

Caring – Unterschiedliche Konzeptualisierungen und deren Implikationen für die Praxis

Regina Schröder
Matr.-Nr. 158 59 88

Diplomarbeit

30. Juli 2004

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Studiengang Pflege
Fachbereich Sozialpädagogik
Erstgutachterin: Prof. Petra Weber
Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	4
EINLEITUNG.....	5
1. MADELEINE M. LEININGERS THEORIE DER KULTURSPEZIFISCHEN FÜRSORGE	8
1.1 THEORETISCHE ANNAHMEN.....	10
1.1.1 <i>Drei grundlegende theoretische Annahmen.....</i>	<i>10</i>
1.1.2 <i>Weitere theoretische Annahmen.....</i>	<i>14</i>
1.2 DAS SUNRISE-MODELL.....	15
1.3 CULTURE CARE ASSESSMENT.....	18
1.4 ÜBERTRAGUNG DER THEORIE IN DIE PFLEGEPRAXIS	23
1.5 ZUSAMMENFASSUNG	24
2. JEAN WATSONS THEORIE DER MENSCHLICHEN ZUWENDUNG.....	26
2.1 MENSCHENBILD UND WELTBILD	26
2.2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	28
2.2.1 <i>Humanwissenschaft</i>	<i>28</i>
2.2.2 <i>Metaphysik.....</i>	<i>30</i>
2.3 DIE THEORIE DER TRANSPERSONALEN ZUWENDUNG (THEORY OF HUMAN CARE/CARING)	31
2.3.1 <i>Faktoren der Zuwendung (Carative Factors)</i>	<i>32</i>
2.3.2 <i>Die transpersonale Zuwendungsbeziehung (Transpersonal Caring Relationship).....</i>	<i>33</i>
2.3.3 <i>Augenblick der Zuwendung/Anlass der Zuwendung (Caring Moment/Caring Occasion).....</i>	<i>35</i>
2.4 BEDEUTUNG FÜR DIE PFLEGEPRAXIS	36
2.5 ZUSAMMENFASSUNG	37
3. PATRICIA BENNER: DER VORRANG DER SORGE.....	38
3.1 DASEIN UND SORGE IN DER PHÄNOMENOLOGIE MARTIN HEIDEGGERS.....	39
3.2 DIE SICHT DER PERSON	40
3.3 BEWÄLTIGUNG DURCH SORGE	42

3.4 THEORIE UND PRAXIS	44
3.5 ZUSAMMENFASSUNG	45
4. IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS	46
5. RESÜMEE.....	48
LITERATURVERZEICHNIS.....	50
ANHANG.....	53

Abbildungsverzeichnis

ABB. 1: SUNRISE-MODELL.....	17
-----------------------------	----

Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit drei Pflege-theorien, die das Konzept des Caring, also der Sorge, Fürsorge oder Zuwendung, ausdrücklich in den Mittelpunkt stellen. Der Gedanke des Caring als Grundlage gelungener Pflege wurde ab Anfang der 80er Jahre in Pflege-theorien des angloamerikanischen Raums aufgenommen und entwickelt (Stemmer 2003:43). Parallel dazu haben sich auch skandinavische Pflege-theoretikerinnen mit dem Konzept beschäftigt (Eriksson 2002:61). In dieser Arbeit geht es jedoch ausschließlich um Theorien, die ihren Ursprung in den Vereinigten Staaten haben.

Die zunehmende Beschäftigung mit einem Konzept wie Caring ist der Tatsache geschuldet, dass mit zunehmender Technisierung der Medizin und ihrer „Hilfsdisziplin“ Pflege diese sich im Zuge der Professionalisierung und eines allgemeinen Paradigmenwechsels in der Wissenschaft der humanistischen Psychologie und der Phänomenologie zuwandte und eine Abkehr vom positivistischen Weltbild vollzog. Jede der drei vorgestellten Theorien hat die Phänomenologie als Grundlage des theoretischen Ansatzes.

Das Ziel dieser Arbeit ist, die Unterschiede in den drei Theorien, die alle dem Namen nach dasselbe Konzept in den Mittelpunkt der Pflege stellen, herauszuarbeiten und die jeweiligen Implikationen für die Praxis.

Bevor der Aufbau der Arbeit skizziert wird, soll an dieser Stelle kurz auf den Begriff des Caring im Englischen eingegangen werden sowie auf die Schwierigkeit, wie eine adäquate Übersetzung in das Deutsche bewerkstelligt werden kann. Margaret J. Dunlop hat sich mit der Frage beschäftigt, ob eine Wissenschaft des Caring möglich ist, und sich im Zuge der Beantwortung mit der Bedeutung und der Herkunft des Begriffs im Englischen beschäftigt (vgl. Dunlop 1994, auch Stemmer 2003). Sie stellt fest, dass *caring*, wie es in der Pflegeliteratur bspw. bei Leininger und Watson verwendet wird, einen Bedeutungszuwachs erfahren hat. Caring ist nicht mehr allein Sorge, Sorgfalt, Fürsorge, Pflege oder Anteilnahme, sondern ist um eine emotionale Komponente erweitert worden, die sie kurz mit *love* betitelt, hinter der sich Hingabe und Besorgtheit um den anderen verbirgt.

Die Vokabel *care* stammt aus dem Altenglischen und gehört damit zu den Begriffen, die nach der Besetzung Englands durch die Normannen im 11. Jahrhundert der unterlegenen angelsächsischen Bevölkerung zuzuordnen war. Demgegenüber gibt es den Begriff des *cure*, der über das Französisch der Normannen in den englischen Wortschatz Einzug gehalten hat und in die Sphäre der Mächtigen gehört. Dies zeigt sich laut Dunlop nach wie vor in dem Gebrauch von *cure* als Heilen durch Ärzte, einer eher Männern zugeordneten Domäne, während *care* weniger Anerkennung genießt und in den Bereich der weiblichen Betätigungen fällt bzw. ohne besondere Kompetenzen ausgeführt werden kann. Für Dunlop ist dieser komplexe geschichtliche Zusammenhang im Englischen immer mit zu bedenken, wenn von Caring die Rede ist.

Den Terminus *caring*, von dem Dunlop ausmacht, dass er sich in seiner Bedeutung wandelt, nun wiederum in einer treffenden und adäquaten Weise in das Deutsche zu übertragen, scheint fast unmöglich. So wird in den Werken Leiningers *care* mit *Fürsorge* und *caring* mit *Sorgen* und bei Watson der Begriff *caring* mit *Fürsorge* oder mit *menschlicher Zuwendung* übersetzt. Bei Benner und Wrubel findet sich *Sorge* als Übersetzung von *caring*.

Als erste wird die Theorie Madeleine Leiningers vorgestellt. Sie hat bereits in den siebziger Jahren mit der Erarbeitung von Konzepten zu Transkultureller Pflege begonnen, dies zu einer Pflge Theorie fortentwickelt und 1991 unter dem Titel *Cultural care diversity and universality: A theory of nursing* (Deutsch: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege, erschienen 1998) veröffentlicht hat. Wie aus dem Titel schon zu ersehen ist, nimmt sie zu dem Aspekt des Caring die Frage der kulturellen Abhängigkeit von Fürsorge hinzu. Ihr geht es bei der Frage nach guter Pflege um eine differenzierte Betrachtung kultureller Voraussetzungen und Gegebenheiten, die sich auf Fürsorge und Pflege auswirken und deren Praxis beeinflussen. Insbesondere die Frage danach, was denn über alle Kulturen hinweg Sorge ausmacht und wo die kulturell begründeten Unterschiede liegen, hat sie angetrieben.

Die zweite vorgestellte Theorie stammt von Jean Watson. Die Darstellung der Theorie der transpersonalen Zuwendung stützt sich in erster Linie auf die Veröffentlichung von 1988, *Nursing: Human Science and Human Care* (dt.: Pflege:

Wissenschaft und menschliche Zuwendung, 1996). Neuere Entwicklungen sind an den Stellen aufgenommen worden, an denen sie zum besseren Verständnis beitragen. Die jetzige Entwicklung ist stark feministisch-spirituell ausgerichtet und spricht u.a. vom heiligen weiblichen Archetypus, der im Caring-Healing Modell enthalten ist. Watson stellt fest, dass die mit dem Archetyp verbundenen Einsichten und entsprechende Weisheit sich nur dem erschließt, dem sich eine tiefer gründende Ebene von Realität und eine tiefere Erkenntnis von Intuition, Heiligkeit, Unbewusstem und Seinserfahrung offenbart (vgl. Watson 1999:286). Watson selbst weist darauf hin, dass die ursprüngliche Theorie auf abstrakten und konkreten Ebenen weiterhin genutzt wird (Watson 2004a).

Als drittes werden die pflegetheoretischen Überlegungen Benners zur primären Rolle der Pflege vorgestellt. Ihr Werk von 1989 *The Primary of Caring* (dt.: Pflege, Streß und Bewältigung), das sie gemeinsam mit Judith Wrubel verfasst hat, beschreibt Sorge als Grundverfassung des In-der-Welt-Seins. Damit beziehen sich die Autorinnen auf die Phänomenologie Heideggers, der sich mit dem Sinn des Seins befasst hat und Sorge als Grundstruktur des Umgehens mit der Welt deutet. Dieser Sorgebegriff wird von den Theoretikerinnen in die Beziehungsgestaltung und die Praxis der Pflege übertragen.

Im Text habe ich mich bezüglich der Bezeichnungen für die Pflegenden und die Fürsorge-Empfangenden weitgehend an die Begrifflichkeiten der Theoretikerinnen gehalten. Aus diesem Grund ist von Pflegekräften bzw. Pflegenden die Rede sowie über Klienten bzw. Patienten. Auf die Nennung beider Geschlechterformen habe ich um der Lesbarkeit willen verzichtet, natürlich sind immer beide Geschlechter gemeint, es sei denn ausdrücklich anders erwähnt.

Dank sagen möchte ich meinen Kommilitonen Anja Meyer, Jan Bruhns und Jens Knoblich für ihre Unterstützung in moralischer und computertechnischer Form sowie Professor Petra Weber für die Beratung hinsichtlich des Themas.

1. Madeleine M. Leiningers Theorie der kulturspezifischen Fürsorge

Madeleine Leininger ist, eigenem Bekunden nach, die Erste gewesen, die Fürsorge (care) und Sorgen (caring) in den Mittelpunkt professioneller Pflege (nursing) gerückt hat (vgl. 1998a:79f.). Für sie ist „Fürsorge ein „grundlegendes, menschliches Bedürfnis“ [...], um Menschen zu helfen, gesund zu bleiben, zu wachsen und zu funktionieren“ (Leininger 2000:295). Von Anfang an stand die Entwicklung ihre Theorie unter dem Leitsatz: „Die menschliche Fürsorge stellt den Kern der professionellen Pflege dar und ist ihr zentraler, dominierender und regulierender Mittelpunkt“ (Leininger 1998b:60). Ihrer Erfahrung nach wurde die Fürsorge und das Sorgen immer als selbstverständlich zum Aufgabenbereich der Pflege gezählt, ohne dass jedoch geklärt wurde, was denn darunter genau zu verstehen wäre. Sie selbst definiert Fürsorge und Fürsorgen folgendermaßen:

„Fürsorge“ (care) bezieht sich auf abstrakte und konkrete Phänomene in Form von helfenden, unterstützenden oder fördernden Erfahrungen oder Verhaltensweisen zum Wohle anderer Menschen, die ein offensichtliches oder potentielles Bedürfnis aufweisen, ihre menschlichen Lebensbedingungen oder Lebensweisen zu verbessern und weiter zu entwickeln.

„Fürsorgen“ (caring) steht im Zusammenhang mit Fürsorgehandlungen und -aktivitäten, die darauf gerichtet sind, einer anderen einzelnen Person oder einer Gruppen [sic] zu helfen, sie zu unterstützen oder zu befähigen, ihr offensichtlich oder potentiell gegebenes Bedürfnis nach Verbesserung und Weiterentwicklung der menschlichen Lebensbedingungen oder Lebensweisen bzw. nach einem besseren Umgang mit dem Tod zu befriedigen. (a.a.O.:72f.)

Mitte der fünfziger Jahre machte sie als psychiatrische Pflegefachkraft in einem Kinderheim die Erfahrung, dass die Kinder, die aus verschiedenen Kulturen stammten, sehr unterschiedliche Anforderungen an Fürsorge stellten und unterschiedliche Bedarfe hatten. Dies wurde von ihr auf die unterschiedliche

kulturelle Herkunft zurückgeführt, und aus diesem Grund versuchte sie, mehr über den Zusammenhang von Kultur und Fürsorge in Erfahrung zu bringen (vgl. Leininger 1998a, 1998b, 2000, 2002a).

Ihr Bemühen um größeres Wissen führte dazu, dass sie soziale und kulturelle Anthropologie studierte und ihre Erkenntnisse mit ihren Erfahrungen aus der Pflege zusammenführte. Das Ergebnis ihrer Beschäftigung mit diesen beiden Disziplinen ist die *Theorie der kulturspezifischen Fürsorge*, in der sie Kultur und Fürsorge miteinander verknüpft. Leininger geht davon aus, dass es nicht *die* eine Art der Fürsorge gibt, die auf alle Menschen anzuwenden ist. Fürsorge ist zwar wesentlich für menschliches Wachstum, Überleben und Gesundheit, doch sie variiert zwischen und innerhalb von Kulturen. Deshalb ist es für eine gute, Heilung und Wohlbefinden fördernde professionelle Pflege unablässlich, den kulturellen Hintergrund eines Menschen, einer Gruppe, einer Gemeinschaft oder einer Institution in Bezug auf Fürsorge zu kennen bzw. dafür offen zu sein und solche Erkenntnisse in Form von so genannter transkultureller Pflege auch umzusetzen. Bei den betrachteten Kulturen geht es nicht unbedingt um nationale Einheiten, sondern es sind auch solche Gruppierungen gemeint, die innerhalb eines größeren nationalen Gefüges (z.B. Stämme oder religiöse Gruppen) oder auch über nationale Grenzen hinweg (z.B. Volksgruppen wie die Kurden) existent sein können. Um dem Rechnung zu tragen, ist der Begriff „transkulturell“ gewählt worden, der eben nicht auf die nationale Ebene abhebt.

