsautorität des Heilberufers steht ein Wissensvorrang des Patienten gegenüber, der in der Tatsache gründet, Experte in der eigenen Angelegenheit zu sein. Ob diese Expertise auch angemessen zur Geltung kommen kann, hängt nicht zuletzt von institutionellen Bedingungen und der Vulnerabilität einer Person ab.
- 2) Eine **Vulnerabilität** ist stets gegeben. Menschen mit Demenz, sterbende Menschen, onkologische Patienten sind vulnerabel, aber auch Menschen, die mit einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit leben, schon allein durch die Luftnot, die sie erleiden und die das Helfen des Arztes quasi augenblicklich herausfordert. Die Vulnerabilität ist immer auch abhängig von der jeweiligen Autonomie. Als Patient eines Hausarztes dürfte die Autonomie größer sein als im Heim, weil der Hausarzt sich vielmehr der Alltagsnormalität seiner Patienten angleichen muss als die Wirklichkeit eines Heims. Ein Heim kann auch zur Heimat werden, aber nur dann, wenn die Insassen keine Anbindung an andere mögliche Lebenswelten haben.
- 3) **Ethik** als empirisches Phänomen zu betrachten heißt, nicht vom idealen Wahren, Guten, Schönen (*Platon*) auszugehen, welches im Gegensatz zur Realität steht. Das Ethische der Interpersonalität wird vielmehr im Durchgang durch die Pflege- und Lebenspraxis erschlossen.
- 4) Das Ethische, welches in der Gesundheitsversorgung durch Interpersonalität realisiert wird, ist ein **Schutzbereich** für pflegebedürftige und kranke Menschen. Die offensichtliche Tatsache, dass dieser Schutzbereich nicht in allen Fällen die

Menschenwürde zu garantieren vermag, liegt darin begründet, dass die Interpersonalität nicht der einzige ethische Gesichtspunkt in der Pflege und in der Gesundheitsversorgung sein kann.

- 5) Die Erkenntnis, dass auch verallgemeinerbare Standards und die Vergleichbarkeit ethischer Anliegen durch Institutionen, wie sie etwa geeignete Assessmentinstrumente darstellen könnten (vgl. *Bartholomeyczik, Halek* 2004), eine hohe ethische Bedeutung besitzen, stellt schließlich ein ebenso wichtiges Ergebnis dar wie die Einsichten in die qualitativen und personalen Eigenarten der Pflege und der Gesundheitsversorgung. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, dass im Bereich der Interpersonalität der Gesundheitsversorgung Ethik und Dienstleistung einander überschneiden. Der Andere ist, wie *Gerhard Schulze* sagt, hier zugleich **Kunde** und **Gegenüber**.

1.5 Entwurf einer Theorie des medizinischen Feldes

Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um Binnenergebnisse, da sie eine Explikation des Selbstverständnisses derer darstellen, die am erwähnten Paradigma teilhaben. Eine solche Explikation reicht allerdings nicht aus, wenn man, wie hier beansprucht, Ethik als empirisches Phänomen betrachten möchte. Es kommt nämlich darauf an, die erwähnten Ergebnisse zusätzlich auch zu objektivieren, d. h. von außen zu betrachten. Anders gesagt: die Ethik der Interpersonalität ist im Rahmen einer Theorie des medizinischen Feldes, die ich an dieser Stelle nur sehr grob skizzieren kann, zu behandeln. Es soll deutlich werden, dass die empirische Gestaltung von Interpersonalität Konflikten abgerungen werden muss und sich somit nicht in erster Linie der Anwendung einer allgemeinen Ethik verdankt³.

Im Ausgang vom Werk *Pierre Bourdieus* ist unter einer **Theorie des medizinischen Feldes** ein Ansatz zu verstehen, der die Stellungen und Positionen, die die Heilberufe und die Wissenschaften der Heilberufe zueinander einnehmen, erläutert (vgl. *Greiving* 2002; *Karrer* 1995; *Moser* 1996; *Schnell* 1995: 170 ff., *Schnell* 2000; *Schnell* 2002b; *Schnell* 2003; *Schnell* 2005b; *Wainwright* 2001).

Die Heilberufe und deren Wissenschaften verhalten sich unterschiedlich zueinander: ergänzend, unterstützend, aber auch abstoßend und sich in symbolischer Hinsicht bekämpfend. Das bedeutet für den uns an dieser Stelle interessierenden Zusammenhang, dass die Frage, welche Anthropologie, Ethik und Wissenschaftstheorie in den Heilberufen gelten soll, höchst umstritten ist. Ihre Geltung steht in einem Zusammenhang mit Fragen der Gesundheitspolitik im weitesten Sinne. Ob der Patient als

³ Die folgenden Überlegungen gehen auf die Arbeit meines viersemestrigen Bourdieu-Kolloquiums der Jahre 2002 und 2003 zurück. Unter den Teilnehmern möchte ich besonders *Manuela Eicher*, *Manuela Galgan*, *Jörg Haslbeck*, *Claus Jacobs*, *Thorsten Langer* und *Ursa Neuhaus* hervorheben.

schwacher und bedürftiger Mensch oder eher als Kunde gesehen wird, ist ein möglicher Ausdruck dieses Zusammenhangs.

Für die **Theorien der Ethik** gilt somit, dass die Ethik als Schutzbereich und die eingangs erwähnte Angewandte Ethik unterschiedliche Positionen im medizinische Feld innehaben, denn sie sind dem Menschen in seiner versorgungsrelevanten existentiellen Situation unterschiedlich nahe. Grundsätzlich gilt: Je näher eine Ethik den klassischen Vorstellungen der Philosophie über die Vernünftigkeit des Menschen steht, desto ferner ist sie dem kranken, pflegebedürftigen oder behinderten Menschen!

Eine tiefer gehende Analyse hätte die **Habitusformen** der Heilberufler in Deutschland und in anderen europäischen Ländern – und das heißt auch die verkörperten Selbstverständlichkeiten – zu erklären, zu denen nicht zuletzt Faktoren von Macht und Strategie zählen, welche wiederum eine ganze Reihe von Oppositionen ausmachen.

