

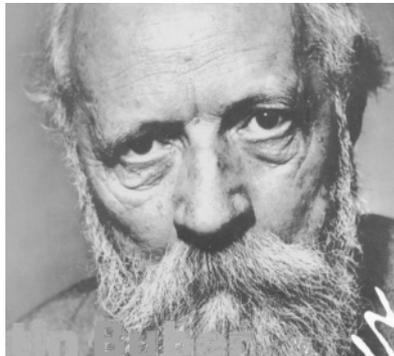
**Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fachbereich Sozialpädagogik

**STUDIENGANG PFLEGE**

*Humanistische Altenpflege! – Anforderungen für die Umsetzung der  
humanistischen Pflgetheorie*

## Diplomarbeit



*Tag der Abgabe: 19.11.2004*

*Vorgelegt von: Pia-Lin Kasischke  
Matr.Nr. 1525667  
Thadenstraße 142, 22767 Hamburg*

*Betreuende Prüfende: Prof. Petra Weber  
Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Knut Dahlgaard*

# **1 Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>IST-SITUATION DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE</b>	<b>6</b>
<b>4.1</b>	<b>Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege</b>	<b>6</b>
<b>4.2</b>	<b>Aufbauorganisation der stationären Altenpflege</b>	<b>12</b>
<b>4.3</b>	<b>Ablauforganisation der stationären Altenpflege</b>	<b>16</b>
<b>4.4</b>	<b>Exkurs: Problematik des Pflegeprozesses</b>	<b>20</b>
<b>4.5</b>	<b>Berufs- und Selbstbild von Pflegekräften in der Altenpflege</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>BESCHREIBUNG DER HUMANISTISCHEN PFLEGETHEORIE NACH PETERSON UND ZDERAD</b>	<b>27</b>
<b>5.1</b>	<b>Grundlagen der humanistischen Pflegetheorie</b>	<b>27</b>
<b>5.2</b>	<b>Exkurs: die Dialogphilosophie von Martin Buber</b>	<b>35</b>
<b>5.3</b>	<b>Exkurs: die klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Carl Rogers</b>	<b>41</b>
<b>5.4</b>	<b>Die phänomenologische Beschreibung</b>	<b>46</b>
<b>5.5</b>	<b>Bezug der Pflegetheorie und ihrer theoretischen Wurzeln auf die Altenpflege</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>ORGANISATORISCHE PRAXISANFORDERUNGEN FÜR DIE UMSETZUNG</b>	<b>51</b>
<b>6.1</b>	<b>Hierarchie und humanistische Pflegetheorie</b>	<b>51</b>
<b>6.2</b>	<b>Ablauforganisation und humanistische Pflegetheorie</b>	<b>56</b>

<b>6.3</b>	<b>Dokumentation und phänomenologische Beschreibung</b>	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>AUSBLICK UND REFLEXION</b>	<b>62</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>65</b>
<b>9</b>	<b>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</b>	<b>69</b>

## 2 Abbildungsverzeichnis

- Abb.1 Eigene Darstellung: Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege S.6
- Abb.2 Eigene Darstellung: zeitliche Übersicht der Entstehung  
gesetzlicher Regelungen S.7
- Abb.3 Eigene Darstellung: Aufbauorganisation eines Alten- und Pflegeheims S.14
- Abb.4 Eigene Darstellung nach REFA: Arbeitssystem pflegerischer  
Dienstleistungen S.18
- Abb.5 Eigene Darstellung: Aufbauorganisation des Primary-Nursing-Ansatzes S.56

### 3 Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie sich die Organisation von Alten- und Pflegeheimen<sup>1</sup> verändern muss, damit Pflegekräfte im Sinne der von Paterson und Zderad aufgestellten humanistischen Pflegetheorie<sup>2</sup> pflegen können. Das Interesse zur Themenbearbeitung begründet sich aus dem Wunsch zu überprüfen, ob die Pflegetheorie eine Möglichkeit bietet, die tägliche Arbeit von Altenpflegekräften sinnhafter und erfüllender zu gestalten. Hierbei schwingt zum einen die These mit, dass eine Veränderung der Arbeitsorganisation sich positiv auf die Mitarbeitermotivation auswirken wird. Zum anderen, dass die Arbeitseinstellung und die Werte, die Pflegende zu ihrer Arbeit motiviert, mit denen der humanistischen Pflegetheorie übereinstimmen. KÄPPLI sagt hierzu: *„Durch alle Zeitalter und Kulturräume hindurch geht es in der Pflege um die mitfühlende Anteilnahme aus welcher sich Handlungen und Verhaltensweisen ergeben, welche die Leiden und den Umgang damit erleichtern, Trost und Hoffnung vermitteln sollen. [...] Diese Geisteshaltung stellt das Ethos der Krankenpflege dar und ihm ist auch die Pflegewissenschaft verbunden“*.<sup>3</sup> Darüber hinaus möchte diese Arbeit dazu beitragen, der Altenpflege ein inhaltliches Berufsbild zu verschaffen, das sich deutlich von der Krankenpflege abgrenzt und ihr somit mehr Wertigkeit verleihen, als dies bisher der Fall ist.

Die Arbeit steht auf dem Hintergrund, dass ein Konzept nur dann nutzbar ist, wenn es der gesamten Organisation nutzt. Insofern kann die humanistische Pflegetheorie für die Altenpflege nur dann als sinnvoll erachtet werden, wenn sowohl für die Bewohner als auch für die pflegenden Mitarbeiter eine Verbesserung ihrer Situation entsteht. CAPPEL vertritt hierzu die Auffassung, dass Konzepte nur dann greifen können, wenn die Strukturen der Organisation verändert werden. Dies wird angesichts des Pflegeprozesses besonders deutlich, der sich oftmals auf die reine Dokumentation funktionaler Pflegehandlungen begrenzt.<sup>4</sup> Interessant ist für diese Arbeit auch die Fragestellung, inwiefern die Pflegetheorie sich auf die Qualitätsbe-

---

<sup>1</sup> Im Folgenden werden synonym zu diesem Begriff auch die Begriffe Heim, Altenheim, sowie Pflegeheim verwendet.

<sup>2</sup> Meleis, Afaf Ibrahim (1999); *„Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“*, S.43: *„Pflege-theorie wird definiert als Konzeptualisierung einiger Aspekte der Pflegereali-tät, die mit dem Ziel zusammengestellt werden, um damit Phänomene zu beschreiben, Beziehungen zwischen Phänomenen zu erklären, Folgen vorherzusagen oder Pflegehandlungen vorzuschreiben.“*

<sup>3</sup> Käppli, Silvia Dr. Dr.(2000); *„Tradition und Entwicklung in der Pflegewissenschaft – Festvortrag zur Eröffnung des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e.V.“*, S.2

<sup>4</sup> Cappel, Eckard (2000), *„Versorgungsstrukturen und Pflegekonzepte“*, S.20

strebungen der Altenpflege auswirken könnte. Das Forschungsprojekt „*Qualitätssicherung in der Altenpflege in Hamburg*“ zeigt auf, dass Qualität bei personenbezogenen Dienstleistungen nicht auf „*das Vorhandensein von organisations- oder tätigkeitsbezogenen Standards innerhalb der Institutionen*“ beschränkt werden kann. Eine derartige Reduzierung, die in der Praxis häufig vorkommt, beschränkt sich zumeist auf die reine Messung von Qualität und blendet dabei die aktive Produktion von Qualität aus. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass eine Beeinflussung der Qualität von personenbezogenen Dienstleistungen nur dann möglich ist, wenn auch die Geisteshaltung und die zwischenmenschlichen Handlungen der Akteure im Fokus stehen.<sup>5</sup>

Im folgenden wird in dieser Arbeit von Alten- und Pflegeheimen im allgemeinen gesprochen werden. ZU bedenken ist dabei aber, dass die Organisation von Altenheimen wesentlich davon beeinflusst wird, welcher Träger die Einrichtung betreibt. So sind die durch Wohlfahrtsverbände, Kirchen oder Städte getragenen Heime anders organisiert als Einrichtungen privater Träger. Da sich die humanistische Pflegetheorie aber maßgeblich mit dem zwischenmenschlichen Handlungsaustausch innerhalb der konkreten Pflegesituation beschäftigt und alle Heime der gleichen gesetzlichen Grundlage unterworfen sind, werden die trägerspezifischen Organisationsformen in dieser Arbeit nicht näher thematisiert werden. Ein weiterer Aspekt ist, dass man Altenheime unter unterschiedlichen Gesichtspunkten betrachten kann. Möglich ist eine Betrachtung unter ökonomischen, sozialen, strukturellen und dynamischen Aspekten. Diese Arbeit betrachtet Alten- und Pflegeheime ausschließlich unter sozialen, strukturellen und dynamischen Gesichtspunkten.