Das Ziel der Theorie ist es, eine *kulturkongruente* Pflege zu bieten, die sich positiv auswirkt, da sie dem Betroffenen angemessen ist und für ihn oder sie sinnvoll (vgl. Leininger 1998b:64). Die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge dient dem Zweck, Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Fürsorge in unterschiedlichen Kulturen zu erforschen ebenso wie die beeinflussenden Faktoren, die damit in Zusammenhang stehen, wie z.B. das Weltverständnis oder soziale Strukturen (ebd.). Die Forschung, deren qualitative Methode *ethnonursing* (dt.: pflegeethnographische Forschung) Leininger speziell für ihre Theorie entwickelt hat, geschieht aus zwei Perspektiven: aus einer *emischen* und aus einer *etischen*. Mit diesen aus der Anthropologie stammenden Begriffen ist gemeint, dass einerseits betrachtet wird, welche Ansichten und Werte es innerhalb einer Kultur zu Phänomenen der Fürsorge gibt (emisch), und andererseits, welche Ansichten

und Werte es außerhalb bzw. auf universellerer Ebene zu Fürsorgephänomenen gibt (etisch). Die Erkenntnisse, die dazu intrakulturell erlangt werden, geben Auskunft über Formen der volkstümlichen, allgemeinen, auch generisch genannten Fürsorge, die von Familienmitgliedern oder anderen Laien erbracht wird. Dem gegenüber steht die professionelle, etische Fürsorge, die „als kognitiv erlerntes, praktiziertes und weitervermitteltes Wissen definiert wurde, das durch formelle und informelle Berufsausbildung an Pflegeschulen erworben wurde“ (Leininger 2000:296).

Leininger wendet sich, ebenso wie die anderen hier vorgestellten Theoretikerinnen, gegen eine positivistische Wissenschaftsauffassung, die mit quantitativen Methoden arbeitet und den Menschen zu einem Forschungsgegenstand, zu einem Objekt, degradiert. Um erforschen zu können, was unter Fürsorge jeweils verstanden wird, braucht es Methoden, die den Menschen möglichst wenig beeinflussen. Das kulturspezifische Wissen transkulturell Pflegender wird mithilfe der pflegeethnografischen Forschung beständig fundiert erfasst und erweitert (vgl. Leininger 2002a:76; zur Methode und ihren Ergebnissen siehe Leininger 1998b; 2002a; Alban, Leininger, Reynolds 2000).

1.1 Theoretische Annahmen

1.1.1 Drei grundlegende theoretische Annahmen

Leininger legt ihrer Theorie drei Annahmen zugrunde (Leininger 2002a:78), deren erste, die sie als zentral bezeichnet, lautet:

„The *first* major and central theoretical tenet was that *care diversities (differences) and universalities (commonalities) existed among and between cultures in the world*; however, their meanings and uses had to be discovered to establish a body of transcultural nursing knowledge.“¹

¹ Sofern nicht anders vermerkt, sind Hervorhebungen aus dem Original übernommen.

Sie nimmt also an, dass es in Bezug auf Fürsorge innerhalb von Kulturen und zwischen ihnen Unterschiede und Gemeinsamkeiten gibt. Das unterschiedliche bzw. universelle Was und Wie der Fürsorge gilt es herauszufinden und dem Wissen von Pflege hinzuzufügen, um dem Ziel der Theorie, kulturkongruente Pflege bieten zu können, näher zu kommen. Dafür benötigen Pflegende vertieftes Wissen über die Kulturen, mit denen sie es zu tun haben, und den ihnen verbundenen Fürsorgebegriff. Unter Kultur versteht Leininger „das Erlernen und die Übermittlung von Werten, Überzeugungen und Praktiken ...“ (1998a:61). Diese erlernten Werte, Überzeugungen und Praktiken „... are generally transmitted intergenerationally and influence thinking, decisions, and actions in patterned or certain ways“ (2002a:47). Gemeinsame Werte und Lebensweisen sind nicht auf Völker, Volksgruppen oder Stämme der westlichen oder nicht-westlichen Welt beschränkt. Auch Kulturen innerhalb von dominanten Kulturen, so genannte Subkulturen, wie unter anderem obdachlose Menschen, ältere Menschen, AIDS-Kranke oder religiöse Sekten und Kulte, führt Leininger als zu erforschende Gruppen an, da Kulturen und ihre jeweiligen Subkulturen unterschiedliche Fürsorge und Gesundheitsbedürfnisse haben (ebd.). Da nicht bzw. noch nicht in umfassendem Maß geklärt ist, wie die Muster der Fürsorge und des Sorgens in den verschiedenen Kulturen aussehen und welche Universalitäten existieren, bedarf es weiterer Studien.

In einer zweiten grundlegenden Annahme geht Leininger davon aus, dass

„... worldview, social structure factors such as religion, economics, education, technology, politics, kinship (social), ethnohistory, environment, language, and generic and professional care factors would greatly influence cultural care meanings, expressions, and patterns in different cultures.“

Fürsorge weist also in den verschiedenen Kulturen unterschiedliche Bedeutungen, Ausdrucksformen und Muster auf. Beeinflusst werden diese vom jeweiligen Weltverständnis und sozialen Struktur Faktoren wie Religion, Wirtschaft, Erziehung, Technik, Politik, Verwandtschaft (nicht nur Blutsverwandtschaft, sondern auch sich anderen verwandt zu fühlen), Ethnogenese, Umwelt, Sprache sowie allgemeine und professionelle Fürsorgefaktoren. Wichtig ist, dass Pflegende ein ganzheitliches Verständnis von der bio-psycho-sozio-kulturellen Natur des

Menschen erhalten und in ihrer Wahrnehmung sämtliche Einflussfaktoren berücksichtigen. Eine vorrangige Berücksichtigung eines Aspekts (Körper, Psyche, soziales oder kulturelles Umfeld) war und ist von ihr nicht beabsichtigt (vgl. Leininger 1998a:45f.). Zur Visualisierung aller Einflussfaktoren und aller Komponenten, die für die Theorie und die daraus entstehende Praxis der kulturkongruenten Pflege zu berücksichtigen sind, hat sie das so genannte Sunrise-Modell (s.u.) entwickelt.

Die Informationsquelle, aus der man etwas über das Weltverständnis, soziokulturelle Strukturdimensionen sowie die generische (volkstümliche, von Laien) und professionelle Fürsorge erfährt, muss eine emische sein. Aus diesem Grund ist es zwingend notwendig, diejenigen Menschen zu beobachten und zu befragen, deren kulturspezifischer Fürsorgebegriff ermittelt werden soll (vgl. Leininger 1998b:112; 2000:298; 2002a:78). Diese Herangehensweise gilt sowohl für die pflegeethnografische Forschung als auch für das klientenzentrierte Arbeiten in der professionellen transkulturellen Pflege.

Leininger unterscheidet, wie bereits dargestellt, die generische Fürsorge von der professionellen Fürsorge. Wird, so Leininger, der generischen, emischen Vorstellung von Fürsorge nicht Rechnung getragen, so kann es zu Konflikten kommen, die die therapeutische Wirkung der professionellen Pflege behindern oder zunichte machen können (vgl. Leininger 2002a:78). Transkulturelle Pflege setzt an diesem Punkt an: In der Verbindung generischer Fürsorgewerte mit professionellen Fürsorgeentscheidungen kommt es zu Fürsorgeformen, die klientenzentriert und kulturkongruent sind und das Wohlbefinden des Klienten fördern und in bedrohlichen Lebenssituationen unterstützend wirken.

In einer dritten grundlegenden Annahme formuliert sie, dass es drei Arten von Fürsorgehandlungen und -entscheidungen gibt:

„The *third* major theoretical tenet conceptualized and incorporated within the theory were the *three major care actions and decisions to arrive at culturally congruent care for the general health and well-being of clients or to help face death or disabilities.*“

Die drei Arten der Handlungen und Entscheidungen, die mit dem Ziel eingesetzt werden, Pflege und Fürsorge kulturkongruent und damit gesundheitsfördernd bzw. als Unterstützung in existentiell bedrohlichen Situationen bieten zu können, lauten:

1. Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge
2. Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge
3. Änderungs- und/oder Umstrukturierungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge

Diese dritte Annahme stellt die Verbindung der Theorie mit der täglichen Praxis her. Die emische Fürsorgevorstellung eines Klienten und seiner Kultur wird mit dem ethischen Wissen der professionellen Pflegekraft verbunden und in die Gestaltung der Pflegeplanung mit einbezogen. Die Frage, welcher Modus oder welche Modi für eine kulturkongruente Fürsorge am besten geeignet ist, wird gemeinsam mit dem Klienten im Gespräch eruiert (vgl. Leininger 1998b:67ff.; 2002a:78).

Unter der Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion versteht Leininger kulturspezifische Fürsorge dergestalt, dass volkstümliche Fürsorgehandlungen oder -muster in der professionellen Pflege beibehalten und eingebunden werden, wie z.B. die heiße Tasse Kräutertee bei einem Klienten chinesischer Abstammung.

Die zweite Funktion der Anpassung und/oder Verständigung bezieht sich auf Handlungen und Entscheidungen, die dazu führen, dass die Pflege zum Wohle des Klienten in ihrem Ablauf Anpassungen an dessen Fürsorgemuster zulässt – z.B. den Besuch der ganzen Familie bei Klienten arabisch-muslimischer Herkunft – und sich bewusst um Vereinbarungen bemüht, um die generische Fürsorge mit der professionellen Fürsorge zu verbinden.

Alle drei Arten der kulturspezifischen Fürsorgepraktiken sind klientenorientiert. Deshalb ist laut Leininger gerade für die dritte Form ein extensives Wissen über die Kultur sowie eine sensible Vorgehensweise wichtig. Denn bei dieser Art geht es um Änderung und Umstrukturierung von Fürsorgehandlungen und -entscheidungen. Gemeinsam entwickeln die Pflegekraft und der Klient neue, kulturkongruente Praktiken und Muster der Fürsorge, die den Werten und Überzeugungen des Klienten soweit wie möglich entsprechen. Wie Leininger

betont, erfordert dies vonseiten der Pflegekraft ein hohes Maß an Kreativität. In diesem Zusammenhang weist sie darauf hin, dass nicht nur Pflegemaßnahmen und Pflegeziele auf die Klienten abgestimmt werden müssen, sondern „...auch Pflegeinstitutionen sich umstrukturieren und verändern (müssen), wenn sie ihre Dienstleistungen auf den Konsumenten abstellen wollen“ (Leininger 1998b:70).

1.1.2 Weitere theoretische Annahmen

Leininger hat zu ihrer Theorie noch weitere Annahmen getroffen, die ihre „... Sichtweise (unterstützen) und ... die grundlegenden ‚Tatsachen‘ der Theorie (bilden)“ (Leininger 1998a:83). Sie lauten wie folgt:

1. Die Fürsorge (care) ist der Kern von menschlichem Wachstum, Entwicklung, Überleben und dem Umgang mit Tod.
2. Die Fürsorge ist der Kern von Heilung und Gesundheit; es gibt keine Heilung ohne Fürsorge, aber Fürsorge kann ohne Heilung erfolgen.
3. Die Formen, Ausdrucksweisen, Strukturen und Prozesse der menschlichen Fürsorge variieren zwischen sämtlichen Kulturen der Welt.
4. Jede Kultur verfügt über *generische* (laienhafte, volkstümliche oder naturalistische) oder *emische* Fürsorge und normalerweise auch über *professionelle etische* Fürsorgepraktiken.
5. Kulturspezifische Fürsorgewerte, -überzeugungen und -praktiken sind in den religiösen, verwandtschaftlichen, sozialen, politischen, kulturellen, ökonomischen und historischen Dimensionen der sozialen Strukturen sowie im sprachlichen und umweltbezogenen Kontext enthalten und müssen in der Fürsorge für Menschen integriert werden.
6. Die therapeutische professionelle Pflege (*nursing care*) kann nur erfolgen, wenn die kulturellen Werte, Ausdrücke oder Praktiken der Klienten bekannt sind und explizit zur Gewährleistung menschlicher Fürsorgepraktiken eingesetzt werden.
7. Die Unterschiede zwischen den Erwartungen des Pflegenden und des Pflegeempfängers müssen verstanden werden, damit eine nützliche, zufriedenstellende und kongruente Pflege gewährleistet werden kann.
8. Spezifische oder universelle kulturkongruente Pflegeformen sind wesentlich für Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen oder für ihren Umgang mit dem Tod oder mit Behinderungen.

9. Die professionelle Pflege ist im wesentlichen eine Profession und Disziplin der transkulturellen Fürsorge.

Diese Annahmen können ebenso wie die Prämissen, die Leininger aufgestellt hat (siehe Anhang A.I), als Setzungen begriffen werden. Sie selbst spricht davon, dass es die Absicht der Theorie ist, „zentrale Aussagen oder Prämissen der Theorie zu entdecken, zu dokumentieren, zu analysieren und zu erklären, damit eine Grundlage an professionellem transkulturellem Pflegewissen zum Wohle der Klienten geschaffen wird“ (a.a.O.:82). Sie definiert ihre Theorie als „Muster oder eine Reihe von untereinander in Beziehung stehenden Begriffen, Ausdrücken, Bedeutungen und Erfahrungen, mit denen sich einige der interessierenden oder zu erforschenden Bereiche beschreiben, erläutern, erklären oder prognostizieren lassen und zu denen man in einem offenen, kreativen und empirischen Forschungsprozeß gelangt“ (Leininger 1998b:58f.). Leiningers Definition weicht damit von herkömmlichen, in der Pflege gebräuchlichen Definitionen von Theorie ab. Gemeinhin wird unter Pflegeethorie eine sinnvolle Zusammenstellung von Konzepten verstanden, die die Pflege betreffen und miteinander in Beziehung stehen (vgl. Käppeli 1987; Steppe 1997). Als Schlüsselkonzepte gelten dabei Person, Umgebung, Gesundheit und Pflege. Diese Konzepte beurteilt Leininger als unzureichend und kritisiert, dass Fürsorge in jenen Pflegeethorien in keiner Weise berücksichtigt wird (vgl. Leininger 1998b:64f.: 2000:288f.).