Medizin ist eine Profession, die Pflege nicht, denn sie unterstützt die Medizin. Die Medizin spricht, Pflege und Therapie haben keine eigenen Sprachen. Medizin ist ein Konzept, Pflege ist eine emotionale Angelegenheit. Der Arzt sieht (auf der Visite), Therapie und Pflege berühren (Haut). Medizin ist männlich, die helfenden Berufe sind weiblich. Krankenschwestern, die Medizin studieren, entwerten den Arztberuf. Krankenschwestern, die als Krankenschwestern neue und andersartige Konzepte der Gesundheitsversorgung ausbilden (dazu zählt auch die Institution einer Wissenschaft von der Pflege), drohen das medizinische Feld zu revolutionieren und haben daher mit erhöhtem Widerstand zu rechnen. Der Begriff der Medizin (und der des Feldes) ist plötzlich umstritten. Soll die Gesundheitspolitik in Krankenhäuser und in Ärzte oder in die pflegerische Versorgung in der Community investieren? Gelungene Verbindungen beider Momente finden kaum öffentlichen Ausdruck, da für sie kein Schema existiert. Die Wochenzeitung »Die Zeit« stellt den 37-jährigen Cord Meyer mit den Worten »Früher war er Krankenpfleger, jetzt leitet er zwei Kliniken« als einen »Seitenwechsler« vor (Nr. 47, 13. Nov. 2003: 77). Entweder pflegen oder managen, Verrat oder Aufstieg, eine dritte Form ist ausgeschlossen!

Ein konstitutiver Konflikt im Zusammenhang mit dem Habitus betrifft die Frage, was überhaupt der legitime Gegenstand des je führenden Heilberufs und seiner Wissenschaft ist. Ist es ein Organ, das Herz, das Gehirn, die Haut, die Lebenswelt und der Alltag, sind es Symbole und Begriffe? Kommt es auf Nähe und/oder Ferne zum Patienten an? Was ist eigentlich Gesundheit? Worauf bezieht sie sich, auf die Organfunktionen oder die Lebensqualität? Die Analyse zeigt, dass all diese und andere Möglichkeiten nie zugleich als geltend angesehen werden, obwohl sie alle bedeutend sind.

Die Heilberufe und deren Wissenschaften als in einem Feld positioniert zu denken heißt, einen beweglichen und veränderbaren sozialen Raum anzunehmen. Im Unterschied zu rein akademischen Fächern (Geisteswissenschaften) sind die Heilberufe und deren Wissenschaften Praxisdisziplinen, die einerseits auf eine Wissenschaft verweisen und andererseits auf ein strukturiertes Berufsfeld. Die Beweglichkeit und Veränderbarkeit betrifft die Variabilität des Ansehens und des Wertes dessen, was die Geltung der Expertise der jeweiligen Disziplin ausmacht.

Die Medizin ist eine Profession, der im Unterschied zu anderen Praxisdisziplinen allerdings die Ehre zukommt, den höheren Fakultäten zugerechnet zu werden. Die Pflege wird in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 verstärkt als Profession angesprochen. Pflege nach eigener Maßgabe, ohne in der Assistenz für Ärzte aufgehen zu müssen! Die Einführung einer Wissenschaft von der Pflege zu Beginn der 90er Jahre unterstützt diesen Prozess und bedingt zugleich neue Diskussionen.

Insgesamt ist die Geltung einer Praxisdisziplin von mindestens drei Relationen abhängig. Es ist zunächst bedeutsam, welche Art von Wissen die Disziplin in den Mittelpunkt ihres Selbstverständnisses stellt. Die moderne Skala reicht von natur- und biowissenschaftlichem über sozialwissenschaftliches bis zum geisteswissenschaftlichen Wissen. Es stellt sich weiterhin die Frage, in welchem Maße die Wissenschaftlichkeit der Praxisdisziplin von der Berufspraxis als – wie man heute vielleicht sagen würde – Evidenzlieferant anerkannt ist. Letztlich geht es um die Frage, ob die Praxisdisziplin in jedem Fall an das Studium der Wissenschaftlichkeit gebunden sein muss und somit bei den Aspiranten höhere Bildungsabschlüsse voraussetzt oder ob sie (etwa durch einen Berufsverband) zumindest Bereiche als reine Lehrberufe für Eigentümer niedriger Bildungsabschlüsse definiert und damit auf die Anerkennung dieser Bereiche in den höheren Professionen und Fakultäten verzichtet. Diese Frage berührt durch den Laufbahneffekt den Prozess gesellschaftlicher Wandlung, und zwar, indem bestimmte Heilberufe ihren Inhabern einen sozialen Aufstieg ermöglichen, gemessen an deren sozialer Herkunft.

Neben Habitus und Feld ist schließlich auch das **Kapital** zu berücksichtigen. Kapital ist das, was den anerkannten Wert einer Disziplin im Feld der Positionen der Heilberufe und der Wissenschaften der Heilberufe ausmacht. Hoch angesehen sind Praxisdisziplinen, die viel Kapital haben, also hohes Ansehen genießen, weil sie stark anerkannt werden und daher in einer symbolischen Auseinandersetzung relativ viel in die Waagschale zu geben haben.

Der gegenwärtige Streit um die Bioethik ist in gewisser Hinsicht auch ein Streit um Worte, d. h. um Interpretationen und Auslegungen. An Kants Frage »*Was ist der Mensch?*« ist nicht allein die Antwort unklar, sondern auch die Perspektive, in der sie formuliert werden soll, darf und kann. Was ist ein Mensch? Wer soll darauf antworten? *Goethe*, der Dichter? *Giacometti*, der Bildhauer? *Rudolf von Virchow*, der Arzt? *Diogenes*, der Philosoph? Oder etwa das *Ego cogito*? Antworten gibt es viele, aber nicht alle gelten gleichermaßen. Die heutige Vormacht der naturwissenschaftlichen gegenüber einer sozialwissenschaftlichen Interpretation wurde zunächst damit erklärt, dass es um die Erforschung pränataler Vorgänge ginge und nicht um die eher sozialwissenschaftliche Frage nach der Begleitung von kranken Menschen. Dieses Argument ist nicht nur einseitig, sondern auch scheinbar unaufhaltsam (vgl. *Bienstein, Schnell* 2004). Im Zeichen der neuen Königsdisziplin, also der Hirnforschung auf neurobiologischer Basis, greift das Auslegungsschema auch auf Bereiche über, die einst als unbedeutend angesehen wurden und damit der stummen und aufopfernden Gefühlsarbeit der Pflege überlassen waren (vgl. *Schnell* 2004b).

Die Deutungsvormacht in der Gesundheitsversorgung geht mit finanzieller Vormacht einher. Wie soll man den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in der Zukunft begegnen? Der Einsatz von Forschungsfinanzzmitteln in der Relation von 6,4:1 zu Gunsten der Gen- und Biowissenschaften und auf Kosten sozialwissenschaftlich orientierter Gesundheitsversorgungswissenschaften zeigt, was am Menschen als relevant und als was der Mensch betrachtet und behandelt wird.

Im Ausgang von *Bourdieu* lassen sich im medizinischen Feld mindestens vier Kapitalsorten voneinander unterscheiden (vgl. *Bourdieu* 1983).