Die Arbeit stützt sich auf eine Literaturrecherche und ist somit als eine theoretische Arbeit zu betrachten. Die Gliederung folgt der Logik der Dialektik, indem zunächst mit der Beschreibung der Ist-Situation stationärer Altenheime eine These aufgestellt wird. Darauf folgend wird im zweiten Teil der Arbeit die humanistische Pflegetheorie mit ihren theoretischen Wurzeln dargelegt, was als Antithese betrachtet werden kann. Abschließend mündet die Kombination von Ist-Zustand und Theorie als Synthese in die Definition von Praxisanforderungen für die Umsetzung der Pflegetheorie.

---

<sup>5</sup> Weber, Petra Prof. (1999), *Forschungsprojekt: Qualitätssicherung in der Altenpflege in Hamburg*“, S.2

## 4 Ist-Situation der stationären Altenpflege

Im folgenden soll die Ist-Situation der stationären Altenpflege beschrieben werden, da sie die Basis für die Definition von Praxisanforderungen darstellt. Hierzu wird neben den Rahmenbedingungen, dem klassischen Aufbau und dem Ablauf der täglichen Arbeit auch das Berufs- und Selbstbild von Altenpflegekräften angesprochen. Außerdem soll der Problematik bei der Durchführung des Pflegeprozesses ein Exkurs gewidmet werden.

### 4.1 Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege

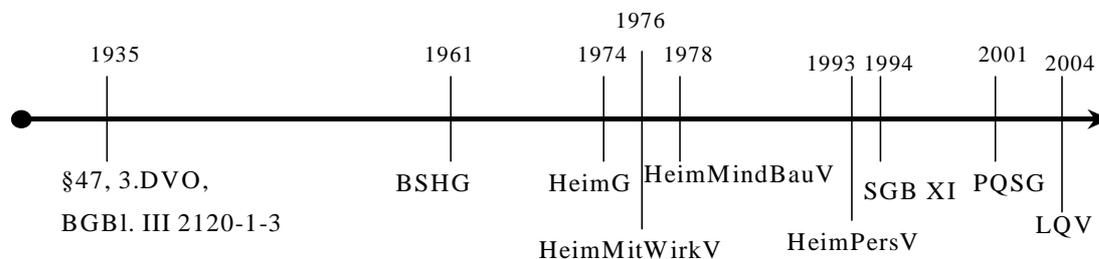
Wie jedes andere Unternehmen ist die stationäre Altenpflege bestimmten Rahmenbedingungen unterworfen, die den Betrieb der Einrichtung maßgeblich mit beeinflussen. Wie die nachfolgende Grafik verdeutlicht, findet diese Beeinflussung auf unterschiedlichen Ebenen statt.



Abb. 1: Eigene Darstellung: Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege

Die Makroebene bildet die Gesundheitspolitik in Form der für die stationäre Altenpflege gültigen Gesetze und Verordnungen, deren Einhaltung den Betrieb eines Pflegeheimes erst ermöglichen. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften sichert der Gesetzgeber durch die

Kontrollorgane Medizinischer Dienst der Krankenkassen<sup>6</sup> und Heimaufsicht<sup>7</sup>, deren Aufgaben im Sozialen Gesetzbuch XI<sup>8</sup> und im Heimgesetz festgelegt sind. Historisch betrachtet bestehen konkrete gesetzliche Regelungen für die stationäre Langzeitbetreuung alter Menschen in Form des Heimgesetzes erst seit 1974. Vor 1974 waren Alten- und Pflegeheime einer gesundheitspolizeilichen Aufsicht gemäß einer Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahre 1935 unterworfen und rechneten ihre Betreuungsleistungen für Sozialhilfeempfänger seit 1961 entsprechend dem Bundessozialhilfegesetz<sup>9</sup> ab. In den letzten 30 Jahren, von 1974 bis heute, sind stetig neue gesetzliche Anforderungen geschaffen worden, die vor allem die Qualität der stationären Langzeitbetreuung sichern sollen. Die folgende Grafik soll die stetige Vermehrung gesetzlicher Anforderungen verdeutlichen.



#### Legende:

§47, 3.DVO, BGBI. III 2120-1-3 = §47 der Dritten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Bundesgesetzblatt III 2120-1-3

BSHG = Bundessozialhilfegesetz

HeimG = Heimgesetz

HeimMitWirkV = Heimmitwirkungsverordnung

HeimMindBauV = Heimmindestbauverordnung

HeimPersV = Heimpersonalverordnung

SGB XI = Pflegeversicherungsgesetz

PQSG = Pflegequalitätssicherungsgesetz

LQV = Landesqualitätsverordnung

Abb. 2: Eigene Darstellung: Zeitliche Übersicht der Entstehung gesetzlicher Regelungen

<sup>6</sup> Der Medizinische Dienst der Krankenkassen wird auch als MDK bezeichnet. Er stuft Pflegebedürftige entsprechend ihres Pflegebedarfes in Pflegestufen ein und legt damit ihren Anspruch an Leistungen der Pflegekassen fest. Außerdem prüft er die Erfüllung der vorgeschriebenen Qualitätsanforderungen in den Heimen entsprechend §80 des SGB XI und dem PQSG.

<sup>7</sup> Die Heimaufsichtsbehörde prüft, ob die Alten- und Pflegeheime entsprechend dem Heimgesetz und den dazugehörigen Verordnungen betrieben werden und fungiert als Organ des Verbraucherschutzes für geriatrische Pflegeleistungen.

<sup>8</sup> Im Folgenden SGB XI

<sup>9</sup> im Folgenden BSHG

Neben der Schaffung neuer Gesetzesgrundlagen, wurden die bestehenden Gesetze in den letzten Jahren novelliert und verändert, um sich besser ineinander zu verzahnen und den aktuellen Entwicklungen der Pflegelandschaft Rechnung zu tragen. So machte eine Reihe von Pflegekandalen in der Altenpflege sowie die Weiterentwicklung des SGB XI durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz<sup>10</sup> eine Novellierung des Heimgesetzes notwendig. Ziel war es hierbei, die Transparenz der Heimverträge zu erhöhen und doppelte Begutachtungen durch MDK und Heimaufsicht zu vermeiden. Hierzu sind die beiden externen Kontrollorgane angehalten, zukünftig ihre Prüfergebnisse auszutauschen. Seit Inkrafttreten des PQSG steht vor allem die Pflegequalität im Vordergrund der Begutachtungen. Berücksichtigungen findet hier neben der Ergebnis- auch die Struktur- und Prozessqualität. Diese wird durch den MDK überprüft. Außerdem werden die Träger von Alten- und Pflegeheimen dazu verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagementsystem<sup>11</sup> mit den dazugehörigen Instrumenten der Qualitätssteuerung und –sicherung einzuführen. Hierbei ist nicht vorgeschrieben, welcher Art das Qualitätsmanagementsystem sein soll. Es muss lediglich den Prüfkriterien der externen Qualitätssicherungssysteme MDK und Heimaufsicht genügen. Die Erfüllung dieser Anforderung soll durch Kooperation der Organe der „Selbstverwaltung“<sup>12</sup> des altenpflegerischen Bereichs unterstützt werden. Die Unterstützung soll vor allem durch Förderung von Verbandsarbeit und der Bildung von themenbezogenen Arbeitsgruppen gewährleistet werden. Außerdem sind die externen Prüforgane dazu angehalten, einen beratenden Prüfansatz zu verfolgen. Vorrangiges Ziel ist es, durch diese Maßnahmen die Eigenverantwortung der Heimträger zu stärken.

---

<sup>10</sup> Im Folgenden PQSG

<sup>11</sup> vgl.: DIN ISO 8402: Unter Qualitätsmanagement werden diejenigen Aspekte der Gesamtaufgabe verstanden, welche durch die Qualitätspolitik festgelegt und verwirklicht werden. Das Qualitätsmanagementsystem umfasst die Aufbauorganisation, die Verantwortlichkeiten, sowie die Abläufe, Verfahren und Mittel zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements.