1.2 Das Sunrise-Modell

Innerhalb der Theorie Leiningers ist das Ziel der Pflege, Fürsorge und Pflege kulturkongruent zu gestalten. Die grundlegenden theoretischen Annahmen und die Annahme, dass generische Fürsorge und professionelle Pflege die Ergebnisse von Fürsorgepraktiken beeinflussen, dienen als systematisierendes Element in der Erforschung eines Untersuchungsgegenstands und bei der pflegeethnografischen Methode (vgl. Leininger 2002b). Als Hilfestellung auf dem Weg der Informationsgewinnung hat sie unter anderem das Sunrise-Modell entworfen (Abb. 1), in dem die Dimensionen und Faktoren sowie deren innere Abhängigkeiten und gegenseitigen Beeinflussungen visualisiert sind und deren Zusammenhang mit

den Entscheidungs- und Handlungsformen dargestellt ist. Mit diesem Modell gibt Leininger Pflegekräften einen Leitfaden an die Hand: sowohl für die tägliche Praxis als auch für die Forschung, die Erkenntnisse hinsichtlich Fürsorge liefert. In beiden Fällen geht es um die Erweiterung des Wissens, das notwendig ist, um dem Ziel der Theorie gerecht zu werden.

Für die Nutzung des Modells ist es laut Leininger unerheblich, an welcher Stelle die Forscherin bzw. die Pflegekraft beginnt (vgl. Leininger 1998b:77). Dies hängt vom jeweiligen Erkenntnisinteresse ab. Gemeinhin wird eine einzelne Person oder eine Gruppe beobachtet bzw. befragt. Es ist möglich, mit dem oberen Teil zu beginnen und bspw. zuerst die Weltsicht zu erkunden und danach die einzelnen soziokulturellen Strukturdimensionen in den Blick zu nehmen. Man kann aber auch bei der generischen und professionellen Fürsorge starten und von dort aus über den oberen Teil zu den Fürsorgepraktiken gelangen. Im Allgemeinen dauert die Informationssammlung so lange, bis alle Teile des Modells Berücksichtigung gefunden haben. Die Pfeile sollen dabei nicht als lineare Ursache-Wirkungs-Prinzipien betrachtet werden, sondern mögliche Einflussnahmen in das Bewusstsein führen, die beachtet werden müssen (vgl. 1998b:80).

Entscheidend ist, dass die Forscherin/die Pflegekraft offen bleibt für die Informationen, die ihr von emischer Seite gegeben werden. Wünschenswert sind gute Sprachkenntnisse; alles sonstige Vorwissen und das eigene professionelle Pflegewissen ist zurückzustellen und dem Klienten oder der Gruppe als Informationsquelle Vorrang einzuräumen. Bei dem Prozess der Informationsgewinnung folgt die Forscherin/die Pflegekraft dem Mitteilungsbedürfnis des/der Klienten. Leininger geht davon aus, dass Klienten bereitwillig über ihre Vorstellungen von Fürsorge Auskunft geben und welche Bedeutung ihr beigemessen wird, wenn sie ihre Ideen als Mittelpunkt eines Gesprächs erfahren und eine vertrauensvolle Atmosphäre herrscht.

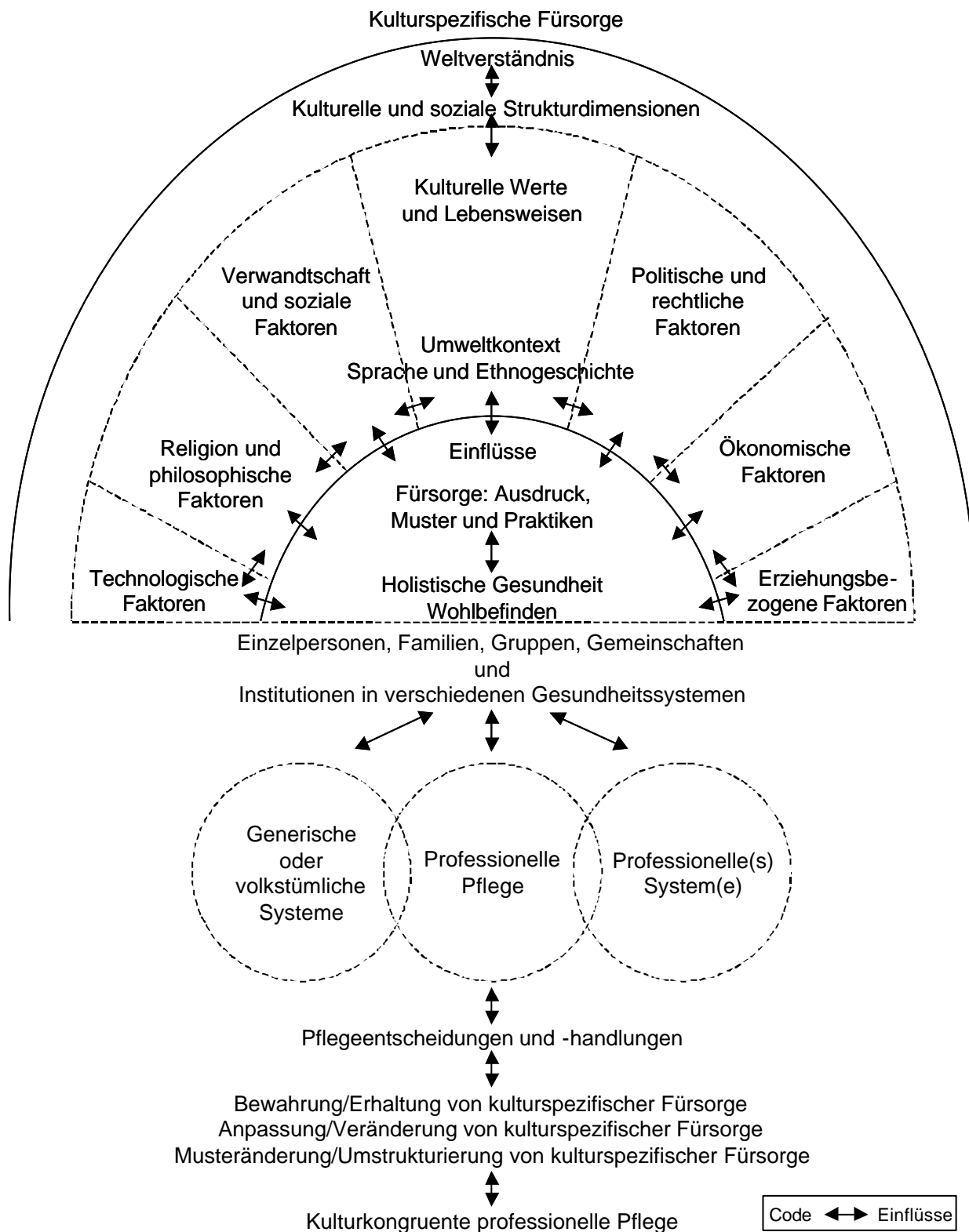


ABB. 1: SUNRISE-MODELL (Quelle: Leininger 1998a:76)

Hat die Forscherin/die Pflegekraft den oberen und mittleren Teil des Modells umfassend bearbeitet und die erwünschten Informationen gesammelt und reflektiert, dann kann sie gemeinsam mit dem/den Klienten Entscheidungen und Maßnahmen treffen, wie eine kulturkongruente Fürsorge gemäß den drei oben genannten Formen aussehen kann. Leininger betont, dass während des ganzen Forschungs- bzw. Assessmentprozesses der Klient bzw. die Gruppe nicht als Objekt, sondern als gleichberechtigtes Gegenüber behandelt wird, das in das Geschehen eingebunden ist. In diesem Zusammenhang weist sie darauf hin, dass Klienten auch Verhaltensweisen zeigen oder Sachverhalte benennen, die nicht unmittelbar mit Fürsorge in Verbindung gebracht werden können. Solche Bedeutungen und Muster mit aufzunehmen ist jedoch wichtig, um erkennen zu können, an welcher Stelle Klienten Fürsorge vermissen lassen oder wo solche Nicht-Fürsorge in dem Konstrukt kulturspezifische Fürsorge berücksichtigt werden muss (vgl. 1998b:82f.; 2002:82).

Des Weiteren ist ihr wichtig, dass in der transkulturellen Pflege nicht von „Pflegeinterventionen“ oder „Pflegeproblemen“ die Rede ist. Ihrer Meinung nach werden „Pflegeinterventionen“ von den Klienten oftmals als Eingriffe von außen betrachtet, die nichts mit den eigenen Fürsorgebedürfnissen zu tun haben. Gerade dies soll und will die kulturspezifische Fürsorge vermeiden. Ebenso sind „Pflegeprobleme“, die die professionelle Pflege zu identifizieren meint, für den Klienten selbst oftmals kein Problem, sondern werden von der Pflegekraft von außen an den Klienten herangetragen (ebd.).

1.3 Culture Care Assessment

Culture Care Assessment, also ein Assessment, dessen Aufgabe darin liegt, die fürsorgebezogenen kulturellen Werte und Praktiken bei der Einschätzung eines Klienten aufzunehmen, geschieht mithilfe des Sunrise-Modells. Der Zweck dieses Assessments liegt darin, die kulturspezifischen Muster, Bedeutungen und Werte in Beziehung auf das Weltverständnis, die Lebensweise, Überzeugungen, Praktiken und soziale Strukturfaktoren zu erkennen, und diese Erkenntnisse auf gesicherter Basis in die pflegerischen Entscheidungen einfließen zu lassen, um kulturkongruente Fürsorge zu bieten. Sind die Muster, Bedeutungen und Werte ermittelt worden, so ist es möglich, bereits im Vorwege Konflikte mit professionell

üblichen Praktiken zu identifizieren und diesen aus dem Weg zu gehen. Darüber hinaus werden vorherrschende Themen beim Klienten deutlich, die für die kulturkongruente Fürsorgepraxis von Bedeutung sind und berücksichtigt werden müssen. Auf einer übergeordneten Ebene können die ermittelten Daten dazu verwendet werden, vergleichbare emische Daten von Klienten zu erhalten und aus diesen Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen oder ähnlichen Kulturen zu untersuchen und diese Ergebnisse wiederum in die klinische Praxis, die Ausbildung oder in Studien einzubeziehen (vgl. 2002a:119).

Ein kulturologisches Assessment, so Leininger, berücksichtigt auch die herkömmlich von Pflege und Medizin betrachteten Bereiche wie z.B. psychomotorische, physiologische oder geistige Bedingungen. Doch geht es eben noch darüber hinaus, indem daneben kulturelle, soziale, ethnogeschichtliche und umweltbezogene Faktoren mit aufgenommen werden. Um dies leisten zu können, bedarf es einer Ausbildung in transkultureller Pflege, in der geisteswissenschaftliche Kenntnisse vermittelt werden (a.a.O.:118). Als Leitfaden zum Assessment dient der obere Teil des Sunrise-Modells mit seinen beeinflussenden Faktoren und Dimensionen. Es geht dabei nicht darum, alle Bereiche bis ins Detail zu ergründen, sondern in den Gesprächen mit dem Klienten und bspw. seiner Familie die ihnen wichtigen, vorherrschenden Themen zu bearbeiten. Allerdings soll das Sunrise-Modell als „Landkarte“ fungieren, damit gewährleistet ist, dass sämtliche die kulturspezifische Fürsorge möglicherweise betreffenden Bereiche angesprochen werden.

Leininger hat einen „Suggested Inquiry Guide for Use with the Sunrise Model to Assess Culture Care and Health“ entwickelt (vgl. 2002a:137ff.). Dieser Leitfaden zur Befragung enthält zu jeder Dimension, jedem Faktor sowie zu den professionellen und generischen Fürsorgeüberzeugungen und -praktiken in offener Form formulierte Fragen, die es der Pflegkraft erleichtern sollen, einen Zugang zum Klienten zu erhalten. Die offene Frageform ist von ihr gewählt worden, um den Befragten hinsichtlich dessen, was er preisgeben möchte, nicht unter Druck zu setzen. Am Schluss fügt sie noch allgemein gehaltene Fragen hinzu, die sich auf die Wünsche und Vorstellungen des Klienten bezüglich seiner pflegerischen Versorgung im Krankenhaus oder Zuhause beziehen. Leininger

empfiehlt, sich mit diesem Leitfaden vor dem Assessment vertraut zu machen und Fragen so oder so ähnlich zu stellen.

Neben dem „Inquiry Guide“ stellt Leininger zehn Prinzipien vor, die vor einem kulturologischen Assessment verinnerlicht werden sollen (vgl. a.a.O.:121ff.). Sehr wichtig ist ihr das erste Prinzip, in dem es heißt, dass dem Klienten ein echtes und ernsthaftes Interesse und Respekt entgegengebracht wird. Neben dieser Grundhaltung weist sie im zweiten Prinzip darauf hin, dass die Pflegekraft auf Unterschiede aufgrund von Geschlechterrollen und Schichten sowie auf Kommunikationsmodi und kulturell gebotene räumliche Abstände zwischen Personen achten soll. In einem dritten Prinzip betont sie nochmals das Vertrautsein mit dem Sunrise-Modell als Landkarte, damit alle Faktoren und Dimensionen und deren Beziehungen untereinander in das Assessment einfließen.

In den folgenden drei Prinzipien geht sie speziell auf den Aspekt der Kultur ein. Zum einen ist es für ein effektives kulturspezifisches Assessment notwendig, sich der eigenen kulturellen Ausrichtungen und Vorurteile bewusst zu sein (4. Prinzip). Ist dies nicht der Fall, so kann es zu kultureller Blindheit führen, d.h., die Pflegekraft ist nicht fähig, eine andere Kultur aufgrund ihrer eigenen Einstellungen und Vorurteile zu erkennen, sei es, dass die andere Kultur ihrer eigenen zu ähnlich ist, oder sei es, dass die andere Kultur zu verschieden ist und sich Vorurteile, z.B. durch Halbwissen, manifestiert haben. Im Rahmen der transkulturellen Pflegeausbildung wird Lernenden gerade für diesen Fall ein Mentor zur Seite gestellt, der fehlerhaftes Vorgehen korrigiert.

Zum anderen muss die Pflegekraft beim Assessment darauf achten, dass Klienten unter Umständen einer Subkultur oder einer besonderen Gruppe innerhalb einer dominanten Kultur angehören wie z.B. obdachlose, homosexuelle, taube oder geistig behinderte Menschen (5. Prinzip). Diese Untergruppierungen teilen zwar eine Reihe von Merkmalen der übergeordneten Kultur, haben aber in einigen Bereichen andere Überzeugungen und Muster, die es zu berücksichtigen gilt. In diesem Zusammenhang stellt Leininger klar, dass Stereotypisierungen in der transkulturellen Pflege ein absolutes Tabu und Grund zur Besorgnis sind. Auch in diesem Fall ist es die Aufgabe eines Mentoren, solche fest verwurzelten Stereotypisierungen bspw. mit Rollenspielen aufzubrechen, da sie dem Klienten gegenüber sehr verletzend und herabmindernd sein können.