Das **wissenschaftliche Kapital** ist einmal das Gewicht der Disziplin und ihres Vertreters innerhalb der Heilberufe und ihrer Wissenschaften und darüber hinaus das Ansehen derselben im Konzert aller Wissenschaften. Zur Zeit ist die sog. Hirnforschung in der Position der Königsdisziplin. Von ihr wird, wie einst von der Physik oder der Soziologie, alles erwartet. Pädagogische, anthropologische und politische Fragen – scheinbar ist ihr nichts fremd.

Das **soziale Kapital** ist die Gesamtheit der sozialen Beziehungen, die der Vertreter einer Disziplin pflegt und für sich und seine Sache mobilisieren kann. Es macht sich als Mitgliedschaft in Herausgebergremien und Beiräten, in Preisträgerschaften und anderen Ehren bezahlt.

Das **öffentliche Kapital** kann in allgemeiner Prominenz bestehen und ihren Besitzer entweder in die Position eines freien Intellektuellen oder in die eines Beraters von Gesundheitspolitik und Wirtschaft versetzen.

Das **ökonomische Kapital** tritt in Form von Geld und als Macht auf. Ihr Eigentümer verfügt über eine relativ herausragende Stellung innerhalb eines effektiven Apparats.

Diese Kapitalsorten bilden den Einsatz im **Streit der Fakultäten**. Die Fakultäten, die etwa seit den preußischen Reformen zu den obersten zählen, verdanken ihre Position der Tatsache, dass sie als staatstragende angesehen worden sind. Unantastbar ist diese Auszeichnung allerdings nicht, wie wir heute im Zuge einer kompletten Umwertung des Politischen in Zeiten der Globalisierung miterleben.

Mit dem Aufkommen der Pflegewissenschaft beginnen sich Veränderungen in der Gesundheitsversorgung abzuzeichnen, und zwar als mögliche Vorzeichen einer Revolution, um mit *Thomas S. Kuhn* zu sprechen. Neue Begriffe und neue Sachen werden zu etablieren versucht: **Pflegediagnose, Pflegeklassifikation, Assessment-instrument, Evidence-based Nursing, Primary Nursing, Patientenedukation ...** Wie bei fast jeder echten Revolution ist das Feld allerdings von Kraftlinien durchzogen. Vertreter des Medizinrechts fragen 1998, ob Pflegeforschung, ohne die eine Wissenschaft von der Pflege gar nicht existieren könnte, überhaupt erlaubt sei und wenn ja, unter welchen Bedingungen sie es sein könnte (vgl. *Taupitz, Fröhlich* 1998; *Molkentin* 1999). Sollten pflegerische Forschungsvorhaben nicht ärztlicher Leitung unterstellt werden, damit sie die Hürden des Forschungsbetriebs leichter meistern können (vgl. *Gerhards et al.* 1999)? Die Anmaßung, die in diesem wohlmeinenden Paternalismus steckt, ist vermutlich mit dem Vorschlag vergleichbar, dass die medizinische Fakultät der theologischen Fakultät untergeordnet werden sollte.

In gewisser Hinsicht ist die abgrenzende Hierarchisierung der Disziplinen immer einseitig, weil die Medizin eigentlich ein »gemischter Diskurs« (M. Foucault) ist, so dass Koalitionen auch anders denkbar wären. In seiner Analyse des Aufbaus der medizinischen Fakultät zeigt Bourdieu, dass in der Medizin das Wissenschaftliche und das Soziale als Komponenten eines Gegensatzes auftreten und eine Dynamik in diesem Bereich bedeuten (vgl. Bourdieu 1988: 117 ff.). Klinik/Biologie, Kunst/Wissenschaft, Einzelgespräch/Laboranalyse sind entsprechend untergeordnete Oppositionen im Streit um die Definitionsgewalt dessen, was **Gesundheit** sein könnte.

Innerhalb des medizinischen Feldes verlaufen die Grenzen somit nicht zwischen den Professionen und Fächern als solchen, sondern zwischen den Kulturen. Die Pflege findet Anschluss an die Tradition der sprechenden Medizin, beide sind Alternativen zur Differenz von Diätetik und Therapeutik.

In diesem Sinne bildet die **Ethik der Interpersonalität** innerhalb des medizinischen Feldes eine Alternative zur exklusiven Bioethik und zur liberalen Anwendungsethik, indem sie sich orientiert am Schwächsten, an den Erfahrungsmöglichkeiten eines Patienten und an dem Lebens- und Versorgungsalltag des kranken, pflegebedürftigen oder behinderten Menschen. Genau das dürfte von einer Ethik der Heilberufe zu erwarten sein!

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (Hrsg.): Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2004.
- Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2004.
- Bauman, Z.: Postmoderne Ethik. Hamburger Edition, Hamburg 1995.
- Benner, P.; Wrubel, J.: The primacy of Caring – Stress and Coping in Health and Illness. Addison-Wesley, Mass 1989.
- Bienstein, Chr.; Schnell, M. W.: Pflegewissenschaft als Leibwissenschaft und die Herausforderung durch die Biotechnologie. In: Schnell M. W. (Hrsg.): Leib. Körper. Maschine. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 2004, 219–227.
- Bourdieu, P.: Ökonomisches Kapital – Kulturelles Kapital – Soziales Kapital. In: Ders.: Die verborgenen Mechanismen der Macht. VSA, Hamburg 1992, 49–80.
- Ders.: Homo Academicus. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1988.
- Feuerbach, L.: Grundsätze der Philosophie der Zukunft. In: Ders.: Philosophische Kritiken und Grundsätze (1839–1846), Wiesbaden 1980, 192–274.
- Gerhards, K. et al.: Forschung in der Pflege und deutsche Ethikkommissionen. Pflegemanagement/PR-Internet, 9/1999: 34–41.
- Gehring, M., Kean, S., Hackmann, M., Büscher, A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern 2001.
- Greving, H.: Das heilpädagogische Feld. In: Ders., Gröschke, D. (Hrsg.): Das Sisyphe-Prinzip. Gesellschaftsanalytische und gesellschaftskritische Dimensionen der Heilpädagogik. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2002.
- Haller, D. (Hrsg.): Grounded Theory in der Pflegeforschung. Verlag Hans Huber, Bern 2000.