<sup>12</sup> Vgl. Hallersleben, Jörg (2002); „*Pflegequalität auf dem Prüfstand – Neue Regelungen zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes im SGB XI und im Heimgesetz*“: Die s.g. „Selbstverwaltung“ der Altenpflege besteht aus den Leistungserbringern und den Leistungs- bzw. Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialbehörde) der Pflegeleistungen.

Überdies legt das PQSG fest, dass die Benutzung von Personalbemessungssystemen<sup>13</sup> auf Landesebene einheitlich vereinbart wird und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen<sup>14</sup> getroffen werden. Zu guter Letzt schreibt das PQSG vor, dass die geleistete Behandlungspflege durch stationäre Einrichtungen ebenso wie in der ambulanten Pflege ab Januar 2005 über das SGB V abgerechnet wird.

Neben diesen maßgeblichen Gesetzen unterliegt der Betrieb eines Alten- und Pflegeheimes noch einer Reihe von Verordnungen. Wie bereits erwähnt, wird die Einhaltung der zum Heimgesetz gehörenden Verordnungen durch die Heimaufsicht sicher gestellt. Die wichtigsten sind:

- die Heimmitwirkungsverordnung, die die Mitwirkung der Heimbewohner und ihrer Angehörigen in Heimangelegenheiten vorschreibt;
- die Heimmindestbauverordnung, welche die minimalen baulichen Voraussetzungen für ein Pflegeheim festlegt;
- die Heimpersonalverordnung, die die fachliche Eignung der Heimleitung und der pflegerischen Mitarbeiter eines Heimes definiert.

Die in Abb. 1 aufgezeigte Mesoebene bilden die Kundenvermittler. Als solche können all die Organe angesehen werden, die dem Pflegeheim durch ihre Empfehlung Interessenten für einen Heimplatz zuführen. Dies sind vor allem Hausärzte, Sozialdienste in den umliegenden Krankenhäusern, ambulante Pflegedienste, externe Therapeuten und Vertreter der Kirchengemeinden. Außerdem sind natürlich auch die Angehörigen der im Heim lebenden Bewohner als Kundenvermittler anzusehen. Die Kundenvermittler können vor allem durch gesicherte Qualitätsdienstleistung und durch die direkte Kommunikation mit den Kundenvermittlern mittels Marketinginstrumenten positiv beeinflusst werden.

---

<sup>13</sup> Vgl.: Hallersleben, Jörg (2002); „*Pflegequalität auf dem Prüfstand – Neue Regelungen zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes im SGB XI und im Heimgesetz*“: Personalbemessungssysteme legen Personalanhaltszahlen für den Betrieb eines Heimes fest und bestimmen den Prozentsatz für den Anteil an examinierten Kräften im Rahmen der Fachkraftquote.

<sup>14</sup> Vgl.: Ebd.: Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen regeln die Personalausstattung in den Betrieben

Die Organisation<sup>15</sup> des Alten- und Pflegeheimes mit ihren Akteuren, also den Mitarbeitern und den Heimbewohnern, bildet die Mikroebene. Vor Einführung der Pflegeversicherung konnten auch die Bewohner selbst als Kundenvermittler angesehen werden. Da aber der Grundsatz „ambulant vor stationär“<sup>16</sup> mit der Pflegeversicherung einherging, hat sich die Bewohnerstruktur der Pflegeheime stark verändert. Während vorher viele Bewohner den Zeitpunkt ihres Umzugs ins Altenheim selbst bestimmten und privat finanzierten, ist der Einzug in ein Pflegeheim nun häufig mit der Einstufung in eine Pflegestufe gekoppelt. Ausschlaggebend für den Umzug ist zumeist, dass die Fähigkeit sich selbständig zu versorgen verloren gegangen ist. Dies führt dazu, dass die heutigen Bewohner von Alten- und Pflegeheimen in der Regel durch den MDK in die Pflegestufen 2 und 3 eingestuft wurden und damit entweder schwer pflegebedürftig oder dementiell erkrankt sind. Bewohner, die in die Pflegestufe 0 oder 1 eingestuft werden, erhalten in der Regel Betreuung in ihrer eigenen Häuslichkeit. VOSS sagt hierzu: *„durch Zunahme der Hochbetagten werden aus Altenheimen Pflegeheime. Dies hat Auswirkungen auf die Organisation Altenheim:*

- *der Versorgungscharakter erhöht sich,*
- *rehabilitative Möglichkeiten gibt es nur begrenzt,*
- *Demenz macht geschlossene Stationen notwendig,*
- *die Berufskompetenz der Pflegekräfte reicht für die Bedürfnisse und den Pflegeaufwand der Bewohner nicht aus,*
- *der Personalbedarf erhöht sich,*
- *die Gesamtkosten erhöhen sich.“<sup>17</sup>*

Langfristig betrachtet ist außerdem noch zu beachten, dass die „Duldnergeneration“<sup>18</sup>, die zur Zeit durch Altenpflegeeinrichtungen betreut wird, durch eine wesentlich anspruchsvollere Generation von alten Menschen abgelöst werden wird.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*, S.6: *„Gemeinsam ist allen Organisationen erstens, dass es sich um ein soziales Gebilde handelt, um gegliederte Ganze mit einem angebbaren Mitgliederkreis und interne Rollendifferenzierung. Gemeinsam ist ihnen zweitens, dass sie bewusst auf spezifische Zwecke und Ziele orientiert sind. Gemeinsam ist ihnen drittens, dass sie in Hinblick auf die Verwirklichung solcher Zwecke oder Ziele zumindestens der Intention nach rational gestaltet sind.“*

<sup>16</sup> Nach §3, SGB XI gehen ambulante, teilstationäre und kurzzeitpflegerische Leistungen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

<sup>17</sup> Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*, S.151-152

<sup>18</sup> Die Kriegsgeneration, die zur Zeit in den Heimen gepflegt wird, wird auch als Duldnergeneration bezeichnet. Diese Bezeichnung hat sich ergeben, weil diese Generation geringere Ansprüche an den Komfort eines Heimes stellt, als z.B. die derzeitigen 40-50 jährigen das im Alter tun würden.

<sup>19</sup> vgl.: Dräger, Dagmar; Winter, Maik H-J; Kuhlmay-Braunschweig, Adelheid (2000), *„Vom Pfleger zum Sozialmanager – Neue Aufgabenprofile für Führungskräfte in der Altenhilfe“*, S.3

Gerade die Erhöhung der Gesamtkosten kann sich sehr bedrohlich auf die Organisation der Pflegeheime auswirken, weil diese gesetzlich zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet sind. Somit „stehen [im Vordergrund der Versorgung von hilfebedürftigen Senioren] *ökonomische Aspekte. Der berufliche Handlungsplan will mit möglichst niedrigem personellen und zeitlichen Aufwand möglichst viele Bewohner versorgen. Versorgung ist dabei gerichtet auf die Bereiche:*

- *Speisezubereitung und Einnahme*
- *Grundpflege und Körperhygiene*
- *Reinigung von Wohnräumen und Verkehrsflächen*
- *Wäschereinigung und –bereitstellung*<sup>20</sup>
- *Psychosoziale Betreuung Demenzkranker*
- *Verwaltung.*

Die Erhöhung des Personalbedarfes stellt sich wiederum insofern als ein großes Problem heraus, da die wirtschaftliche Lage der Heime keine Aufstockung des Personalbestandes zulässt. Das Resultat sind zu knapp besetzte Teams in den jeweiligen Schichten, die auf Grund von Zeitknappheit ihre vorhandene berufliche Kompetenz nicht frei entfalten können. Deshalb ist es auch nicht möglich, jeden Bewohner entsprechend seinen individuellen Bedürfnissen zu betreuen. Demzufolge zielen die *„beruflichen Handlungen [...] stets auf die Gleichartigkeit der zu Versorgenden ab und fassen deren angenommene Bedürfnisse zu großen zeitlichen, zeitlich und personell beherrschbaren Allgemeinannahmen zusammen*<sup>21</sup>