Zum weiteren müssen Pflegekräfte ihre eigene Kultur und ihre Kompetenzbereiche sowie Defizite kennen, damit sie kulturell kompetent Handelnde werden (6. Prinzip). Es besteht ansonsten zum einen die Gefahr, dass Pflegekräfte bei ähnlichen Kulturen denken, dass sie bereits alles wüssten, und nicht aufmerksam genug für Unterschiede sind. Zum anderen kann ein sehr großer Unterschied zu einem Kulturschock führen und in der Folge zu einer ablehnenden Haltung, die ein Offen-sein und Lernen verhindert.

In einem siebten Prinzip fordert Leininger, dass die Pflegekraft dem Klienten, der Familie oder der Gruppe von Anfang klar und offen darlegt, welchen Sinn und Zweck das Assessment hat, und Termine festgelegt werden, an denen über die emischen Überzeugungen und Praktiken der Gesundheitsfürsorge gesprochen werden. Sie geht davon aus, dass kulturologisches Assessment mehrere Treffen umfasst, in denen immer wieder die Bedeutung des Assessments verdeutlicht werden muss.

Das achte Prinzip besagt, dass die Welt des Klienten ganzheitlich betrachtet werden soll. Der persönliche Umweltkontext ist zu eruieren, indem bekannte und vielfältige Faktoren gemäß dem Sunrise-Modell herangezogen werden, die Fürsorge, Krankheit oder Wohlbefinden beeinflussen. Mit diesem Prinzip wird nochmals vor Augen geführt, dass es nicht nur um Symptome, Medikation und Behandlung geht, sondern die gewohnten Lebensbedingungen zuhause und in der Arbeitswelt mit in Betracht gezogen werden.

Im neunten Prinzip geht es darum, dass die Pflegekraft aktiv zuhört und ein Klima schafft, in dem der Klient sich sicher genug fühlt, um seine Werte und Lebensweisen mitzuteilen. Neben den emischen Vorstellungen und Überzeugungen zur Fürsorge soll auch die etische Seite beleuchtet werden mit dem Ziel, eine Passung mit den Erwartungen des Klienten zu erreichen. Leininger bezeichnet es als hohe Kunst der transkulturellen Pflege, dem Klienten dazu zu verhelfen, beim Assessment Teilnehmer und Mitgestalter zu sein.

Das zehnte Prinzip schließlich weist auf bereits bekanntes transkulturelles Wissen hin. Die Pflegekraft ist gehalten, sich im Vorwege über die in Frage kommende Kultur zu informieren und dieses Wissen zu reflektieren. Daraus entstehende Ideen zur Fürsorge werden mit dem Klienten besprochen. Dies führt einerseits zu einem vertieften Verständnis für das Gegenüber, andererseits ist es so möglich,

Abweichungen von der „Norm“ festzustellen. Kulturelle Werte und Praktiken sind keine starren Gebilde, sondern ändern sich im Laufe der Zeit, sodass es zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten innerhalb von und zwischen Generationen kommen kann. Dessen muss sich die Pflegekraft bewusst sein und darauf während des Assessments achten.

Neben dem Sunrise-Modell hat Leininger noch zwei weitere Leitfaden entwickelt, deren Anwendung sie zur Unterstützung empfiehlt: das Modell „Vom Fremden zum Freund“ (siehe Leininger 1998b:110, 121ff.; 2002a:90ff., 133f.) sowie den „Leitfaden zur Bewertung der Enkulturation“ (a.a.O.:130ff.²; 2002a:134+139ff).

Ersteres zeigt der Pflegekraft an, inwieweit der Klient ihr vertraut. Dies zu bewerten, ist wichtig, da es allein in einer vertrauensvollen Atmosphäre wahrscheinlich ist, dass der Klient exakte, tiefgehende und verlässliche Daten angibt. Im Laufe des Assessmentprozesses ist die Pflegekraft gehalten, den entsprechenden Prozess zu dokumentieren und ihr eigenes Verhalten zu reflektieren.

Der zweite Leitfaden dient dazu zu bewerten, inwieweit der Klient bezüglich der kulturellen Dimensionen traditionell oder nicht-traditionell orientiert ist. In einem ersten Teil wird diese Orientierung zu den einzelnen Dimensionen mittels einer Skala von 1 bis 5 (vorwiegend traditionell bis vorwiegend nicht-traditionell) eingeschätzt und in einem zweiten Teil ein zusammenfassendes Profil erstellt, das in übersichtlicher Form die vorherrschende Orientierung hinsichtlich der Werte, Überzeugungen und Lebensweise anzeigt. Mit dessen Hilfe lassen sich die entsprechenden Fürsorgeformen (s.o.) gemeinsam mit dem Klienten planen. Allerdings wird dem Klienten dieser Leitfaden nicht zugänglich gemacht. Er dient ausschließlich der Pflegekraft zur Beurteilung des Enkulturationsgrades. Zusätzlich zum Leitfaden protokolliert die Pflegekraft die äußeren Umstände, unter denen das Interview stattgefunden hat, da diese die Auskunftsfreudigkeit eines Klienten stark beeinflussen können (vgl. Leininger 2002a:134).

² In der deutschen Übersetzung hat sich ein Fehler eingeschlichen: im Hinweistext zu Beginn des Leitfadens ist von „ethischen Informationen“ die Rede. Gemeint sind aber „etische Informationen“.

1.4 Übertragung der Theorie in die Pflegepraxis

Die Theorie Leiningers ist stark praxisorientiert. Gerade die Entwicklung verschiedener Leitfäden, die die Umsetzung des transkulturellen Caring-Gedankens in Forschung und Praxis unterstützen sollen, bietet Hilfestellung und Anleitung. Um eine qualitativ hochwertige transkulturelle Pflege gewährleisten zu können, gibt es in einigen Ländern, in Europa unter anderem in Schweden und Finnland, Kurse zur Ausbildung in transkultureller Pflege.

Die Ausbildung erfolgt in drei Phasen: in der ersten Phase wird ein Bewusstsein für kulturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Fürsorge geschaffen und die Pflegekraft dafür sensibilisiert. In der zweiten Phase wird das kulturelle Wissen vertieft und mit der Unterstützung eines Mentors die Anwendung transkultureller Konzepte und Prinzipien geübt. In dieser Phase wird Wert darauf gelegt, dass die Theorie und die mit ihr verbundenen Erkenntnisse verinnerlicht werden, da sie nach Leininger eine wichtige Richtschnur ist, um noch Unbekanntes hinsichtlich der kulturellen Fürsorge von Personen und Gruppen zu entdecken. „For without theory, one cannot discover and explain phenomena in a systematic way and arrive at credible ideas and decisions“ (Leininger 2002a:28). Die Theorie ist also für eine systematische Erkundung von Phänomenen und eine Bildung fundierter Vorstellungen und Entscheidungen unabdinglich.

In der dritten Phase schließlich wendet die Pflegekraft ihre Beobachtungen, Erfahrungen und das mit dem Klienten erarbeitete Wissen an, um für den Klienten kulturell kompetent zu sorgen. Leininger bezeichnet diese Phase als den kreativen Teil der transkulturellen Pflege: Wege zu finden, das Wissen des Klienten und das professionelle Wissen für eine gute Pflege zu nutzen. In dieser Phase dokumentiert und evaluiert sie die Ergebnisse der transkulturellen Fürsorge gemeinsam mit dem Klienten und bezieht dabei neben dem eigenen Wissen auch Beobachtungen Dritter ein, die mit dem Klienten zu tun haben. Diese Phase dient darüber hinaus der Reflektion darüber, in welchen Bereichen die eigene Kompetenz noch gestärkt werden muss (vgl. ebd.).

1.5 Zusammenfassung

Leininger bestimmt Fürsorge als Kern und Mittelpunkt der Pflege. Das Besondere an ihrem Ansatz besteht darin, dass sie den Begriff der Fürsorge mit der Kultur verbindet. Sie geht davon aus, dass Fürsorge sich innerhalb und zwischen Kulturen unterscheidet, es aber auch Gemeinsamkeiten gibt. Was als Fürsorge gilt und somit Heilung und/oder Wohlbefinden fördert, ist abhängig vom jeweiligen Weltverständnis innerhalb einer Kultur und sozialen Strukturfaktoren wie Religion, Wirtschaft, Erziehung, Technik, Politik, Verwandtschaft, Ethnogeschichte, Umwelt, Sprache sowie allgemeinen und professionellen Fürsorgefaktoren.

Die Aufgabe der Pflege in ihrer Rolle als humanistische und wissenschaftliche Profession besteht darin, Pflege bzw. Fürsorge kulturkongruent zu gestalten. Aus diesem Grunde muss die Pflege, fundiert durch wissenschaftliche Forschung – in diesem Fall vor allem durch die pflegeethnografische Methode –, Wissen anhäufen, das den Pflegekräften zur Verfügung gestellt wird, um das Ziel kulturkongruenter Fürsorge zu erreichen. Im Einzelfall erhält die geschulte Pflegekraft durch kultursensibles Assessment die notwendigen Informationen vom Klienten, der sein generisches Fürsorgewissen entsprechend seinem Mitteilungsbedürfnis weitergibt. Zur umfassenden Informationssammlung dient quasi als Fahrplan das Sunrise-Modell. Mit dem Klienten gemeinsam werden die Formen der Fürsorgehandlungen und -entscheidungen bestimmt, die kongruent sind mit dem Fürsorgebedarf des Klienten.

Kritisch anzumerken ist bei der Theorie Leiningers, dass die Betonung des emischen Fürsorgebegriffs den professionellen Fürsorgebegriff aus dem Blickfeld rückt. Sie geht davon aus, dass Fürsorge kulturell bedingt ist, bezieht diese kulturelle Einflussnahme aber ausschließlich auf die generische Fürsorge. Es ist an keiner Stelle davon die Rede, dass auch der professionelle Fürsorgebegriff durch die Kultur geprägt sein müsste.

Die Erfahrungen und Bedeutungen der Pflegekraft spielen augenscheinlich eine geringere Rolle als die des Klienten. Professionelles Wissen springt erst ein, wenn der emische Fürsorgebegriff erfasst ist. Die Pflegekraft befindet sich in der prekären Lage, dass sie einerseits eigenes Wissen zurückstellen soll, um nicht in Stereotypisierungen oder Vorurteile zu verfallen, andererseits aber bspw. den

Grad der Enkulturation beurteilen oder Nicht-Fürsorge erkennen soll. Unter diesen Gegebenheiten ist eine klare, authentische Haltung schwierig zu entwickeln.

2. Jean Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung

Die Theorie ist von Jean Watson in den Jahren 1975 bis 1979 entwickelt worden und bezeichnet ebenfalls *caring*³ als Kern der Pflege und zugleich als größten gemeinsamen Nenner in der Pflegepraxis (vgl. Watson 1996:51; 2004a). Die – wie sie es mittlerweile bezeichnet – ursprüngliche Theorie, die von ihr in den achtziger Jahren vorgestellt wurde, ist bis heute gültig. Watson hat ihre Theorie jedoch weiter entwickelt und betrachtet ihre Arbeit heute nicht mehr als spezifische Theorie per se, sondern eher als eine philosophische, ethische und intellektuelle Blaupause für die Pflege und ihre weitere Professionalisierung. Die ursprüngliche Theorie ist dennoch weiterhin für die Praxis nutzbar (vgl. 2004a).

Die Kernkonzepte der ursprünglichen Theorie, die nach wie vor gelten – auch in der sich weiter entwickelnden Fassung – sind folgende (ebd.):

- ?? Carative Factors
- ?? Transpersonal Caring Relationship
- ?? Caring Moment / Caring Occasion

Vor der Darstellung der Konzepte möchte ich kurz das Menschen- und Weltbild sowie die theoretischen Grundlagen klären, auf deren Basis Watson ihre Theorie entwickelt.

2.1 Menschenbild und Weltbild

Für Watson ist das Wesentliche der menschlichen Existenz, dass der Mensch, obwohl er Teil der Natur ist, diese transzendiert. Er ist in der Lage, mithilfe des Verstands (im Original: mind) höhere Ebenen des Bewusstseins zu erreichen und seiner Existenz Sinn und Harmonie zu verleihen. Sie schreibt dem Menschen eine

³ In der deutschen Ausgabe mit *Zuwendung* übersetzt. Im Folgenden werde ich die Fachtermini von Watson im Zweifelsfall hinzusetzen, da die deutsche Übersetzung zum Teil unklar oder unzutreffend ist.

Seele zu, von der sie annimmt:“ ... that one's soul possesses a body that is not confined by objective space and time“ (Watson 1988:45; dt. Fassung gekürzt [vgl. Watson 1996:63]). Eine solche Unbegrenztheit von Zeit und Raum zeigt sich darin, dass das Hier und Jetzt transzendiert werden kann und der Mensch seine Welt, wie er sie erfährt, gleichzeitig in der Vergangenheit, in der Gegenwart und in der Zukunft lebt.

Watson geht davon aus, dass die Seele – auch Geist (im Original: *spirit* oder *geist*) oder inneres bzw. höheres Selbst oder Wesenskern der Person genannt – den Tod des menschlichen Körpers überdauert und „ihre unbekannte, grenzenlose Reise durch Raum und Zeit fort dauert“ (Watson 1996:64). Mit dem Konzept der Seele verbindet Watson eine höhere Wahrnehmung des eigenen Selbst, ein höheres Bewusstsein, innere Stärke und eine Kraft, die die menschlichen Fähigkeiten erweitern kann und es einer Person möglich macht, das eigene alltägliche Selbst zu transzendieren. Höheres Bewusstsein und inneres Selbst führen zur Entwicklung eines umfassenderen Zugangs zum Intuitiven. Unter Umständen kommt es zu Erfahrungen, die im Bereich des Mystischen und Unheimlichen liegen. Ein Bereich, in den Menschen gemeinhin, gehemmt durch eine rationale Wissenskultur des logischen Positivismus, nicht vordringen (vgl. ebd.).

Daneben ist es dem Menschen möglich, Raum und Zeit mithilfe seines Verstands (mind), seiner Vorstellungsgabe und seiner Gefühle zu transzendieren. „Die Vorstellung der Transzendenz ist eine Option für wahres menschliches Wachstum und birgt die Möglichkeit einer vollständigen Menschwerdung“ (a.a.O.:65). Watson sieht als *das* Grundstreben des Menschen schlechthin seinen Wunsch, sein wahres Selbst zu verwirklichen und damit den spirituellen Wesenskern seines Selbst zu entwickeln, um letztendlich „gottähnlicher“ zu werden (a.a.O.:77). Damit verbunden ist ein Streben nach Harmonie von Körper, Geist (im Original: mind) und Seele. Die Harmonie ist umso größer, je mehr man das eigene Selbst entfaltet und erfährt.