- Husserl, E: Phänomenologie der Intersubjektivität (Hrsg. Kern, Iso), Martinus Nijhoff, Den Haag.
- Karrer, D. (1995): Der Kampf um Unterschiede – Medizinisches Feld und Wandel des Pflegeberufs. *Pflege*, 8/1995: 41–51.
- Kitwood, T.: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber, Bern 1997.
- Levinas, E.: *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Grasset, Paris 1991.
- Molkentin, Th.: Arzt und Krankenpflege: Konfliktfelder und Kompetenzen. *Medizinrecht*, 1/1999: 29–31.
- Moser, C.: Pierre Bourdieu. In: Dies.: *Die Geburt des Patienten*. Edition Soziothek, Bern 1996.
- Peplau, H. E.: *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke*. Verlag Hans Huber, Bern 1997.
- Schnell, M. W.: *Phänomenologie des Politischen*. Fink, München 1995.
- Ders.: Neuere Schriften von Pierre Bourdieu. *Journal Phänomenologie*, 13/2000: 64–75.
- Ders.: Leiblichkeit – Verantwortung – Gerechtigkeit – Ethik. Vier Prinzipien einer Theorie des bedürftigen Menschen. In: Ders. (Hrsg.): *Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen*. Verlag Hans Huber, Bern 2002a, 9–23.
- Ders.: Das religiöse Feld. Pierre Bourdieus Texte zur Ökonomie des Heilsgeschehens. *Journal Phänomenologie*, 17/2002b: 38–41.
- Ders.: Bourdieu und die Philosophie. *Journal Phänomenologie*, 19/2003: 98–107.
- Ders.: Ärztliche Ethik – Against Interpretation? Zum Verhältnis von Hermeneutik und Ethik. In: Friesen, H., Berr, K. (Hrsg.): *Angewandte Ethik im Spannungsfeld von Begründung und Anwendung*; Peter Lang, Frankfurt/M. 2004a, 327–342.
- Ders.: Demenzkranke Menschen pflegen. *Sven Linds Grundlagen, Strategien und Konzepte. Pflege*, 3/2004b: 56–57.
- Ders.: Verantwortung als Antitotalitarismus. *Journal Phänomenologie*, 23/2005a: 41–48.
- Ders.: Art. Feld. In: Vetter, H. (Hrsg.) (2005): *Lexikon der Phänomenologie*. Kröner, Stuttgart 2005b, 86–91.
- Schnepp, W. (Hrsg.): *Angehörige pflegen*. Verlag Hans Huber, Bern 2002.
- Strauss, A.: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Fink, München 1994.
- Schwerdt, R.: *Eine Ethik der Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber*. Verlag Hans Huber, Bern 1998.
- Taupitz, J., Fröhlich, U.: Dürfen Pflegekräfte eigenständig klinisch forschen? *Medizinrecht* 6/1998: 257–261.
- Wainwright, St. V.: Various books by Pierre Bourdieu. *Nursing Philosophy*; Vol. 2/2001: 127–139.

2 Die Pflege dementer Menschen – Eine Studie über Interaktionen zwischen dementen Menschen und Pflegenden

Sandra Renneke

2.1 Einleitung

Demenzerkrankungen stellen ein immer weiter zunehmendes Problem der industrialisierten Welt dar. Man geht davon aus, dass gegenwärtig allein in Deutschland rund eine Million Menschen von einer Demenz betroffen sind (Füsgen 1995: 14). Aufgrund der zu erwartenden demographischen Entwicklung der kommenden Jahre ist zudem mit einem weiteren Anstieg der Zahl zu rechnen. Bisher ist es auch nach intensiver Forschung nicht gelungen, sämtliche Ursachen und beeinflussende Faktoren der verschiedenen Formen der Demenz aufzudecken. Ebenso mangelt es an Behandlungsmöglichkeiten und wissenschaftlich überprüften Konzepten zum Umgang mit Betroffenen.

Die Situation dementer Menschen und ihrer Angehörigen sowie die Pflege der Betroffenen ist heute ein viel diskutiertes Thema in den Medien. Oftmals werden durch Berichte in Fernsehen und Presse Ängste vor einem Alter in völliger Verwirrtheit und Abhängigkeit geschürt. Das Leben dementer Menschen wird in der Gesellschaft weitgehend als nicht lebenswert empfunden, wobei den Betroffenen meist jegliche Persönlichkeit, Erfahrung und Kompetenz abgesprochen wird. Neben anderen Wissenschaftszweigen hat sich in den vergangenen Jahren auch die Pflegewissenschaft in verschiedenen Ländern der problematischen Situation dementer Menschen gewidmet.

2.2 Problemdarstellung

Die Interaktion mit Patienten ist »essentiell für pflegerisches Handeln« (Brodish 1982). »Um pflegerische Handlungen planen zu können, die authentische Probleme der Patienten berücksichtigen« (Faulkner 1992: 32), und um Ziele und Bedürfnisse realistisch einschätzen zu können, bedarf es einer Verständigung zwischen Pflegenden und Patienten. In diesem Sinn ist die Pflege von älteren, kranken oder behinderten Menschen abhängig von der Effektivität der Kommunikation.

Interaktionen mit dementen Menschen stellen dabei besondere Anforderungen an Pflegende. Trotz unterschiedlicher Symptome dementieller Erkrankungen, die zudem je nach Stadium variieren können, wird beschrieben, dass demente Menschen »in allen Bereichen der Interaktion Defizite aufweisen« (Athlin, Norberg 1987a). Ihnen wird eine mangelnde Harmonie zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation bescheinigt, sie scheinen Schwierigkeiten in der wechselseitigen Kommunikation zu

haben, ihre verbalen und nonverbalen Signale sind eher unklar, und letztlich ist auch ihre Fähigkeit zur Interpretation sowie ihre Motivation eingeschränkt (*ebd.*).

Professionell Pflegende, die mit der Betreuung und Versorgung dementer Menschen betraut sind, erleben den täglichen Umgang und die Interaktion mit den Betroffenen meist als belastend. Sie sind für ihre Tätigkeit darauf angewiesen, einen Kontakt zu Patienten herzustellen, um pflegerische Handlungen durchführen zu können, benötigen aber auch eine Rückmeldung, um den Erfolg ihrer Intervention einschätzen und bewerten zu können. Bei der Pflege dementer Menschen erleben sie dies jedoch als extrem schwierig und fühlen sich nur unzureichend dafür ausgebildet (*Schröder 1999*). Es entstehen vielfach Schwierigkeiten bei der Interpretation des kommunikativen Verhaltens dementer Menschen, die bei Pflegenden Stress, emotionalen Rückzug und ethische Konflikte zur Folge haben können (*Berg et al. 1998*). Pflegende artikulieren häufig Gefühle der Frustration (*Lee 1991*) und Hilflosigkeit (*Schröder 1999*) oder »können in ihrer Tätigkeit keinen Sinn mehr sehen« (*Ekman et al. 1991*). Besonders der Umgang mit »auffälligen« Verhaltensweisen und dem Verlust kommunikativer Fähigkeiten macht die Pflege dementer Menschen zu einer anspruchsvollen und extrem belastenden Aufgabe (*Whall 1989; Richter et al. 1995; Lee 1991; Algase et al. 1996*). Zudem fühlen sich Pflegende oft überfordert durch einen »Mangel an Zeit, Anerkennung und Solidarität« (*Grond 1997: 42*).