Die oben beschriebenen Zusammenhänge und die klassische Hierarchie der Krankenpflege bringen es mit sich, dass in der Altenpflege eine Trennung von Planung und Ausführung der Arbeit vorherrscht. Dies ist ein Kennzeichen für die Organisationstheorie nach Taylor, dem sogenannten Taylorismus. Die Planung der Arbeit obliegt Experten, die Pflegekräfte werden als Ausführende gezwungen, definierte Arbeitsvorgaben zu erfüllen ohne Einfluss auf den Ablauf der Arbeit nehmen zu können. SCHEFFEL sagt hierzu: *„Beruflich Pflegenden erfüllen Arbeitsvorgaben, die von Angehörigen der mittleren Hierarchieebenen, Angehörigen anderer Berufsgruppen oder Pflegeexperten definiert werden. Arbeitsaufträge beschränken sich auf einfache Verrichtungen. Das Erheben von Informationen, das Definieren von Zielen, die Auswahl von Maßnahmen und das Evaluieren der Pflegearbeit wird den Pflegenden entzo-*

---

<sup>20</sup> vgl.: Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*, S.17

<sup>21</sup> Ebd., S.17

*gen. Pflegenden haben vor diesem Hintergrund ausgesprochen geringe Möglichkeiten, die Arbeit zu gestalten. Ein Mangel an Informationen erlaubt Pflegenden nicht, das eigene Tun mit einem sinnvollen Kontext zu verbinden.*<sup>22</sup>

## **4.2 Aufbauorganisation der stationären Altenpflege**

Ein Alten- und Pflegeheim hat das Ziel, einen erträglichen Lebensraum für pflegebedürftige alte Menschen zu schaffen. Die Aufgaben der Organisation bestehen somit darin, chronische Krankheitssymptome zu lindern, für eine Kontinuität der Lebenssituation der Bewohner zu sorgen und sie darin zu unterstützen, ein eigenverantwortliches Leben zu führen.<sup>23</sup> Im Gegensatz zum Krankenhaus geht es in der Altenpflege nicht darum, Diagnosen zu stellen und die Bewohner zu heilen. Insofern sind die Ziele und Aufgaben des Pflegeheimes bei weitem nicht so komplex wie die eines Krankenhauses. *„Folglich bedarf es dann keiner hochverfeinerten Spezialisierung der Arbeitsabläufe. Für die Aufgabengliederung des organisatorischen Gefüges Altenheim bedeutet dies, dass im Vergleich zur Krankenpflege weit weniger Prozesse der Arbeitsteilung notwendig sind; was jedoch nicht besagt, dass auch weniger berufliche Kompetenz und Professionalität verlangt ist.“*<sup>24</sup>

CAPELL sagt in diesem Zusammenhang, Altenpflegeheime hätten bisher keine wirksamen Konzepte entwickeln können, weil sie sich die Organisation des Krankenhauses zum Vorbild genommen haben.<sup>25</sup> Da aber die Aufgaben von Kranken- und Altenpflege nicht vergleichbar sind, können die Konzepte der Krankenpflege nicht direkt auf die Altenpflege übertragen werden. Zumal geringere Komplexität der Aufgaben letztendlich bedeutet, dass Aufgaben und Ziele klar definiert sind und somit die Möglichkeit gegeben ist, dass die Pflegekräfte eines Alten- und Pflegeheimes eigenverantwortlich arbeiten können.

Gerade die Aufgabe, alte Menschen darin zu unterstützen, ein eigenverantwortliches Leben zu führen impliziert, dass ihre Lebenssituation in die Organisationsgestaltung einbezogen wird. Entscheidend hierbei ist, dass *„der letzte Lebensabschnitt (das Alter) [...] an den Menschen eine große Herausforderung [stellt,] weil er verlernt hat sich mit sich selbst zu beschäftigen und der Sinnhaftigkeit (Beruf, Beziehung) beraubt wird. Dies stellt auch eine besondere*

---

<sup>22</sup> Scheffel, Friedhelm (2000), „Lebenswelt in der Pflege – Anforderungen an die Berufliche Pflege“, S.142

<sup>23</sup> vgl.: Voss, Helmut (1990); „Motivation und Organisation im Altenheim“, S.11

<sup>24</sup> Ebd., S.12

<sup>25</sup> Cappel, Eckard (2000), „Versorgungsstrukturen und Pflegekonzepte“, S.20

*Herausforderung an das Berufsfeld der Altenpflege (Psychosoziale Betreuung), da dieses behilflich sein sollte, den neu entstehenden Lebensabschnitt zu gestalten. Tut die professionelle Altenpflege dies nicht, wird das Berufsfeld überflüssig – Krankenpflege gibt es bereits.*<sup>26</sup>

Der nun beschriebene Aufbau eines Alten- und Pflegeheimes bezieht sich vor allem auf mittelgroße Heime. In dieser Kategorie sind Einrichtungen zu sehen, die 60-100 Plätze vorhalten, um alte Menschen Rund-um-die-Uhr stationär mit pflegerischen Dienstleistungen zu versorgen. Diese Altenheime sind in der Regel als Einliniensystem organisiert. Die Abteilungen oder Bereiche gliedern sich nach Verrichtungen in Verwaltung, Hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege, wobei vor allem die Bereiche Hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege von planerischen und organisatorischen Verwaltungsabläufen durchdrungen sind.<sup>27</sup> Der Bereich Pflege erbringt die Kernleistung des Unternehmens. Die beiden anderen Bereiche erbringen die notwendigen Serviceleistungen, um die Kernleistung Pflege anbieten zu können. Leitungsspanne<sup>28</sup> und Leitungstiefe<sup>29</sup> der Organisation variieren sehr stark in den drei Bereichen. Während der Bereich Verwaltung eine geringe Leitungsspanne und –tiefe aufweist, kann die Leitungsspanne je nach Heimgröße im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bei geringer Leitungstiefe recht hoch sein. Im Bereich Pflege fällt allerdings generell auf, dass eine extrem hohe Leitungstiefe besteht, obwohl die Aufgaben dieses Bereiches wie bereits erwähnt eine geringe Komplexität aufweisen. Die folgende Grafik soll dies verdeutlichen.

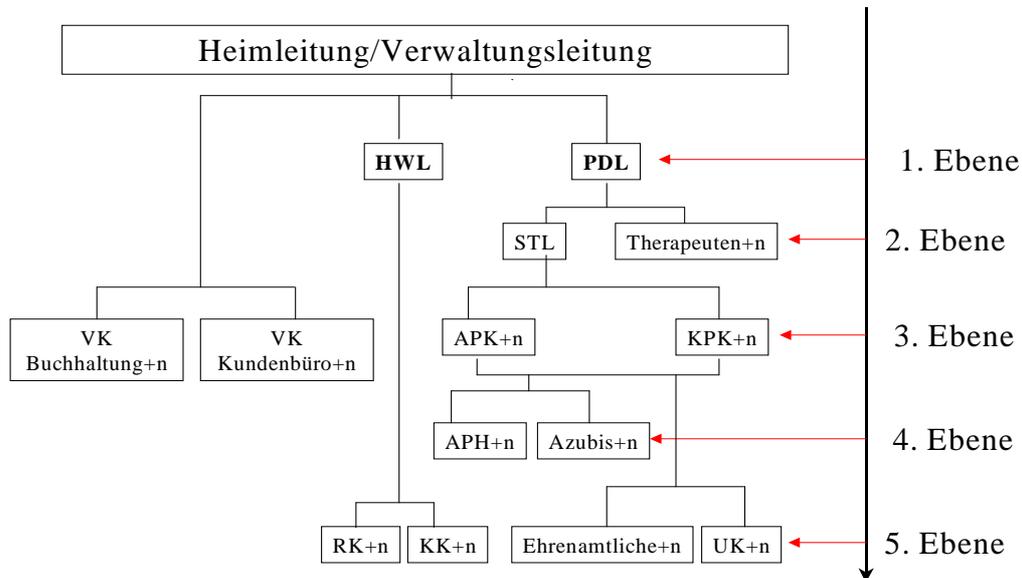
---

<sup>26</sup> Wilhelm, Hans-Jürgen Dr. (2001), „Auf der Suche nach dem Sinn“, S.34

<sup>27</sup> vgl.: Voss, Helmut (1990); „Motivation und Organisation im Altenheim“, S.8