In direktem Zusammenhang mit Harmonie steht der Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff bei Watson. Mit Gesundheit bezeichnet sie einen Zustand der Einheit und Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele, in dem die Wahrnehmung des Selbst und die Erfahrung des Selbst kongruent sind. Besteht

ein gefühltes Ungleichgewicht, eine Inkongruenz zwischen Selbst-Wahrnehmung und Selbst-Erfahrung, so versetzt es die Seele in Unruhe und führt zu Krankheit (illness) und Krankheitssymptomen (disease) (vgl. Watson 1988:46f.; 1996:66f.).

Verknüpft mit dem Streben nach Harmonie und dem Wachsen des inneren Selbst ist die Vorstellung, dass der Mensch als Individuum mit allen anderen, der Welt und dem Universum in konzentrischen Kreisen verbunden ist. Ein Wachstum des Einzelnen führt daher auch zum Wachstum der Menschheit, der Natur und des Universums (vgl. Watson 1996:30; 1999:129; 2004b).

2.2 Theoretische Grundlagen

Die Grundlagen ihrer Theorie liegen in der Humanwissenschaft und der Metaphysik, die nachfolgend erläutert werden.

2.2.1 Humanwissenschaft

Watson hält eine ausschließlich medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive, bei der der Mensch als Objekt betrachtet wird und der Fokus auf den Symptomen von Krankheit liegt, für nicht übertragbar auf die Pflege. Der wichtige Aspekt der menschlichen Zuwendung, der Caring-Beziehung, kann mit einer positivistischen, mechanistischen Geisteshaltung weder erfasst noch erklärt werden. Watson will keine völlige Abkehr von traditionellen Naturwissenschaften, sondern fordert eine Ergänzung durch die Humanwissenschaft, die menschliche Phänomene berücksichtigt und erforscht, ohne Menschlichkeit zu behindern oder zu zerstören (vgl. Watson 1988:8ff.; 1996:22ff.).

Der Begriff „Humanwissenschaft“ wurde vom Psychologen Giorgi benutzt, um damit eine Richtung der Psychologie zu beschreiben, die den Menschen als Ganzes, als Ganzheit, betrachtet. Dies geschah in Abgrenzung zur Psychoanalyse und zum Behaviorismus. Watson konstatiert hier eine Parallele zur Pflege, deren engagierte Sorge für die ganze Person sowie einem Sich-Kümmern um die Gesundheit Einzelner und Gruppen von Personen durch die Anwendung reduktionistischer naturwissenschaftlicher Methoden nicht Rechnung getragen wird. Mit *Humanwissenschaft* verbindet sie die Vorstellung von Pflege als Kunst

und Wissenschaft und bezeichnet es als „Wissenschaft der zwischenmenschlichen Zuwendung“ (im Original: science of caring) (vgl. Watson 1988:13ff.; 1996:27ff.).

Neben dem schwierigen Verhältnis der Sichtweisen von Pflege und Medizin und der noch nicht ausgereiften eigenständigen Wissenschaftlichkeit der Pflege benennt Watson vier philosophische und konzeptuelle Aspekte, die in der Humanwissenschaft von Bedeutung sind (Watson 1996:30):

1. Die Pflege sieht den Menschen als Subjekt seiner eigenen Erfahrung (engl.: experiencing subject).
2. Mensch und Welt bedingen sich gegenseitig in ihrer Entwicklung.
3. Gesundheit ist als Prozeß zu sehen.
4. Pflegekraft und Person sind gemeinsam in einen Prozeß kontinuierlicher Veränderungen eingebunden.

Die Humanwissenschaft geht also nicht von einem statischen Zustand des Menschen und seiner Welt aus, sondern von einem Prozess des Seienden. Sie basiert auf einer Philosophie der menschlichen Freiheit, Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit und vertritt eine ganzheitliche Biologie und Psychologie, in der die nicht-reduzierbare Person mit anderen und der Natur in Verbindung steht. Sie vertritt eine Epistemologie, die nicht allein die Empirik billigt, sondern daneben Ästhetik, ethische Werte, Intuition und die Entdeckung von Prozessen fördert. Es wird eine Ontologie von Zeit und Raum gelehrt und von einem Zusammenhang von zwischenmenschlichen Ereignissen, Prozessen und Beziehungen ausgegangen. Das wissenschaftliche Weltbild ist offen (vgl. Watson 1988:16; 1996:30f.). Watson erwartet, dass „das vorherrschende Weltbild der Pflegewissenschaft zunehmend phänomenologisch-induktiv, subjektiv, prozessorientiert, ja, sogar methaphysisch [sic] werden“ wird (Watson 1996:37).

Bezüglich der Methoden weist sie an dieser Stelle darauf hin, dass häufig zwischen qualitativen und quantitativen Methoden unterschieden wird. Sie betrachtet diese als zwei Pole eines Kontinuums, die sich gegenseitig nicht ausschließen. In diesem Zusammenhang wirft sie die Frage auf, wie in der Pflegewissenschaft mit dem Hauptthema „Pflegekraft und Person“ umgegangen

wird (vgl. Watson 1988:37)⁴. Wie sind sie jeweils einzeln zu definieren und wie in ihrer Beziehung zueinander? Wie kann sichergestellt werden, dass die Person nicht zum Objekt, zum Mittel von Wissenschaft oder Medizin degradiert wird, sondern als Subjekt, als Zweck bestehen kann? Wie kann eine Caring-Beziehung in Momenten, in denen das Menschliche bedroht ist, erhalten bleiben? Hinsichtlich dieser Fragen ist die Aufgabe der Pflegewissenschaft, sie zu beantworten und die jeweils passenden Methoden zu finden bzw. zu entwickeln.

2.2.2 Metaphysik

Nach Watson wird die Pflege durch das von ihr vorgestellte Weltbild in einen metaphysischen Kontext gestellt und als ein Prozess der Zuwendung von Mensch zu Mensch etabliert, der spirituelle Dimensionen besitzt. Sie ist der Meinung, dass die Pflegewissenschaft die Metaphysik nutzen kann, „um die höhere Bestimmung des menschlichen Daseins mit den Zielen der menschlichen Zuwendung zu verknüpfen und sich als Wissenschaft des 21. Jahrhunderts zu behaupten“ (Watson 1996:58). Die Metaphysik – darunter versteht man „die Lehre von den letzten Gründen des Seins, seinem Wesen und Sinn“ (Regenbogen/Meyer 1998:412) – ist für die Pflege wichtig, weil der primäre Inhalt der Pflege mit dem Menschen, seinem Leben und Tod verbunden ist und es sich um Gesundheit und Krankheit sowie Prozesse der Zuwendung zum Anderen dreht (a.a.O.:62).

Richard Taylor, den Watson zitiert, schreibt dem Menschen drei Bedürfnisse zu: zum einen das Bedürfnis nach Liebe und Anerkennung wenigstens durch einige Wenige; zum anderen das Bedürfnis nach der Liebe zur Natur und dem Gefühl, darin einen Platz innezuhaben; und zum dritten das Bedürfnis nach Metaphysik. Hinter diesem Bedürfnis steht der Wunsch, Sinn und Bedeutung des Lebens zu ergründen. Als Lohn der Metaphysik bezeichnet Taylor die Weisheit. Damit ist nicht Weisheit oder Wahrheit gemeint, die alle Fragen beantworten kann. Es ist eine Weisheit, die davor schützt, Religionen oder Ideologien zu verfallen, die sich als billiger Ersatz anbieten und doch keine Antwort auf die Fragen der Metaphysik haben. Eine Antwort auf alle Sinnfragen wird es, so Taylor, nicht

⁴ Die deutsche Fassung weicht an dieser Stelle vom Sinn des Originals ab.

geben können und doch kann Weisheit als schlichte Weisheit erkannt werden (vgl. a.a.O.: 59ff.).

Für Watson bedeutet dies, dass „die Suche für den Sinn (...) im Streben nach einer Weisheit (mündet), die über ein bloßes Ansammeln von Fakten und Erkenntnissen weit hinausgeht“ (a.a.O.:62). Das menschliche Leben selbst wird ihr zum Fundament ihrer Pflge Theorie.

2.3 Die Theorie der transpersonalen Zuwendung (Theory of Human Care/Caring)

In der Theorie der transpersonalen Zuwendung dreht es sich um Pflege in einem humanwissenschaftlichen und künstlerischen Kontext. Pflege als Kunst zu betrachten, geht auf Florence Nightingale zurück (vgl. Watson 1996:28). Die Theorie beschäftigt sich mit der „Wechselbeziehung zwischen Pflegekraft und Patientin bzw. Patient unter Einbezug von Körper, Geist und Seele im Kontext der Intersubjektivität“ (Watson 1996:73) und sieht menschliche Zuwendung als moralisches Ideal der Pflege. Als solches fördert es die Menschlichkeit, die Würde und die Selbstentfaltung der Person.

Watson sieht als Ziele der Theorie: mental-spirituelles Wachstum des Selbst und anderer; in der eigenen Existenz und Erfahrung Sinn finden; innere Kraft und Kontrolle finden; Momente der Transzendenz und Selbstheilung ermöglichen. Dabei ist die treibende Kraft der Veränderung in der Situation der zuwendenden Beziehung der Patient selbst. Seine inneren, mental-spirituellen Mechanismen treiben die Heilung voran, und zwar durch einen intersubjektiven, interdependenten Prozess, in welchem für beide Personen die Möglichkeit besteht, ihr Selbst und gewöhnliche Erfahrungen zu transzendieren (vgl. Watson 1988:74: 1996:98).

Um diese Ziele zu erreichen, ist es nicht genug, als Pflegekraft aus Pflichtbewusstsein korrekt zu handeln. Es bedarf einer Grundhaltung, die den Wert der Zuwendung und der Fürsorge in der Pflege anerkennt und diese Erkenntnis in Handlung umsetzt. Watson nimmt an, dass jeder Mensch ein Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung hat, doch fordert sie, dass der einzelne

dieses Bedürfnis erst einmal bei sich selbst erkennt und den Willen zu Liebe und Zuwendung zuallererst auf sich selbst und sein eigenes Verhalten anwendet, bevor er sich anderen liebevoll zuwendet. Sie nimmt an, dass die Pflege, indem diese das Ideal der Zuwendung in der Praxis umsetzt, der Menschheit zu mehr Menschlichkeit verhelfen und die Entwicklung der Zivilisation fördern wird.

Im Folgenden werden die drei Hauptkonzepte der Theorie näher erläutert.

2.3.1 Faktoren der Zuwendung (Carative Factors)

Watson bezeichnet die Faktoren der Zuwendung auch als Interventionen, merkt dazu aber an, dass dieser Begriff von ihr nur aus pädagogischen Erwägungen beibehalten wird. Passender erscheint ihr der Begriff „caring process“, in der Übersetzung als „einzelne Komponenten der Zuwendungsprozesses“ übertragen. Es geht darum, dass Interventionen, die mit dem Zuwendungsprozess in Zusammenhang stehen, eine Absicht, einen Willen, eine Beziehung und Handlungen erfordern. Der dazugehörige Prozess steht unter dem Vorzeichen der Zuwendung als moralischem Ideal der Pflege: die Menschlichkeit wird gewahrt, die Personen als Subjekt bestätigt und ein Wandel zum Wohlbefinden ermöglicht. In diesem Prozess kann auch die Pflegekraft profitieren und wachsen. Die Kombination von Interventionen bezeichnet Watson als *carative factors* (vgl. Watson 1988:74f; 1996:98-100):

1. Ein humanistisch-altruistisches Wertesystem
2. Glaube und Hoffnung
3. Sensibilität für sich und andere
4. Aufbau einer auf Hilfe und Vertrauen basierenden Beziehung
5. Ausdruck positiver und negativer Gefühle
6. Ein kreativer, problemlösender Zuwendungsprozess
7. Transpersonales Lehren und Lernen
8. Eine schützende, förderliche und/oder korrektive mentale, physische, soziale und spirituelle Umwelt
9. Menschlicher Beistand
10. Existentiell-phänomenologisch-spirituelle Kräfte

Als Voraussetzungen für menschliche Zuwendung und den damit verbundenen Prozess nennt Watson zum ersten die Beteiligung der Pflegekraft mit ganzer Person. Zum zweiten ist ein Wissen um Verhalten und Reaktionen auf gesundheitliche Probleme erforderlich sowie das Erkennen von Bedürfnissen und ein Wissen um Möglichkeiten, diese zu erfüllen; die Kenntnis um die eigenen Stärken und Grenzen sowie die des anderen; ein Wissen, welche Bedeutung die Situation für den anderen hat, und wie man ihm Trost, Mitgefühl und Empathie bieten kann. Zum dritten sind Handlungen zu ermöglichen, die es einander erlauben, Probleme zu lösen, zu wachsen und das Hier und Jetzt zu transzendieren. Diese Handlungen sind verbunden mit dem Wissen um Zuwendung und menschliche Reaktionen. Und als letzte Voraussetzung ist es für Watson selbstverständlich, dass die Pflegekraft in jedem Punkt Fachwissen und klinische Kompetenz aufweist (ebd.).

Im Laufe des Prozesses werden die carativen Faktoren immer wieder aktualisiert und je höher der Aktualisierungsgrad ausfällt, desto mehr wird dem moralischen Ideal entsprochen, die Subjektivität gewahrt und eine sinnfindende Entfaltung des Selbst und eine Selbstheilung gefördert. Letztendlich, so Watson, führt dies zur spirituellen Weiterentwicklung der Menschheit.

2.3.2 Die transpersonale Zuwendungsbeziehung (Transpersonal Caring Relationship)

Der Begriff „transpersonal“ bezieht sich auf eine intersubjektive Beziehung von Mensch zu Mensch, in der beide den Augenblick bewusst erleben und eine Verbindung zum anderen spüren (vgl. Watson 1988:58; 1996:78). Die Beziehung in einem gegebenen Augenblick umfängt beide Personen und transzendiert sie gleichzeitig, so dass sie mit anderen Dimensionen des Seins und höherem Bewusstsein verbunden werden; dies eröffnet ihnen einen Zugang zum universalen menschlichen Geist (spirit) schlechthin (vgl. Watson 1999:115).