Auch demente Menschen leiden stark unter der problematischen Verständigung. Sie erfahren Interaktionen mit Pflegenden oft als negativ (*Ekman et al. 1991; Hallberg et al. 1993; Kovach, Meyer-Arnold 1996*) und werden in einigen Fällen sogar mit körperlicher Gewalt und Aggression konfrontiert (*Hallberg et al. 1995*). Das so genannte störende Verhalten kann zudem einen Hinweis darauf geben, dass Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen nicht erfüllt oder stressreiche Erfahrungen gemacht werden (*Sabat 1994; Kovach, Meyer-Arnold 1996; Cohen-Mansfield 1999*). Insgesamt werden demente Menschen »entpersonalisiert« (*Kitwood 2000: 75*).

2.3 Literaturüberprüfung

Verschiedene Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Pflegende in Institutionen der Altenpflege auffallend wenig mit älteren Menschen interagieren (*Lipman et al. 1979; Baltes et al. 1983; Armstrong-Esther, Browne 1986; Salmon 1993*). Entscheidend für die Häufigkeit des Kontaktes zu Pflegenden scheint dabei das Ausmaß geistiger Orientiertheit der Bewohner zu sein (*Ekman et al. 1991*). Zudem konnte beobachtet werden, dass demente Menschen hauptsächlich während pflegerischer Handlungen Möglichkeiten zur Interaktion erhalten (*Liukkonen 1992; Salmon 1993*). Dabei ist die verbale Kommunikation von Seiten der Pflegenden überwiegend tätigkeitsorientiert (*Edberg et al. 1995; Hallberg et al. 1993; Kovach, Meyer-Arnold 1996; Wagener et al. 1998*), Interaktionen werden von ihnen initiiert (*Armstrong-Esther, Browne 1986; Wagener et al. 1998*) und dominiert (*Edberg et al. 1995; Wagener et al. 1998, Wagener 1998*).

Es konnten zudem verschiedene Einflussfaktoren für die Interaktion zwischen Pflegenden und dementen Menschen in einer Institution identifiziert werden. Neben den jeweiligen individuellen Charakteristika der Interagierenden spielt die unmittelbare Umgebung eine Rolle, aber auch die Arbeitsorganisation, das Wissen, die Einstellungen und Haltungen Pflegender, sowie übergeordnet auch die Philosophie der Pflege (Athlin, Norberg 1987a). Fähigkeiten und Verhaltensweisen dementer Menschen standen jedoch bislang nur vereinzelt im Fokus der Forschung.

Insgesamt wurden demente Menschen überwiegend aus einer defizitorientierten Perspektive betrachtet, wobei Pflegenden die Aufgabe zukommt, Defizite zu erkennen und auszugleichen. Die überwiegende Mehrheit an Skalen, die in der Demenzpflege zur Einschätzung der Betroffenen verwendet werden, basieren ebenfalls »auf defizitären Modellen statt auf Verarbeitung, Erlebniswelt und Kontaktmöglichkeiten« (Kooij 2000: 71). Des Weiteren wurden in bisherigen Studien vornehmlich Beobachtungen spezifischer Pflegesituationen oder einzelner Aspekte der Interaktion vorgenommen.

2.4 Ziele der Studie

Das zentrale Ziel der Studie war es, Interaktionen zwischen Pflegenden und dementen Menschen zu beschreiben und deren Bedeutung zu verstehen. Ein spezieller Fokus wurde dabei auf die Art des Umgangs miteinander gelegt, in dem sich grundlegende Regeln und Haltungen innerhalb der Lebenswelt dieser Menschen widerspiegeln.

Damit sollte insgesamt ein besseres Verständnis für Verhaltensweisen und Kommunikationsformen dementiell erkrankter Menschen und Pflegender in der gemeinsamen Interaktion erreicht werden. Zudem sollten Handlungen aufgedeckt werden, die als Kompetenzen dementer Menschen in der Interaktion zu bewerten sind und die einen Anhaltspunkt für Strategien zur Förderung der betroffenen Personen bieten.

Für die Untersuchung ergaben sich daraufhin folgende Fragestellungen:

- Wie interagieren dementiell erkrankte Menschen und Pflegende miteinander?
- Welche kommunikativen Handlungen lassen sich beobachten?
- Welche Bedeutung haben diese Handlungen für die Beteiligten?

2.5 Methodologie

2.5.1 Design der Studie

Die Studie dient der Beschreibung und dem Verstehen von Interaktionen zwischen Pflegenden und dementen Menschen. Dabei wird das Phänomen, die Interaktion, im natürlichen Setting beobachtet. Dies erfordert die Arbeit im Forschungsfeld. Es wurde daher ein qualitatives Design gewählt, das sich an einem ethnographischen Forschungsansatz orientiert.

Ich⁴ wählte eine Form der teilnehmenden Beobachtung, wobei ich versuchte, die Rolle einer Besucherin einzunehmen, die so viel wie möglich über den Ort, an dem sie sich aufhält, und den Umgang der dort lebenden Menschen miteinander erfahren möchte. Damit soll sowohl die äußere als auch die innere Perspektive des Feldes erfasst werden, die notwendig ist, um Handlungen und Interaktionen im Sinne der Teilnehmer zu deuten und zu verstehen.

Neben der Beobachtung von Interaktionen wurden zahlreiche intensive Gespräche mit den Teilnehmern geführt, um einen Einblick in die innere Perspektive des Feldes zu erlangen. Diese Einstellungen, Erfahrungen und Gefühle sind wesentliche Daten, um ein komplettes Bild über die Vorgänge im Feld zu erhalten und fließen daher als Feldnotizen mit in die Analyse ein. Meine eigenen Erfahrungen und Reflexionen über meine Rolle als Forscherin im Feld bilden eine weitere wesentliche Datenquelle.

Das Forschungsfeld stellt eine kleine soziale Einheit dar, die durch besondere Regeln, Handlungsweisen und Vorstellungen geprägt ist. Dabei lässt sich die Pflege dementer Menschen als »eine ganz besondere Form des Umgangs mit dem Fremden« beschreiben (Gröning 2000: 91). Die Alltagsgestaltung, der Umgang zwischen Pflegenden und dementen Menschen, wird dadurch wie selbstverständlich bestimmt. Dieser spezifische Umgang miteinander ist den Beteiligten so vertraut, dass es ihnen selbst kaum noch auffällt. Eine außen stehende Person kann dies durch einen flüchtigen Blick ebenfalls nicht erkennen. Mein Ziel war es daher, durch einen ausgedehnten Aufenthalt eben diese selbstverständlichen Umgangsformen, die Kultur der Demenzipflege, zu erkennen, zu beschreiben und in ihrer Bedeutung zu verstehen.

2.5.2 Das Sampling

In der vorliegenden Untersuchung stand das verbale und nonverbale Interaktionsverhalten dementer Menschen und Pflegenden im Zentrum des Interesses. Die Stichprobe setzte sich demnach aus 225 Interaktionen zwischen Pflegenden und dementen Menschen zusammen.