<sup>28</sup> Vahs, Dietmar (2001); „Organisation – Einführung in die Organisationstheorie und –praxis“, S.95: „Unter Leitungsspanne ist die Anzahl der einer Instanz direkt unterstellten Mitarbeiter zu verstehen. Sie nimmt in der Hierarchie im Allgemeinen von oben nach unten zu, d.h. Leitungsstellen der untersten Hierarchieebene, denen ausschließlich Ausführungsstellen zugeordnet sind, haben tendenziell die größte Leitungsspanne, während der Unternehmensführung in der Regel nur wenige Personen direkt unterstellt sind.“

<sup>29</sup> Ebd., S.98: „Die Leitungstiefe ist die Anzahl der Hierarchieebenen unterhalb der obersten Leitung in einem Unternehmen. Sie ergibt sich infolge der stufenweisen Abteilungsbildung und wird durch die Leitungsspanne determiniert. Leitungsspanne und Leitungstiefe bestimmen damit die äußere Gestalt.“



Legende:	
PDL = Pflegedienstleitung	APH = gelernte Altenpflegehelferin
HWL = Hauswirtschaftsleitung	Azubi = Altenpflegeschüler
STL = Stationsleitung	UK = ungelernete Pflegehilfskräfte
APK = examinierte Altenpflegekraft	RK = Reinigungskraft
KPK = examinierte Krankenpflegekraft	KK = Küchenkraft
VK = Verwaltungskraft	+n = mehr als 1 Mitarbeiter

Abb. 3: Eigene Darstellung: Aufbauorganisation eines Alten- und Pflegeheimes

Die hohe Hierarchisierung des pflegerischen Bereichs bringt es mit sich, dass die Dienstwege sehr lang sind. Dadurch wird die Informationsweitergabe unterbrochen und es entstehen Informationsmonopole. SCHEFFEL sagt zu dieser Problematik: „...die Beziehungen unter den Pflegenden [ist] „streng hierarchisch-zentralistisch organisiert. Die Verortung in der Hierarchie gründet sich auf (formale) Kompetenzen und/oder Qualifikation sowie den Zugang zu Informationen. Stations- und Wohnbereichsleitungen verfügen über ein Informationsmonopol.“<sup>30</sup> Zudem werden die grundlegenden Organisationsentscheidungen von der oberen Leitungsebene getroffen, wodurch die Organisationsziele und die Rahmenbedingungen der Arbeitsorganisation den ausführenden Stellen, nämlich den Pflegekräften, unklar bleiben.

<sup>30</sup> Scheffel, Friedhelm (2000), „Lebenswelt in der Pflege – Anforderungen an die Berufliche Pflege“, S.141

*„Das (Pflege)Personal reagiert [darauf] mit „Motivationsabbau, partieller Arbeitsverweigerung und passivem Widerstand“<sup>31</sup>*

Des Weiteren führt hohe Hierarchisierung bei geringer funktionaler Aufgabenteilung, wie schon im Zusammenhang mit dem Taylorismus angesprochen, zu Fremdplanung der pflegerischen Arbeit bei geringen Einflussmöglichkeiten der ausführenden Stellen.<sup>32</sup> Dies bedeutet konkret, dass die Pflegeplanungen in der Praxis oft von der nichtpflegenden Pflegedienstleitung erstellt werden und die Pflegekräfte darauf nur im Rahmen der Fallbesprechungen Einfluss nehmen können. Außerdem sind kaum Stellenbeschreibungen in den Pflegeheimen vorhanden, so dass sich die Aufgaben und Kompetenzen nicht aus der Organisationsstruktur des Heimes ergeben, sondern aus der Historie der Pflege.<sup>33</sup> Das Treffen von Entscheidungen und Weisungen erfolgt top-down von der obersten Leitungsebene über das mittlere Management zu den ausführenden Akteuren. Dies wirkt sich negativ auf die Arbeitsmotivation der Mitarbeiter aus und bedingt eine hohe Personalfuktuation im pflegerischen Bereich. Hohe Personalfuktuation wiederum macht die Bildung von stabilen Teams sehr schwierig und wirkt sich negativ auf das Image des Betriebes aus. VOSS sagt hierzu: *„Es ergibt sich somit für den klassischen Altenheimbereich ein organisatorischer Gegensatz zwischen relativ wenigen bewohnerbezogenen Berufsaufgaben und einem hohen Maß an Kontrollausübung sowie an Über- und Unterstellungen. [...] Hierdurch wird ein Klima der Geschlossenheit und Einengung des beruflichen Handelns erzeugt, das zu vielen Konflikten und Spannungen sowohl unter den Mitarbeitern als auch unter den Heimbewohnern führt.“<sup>34</sup>*

Um der Organisation Transparenz zu verleihen und den Informationsfluss zu steuern ist es notwendig, dass die Arbeit in angemessenem Grad formalisiert ist. Hierbei gilt es zwischen der Strukturformalisierung<sup>35</sup>, der Informationsformalisierung<sup>36</sup> und der Leistungsdokumentation zu unterscheiden. Der pflegerische Bereich der Altenpflege verwendet in der Regel im Bereich der Strukturformalisierung bisher nur Dienstpläne und Pflegestandards, Stellenbeschreibungen und Einarbeitungskonzepte werden eher selten verwendet. Zur In-

---

<sup>31</sup> Scheffel, Friedhelm (2000), *„Lebenswelt in der Pflege – Anforderungen an die Berufliche Pflege“*, S.142

<sup>32</sup> Ebd., S.139

<sup>33</sup> vgl.: Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*, S.8

<sup>34</sup> Ebd., S.8

<sup>35</sup> vgl.: Vahs, Dietmar (2001); *„Organisation – Einführung in die Organisationstheorie und –praxis“*, S.114: Die Strukturformalisierung umfasst Organigramme, Stellenbeschreibungen, Richtlinien, etc.

<sup>36</sup> vgl.: Ebd., S.114-115: Die Informationsformalisierung umfasst Dienstanweisungen, Protokolle, Berichte, Aktennotizen.

formationsformalisierung bedient sich die Pflege protokollierter Dienst- oder Fallbesprechungen sowie protokollierter Qualitätszirkelsitzungen. Zur Leistungsdokumentation wird ein Pflegedokumentationssystem verwendet.

### **4.3 Ablauforganisation der stationären Altenpflege**

Wie bereits in der Ablauforganisation beschrieben, hat der Pflegedienst eines Altenheimes die folgenden vier Aufgaben zu erfüllen:

1. chronische Krankheitssymptome lindern,
2. für eine Kontinuität der Lebenssituation der Bewohner sorgen
3. die Bewohner darin unterstützen, ein eigenverantwortliches Leben zu führen und
4. Qualitätsmanagement durchzuführen.

Die erste Aufgabe betrifft den Bereich der Behandlungspflege, die ab Januar 2005 über das SGB V abgerechnet werden soll. Hier geht es neben der direkten Behandlungspflege, wie dem Wechseln eines Verbandes, um die Planung der Pflege und die Krankenbeobachtung. Außerdem geht es um die Verwaltung vom Arzt verschriebener Medikamente und die Koordination der Arztvisiten und der externen Therapiemaßnahmen. Diese Aufgaben können nur von examiniertem Pflegepersonal erbracht werden.

Die zweite Aufgabe betrifft den Bereich der Grundpflege und der psychosozialen Betreuung. Hier geht es darum, den Tagesablauf in sinnvoller und für den Bewohner gewohnter Weise zu strukturieren. Neben der Körperpflege und der Einhaltung der Mahlzeiten gehört in diesen Bereich auch das Beschäftigungsangebot für die Bewohner. Diese Aufgaben werden von examinierten Pflegekräften und heiminternen Therapeuten geplant, können aber auch von Pflegehelfern und ungelernten Kräften durchgeführt werden.

Die dritte Aufgabe durchdringt die beiden ersten Aufgaben. Die Unterstützung der Bewohner zu einem eigenverantwortlichen Leben impliziert, dass alle pflegerischen Maßnahmen nach dem Grundsatz der aktivierenden Pflege erfolgen. Außerdem gehört hierzu die Koordination von und die Begleitung zu Bewohnerterminen außerhalb des Pflegeheimes. Durchgeführt wird diese Aufgabe von allen pflegerischen Mitarbeitern.