Die transpersonale Zuwendungsbeziehung bzw. der Prozess der transpersonalen Zuwendung beginnt, sobald die Pflegekraft in den Lebensraum oder das phänomenale Feld der anderen Person eintritt und deren spirituellen Seinszustand

nicht nur erspürt, sondern diesen Zustand in sich selbst fühlt⁵ und darauf in der Weise reagiert, dass es dem anderen möglich ist, die subjektiven Gedanken und Gefühle zu äußern, die er zu äußern wünscht. So entsteht ein intersubjektiver Austausch zwischen den Beteiligten (vgl. Watson 1988:63; 1996:85).

Mit dem phänomenalen Feld ist „die Summe der jeweiligen menschlichen Erfahrungen (das eigene «In-der-Welt-sein»)“ gemeint, die als individueller Bezugsrahmen nur der Person selbst bekannt ist (Watson 1996:75).

Ob eine Zuwendungsbeziehung zustande kommen kann, hängt von folgenden Faktoren ab (ebd.):

1. Der moralischen Verpflichtung, die Würde der Person zu schützen und zu achten, so daß die Person die Bedeutung ihrer Erfahrungen selbst bestimmen kann
2. Dem Willen und der Bereitschaft der Pflegekraft, die Subjektivität der Person zu bejahen (Ich-Du- versus Ich-Es-Beziehung)
3. Der Fähigkeit der Pflegekraft, die Gefühle und die innere Verfassung der Person wahrzunehmen und genau zu erfassen; dies kann durch Verhaltensweisen, Worte, Kognition, Körpersprache, Gefühle, Sinne, Intuition usw. geschehen
4. Der Fähigkeit der Pflegekraft, das «In-der-Welt-sein» der Person wahrzunehmen und eine innere Einheit mit ihr zu verspüren ... Die Subjektivität der Patientin bzw. des Patienten wird dabei ebenso wertgeschätzt wie die der Pflegekraft, und die Gemeinsamkeit gilt als moralische Grundlage der pflegerischen Beziehung
5. Dem Bewußtsein der Pflegekraft für die eigene Lebensgeschichte (kausale Vergangenheit) , ihre eigenen Gefühlserlebnisse und ihre Erfahrungen mit den verschiedensten Gefühlen anderer. ...

Im Zusammenhang mit der transpersonalen Zuwendung spricht Watson von der Kunst des Caring, die darin besteht, dass die Pflegekraft die Gefühle des anderen

⁵ In der deutschen Fassung ist von einem Versuch des Fühlens die Rede, doch steht im Original „feels this condition within him- or herself“ (Watson 1988:63). Es ist also kein Versuch, sondern ein Fakt.

wahrnimmt und nachempfindet und ihre eigenen Gefühle, die sie selbst durchlebt, wahrgenommen und erlernt hat, auf den anderen überträgt, so dass dieser wiederum die Gefühle der Pflegekraft bewusst erfährt. „Das Besondere an diesem Vorgang ist, daß das von der Pflegekraft vermittelte Gefühl die andere Person so stark beeindruckt, daß sie es als eigenes Gefühl erfährt, das genau dem Gefühl entspricht, daß bei ihr zum Ausdruck drängt“ (Watson 1996:90). Eine wirklich sich zuwendende Pflegekraft vermag mit der anderen Person in einer Einheit aufzugehen, die über das Körperliche hinausgeht, die Subjektivität und Körperlichkeit aber wahrt. Die transzendierte Einheit der Gefühle hebt die Trennung der Personen auf, verstärkt die Selbstheilung sowie die innere Kraft und Kontrolle und trägt dazu bei, neue Bedeutung in der eigenen Existenz zu finden (vgl. Watson 1988:67f.; 1996:90f.).

2.3.3 Augenblick der Zuwendung/Anlass der Zuwendung (Caring Moment/Caring Occasion)

In der Begegnung von Pflegekraft und demjenigen, dem die Zuwendung zuteil wird, treffen zwei Personen mit ihrer jeweiligen einzigartigen Lebensgeschichte und ihrem persönlichen phänomenalen Feld in einer *caring occasion*, einem Anlass zur Zuwendung, aufeinander. Dieses Zusammentreffen wird zu einem fokalen Punkt in Raum und Zeit. Es wird zu einem transzendenten Zusammentreffen, durch welches Erfahrung und Wahrnehmung stattfindet. Der Anlass der Zuwendung hat durch das Transzendente des Zusammentreffens ein eigenes Feld, das größer ist als der Anlass (*occasion*) selbst. Der dazugehörige Prozess kann über sich hinausgehen und dennoch aus den eigenen Aspekten entspringen und Teil der jeweiligen Lebensgeschichte sowie Teil eines größeren, komplexeren Lebensmusters werden. Die Vorstellung, dass der Augenblick sowohl aktuell präsent als auch transzendiert jenseits des aktuellen Moments vorhanden sein kann, gehört zum Konzept des Transpersonalen (vgl. Watson 1988:58f.; 1996:79f.; 1999:116; 2004a).

In den neueren Veröffentlichungen setzt Watson *actual caring occasion* mit *caring moment* gleich (vgl. Watson 1999:116; 2004a). Von diesem Moment sagt sie, dass im Augenblick des Zusammentreffens die Pflegekraft und ihr Gegenüber die Möglichkeit haben, darüber zu entscheiden, wie sie in dem Moment und in der

Beziehung sein wollen. Dies entscheidet die weitere Richtung und schließt andere Möglichkeiten aus. Falls es dabei zu einem transpersonalen Moment gekommen ist, der eine Begegnung auf spiritueller Ebene erlaubt, dann eröffnet dies neue Möglichkeiten zur Erweiterung der menschlichen Fähigkeiten und zur Heilung. Eine Begegnung auf physischer Ebene könnte dies nicht leisten. Gemäß Watson erweitert der Moment der Zuwendung „die Bandbreite bestimmter Ereignisse, die in dem Augenblick selbst wie auch in der Zukunft stattfinden können“ (Watson 1996:90).

Der transpersonale Moment der Zuwendung, so Watson, geht in die Lebensgeschichte der Personen ein und damit auch die neuen Möglichkeiten. Sie ist davon überzeugt, dass Menschen, indem sie sich intersubjektiv begegnen und miteinander identifizieren, voneinander Menschlichkeit, Selbsterkenntnis und Weisheit lernen (Watson 1988:59; 1996:80; 1999:117; 2004a).

2.4 Bedeutung für die Pflegepraxis

Watson weist darauf hin, dass ihre Theorie der praktischen Anwendung bedarf, um verstanden zu werden. „I emphasize that it is possible to read, study, learn about, even teach and research the caring theory; however, to truly „get it“, one has to personally experience it“ (Watson 2004a). Eine theoretische Auseinandersetzung ist also ihrer Meinung nach nicht ausreichend, die Theorie muss gelebt und erfahren werden, um sie zu begreifen.

Eine Übertragung in die Praxis setzt auf jeden Fall voraus, dass pflegerisches Fachwissen und Kompetenz in einem solchen Maße vorhanden ist, dass die carativen Faktoren als Interventionen angewendet werden können. Um diese auch anwenden zu wollen, bedarf es allerdings einer Grundhaltung, die den Wert der menschlichen Zuwendung anerkennt und sich um eine authentische Beziehung zum anderen bemüht, in der die Würde und die Subjektivität des anderen gewahrt bleibt. Um Watsons Theorie in der ganzen Bandbreite nachvollziehen zu können, genügt eine humanistische Einstellung und Wertschätzung des anderen wahrscheinlich nicht. Es ist bereits an anderer Stelle kritisiert worden, dass der Leser eine Bandbreite an anderen Disziplinen kennen muss, um die Theorie

verstehen zu können. Unter Umständen verfügen Pflegekräfte nicht über die geisteswissenschaftlichen Grundlagen, um einige der Inhalte zu verstehen, zumal die Sprache Watsons Schwierigkeiten bereiten kann (vgl. McCance et al. 1999:1393).

2.5 Zusammenfassung

Aus dem oben Gesagten wird bereits klar, dass Watson den Menschen als Einheit sieht aus Körper, Geist und Seele, der mehr ist als die Summe seiner Teile und sich davon auch unterscheidet. Allerdings betont sie in ihren theoretischen Ausführungen so sehr die spirituelle Seite des Menschen und der Pflegebeziehung, dass das Wissen um Ganzheitlichkeit und insbesondere der Aspekt des Körperlichen schnell in Vergessenheit geraten können.

Sorgende Zuwendung entfaltet bei Watson seine volle therapeutische Wirksamkeit, wenn in der transpersonalen Zuwendung eine Begegnung auf spiritueller Ebene stattfindet, die den Moment der Zuwendung transzendiert und neue Möglichkeiten der Sinnfindung ermöglicht. Ziel der transpersonalen Zuwendung ist die Wiederherstellung der Harmonie von Körper, Geist und Seele, die im Falle von Krankheit verloren gegangen ist, indem der andere neuen Sinn findet und wächst. Verbunden mit dem Wachstum des Einzelnen ist bei Watson ein Wachstum der Menschheit zu mehr Menschlichkeit und Zivilisation.

Neben der bereits erwähnten Kritik an der Sprache und der Bandbreite der vorausgesetzten geisteswissenschaftlichen Kenntnisse besteht eine Schwierigkeit darin, sich konkret vorstellen zu können, was es bedeutet, dass ein Augenblick gleichzeitig präsent und transzendent ist. Die Betonung des Spirituellen und der Gedanke, Menschheit, Welt und Universum durch transpersonale Zuwendung wachsen zu lassen, zeigt m. E. eine Verklärung des Caring-Gedankens, der schon in eine heilsbringende Ideologie abgeleitet. Und somit zum billigen Ersatz für wahre Weisheit wird.

3. Patricia Benner: Der Vorrang der Sorge

Patricia Benner hat sich Anfang der achtziger Jahre damit beschäftigt, was Pflegekompetenz und effektives pflegerisches Verhalten ausmacht (vgl. Benner/Wrubel 1994). Dabei hat sie festgestellt, dass pflegerisches Wissen und Techniken nicht ausreichend sind, sondern erst die Sorge eine kompetente Pflegepraxis möglich macht. Die Bedeutung der Sorge und ihre primäre Rolle in der Pflege wurde dann gemeinsam mit Judith Wrubel 1989 in *The Primacy of Caring* (dt.: *Pflege, Stress und Bewältigung*, 1997) ausführlich dargestellt. Sie betrachten Pflege als praktische Umsetzung der Sorge, deren Wissenschaft moralisch und ethisch von Sorge und Verantwortung getragen wird. Dabei meint Sorge „die Sorge für andere oder anderes; (Sorge) impliziert, daß wir Personen, Ereignissen, Projekten und Dingen zugewandt sind, sie in ihrer Besonderheit ernstnehmen und sie mit sorgender Zuwendung bedenken“ (Benner/Wrubel 1997:21).

Benner und Wrubel nennen drei Gründe, warum der Sorge eine Vorrangstellung gebührt (a.a.O.:21ff.):

1. Weil durch die Sorge deutlich wird, was der betreffenden Person wichtig ist, zeigt sie auch auf, welche Ereignisse als streßreich gelten und welche Optionen der Bewältigung zur Verfügung stehen. Sorge ermöglicht Lösungen. Dies ist der erste Grund, warum ihr in der Pflege eine primäre Rolle zukommt.
2. Diese befähigende Kraft, die von zwischenmenschlichen Bindungen und persönlichen Anliegen ausgeht, ist ein weiterer Grund für das Primat der Sorge.
3. Schließlich gebührt der Sorge in der Pflege die primäre Rolle, weil sie die Chance gibt, Hilfe zu leisten und Hilfe anzunehmen.

Das Besondere an dem Ansatz von Benner und Wrubel ist, dass ihr Begriff der Sorge nicht intentionale Sorge meint, sondern ontologische Sorge. Unter intentionaler Sorge versteht Edwards als „voluntary, deliberate, actions on part of human beings“ (Edwards 2001:167). Diese freiwillige, bewusst in Handlungen

ausgedrückte Sorge kann sich, so Edwards, auch auf Pflanzen oder Tiere beziehen. Die ontologische Sorge, die Benner und Wrubel meinen, ist „eine besondere Art und Weise des «In-der-Welt-Seins»“ (Benner/Wrubel 1994:11). Sie gründen ihre Vorstellungen von Person und Sorge auf die Phänomenologie Martin Heideggers. Diese soll im Folgenden zum Verständnis ihres Ansatzes kurz dargestellt werden.

3.1 Dasein und Sorge in der Phänomenologie Martin Heideggers

Heidegger beschäftigt die Frage nach dem Sinn des Seins. Im Gegensatz zu anderen Philosophen lehnt er es ab, das Sein von außen, als einen Gegenstand zu betrachten. Der Mensch ist in der Welt und als solcher in-der-Welt-Seiender erfährt er die Welt unmittelbar. Er interpretiert sein Da-sein in der Welt nicht erst, um es zu begreifen, sondern erlebt Bedeutung unmittelbar. Das Sein ist aber nicht von ihm gewählt, sondern er ist ins Dasein geworfen.

In-der-Welt-Sein heißt nicht allein, dass „man sich irgendwo befindet, sondern daß man immer schon mit etwas umgeht, mit etwas zu tun hat“ (Safranski 1994:187). Das Umgehen bezieht sich sowohl auf die dingliche Umwelt als auch auf die Selbstwelt und die Mitwelt. Die Dinge, mit denen man umgeht, werden von Heidegger als *Zeug* bezeichnet, wenn sie *zuhanden* sind. Zuhanden ist etwas, über dessen Gebrauch man sich keine Gedanken macht. Z.B. eine Tür, die man öffnet. Beim Benutzen der Tür macht man sich keine Gedanken darüber, dass es eine lackierte Holzfläche ist, die in metallenen Angeln hängend in bestimmter Weise zu bewegen ist. Wenn die Tür aber aus irgendeinem Grund nicht zu öffnen ist, bspw. weil sie klemmt, fängt man an, sich über die Tür Gedanken zu machen. Sie ist *nicht-zuhanden* und wird zum Ding, das man wahrnimmt. Dann wird die Tür zum Gegenstand und ist *vorhanden*, sie tritt in das Bewusstsein (vgl. Safranski 1994:188f.; Benner/Wrubel 1997:108f.). Die zuhandene Welt ist die Welt, in deren Bedeutungszusammenhängen man handelt, ohne über die einzelnen Bedeutungen jeweils nachzudenken.