Dabei wurde schrittweise eine Auswahl anhand verschiedener Situationen getroffen, in denen üblicherweise Interaktionen zwischen Pflegenden und dementen Bewohnern zu beobachten sind. Dies umfasste die Mahlzeiten der Bewohner im Aufenthaltsraum sowie die Zeiten dazwischen, in denen sich besonders demente Bewohner dort aufhielten, aber auch geplante pflegerische Handlungen im Rahmen der morgendlichen und abendlichen Körperpflege und dem Essenreichen im Bett. Neben den Interaktionsepisoden konnte ich Daten aus zahlreichen Gesprächen mit Bewohnern und Pflegenden sowie aus eigenen Reflexionen und dem Setting gewinnen.

⁴ Die Ergebnisse dieser Arbeit werden zu einem großen Teil in Form von Beschreibungen alltäglicher Situationen sowie eigener Reflexionen und Empfindungen dargestellt. Daher scheint die Verwendung des wissenschaftlichen Ausdrucks »die Forscherin« dort eher umständlich und unpassend. Um die Ausdrucksform nicht innerhalb der nachfolgenden Ausführungen wechseln zu müssen, wird durchgängig die eher alltagssprachliche Form der Darstellung in der ersten Person gewählt. Damit soll das Lesen erleichtert und das Geschehen besser nachvollziehbar werden.

2.5.3 Das Setting

Das Forschungsfeld war ein Wohnbereich des Pflegeheims »Luisenhof«. Dieser Wohnbereich ist in zwei Etagen aufgeteilt und beherbergt insgesamt 36 Bewohner. Die Beobachtungen wurden jedoch nur auf der unteren Etage durchgeführt, auf der 20 ältere Menschen leben. Es sind dort insgesamt für beide Etagen 17 pflegerische Mitarbeiter in verschiedenen Schichten tätig. Zusätzlich sind auf der unteren Etage zwei hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und ein Zivildienstleistender beschäftigt.

2.6 Datenanalyse

Die Auswertung ethnographischer Forschungsdaten wirft durch ihren multiperspektivischen Zugang und den parallelen Einsatz unterschiedlicher Erhebungsverfahren oft erhebliche Probleme auf (Lüders 2000: 399). In der Literatur werden daher zahlreiche verschiedene Analyseverfahren diskutiert. Die vorliegende Studie zielte in erster Linie darauf ab, Interaktionen zwischen Pflegenden und dementen Menschen in ihrem natürlichen Kontext zu beschreiben und ein Verständnis für die Vorgänge im Feld zu erlangen. Der Schwerpunkt der Datenanalyse liegt demnach auf der umfassenden Beschreibung. Zusätzlich wurde versucht, das Verständnis für das Geschehen durch eine Bildung von Kategorien zu vertiefen. Dabei wurde den Prozessen der qualitativen Datenanalyse, wie sie von Morse und Field (1998) beschrieben wurden, gefolgt.

Das erste Verständnis für die Daten setzte bereits im Zuge der Datenerhebung ein. So konnte schon während der Beobachtungen im Feld ein erstes Gefühl für scheinbar wesentliche Situationen oder Gegebenheiten entwickelt und einzelne atmosphärische Details wahrgenommen werden, die nachher immer deutlicher in den Vordergrund getreten sind. Die Entwicklung von Codes erfolgte nach Strauss und Corbin (1996).

Einzelne Codes und Kategorien konnten aufgrund der zunehmenden Felderfahrung immer wieder verändert oder neu gruppiert werden. Schließlich wurden fünf Kategorien mit einzelnen Subkategorien entwickelt. Dabei wurde deutlich, dass die Kategorien »Isolation«, »Stille«, »Zeit« und »Selbstbilder« den Kontext für die Kategorie »Kontakte« bilden, diese beeinflussen und ihr eine Bedeutung verleihen. Allerdings konnten daraus keine Schlussfolgerungen im Sinne von Bedingungen und Konsequenzen abgeleitet werden. Schließlich konnte die Auseinandersetzung mit bereits bekannten Erkenntnissen der Literatur einzelne Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede und neue Dimensionen der Kategorien aufzeigen.

2.7 Ethische Überlegungen

Bei der Planung einer wissenschaftlichen Untersuchung »sollten Forscher sehr genau Risiken und Nutzen abwägen, Maßnahmen zum Schutz der Vertraulichkeit treffen und die Sicherung des informierten Einverständnisses vornehmen« (Kayser-Jones, Koenig 1994: 15). Damit sind vier moralische Prinzipien wissenschaftlicher Forschung

angesprochen: die Autonomie, das Prinzip des Nicht-Schadens und des Nutzens sowie das Prinzip der Gerechtigkeit (Rogerio-Anaya et al. 1994). Pflegerische Forschung muss zudem »eine Balance zwischen Prinzipien wissenschaftlich präziser Untersuchung und dem Anspruch auf Wohlergehen der Patienten finden« (Ramos 1989). Dies gilt in besonderem Maße, wenn sich die Forschung auf Erfahrungen bestimmter Personengruppen richtet, deren Rechte durch wissenschaftliche Untersuchungen leicht verletzt werden können (Usher, Holmes 1997). Dazu gehören vor allem demente Menschen, die bei einer Teilnahme an pflegerischen Forschungsstudien sehr sorgfältig in ihren Rechten geschützt werden sollten. Neben diesen speziellen Überlegungen weist Ramos (1989) allgemein für die Durchführung qualitativer Forschungsprojekte auf drei Problembereiche hin, die besondere Beachtung erfordern. Dies umfasst die spezielle Beziehung zwischen Teilnehmern und Forschern, die subjektive Interpretation der Daten durch die Forscher sowie das eher offene und veränderbare Design qualitativer Studien.

2.7.1 Autonomie der Teilnehmer

Ein grundlegendes ethisches Prinzip stellt die Wahrung der Autonomie des Individuums dar, darin inbegriffen die Berücksichtigung des eigenen Willens der Person. Eine Entscheidung zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie ist demnach auf eine umfassende Information und auf Freiwilligkeit zu basieren, so dass letztendlich von einer informierten Zustimmung der Teilnehmer gesprochen werden kann. Diese soll eine Entscheidung aufgrund der Abwägung von Risiko und Nutzen ermöglichen.

Demente Menschen sind dabei der Gefahr ausgesetzt, die Tragweite der Entscheidung nicht vollständig zu überschauen, da sie Risiko und Nutzen der Untersuchung möglicherweise nicht realistisch abwägen können. Die Entscheidung über eine Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen sollte daher zusätzlich an nahe Verwandte übertragen werden, von denen anzunehmen ist, dass sie den Willen der dementen Person aufgrund ihrer engen Beziehung am sichersten einschätzen können (Polit, Hungler 1995: 128). Dies wurde durch die schriftliche und mündliche Information der Angehörigen bzw. des gesetzlichen Betreuers und deren schriftliches Einverständnis erreicht. Zudem hielt ich während des Beobachtungszeitraumes weiterhin Kontakt zu den Angehörigen, so dass jederzeit die Möglichkeit bestand, aufkommende Fragen oder Bedenken zu thematisieren oder die Zustimmung zurückzuziehen.