Die vierte Aufgabe ist durch das PQSG hinzugekommen und befindet sich dementsprechend noch in der Phase der Integration in die bestehende Organisation. Auch diese Aufgabe sollte

alle anderen Aufgaben insofern durchdringen, dass qualitativ hochwertige Leistungserbringung ein Ziel aller Mitarbeiter sein sollte. Wesentlich hierbei ist, dass dies misslingen wird, „solange Pflege nicht die von ihrer Berufsgruppe vertretenen Werte als einen wesentlichen Bestandteil der Qualitätsdiskussion aufgreift. [Ansonsten] läuft diese Gefahr, sich immer wieder auf eine technisch-strukturell-instrumentelle Ebene zu reduzieren.“<sup>37</sup> Vor allem die Dokumentation der erbrachten Leistungen ist als ein wesentlicher Pfeiler des Qualitätsmanagements zu betrachten, da nur durch sie Fehler aufgedeckt und Verbesserungen geplant werden können. Gerade die Forderung nach einem Qualitätsmanagementsystem führt zu einer Zunahme von bewohnerfernen administrativen Aufgaben. Neben der Pflegedokumentation müssen Statistiken und Übersichten angefertigt sowie Prozesse geplant, gesteuert und kontrolliert werden.

Wie die Rahmenbedingungen verdeutlichen, wirken auf die Organisation eines Alten- und Pflegeheimes interne und externe verändernde Kräfte. Gerade die geballte Entwicklung von Gesetzestexten und Verordnungen in den letzten elf Jahren hat einen enormen Veränderungsdruck auf die Organisation Altenheim ausgeübt. Wie die Struktur des pflegerischen Bereichs zeigt, wurde eher nach Möglichkeiten gesucht, die gesetzlichen Bedingungen zu erfüllen, ohne die internen Strukturen anzupassen. Diese Möglichkeit ist aber nun durch die gesetzliche Forderung nach einem internen Qualitätsmanagementsystem nicht mehr gegeben.

Ein Qualitätsmanagementsystem zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass es nicht starr ist. Es durchläuft in endloser Schleife die Phasen:

- Planung von Veränderung
- Umsetzung der Planung
- Prüfung der Auswirkung
- Anpassung.

Dies kann aber nur dann erfolgreich gelingen, wenn alle Mitarbeiter mit klar geregelten Kompetenzen und Aufgaben in diesem Prozess mitwirken. Dies ist besonders wichtig, da die Dienstleistung Pflege eine immaterielle Dienstleistung<sup>38</sup> ist, die in Wechselwirkung von Pfl-

---

<sup>37</sup> Weber, Petra Prof. (1999), *Forschungsprojekt: Qualitätssicherung in der Altenpflege in Hamburg*, S.2

<sup>38</sup> vgl.: Bieberstein, Ingo (2001); „*Dienstleistungsmarketing*“, S.55-59: Eine immaterielle Dienstleistung wird auf Grund von immateriellen Leistungsversprechen ver- und gekauft. Das Ergebnis bzw. die Qualität der Dienstleistung kann erst nach dem Absatz bzw. der Erbringung der Leistung beurteilt werden. Synonym für immaterielle Dienstleistungen spricht man auch von Vertrauensgütern.

gekraft und Bewohner gemeinsam erbracht wird. Das bedeutet wiederum, dass sich die Befindlichkeit und die Haltung der Pflegekraft gegenüber der Organisation des Heims, direkt auf den Bewohner und damit auf die Qualität der Leistungserbringung auswirkt. Insofern sind die Pflegekräfte als die wertvollste Ressource des Unternehmens Alten- und Pflegeheim anzusehen, die sich umso mehr wertschöpfend in die Leistungserbringung einbringen, wenn ihre Arbeitszufriedenheit hoch ist. MELEIS sagt hierzu: „*Pflege hat mit Menschen zu tun, und deshalb ist ihre Erscheinungsform eine Person, die Hilfe braucht, und eine Person, die in der jeweiligen Situation Hilfe gewährt.*“<sup>39</sup> Die folgende Darstellung des Arbeitssystems<sup>40</sup> der Dienstleistung Pflege soll dieses Wechselspiel zwischen Pflegekraft und Bewohner verdeutlichen.

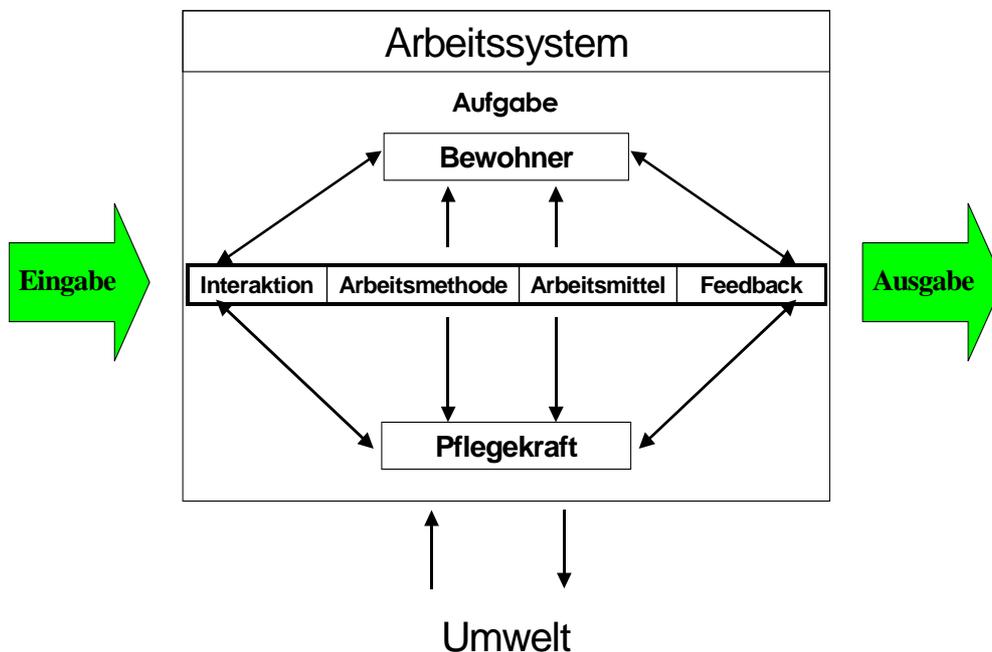


Abb. 4: Eigene Darstellung nach REFA<sup>41</sup>: Arbeitssystem pflegerischer Dienstleistungen

<sup>39</sup> Meleis, Afaf Ibrahim (1999); „*Pflege* – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“, S.551

<sup>40</sup> vgl.: Dahlgaard, Knut Prof. Dr. (2001); „*Reader zur Veranstaltung Organisation*“, S.2.1-A2: Nach REFA besteht ein Arbeitssystem aus den Komponenten Arbeitsaufgabe, Eingabe, Ausgabe, Mensch, Arbeitsmittel, Umwelteinflüsse und Arbeitsabläufe.

<sup>41</sup> vgl.: Ebd., S.2.1-A2: Nach REFA und Badura / Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Das Arbeitssystem gilt für alle bewohnernahen Aufgaben. Die Intensität der Interaktion und des Feedbacks zwischen der Pflegekraft und dem Bewohner ist hierbei stark davon abhängig, ob das Heim nach dem Prinzip der Funktions-<sup>42</sup> oder der Ganzheitspflege<sup>43</sup> pflegt. Wird nach dem Modell der Funktionspflege gearbeitet, ist die Vertrautheit zwischen Pflegekraft und Bewohner weniger innig, als wenn nach dem System der Ganzheitspflege gepflegt wird.