„Dieses In-der-Welt-sein, die Grundverfassung des Daseins (der Existenz), bezeichnet Heidegger als Sorge“ (Nerheim 2001:436). Die Sorge ist also eine

Seinsform, es bedeutet nicht, dass man sich von Zeit zu Zeit um etwas Sorgen macht. Dasein kann nicht ohne Sorge sein, beides gehört zueinander. Da man nicht allein in der Welt ist, gehört zur Sorge auch die Sorge bezüglich der Dinge, die einen umgeben: dies nennt Heidegger *Besorgen*. Und die Sorge, die sich auf andere Menschen bezieht: die *Fürsorge*.

Heidegger unterscheidet zwei Arten der positiven Fürsorge. Zum einen die Fürsorge, die für den anderen einspringt und ihm das Besorgen, das Umgehen mit Zeug, abnimmt. Diese Fürsorge kann den anderen aber zum Abhängigen und Beherrschten machen, wobei jener die Beherrschung nicht unbedingt wahrnimmt. Von dieser, unter Umständen entmündigenden, die Sorge abnehmenden Fürsorge meint Heidegger, dass sie das Miteinander weitgehend bestimmt.

Die andere Form der Fürsorge, die nicht einspringt, sondern vorwegnimmt, gibt dem anderen die Sorge zurück. Diese Fürsorge betrifft die Existenz des anderen und verhilft ihm dazu, „in seiner Sorge durchsichtig und für sie frei zu werden“ (Heidegger, *Sein und Zeit*, S. 122; zitiert nach Nerheim 2001:440). Nerheim interpretiert Heidegger dahingehend, dass dem anderen hier geholfen wird, sich sowohl um seine eigene Existenz wie um die menschliche Existenz als solche zu kümmern. Dadurch, dass ich den anderen bedingungslos kritisch anerkenne und sein Recht zu sein vertrete, erkenne ich an, „dass der andere der Ursprung des Sinns meines eigenen Seins in der Welt ist“ (ebd.). Der andere konstituiert meine Art und Weise, in der Welt zu sein.

Sorge ist also die Grundstruktur des Umgehens mit der Welt, sie ist Merkmal der menschlichen Existenz.

3.2 Die Sicht der Person

Benner und Wrubel folgen in ihrer Sicht der Person Heidegger, der die Person als sich selbst interpretierendes Seiendes versteht. Das bedeutet, dass die Person nicht vorbestimmt in die Welt tritt, sondern „diesem Seienden «eignet, daß mit und durch sein Sein dieses ihm selbst erschlossen ist»“ (a.a.O.:64). Außerdem ist eine Person in der Lage, ohne Mühe und ohne darüber reflektieren zu müssen, sein Selbst in der Welt zu verstehen.

Benner und Wrubel beschreiben vier Aspekte des Menschseins, die ein unmittelbares Begreifen von der Bedeutung einer Situation möglich machen. Der erste Aspekt ist der Aspekt der verkörperlichten Intelligenz. Sie gehen davon aus, dass nicht nur der Geist wissend ist, sondern auch der Körper. Damit ist gemeint, dass nicht nur Körper und Geist eine Einheit bilden, sondern dass die Person in einer Situation in bedeutungsvoller Weise anwesend ist und diese Bedeutung lebt. In der Welt mit ihren Sinnzusammenhängen und Bedeutungen zu leben und sie als Welt zu erkennen, so Benner und Wrubel, ist nur aufgrund der verkörperlichten Intelligenz möglich (vgl. Benner/Wrubel 1997:68f). Verkörperlichte Intelligenz heißt, dass wir nicht ständig über das uns Umgebende nachdenken und es einzuordnen versuchen müssen, sondern dass es uns zuhanden ist. Im Laufe des Lebens lernt der Körper immer wieder hinzu und erweitert die Bedeutungszusammenhänge. So kann Werkzeug z.B. nur zuhanden sein, weil der Körper die Handhabung erlernt und die Person nicht wie in der Lernphase darüber nachdenken muss, wie es einzusetzen ist.

Der zweite Aspekt, den Benner und Wrubel benennen, ist Welterkennen. Welterkennen ist „ein Erfassen all dessen, was das Selbst in einer Kultur von Geburt an durch sein In-dieser-Kultur-Sein begreift, und was diesem Selbst dadurch als eine Art kultureller Bedeutungshintergrund zur Verfügung steht“ (a.a.O.:70). Welterkennen ist die Art und Weise, die faktische Welt zu verstehen, aber kein Ding an sich. Das Welterkennen ist jeweils an die Einzigartigkeit einer Person gebunden. Jeder erkennt die Welt auf seine Weise.

Der dritte Aspekt zum unmittelbaren Erkennen von Bedeutung einer Situation ist die Sorge. Weil dem Menschen die ihn umgebenden Dinge und Menschen nicht gleichgültig sind, wendet er sich der Welt zu. Diese Art des In-der-Welt-Seins bezeichnet Heidegger als Sorge. Es können auch Dinge „In-Sein“, doch unterscheidet sich der Mensch vom Objekt darin, dass das „In-Sein“ von Objekten eine räumliche Eigenschaft ist, während der Mensch involviert ist. Sorge unterscheidet sich von den ersten beiden Aspekten dadurch, dass verkörperlichte Intelligenz und Welterkennen die Frage beantworten, „wie“ der Mensch in der Welt sein und Bedeutungen unmittelbar erkennen kann. Die Sorge dagegen antwortet darauf, warum der Mensch in der Welt ist.

In diesem Zusammenhang weisen Benner und Wrubel auf die zwei Modi der Fürsorge hin. Die erste Form der Fürsorge, obzwar sie zu Abhängigkeit und

Beherrschung führen kann, ist in der Pflege nicht ungewöhnlich, da Patientinnen und Patienten schwer krank und abhängig sein können und dieser Form bedürfen. Die zweite Form der Fürsprache, die den anderen sein lässt, was er oder sie sein will, ist jedoch das letztendliche Ziel in pflegerischen Beziehungen.

Als vierten und letzten Aspekt nennen sie die Situation. Eine Situation unmittelbar hinsichtlich ihrer Bedeutungen zu verstehen, sind Menschen in der Lage, weil ihnen die verkörperlichte Intelligenz, das Welterkennen und die Sorge eigen ist. Weil Menschen In-der-Welt-Seiende sind und weil sie unmittelbares Verständnis für die Bedeutung haben, werden die Menschen durch die Welt konstituiert. Verändert sich die Situation z.B. durch Krankheit, gehen vertraute Bedeutungszusammenhänge verloren und es kommt zum Zusammenbruch des reibungslosen Funktionierens, zum Stress.

3.3 Bewältigung durch Sorge

Benner und Wrubel „geht es um eine Theorie der Pflegepraxis, die darauf ausgerichtet ist, Menschen bei der Bewältigung des Krankseins und dem damit verbundenen Streß hilfreich zur Seite zu stehen“ (Benner/Wrubel 1997:27f.). Es geht ihnen nicht um die Bewältigung von Krankheit im Sinne einer organischen Erkrankung, sondern um die Bewältigung der Erfahrung, krank zu sein, einen Verlust erlitten zu haben. Durch die Grundverfassung der Sorge steht der Mensch mit der Welt in Verbindung, er interagiert mit ihr und entwickelt über die Sorge persönliche Anliegen. Diese Anliegen sind je Person einzigartig und gehören in deren persönlichen Bedeutungszusammenhang. Sorge für die andere Person ermöglicht, für deren persönliche Anliegen offen zu sein und deren Bedeutungen interpretieren zu können. Hierin sehen Benner und Wrubel die Möglichkeit für Pflegende eröffnet, dem anderen bei der Bewältigung des Krankseins zu helfen. Indem die persönlichen Anliegen des anderen verstanden und interpretiert werden, kann erkannt werden, wie der andere sein Kranksein versteht.

Diese Grundhaltung des Sorgens und das damit verbundene Erkennen der persönlichen Anliegen des anderen lassen Pflegende den anderen als einzigartig verstehen. Pflegende können so auf den anderen eingehen und sich individuell

auf ihn einstellen, seiner Situation und seinen Bedeutungen gemäß adäquat handeln. Dies kann z.B. bedeuten, sich aus dem Gewohnten zu verabschieden und neue Wege zu beschreiten, indem man sich für den anderen einsetzt und auch gegen Widerstände dessen Interessen durchsetzt (vgl. Benner et al. 2000:313).

Verbunden mit der Sorge und der Erweiterung des Kontextes, in dem die Person ist, ist ein immer größeres Erfahrungswissen, das in der Pflege dem Patienten zugute kommt. Der Anfänger, der nach dem Lehrbuch handelt, wird durch konkrete Erfahrungen und mitgeteilte Erfahrungen von Kollegen zum erfahrenen Pflegenden oder sogar zum Pflegeexperten (vgl. Benner et al. 2000). Dies führt nicht nur zu einem sichereren Umgang mit auftretenden Problemen, sondern auch zu einer gesteigerten körperlichen Intelligenz. Diese Steigerung der körperlichen Intelligenz macht den Weg frei, nicht mehr über alles nachdenken und entscheiden zu müssen, sondern sofort intuitiv handeln zu können. Damit einher geht die Chance, sensibler für Signale und Hinweise zu werden, die Aufschluss über die Situation und die persönlichen Anliegen des anderen geben. Eine Bewältigung ist nur möglich, wenn die dazu benötigten Strategien im Bedeutungshorizont des anderen liegen. Strategien, die nicht mit den eigenen Bedeutungen in Verbindung gebracht werden können, werden nicht angewendet werden.

Benner und Wrubel meinen mit Sorge jedoch keineswegs eine altruistische Haltung. Altruismus führt dazu, sich selbst und die eigenen Interessen zurückzustellen und nur für den anderen zu leben. Eine solche Haltung verletzt die Selbstsorge. Sorge, wie sie sie meinen, führt zu einer wechselseitigen Beziehung, in der Vertrauen herrscht und sich beide verwirklichen können (vgl. Benner/Wrubel 1997:415f.). Die einspringende Form der Fürsorge, richtig verstanden, führt weder zur Abhängigkeit des Patienten noch zur Aufgabe der eigenen Selbstsorge beim Pflegenden.

Die vorwegnehmende Fürsorge gibt dem anderen seine Sorge und damit Verantwortung für sich selbst zurück. Den anderen nicht zu bevormunden, sondern ihn in seinem Sein ernst nehmen, gibt ihm die Möglichkeit, Hilfe annehmen. Ebenso gibt sie Pflegenden die Möglichkeit, Hilfe zu bieten, ohne in Altruismus zu verfallen.

3.4 Theorie und Praxis

Benner und Wrubels Sicht der Praxis beruht auf zwei Prämissen (Benner/Wrubel 1997:40):

1. Pflegewissen ist ein systematisches Ganzes, dem die Idee der Kompetenz innewohnt
2. Theorie ist von der Praxis abgeleitet.

Mit der ersten Prämisse wird ausgesagt, dass Kompetenz in der Praxis verkörpert ist. Deshalb ist Praxis Kunst und nicht nur angewandte Wissenschaft oder Technik. Damit ist die Vorstellung verbunden, dass es nicht ausreichend ist, Prinzipien einer Theorie zu kennen, um sie anwenden zu können, sondern dass intuitive Fähigkeiten vonnöten sind, um erkennen zu können, *wie* man diese Prinzipien anzuwenden hat. Diese Intuition entwickelt sich im Prozess des Kompetenzerwerbs (vgl. Benner et al. 2000:46ff.).

Die zweite Prämisse beruht auf der Heideggerschen These, dass die praktisch-engagierte Handlung grundlegender ist als das reflektorische theoretische Denken und diesem vorausgeht (Benner/Wrubel 1997:40). Eine Theorie reduziert die komplexe Wirklichkeit zu einem Gerüst aus Prinzipien, Zusammenhängen und Mustern.

Benner et al. gehen davon aus, dass der Kompetenzerwerb von den abstrakten Prinzipien einer Theorie zu den Einzelfällen hin verläuft (vgl. Benner et al. 2000:51). Das heißt, dass der Anfänger erst einmal die theoretischen, die Wirklichkeit vereinfachenden Prinzipien erlernt, sich aber im Laufe des Kompetenzerwerbs davon befreit und sein eigenes Erfahrungswissen in sein Handeln einfließen lässt. Dieses Erfahrungswissen ermöglicht einen immer individuelleren, immer stärker von Sorge bestimmten Umgang mit dem anderen.

Die Frage, warum denn dann Erfahrung als Grundlage praktischen Handelns nicht ausreicht, beantwortet Benner, indem sie sagt, dass auf Versuch und Irrtum und auf Nachahmung beruhende Pflege wahrscheinlich nicht in der Lage sein wird, Herausragendes zu leisten. Außerdem wohnt kompetenter Pflege fundiertes Wissen und der Wille zum Guten inne (vgl. Benner et al. 2000:51; Benner/Wrubel

1997:41). Von kompetenter Pflegepraxis profitiert auch die Theorie, wenn Pflegeexperten neue Erkenntnisse und neues Verständnis beisteuern und die Theorie dadurch bereichert wird.

3.5 Zusammenfassung

Benner und Wrubel gründen ihre Theorie auf dem ontologischen Sorgebegriff Martin Heideggers. Sorge ist eine Grundverfassung menschlichen Seins und konstituiert das menschliche Sein-in-der-Welt. Durch die Sorge sind Menschen mit anderen Menschen und den Dingen verbunden. In der Pflege drückt sich die Sorge aus, indem die persönliche Situation und die damit verbundenen Bedeutungen sowie die persönlichen Anliegen des anderen zu erkennen versucht werden, um fürsorgende Handlungen in dem Bedeutungszusammenhang des Patienten vollziehen zu können und ihm bei der Bewältigung von Kranksein zu helfen.

Pflege, die Herausragendes leisten will, braucht Theorie, die von der Praxis abgeleitet ist, und Praxis, die fundiertes Wissen als Anfangspunkt hat, von dem aus der Anfänger zum Experten reifen kann.

Schwierig ist m. E. bei dieser Theorie die ontologische Grundlegung mit der Phänomenologie Heideggers. Dieser Begriff von Sorge, die alles ist, erschließt sich nur schwer. Es ist leichter, mit Sorge eine Grundhaltung anstelle einer Grundverfassung des Seins zu verbinden. Andererseits birgt dieser Sorgebegriff die Selbstsorge in sich, so dass eine aufzehrende altruistische Haltung, wenn der Sorgebegriff durchgehalten wird, unmöglich wird.