Im Einklang mit einer personenorientierten Perspektive der Untersuchung sollten die Teilnehmer zu jeder Zeit die Chance haben, in Entscheidungen einbezogen zu werden und ihr Recht auf Selbstbestimmung zu wahren. Daher holte ich zusätzlich das mündliche Einverständnis der dementen Bewohner in zahlreichen persönlichen Gesprächen ein. Die Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung wurde jedoch nicht auf eine einmalige Zustimmung gestützt, sondern als ein Prozess verstanden, in dem ich mich mit den Teilnehmern kontinuierlich austauschte.

Im Laufe des ausgedehnten Aufenthaltes im Feld entstand ein sehr enger Kontakt zwischen mir und den dementen Bewohnern, so dass es mir möglich war, durch das

Verhalten der Bewohner deren Wohlbefinden einzuschätzen. So konnte ich vor allem in den pflegerischen Situationen, die ich im privaten Bereich der Bewohner beobachtete, erkennen, ob meine Anwesenheit im Einklang mit dem Willen der Teilnehmer stand. Dabei kam es im Zuge der Beobachtungen jedoch nie zu einer Situation der Ablehnung durch die dementen Bewohner. Dies mag auch daran liegen, dass ich mit der Zeit ein intensives Vertrauensverhältnis zu den Bewohnern aufbauen konnte. Daher konnten auch persönliche Erfahrungen der dementen Menschen so weit wie möglich berücksichtigt werden. Bei den Beobachtungen im privaten Bereich wurde lediglich eine Bewohnerin von vornherein aufgrund ihrer stark depressiven Stimmungslage ausgeschlossen, um diese durch das Eindringen in ihre Privatsphäre nicht noch mehr zu belasten.

Die Teilnahme der Pflegenden stützte sich auf die schriftliche und mündliche Information über die Ziele und die Vorgehensweise der Studie in zahlreichen persönlichen Gesprächen sowie auf deren schriftliche Einverständniserklärung. Der lange Aufenthalt im Feld ermöglichte mir, eine zunehmend intensivere Beziehung zu den Pflegenden aufzubauen, so dass Fragen oder Bedenken jederzeit angesprochen werden konnten. Die Zustimmung zur Beobachtung der pflegerischen Handlungen in den Zimmern der Bewohner erfolgte mündlich in einer späteren Phase der Beobachtung.

Die schriftliche Information beinhaltete für alle Teilnehmer bzw. Angehörigen den Hinweis darauf, dass eine Teilnahme freiwillig ist und jederzeit ohne einen Nachteil für die Person rückgängig gemacht werden kann. Es wurde ebenfalls zugesichert, dass Anonymität durch eine Verfremdung der Namen gewährleistet ist.

2.7.2 Risiken und Nutzen der Untersuchung

Demente Menschen sind bei der Teilnahme an einer Studie besonderen Risiken ausgesetzt. Sie können ihre persönlichen Rechte oft nicht allein schützen und bedürfen daher der besonderen Aufmerksamkeit des Forschers. Eine mögliche Gefahr stellt die Einbeziehung in die Untersuchung oder in einzelne Situationen gegen den Willen der Betroffenen dar. Dies versuchte ich dadurch zu umgehen, dass ich die mündliche Zustimmung in der jeweiligen Situation erfragte und auch das Verhalten der Betroffenen dahingehend einbezog. Der längere Aufenthalt im Feld ermöglichte es mir zudem, eine Beziehung zu den Teilnehmern aufzubauen, aufgrund derer ich Wohlbefinden oder Unbehagen der Betroffenen leichter einschätzen und interpretieren konnte.

Die Beobachtungen der Interaktionen hatten das Ziel, Fähigkeiten dementer Menschen darzustellen. Diese können für die pflegerische Praxis genutzt werden, indem Strategien zur Förderung dieser Ressourcen entwickelt und angewendet werden. Damit verschiebt sich die pflegerische Handlung von der defizitausgleichenden zur kompetenzfördernden Perspektive. Letztendlich kann damit die Förderung von Wohlbefinden und Lebensqualität dementer Menschen unterstützt werden. Damit kann ein potentieller Nutzen für demente Menschen aus der Untersuchung gezogen werden.

Das Risiko für die pflegerischen Mitarbeiter bestand darin, dass sie sich durch die Beobachtungen zusätzlich in ihrer Arbeit unter Druck gesetzt fühlen konnten. Dies versuchte ich zu umgehen, indem ich in engem Kontakt zu den Pflegenden stand und ihnen die Möglichkeit bot, einzelne Entscheidungen zu beeinflussen. So wurden im Vorfeld Beobachtungszeiträume miteinander abgesprochen und gegebenenfalls der Personalsituation angepasst. Dies galt vor allem für einen Zeitraum, in dem es zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter kam.

Die Auseinandersetzung mit der Pflege und Betreuung von dementen Menschen kann ebenfalls eine belastende Erfahrung sein, bietet den Pflegenden aber auch die Möglichkeit, einen Nutzen aus der Studie zu ziehen. Zu diesem Zweck wurden dem Team der Pflegenden die Ergebnisse der Untersuchung ausgehändigt.

Die ausdrückliche Wahrung der Rechte der Teilnehmer sowie das Abwägen von Risiko und Nutzen wurde unterstützt durch eine Begutachtung des Forschungsentwurfs durch die Ethikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.

2.8 Ergebnisse

2.8.1 Soziale Isolation

In dem Wohnbereich leben insgesamt 20 Bewohner, sowohl demente als auch nicht-demente Menschen. Die dementen Bewohner bilden eine eigene Gruppe innerhalb einer größeren Gruppe von Bewohnern des Wohnbereichs. Sie gehören zwar dazu, weil sie auch dort leben, sind aber nicht sozial integriert.

2.8.1.1 Isolation von der Außenwelt

Die meisten dementen Bewohner erhalten nur selten Besuch von ihren Angehörigen. Lediglich die Tochter von Frau Wenger⁵ sowie der Sohn und die Schwiegertochter von Herrn Zimmermann erscheinen regelmäßig einmal in der Woche. Doch auch beim Besuch seiner Angehörigen erfährt Herr Zimmermann nur wenig Aufmerksamkeit.