Ein weiterer Aspekt, der auf das Arbeitssystem einwirkt, ist das Auseinanderklaffen der formalen und informellen Struktur der Organisation Pflegeheim. Ungeplante und unvorhersehbare Prozesse bilden ab, wie die Handlungsweisen trotz formaler Festlegung tatsächlich ablaufen. *„Das Ausmaß des Auseinanderklaffens zwischen formalen und informellen Arbeitsabläufen ist aber nur ein Maßstab für die Funktionsfähigkeit des gesamten Vorhabens. Da wo im Rahmen der Schichtübergaben wesentliche Informationen zurückgehalten werden, da wo Entscheidungen unbefugt getroffen werden, ohne dass die Leitungsebene damit befasst wird, da wo Rivalitäten zwischen Altenpflegern und Krankenschwestern offen ausgetragen werden, kommt es zu Störungen des Gesamtsystems, so dass die Arbeitsziele nicht mit den –ergebnissen übereinstimmen.“*<sup>44</sup>

Neben diesem Aspekt wirkt sich auch der Grad der Personalfuktuation negativ auf die Qualität der pflegerischen Dienstleistungen aus. Gerade im Altenpflegebereich zeichnet sich ab, dass Mitarbeiter nach drei bis fünf Jahren in pflegefremde Berufe wechseln. Da aber Pflege

---

<sup>42</sup> Huhn, Siegfried; Schmoecker, Mary; Schröder, Barbara; Hrsg. Kämmer, Karla (1996); *„Pflegemanagement in Altenheimen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisationen“*, S.88-89: Die Funktionspflege beinhaltet eine Arbeitsverteilung nach dem Teilungsprinzip. *„Es entstehen Arbeitsabläufe in Form von >>Runden<<, z.B.: Blutdruckrunden, Bettenrunden oder Getränkeunden. [...] Ein weiteres Merkmal funktionaler Organisation ist die Konzentrierung von Tätigkeiten und Aufgaben auf einen bestimmten regelmäßig wiederkehrenden Zeitpunkt, z.B. Bettenbeziehtage, Abföhrtage oder Badetage. [...] Vorteile werden in der Klarheit der Verteilungsstruktur der Arbeit gesehen, z.B. gibt es eine zentrale Ansprechpartnerin für alle Leitungspersonen und alle Ärzte.“* Nachteilig ist, dass funktionale Pflege tendenziell zur qualitativen Unterforderung der Mitarbeiter führt, da ihre Gestaltungs-kompetenz, ihr Planungsinteresse und ihre Beziehungsfähigkeit nicht gefördert werden.

<sup>43</sup> Ebd., S.87-88: *„Das ganzheitliche Pflegesystem beinhaltet die Arbeitsteilung nach dem Ganzheitsprinzip, insbesondere die Zuordnung von Pflegenden und Bewohnern. [...] Ganzheitliche Pflege ist personenzentrierte Pflege, d.h., Inhalte, Ausrichtung und Abläufe der Pflege orientieren sich an den Lebensgewohnheiten der Bewohner/innen. Die einzelnen pflegerischen, sozialen und therapeutischen Angebote werden zusammenhängend und aufeinander abgestimmt verrichtet.“* Vorteilhaft für die Bewohner ist, dass sie von einer überschaubaren Zahl Pflegenden betreut werden. Der Vorteil für die Pflegenden liegt darin, dass sie ihre Arbeitsabläufe individuell gestalten können. Dadurch fühlen sie sich für >>ihre<< Bewohner verantwortlich. Allerdings ist die Umsetzung oftmals problematisch.

<sup>44</sup> Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*, S.6

eine Dienstleistung ist, deren Qualität maßgeblich von dem Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekraft und Bewohner beeinflusst wird, wirkt sich ein häufiger Personalwechsel sehr negativ auf die Qualität der Leistungserbringung aus. Der Bewohner muss bei jedem neuen Mitarbeiter befürchten, dass dieser nicht mit seinen Gewohnheiten vertraut ist. Leistungskontinuität ist somit bei hoher Personalfuktuation nur schwer zu gewährleisten. *„Die Lösung liegt in der Ermöglichung, Arbeitsschwerpunkte selbst festzulegen, an Entscheidungsprozessen teilzuhaben und Kontrollfunktionen selbst zu übernehmen.“*<sup>45</sup>

#### **4.4 Exkurs: Problematik des Pflegeprozesses**

Die Hauptproblematik bei der Durchführung des Pflegeprozesses liegt darin, dass er von vielen Pflegekräften auf die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation reduziert wird. Dies ist umso erstaunlicher, da der Pflegeprozess seit Mitte der 80er Jahre fester Bestandteil der Ausbildungscurricula von examinieren Altenpflegekräften und examinieren Krankenpflegekräften ist.<sup>46</sup>

Der Pflegeprozess ist ein systematischer, zielgerichteter Problemlösungsprozess, der ähnlich wie der Kreislauf des Qualitätsmanagements endlos durchlaufen wird. Das bedeutet, dass die Phasen Schritt für Schritt durchgeführt werden, wobei die Zielerreichung im Laufe des Prozesses immer wieder überprüft wird. *„Der Pflegeprozess orientiert sich an der Idee des kybernetischen Regelkreises, der nicht als lineare Abfolge sondern als Geschehen mit ständigen Vor- und Rückschleifen gesehen wird.“*<sup>47</sup> Insofern ist es auch möglich, dass Prozessschritte wiederholt werden müssen, bevor die nächste Phase beginnen kann. Wesentlich ist, dass es sich beim Pflegeprozess um einen Aushandlungsprozess zwischen allen an der Pflege beteiligten Akteuren handelt. Dies schließt nicht nur alle pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiter ein, sondern auch den Bewohner selbst und seine Angehörigen.

Der erste Schritt des Pflegeprozesses ist die Sammlung von Informationen. Diese Phase stellt den Beginn der Pflegebeziehung dar. Neben dem reinen Sammeln von Informationen über den Pflegebedürftigen geht es auch darum, die Informationen zu selektieren, zu ordnen und zu gewichten. Als Quellen sind außer den Beobachtungen der Pflegekraft auch mündlich

---

<sup>45</sup> Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*, S.12

<sup>46</sup> Stratmeyer, Peter (1997); *„Ein historischer Irrtum der Pflege? Plädoyer für einen kritisch-distanzierten Umgang mit dem Pflegeprozess“*, S.34

<sup>47</sup> Prof. Petra Weber, Karin Helmer, Edelgard Liedtke (2003); *„ProQua Schlussbericht“*, S. 44

geäußerte und schriftliche Informationen anzusehen. Außerdem müssen die gesammelten Informationen dokumentiert werden. Wichtig hierbei ist, dass die Informationssammlung als die Phase des Pflegeprozesses zu betrachten ist, die mit einmaligem Durchlaufen nicht unbedingt abgeschlossen ist.

In der zweiten Phase geht es darum, die gesammelten Informationen zu analysieren und zu interpretieren. Dadurch entstehen Formulierungen von Pflegeproblemen, denen in der Phase der Pflegeplanung Maßnahmen gegenübergestellt werden. In der Pflegeplanung müssen die Pflegeprobleme gewichtet und Pflegeziele definiert werden. Wesentlich hierbei ist, dass Evaluationskriterien aufgestellt werden, anhand derer die Zielerreichung überprüft werden kann. Der letzte Schritt dieser Phase besteht darin, die Planung zu dokumentieren, damit sicher gestellt ist, dass alle Pflegekräfte der Planung entsprechend arbeiten.

Auch in der vierten Phase des Pflegeprozesses, der Durchführung der Pflegeplanung, geht es neben der Durchführung der Interventionen um das kontinuierliche Sammeln von Informationen. Außerdem müssen die gesetzten Prioritäten stetig überprüft und wenn nötig angepasst werden. Dieser Prozessschritt schließt mit der täglichen Dokumentation der durchgeführten Pflege ab.

Die fünfte Phase des Pflegeprozesses ist die Phase der Evaluation. Hier geht es nicht nur darum, die Erreichung der festgelegten Pflegeziele zu überprüfen, sondern auch darum, den Prozess selbst zu evaluieren. Dazu müssen die Faktoren erkannt werden, die die Durchführung der Planung beeinflussen und der Pflegeplan dementsprechend überarbeitet werden.