4. Implikationen für die Praxis

Wie gesehen, haben die drei Theorien unterschiedliche Ausgestaltungen des (Für)Sorgebegriffs. Es ist ihnen aber gemeinsam, dass sie Fürsorge als Aspekt der Pflege sehen, der durch qualitative Methoden erforscht werden muss, um für die Praxis fundiertes Wissen zu liefern. Aus diesem Wissen kann die Praxis dann wieder Erkenntnisse für die Ausbildung sowie Entscheidungen für das Handeln beziehen.

Leininger hat für ihre pflegeethnografische Forschungsmethode Leitfäden entwickelt, die sie auch in der täglichen Pflegepraxis angewendet wissen will, um kulturkongruente Fürsorge in qualitativ hochwertiger Form zu sichern. Wenn sie davon spricht, menschliche Fürsorgepraktiken sollten gewährleistet sein (vgl. Leininger 1998b:83), so kann man vermuten, dass es Fürsorgepraktiken gibt, die aus ihrem Begriff der Fürsorge abzuleiten sind. Sie stellt dafür aber keine Beispiele vor. Am klarsten bezieht sie sich auf die Praktiken der Fürsorge, wenn von den drei Arten der Fürsorgeentscheidungen und –handlungen die Rede ist.

Watson beschreibt an einer Stelle das Handeln der Pflegekraft in der transpersonalen Zuwendung. „... die Pflegekraft (spiegelt und vermittelt) unter dem spezifischen Einsatz von Bewegungen, Sinneswahrnehmungen, Berührungen, Geräuschen, Worten, Farben und Formen die Verfassung der Patientin oder des Patienten wider [sic]. Sie geht dabei so vor, dass intersubjektive Gefühle, Gedanken und angestaute Energien frei werden ...“ (Watson 1996:78f.). Es liegt hier zwar eine Beschreibung von Praxishandeln vor, doch ist dies eher unter aktivem Zuhören denn unter Pflegehandlung zu verbuchen.

Bei beiden Theoretikerinnen wird aus ihren auf die Praxis bezogenen Aussagen die Bedeutung des Beziehungsaspektes für die Fürsorge klar, konkrete Handlungsanweisungen gibt es nicht.

Bei Benner gibt es zwar auch keine konkreten Handlungsanweisungen. Sie braucht dies aber auch nicht zu tun, da sie in den fünf Stufen der Kompetenzentwicklung davon ausgeht, dass der Anfänger zu Beginn gemäß Lehrbuch handelt und im Laufe seiner Pflgetätigkeit in seinem Bereich ein immer

größeres Wissen erwirbt, welches die eigenen Kompetenz in der Praxis stärkt, bis u. U. ein Expertenstatus erreicht ist. Dieser Status gilt jedoch nur für das jeweilige Betätigungsfeld. Wechselt die Pflegekraft den Aufgabenbereich, so muss sie auf einer niedrigeren Kompetenzstufe erneut beginnen und Erfahrungen sammeln (Benner et al. 2000:53). In der Kompetenzentwicklung ist es möglich, von anderen durch ihr Beispiel zu lernen, weshalb Erzählungen für die Übermittlung von Erfahrungen wichtig sind (a.a.O.:291ff.). Der situative Charakter des Erfassens eines Bedeutungszusammenhangs beruht auf dem Erfahrungswissen der Pflegekraft, nicht auf ihrem kurativen Wissen.

Aus den Theorien lässt sich erkennen, dass die Begegnung mit dem anderen unter dem Vorzeichen der Fürsorge immer eine sehr persönliche sein soll. Diese Begegnung ist gekennzeichnet vom Respekt gegenüber dem anderen und dem Akzeptieren der Einzigartigkeit. Aufgrund dieser Einzigartigkeit ist in der fürsorgenden Begegnung jeder Fall verschieden. Meines Erachtens bedeutet dies für die Praxis, dass Pflegekräfte in der Ausbildung neben dem Fachwissen auch die Begegnung mit dem anderen erlernen, also die Bedeutung von Kommunikation vermittelt wird, sowie die moralische Verpflichtung betont wird, dem anderen als Subjekt zu begegnen.

5. Resümee

Jede der drei Theorien stellt caring, die Sorge, Fürsorge oder sorgende Zuwendung, in den Mittelpunkt der Pflege. Während Leininger und Watson Fürsorge als Kern oder Wesen der Pflege identifizieren, gehen Benner und Wrubel dahinter zurück und bestimmen Sorge als Grundverfassung des menschlichen Seins.

Ausgehend von einem komplexen Begriff des *carings*, wie er eingangs von Dunlop dargestellt wurde, näherte sich die eingehendere Betrachtung dreier Theorien diesem Begriff. So unterschiedlich wie die Bedeutungen des Begriffs, die die vorgestellten Theoretikerinnen mit ihm verbinden, waren auch die daraus resultierenden Theorien.

Bei Leininger lag der Fokus einer Theorie der kulturkongruenten Fürsorge auf der Einleitung und Beachtung konkreter Maßnahmen und Handlungen. Vor dem Hintergrund einer Phänomenologie, die sich hauptsächlich an den Merkmalen einzelner Kulturen orientiert, entwickelte sie ein Modell, das letztlich einer kulturerorientierten Versorgung dient, die Betrachtung einer kulturgewachsenen professionellen Pflege jedoch vernachlässigt.

Watson hob innerhalb ihrer Ausarbeitung immer wieder die Bedeutung der spirituellen Begegnung hervor. Aufbauend auf verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen entwickelte sie einen Begriff des *carings*, der eine geisteswissenschaftlich fundierte Arbeit darstellt. Hier gelingt es ihr nicht immer, die Bedeutungen ihrer Analysen eindeutig nutzbar zu machen. Sie bewegt sich auf abstrakten Ebenen. Implikationen für die alltägliche Pflege sind, gerade in Deutschland, nur schwer abzuleiten, da die Theorie auf Grundlagen basiert, die vielen Pflegenden bisher (in der Berufsausbildung) nicht zugänglich gemacht worden sind.

Der Vorrang der Sorge, wie ihn Benner entwickelt, hat hier konkretere Ansätze und Implikationen. Ihre Verknüpfung des Kompetenzerwerbs mit der Sorge als Grundhaltung des Menschen macht deutlich, wie sich ihr Caring-Begriff in der Praxis niederschlägt: nämlich nur hier und situativ gebunden. Aber auch ihr gelingt es letztlich nicht vollständig, sich von dem normativen Anspruch einer

(notwendigen) Grundhaltung zu lösen. Die Sorge als ontologische Gegebenheit wird nicht überzeugend argumentiert.

Ein Blick auf die Implikationen für die deutsche Pflegepraxis zeigt, dass sich zum einen auf Grund der umfassenden geisteswissenschaftlichen Grundlagen aller hier dargelegten Theorien eine Umsetzung schwer gestalten lassen wird. Zum anderen verbindet jede Theoretikerin mit ihrem Verständnis von professionellen Grundlagen (Techniken) der Pflege ein Ausmaß, wie es in Deutschland in absehbarer Zeit nicht vorhanden sein wird.

Bei einer Platzierung der Pflege als Wissenschaft mit dem Menschen wird also auch in Zukunft darauf zu achten sein, dass die Ergebnisse amerikanischer Forschung nicht bruchstückhaft und unreflektiert Einzug in hiesige Curricula erhalten.

Literaturverzeichnis

- Alban, Susanna; Leininger, Madeleine M.; Reynolds, Cheryl L. (2000):
Multikulturelle Pflege. München: Urban & Fischer
- Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. Bern: Hans Huber Verlag
- Benner, Patricia; Wrubel, Judith (1997): Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte
Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A. (2000):
Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche
Ethik. Bern: Hans Huber Verlag
- Dunlop, Margaret J. (1994): Is a Science of Caring Possible? In: Benner, Patricia
(Ed.), *Interpretative Phenomenology. Embodiment, Caring, and Ethics
in Health and Illness*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
27-42.
- Edwards, Steven D. (2001): Benner and Wrubel on caring in nursing. *Journal of
Advanced Nursing* 33(2). 167-171
- Eriksson, Katie (2002): Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*
15(1), 61-65.
- Käppeli, Sylvia (1987): Konzepte, Theorien, Modelle – wo liegt der Unterschied?
In: *Krankenpflege* 1/87. 43-44
- Leininger, Madeleine M. (1998a): Die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge zur
Weiterentwicklung von Wissen und Praxis der professionellen
transkulturellen Pflege. In: Osterbrink, Jürgen (Hrsg.): *Erster
Internationaler Pflge-theorienkongress in Nürnberg*. Bern: Hans Huber
Verlag. 73-90
- Leininger, Madeleine M. (1998b): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege.
Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Leininger, Madeleine M. (2000): Angenommene Prämissen der Theorie. In: S.
Alban; M. M. Leininger; C. I. Reynolds: *Multikulturelle Pflege*. München:
Urban & Fischer. 287-300
- Leininger, Madeleine M.; Marilyn R. McFarland (2002a): Transcultural nursing:
concepts, theories, research & practice. 3rd ed. p.; Rev. ed. of:
Transcultural nursing. 2nd ed. c1995. New York: McGraw-Hill

- Leininger, Madeleine M. (2002b): Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3). 189-192
- McCance, Tanya V.; McKenna, Hugh P.; Boore, Jennifer R. P. (1999): Caring: Theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing* 30(6). 1388-1395
- Nerheim, Hjördis (2001): Die Wissenschaftlichkeit der Pflege. Paradigmata, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber Verlag
- Regenbogen, Armin; Meyer, Uwe (Hrsg.) (1998): Wörterbuch der philosophischen Begriffe. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Reynolds, Cheryl L. (2000): Zum Ursprung von Leiningers Theorie der kulturellen Fürsorgevielfalt und -gemeinsamkeiten. In: S. Alban; M. M. Leininger; C. I. Reynolds: *Multikulturelle Pflege*. München: Urban & Fischer. 276-286
- Safranski, Rüdiger (1994): Ein Meister aus Deutschland. Heidegger und seine Zeit. München: Carl Hanser Verlag
- Stemmer, Renate (2003): Zum Verhältnis von professioneller Pflege und professioneller Sorge. In: DV Pflegewissenschaft (Hrsg.): *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. Frankfurt am Main: Mabuse. 43-62.
- Steppe, Hilde (1997): Vorwort zu deutschen Ausgabe. In: Martha Rogers (1997): *Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung*. 2., überarb. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Watson Jean (1988): Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. Rerelease, originally published 1985. New York: National League for Nursing
- Watson, Jean (1996): Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern: Huber
- Watson, Jean (1999): Postmodern Nursing and Beyond. Edinburgh: Churchill Livingstone

Internetquellen

Beide Quellen beziehen sich auf Jean Watson und sind von mir am 20.07.2004 zum letzten Mal aufgerufen worden.

Watson, Jean (2004a): Theory of Human Caring.

www2.uchsc.edu/son/caring/content/wct.asp

Watson, Jean (2004b): Definition/description.

www2.uchsc.edu/son/caring/content/Definition.asp

Anhang

I. Prämissen der Theorie M.M. Leiningers:

1. Fürsorge (care) ist das Wesen der Pflege und ein herausragender, dominierender, zentrale und einigender Kernpunkt.
2. Fürsorge (Sorgen, engl. caring) ist wesentlich für das Wohlbefinden, die Gesundheit, das Heilen, für Wachstum und Überleben sowie für die Auseinandersetzung mit Behinderungen und dem Tod.
3. Kulturelle Fürsorge ist das breitestgefasste ganzheitliche Mittel, um Phänomene der Pflege und Fürsorge zu erkennen, zu erklären, zu interpretieren und vorherzusagen und wiederum als Richtlinie für Praktiken der Fürsorge und Pflege zu dienen.
4. Pflege ist eine transkulturelle, humanistische und wissenschaftliche Disziplin und ein Beruf der Fürsorge mit dem zentralen Ziel, Menschen weltweit zu dienen.
5. Fürsorge (Sorgen) ist wesentlich für das Heilen und die Heilung, denn es gibt kein Heilen ohne das Sorgen.
6. Konzepte der kulturellen Fürsorge, Bedeutungen, Ausdrucksformen, Muster, Prozesse und strukturelle Formen von Fürsorge haben unter allen Kulturen der Welt verschiedene (Vielfalt) und ähnliche (Universalität) Merkmale.
7. Jede menschliche Kultur verfügt über allgemeines Fürsorgewissen und allgemeine Fürsorgepraktiken (Laienwissen, volkstümliches oder eingeborenes Wissen und entsprechende Praktiken) und für gewöhnlich über professionelles Fürsorgewissen und Praktiken, die transkulturell und Individuell variieren.
8. Werte, Überzeugungen und Praktiken der kulturellen Fürsorge werden beeinflusst durch und neigen zum Eingebettet-sein in Weltanschauung, Sprache und Religion (oder den spirituellen Kontext), in Verwandtschaftsverhältnisse (den sozialen Kontext), Politik (oder den rechtlichen Kontext) sowie in Erziehung und Ökonomie, Technologie, Ethnogeschichte und den umweltabhängigen Kontext einer jeweiligen Kultur.
9. Vorteilhafte, gesunde und befriedigende, auf Kultur beruhende Fürsorge und Pflege trägt zum Wohlbefinden von Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinschaften innerhalb ihres jeweiligen umweltabhängigen Kontextes bei.

10. Kulturell kongruente Pflege und Fürsorge können nur auftreten, wenn Werte, Ausdrucksformen und Muster der kulturellen Fürsorge bekannt sind und von den Pflegepersonen in geeigneter Weise und bedeutungsvoll an Gruppen oder Einzelpersonen angewandt werden.
11. In menschlichen Kulturen gibt es weltweit Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen professioneller Fürsorge und generischer Klienten-Fürsorge.
12. Klienten, die Anzeichen von kulturellen Konflikten, Noncompliance, Belastungen sowie ethischen und moralischen Bedenken zeigen, benötigen eine auf Kultur beruhende Fürsorge.
(anders Leininger 2002a: „12. *Cultural conflicts, cultural imposition practices, cultural stresses, and cultural pain reflect the lack of culture-care knowledge to provide culturally congruent, responsible, safe, and sensitive care.*“ S. 79)
13. Das qualitative Paradigma bei naturalistischen Untersuchungsweisen liefert die wesentlichen Mittel, um menschliche Fürsorge transkulturell zu entdecken.

(vgl. Leininger 1998b:70ff.; 2000:287f; 2002a:79)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 30. Juli 2004

Regina Schröder