Die Schwiegertochter von Herrn Zimmermann hat bereits einige Bewohner mit Kaffee versorgt, dann bleibt sie neben ihrem Schwiegervater am Tisch stehen und unterhält sich dabei längere Zeit mit den anderen, dort sitzenden Bewohnerinnen. Herrn Zimmermann bezieht sie nicht mit ein. (P2, 14–17)

Die Schwiegertochter schiebt Herrn Zimmermann nach dem Kaffeetrinken in seinem Rollstuhl an einen anderen Tisch im vorderen Abschnitt des Aufenthalts-

⁵ Sämtliche Namen oder Namenskürzel sind frei erfunden.

raumes. Sie setzt sich zu ihm, auch ihr Mann kommt dazu. Beide unterhalten sich miteinander, beachten Herrn Zimmermann dabei kaum. (P2, 34–38)

Die Isolation nach außen, zu Verwandten und anderen Angehörigen stellt nur eine Seite der Isolation dar. Zusätzlich findet eine Isolation innerhalb der Einrichtung statt, von Pflegenden und anderen Bewohnern ausgehend.

2.8.1.2 Ablehnung

Die dementen Bewohner sind schon durch die gewohnte Sitzordnung während der Mahlzeiten isoliert von den anderen, nichtdementen Bewohnern. Frau Wenger und Frau Berger sitzen sogar jeweils ganz allein an einem Einzeltisch, Frau Berger zusätzlich räumlich von den anderen Bewohnern getrennt. Herr Zimmermann und Herr Schneider saßen anfangs an einem Tisch mit zwei nichtdementen Bewohnerinnen zusammen, doch während des Beobachtungszeitraumes wurde diese Tischordnung verändert, da Frau Winter, eine demente Bewohnerin, mit einer dieser Damen den Platz tauschen musste. Seitdem sitzt nur noch eine nichtdemente Bewohnerin an diesem Tisch. So haben die dementen Bewohner während der Mahlzeiten nur wenig Kontakt zu anderen, auch nichtdementen Bewohnern.

An den Aktivitäten anderer Bewohner nach den Mahlzeiten werden sie nicht beteiligt. Diese verlassen meist direkt den Aufenthaltsraum. Auch bei geplanten Veranstaltungen wie Ausflügen oder Gymnastikstunden werden demente Bewohner nur vereinzelt einbezogen. Die Pflegenden sind zwischen den Mahlzeiten kaum im Aufenthaltsraum anzutreffen, so dass die dementen Bewohner insgesamt nur wenig Kontakt zu anderen Personen haben.

Die nichtdementen Bewohner fühlen sich häufig durch das Verhalten der dementen Menschen gestört. Sie regen sich auf, wenn es etwa nicht den üblichen, in ihren Augen »normalen« Verhaltensmustern entspricht. Dadurch entsteht eine gewisse Feindseligkeit, eine negative Haltung, die eine spürbare Abgrenzung von den dementen Bewohnern zur Folge hat. Diese zeigt sich im Verlassen des Aufenthaltsraumes, in der räumlichen Trennung, sowie im direkten Umgang miteinander.

Herr Zimmermann nimmt seinen Löffel und klopft damit immer wieder gegen seinen Becher. Die Hauswirtschafterin Renate spricht ihn darauf an, auch einige Bewohner weisen ihn deshalb zurecht, ein Bewohner regt sich lautstark auf und schimpft: »Der Affe!« (P10, 81–84)

Frau P. schimpft lautstark mit Herrn Zimmermann und fordert ihn auf, die Hand beim Husten vor den Mund zu nehmen. (P14, 113–114)

Herr Zimmermann nimmt seinen Teller mitsamt dem darauf liegenden Kuchen in die Hand und führt ihn zum Mund. Er beißt ein Stück von dem Kuchen ab, der noch immer auf dem Teller liegt. Frau K. sagt: »Ach, Herr Zimmermann, lassen Sie das doch sein, das geht doch nicht! Essen Sie vernünftig!« (P15, 37–41)

Frau P. beobachtet Herrn Schneider, der sein Hosenbein bis zum Knie heraufgezogen hat, und schimpft schließlich: »Mensch, jetzt lass das doch sein, du Ferkel! Meinst du, das ist ein schöner Anblick? Schrecklich so was!« (P14, 132–135)

Frau P., eine Bewohnerin, die zu Beginn der Beobachtung während der Mahlzeiten gegenüber von Herrn Schneider am Tisch saß, erzählt mir, dass sie sich jetzt an einen anderen Tisch hat setzen lassen, weil sie es einfach nicht mehr ertragen kann, wie er sich benimmt. Sie ist der Meinung, dass er es absichtlich mache, und sie müsse sich dann derart aufregen, dass sie bereits wieder Herzschmerzen bekomme. (Tagebuch)⁶

Die dementen Bewohner provozieren durch ihr Verhalten eine Reaktion der anderen Bewohner. Diese fühlen sich massiv gestört und bringen es auch deutlich zum Ausdruck. Können sie es nicht akzeptieren, dass andere Menschen nicht ihren Verhaltensnormen entsprechen? Oder fühlen sie sich möglicherweise mit einer Form **des Alterns konfrontiert**, die auch sie selbst treffen könnte? Haben sie vielleicht Angst vor dem Fremden, dem »Unnormalen« und zeigen sich deshalb so ablehnend?

Frau Berger empfindet die Ablehnung der anderen Bewohner sehr deutlich. Sie fühlt sich von allen anderen gemieden. In einem Gespräch mit mir spricht sie ihre Position in der Gruppe der Bewohner an.

Frau Berger sagt mir: »Die können mich nicht leiden hier, vielleicht halten die mich auch für verrückt.« (P8, 93–94)

Sie hat außerdem den Eindruck, dass auch die Pflegenden sie nicht besonders mögen. Immer wieder interpretiert sie ein lauterer Auftreten der Pflegenden als ein ärgerliches Verhalten und bezieht dies dann auf sich.

Frau Berger sitzt an ihrem Tisch beim Abendessen. Aus der Küche hört man das laute Klappern des Geschirrs beim Einräumen in die Spülmaschine. Frau Berger sagt vor sich hin: »Da, jetzt sind sie wieder sauer. Ja, macht ruhig Krach!« (P12, 143–145)

Frau Berger sitzt nach dem Abendessen neben mir und weist auf die Küche, in der man eine Schwester arbeiten hört: »So kleine Gehässigkeiten, bei mir aber nur, so hintenrum. Kleine Gehässigkeiten. Bei anderen hab ich das noch nicht gesehen.« (P12, 25–27)

Frau Berger erzählt mir: »Ich bin nicht beliebt hier bei den Schwestern, weil ich mal die Wahrheit gesagt habe.« (P14, 47–48)

⁶ Im Tagebuch habe ich sehr häufig notiert, wie sich Frau P. sichtlich über Herrn Schneider ärgert. Sie nimmt ständig das Verhalten von ihm zum Anlass, sich lautstark über ihn aufzuregen.