In der Praxis hat sich allerdings gezeigt, dass die Durchführung des Pflegeprozesses einige Probleme verursacht. Dies liegt zum einen daran, dass sie stark davon abhängig ist, welches Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis die einzelne Pflegekraft hat.<sup>48</sup> Zum anderen wird die Pflegeplanung, wie schon erwähnt, sehr häufig von den Pflegedienst- oder Stationsleitungen erstellt, die den Bewohner im Extremfall gar nicht kennen. Diesbezüglich ist es dann auch nicht verwunderlich, dass die Planung in vielen Altenpflegeeinrichtungen nicht regelmäßig aktualisiert werden, da sie nicht als Arbeitsgrundlage genutzt werden. *„Der Pflegeprozess selbst scheint mehr als Dokumentationsanforderung, denn als interaktiver Bezie-*

---

<sup>48</sup> Stratmeyer, Peter (1997); *„Ein historischer Irrtum der Pflege? Plädoyer für einen kritisch-distanzierten Umgang mit dem Pflegeprozess“*, S.35

*hungsprozess mit den o.g. Kennzeichen zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräften gesehen zu werden.*<sup>49</sup>

Wie sich in der obigen Beschreibung des Pflegeprozesses zeigt, ist gerade die Dokumentation eine wesentliche Aufgabe, die nahezu alle Prozessphasen durchdringt. Insofern macht die Qualität der Dokumentation auch deutlich, inwieweit der Pflegeprozess wirklich durchgeführt wird. Rechtlich betrachtet wird die sorgfältige Dokumentation sowohl durch berufs-, sozial- als auch haftungsrechtliche Anforderungen vorgeschrieben.<sup>50</sup> Neue Anforderungen sind aber vor allem durch die Novellierung des Heimgesetzes hinzugekommen. Ein Beispiel für diese neuen Anforderungen *„ist die im Heimgesetz nunmehr ausdrücklich festgelegte Pflicht zur Aufzeichnung und Aufbewahrung von pflegerischen Maßnahmen. Hierzu heißt es in §13, dass eine ordnungsgemäße Aufzeichnung zu erfolgen hat, die auch Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse enthalten muss, insbesondere die Pflegeplanung und die Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner.“*<sup>51</sup>

Das Ziel der Pflegedokumentation ist es zum einen, die Qualität und den Umfang der pflegerischen Maßnahmen auch dann zu sichern, wenn wechselnde Pflegekräfte einen Bewohner versorgen. Zum anderen sollen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen nachvollziehbar sein und die Durchführung bei Bedarf auch beweisbar sein. Ein weiterer interessanter Aspekt der Pflegedokumentation ist die psychosoziale Betreuung, die einerseits das wichtigste Aufgabenfeld der Altenpflege ist, andererseits aber zur Zeit als nicht zu vergütende Leistung betrachtet wird. FLEMMING äußert hierzu: *„Da die zukünftigen Pflegebedürftigen [aber] zu 95% psychosoziale Betreuung benötigen, die sich nicht in der Pflegestufe niederschlägt, ist es umso wichtiger diese Arbeit zu dokumentieren.“*<sup>52</sup>

Ein wesentliches Problem der Pflegedokumentation ist, dass die Pflegekräfte selbst dieses Instrument nicht als sinnvoll betrachten. Sie empfinden ihre Dokumentationspflicht als lästige administrative Aufgabe, die in keinem Zusammenhang mit ihren eigentlichen bewohnernahen Aufgaben der Bewohnerversorgung steht. Außerdem haben sie gerade im Bereich der Altenpflege das Gefühl, dass bei ihren Bewohnern keine starken Veränderungen stattfinden. Aus diesem Grund erscheint es ihnen nicht als sinnvoll, tägliche Pflegeberichte schreiben zu

---

<sup>49</sup> Prof. Petra Weber, Karin Helmer, Edelgard Liedtke (2003); *„ProQua Schlussbericht“*; S.45

<sup>50</sup> vgl: Weiss, Thomas (2004); *„Wer schreibt der bleibt“*, S.48

<sup>51</sup> Ebd., S.48-49

<sup>52</sup> Flemming, Daniela (2002), *„Pflegedokumentation: Wiederholte Bemühungen“*, S.36

müssen.<sup>53</sup> Dies führt dazu, dass die Dokumentation nicht gewissenhaft geführt wird. Durch diese Haltung geraten Altenpflegekräfte immer dann in Wissenskonflikte, wenn eine Prüfung durch den MDK oder die Heimaufsicht ansteht, da sie dann oftmals die Dokumentation nachträglich ausbessern müssen.

Nichts desto Trotz ist die Pflegedokumentation als wichtiger Bestandteil des Pflegeprozesses und der Qualitätssicherung zu betrachten. Sie dient neben dem Austausch mit allen pflegerischen Mitarbeitern als Basis für die Überarbeitung der Pflegeplanung sowie für die Höherstufung der Pflegestufe von Bewohnern. Außerdem kann sie dazu genutzt werden, Pflegesituationen zu abstrahieren.

#### **4.5 Berufs- und Selbstbild von Pflegekräften in der Altenpflege**

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über das Berufs- und Selbstbild von Altenpflegekräften gegeben werden. Dies erscheint zum einen wichtig, weil die Mitarbeiter, wie bereits in der Ablauforganisation gezeigt wurde, die wertvollste Ressource des Alten- und Pflegeheimes darstellen. Zum anderen prägt das Pflegeverständnis und das Berufs- und Selbstbild jeder einzelnen Pflegekraft ihre Pflegehandlungen, weil Pflege eine personifizierte Dienstleistung ist. *„Die Anliegen von Pflegenden, also das, worauf es den Pflegenden ankommt, unterscheidet sich von Pflegekraft zu Pflegekraft ebenso wie von Situation zu Situation. Der einen ist die Bereitstellung einer bestimmten Art von Pflege wichtig. Die andere will in erster Linie dafür sorgen, dass ihre Patientinnen und Patienten die bestmögliche Lebensqualität erlangen. Für die dritte liegt der Schwerpunkt auf der Person der Patientin bzw. des Patienten selbst.“*<sup>54</sup>

Außerdem ist der Beruf der Altenpflege immer noch in der Entwicklung. Das liegt vor allem an den sich stetig weiter entwickelnden Gesetzen und der daraus resultierend notwendigen Zunahme an Fachlichkeit der examinierten Altenpflegekräfte. Eine Studie über das Berufsbild Altenpflege, die mit Auszubildenden dieser Profession durchgeführt wurde, kommt zu dem Schluss: *„der Beruf ist im Fluss, er ist im Begriff, sich zu entfalten, und die Entdeckung*

---

<sup>53</sup> Flemming, Daniela (2002), *„Pflegedokumentation: Wiederholte Bemühungen“*, S.36

<sup>54</sup> Benner, Patricia; Wrubel, Judith (1997); *„Pflege, Stress und Bewältigung – Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit“*, S.120

*dieses Berufes als eines Frauenberufes für die zweite Lebenshälfte wird dabei die Hauptsache sein.*<sup>55</sup>

Ein weiterer Aspekt, der sich auf den Beruf verändernd auswirkt, ist die Zunahme an administrativen Aufgaben. Diese Aufgaben verdrängen zunehmend die personenbezogenen Tätigkeiten und verändern damit das Selbstverständnis und die Prioritäten der Berufsgruppe. Die Auswirkung ist eine Verarmung an Kommunikation, welche aber für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung unerlässlich ist. Im Extremfall führt diese Entwicklung dazu, dass somatischen Prozessen die Priorität eingeräumt wird und psychosoziale Bedürfnisse der Bewohner bei der Betreuung keine Beachtung mehr finden. Daraus folgt, dass die Bewohner zu multimorbiden Objekten stilisiert werden und somit ebenso wie auch die Pflegekräfte ihre Subjektivität einbüßen.<sup>56</sup>

Seit seiner Entstehung hat der Beruf der Altenpflegekraft ein negatives Image. Er gilt als ein schwerer Beruf, der schlecht bezahlt wird und in der Gesellschaft wenig Anerkennung genießt. Im Gegensatz dazu ist es gelungen, dem Beruf der Krankenpflegekraft eine größere gesellschaftliche Anerkennung zu verleihen. Gerade angesichts der demographischen Entwicklung erscheint es sinnvoll, Bemühungen anzustreben, den Beruf der Altenpflegekraft besser zu definieren, um ihm einen ähnlichen gesellschaftlichen Respekt zu verschaffen wie der Krankenpflege.<sup>57</sup>

Wie bereits erwähnt wurde, hat sich die Altenpflege bisher immer an der Krankenpflege orientiert. Insofern ist ihr Berufsbild aus dem gleichen historischen Pflegeverständnis erwachsen. Das heute gängige Pflegeverständnis entstammt maßgeblich dem 19. Jahrhundert, zu dessen Beginn katholische Orden wieder Zulauf bekamen und sich als evangelisches Pendant die Diakonissenkrankenpflege entwickelte. Beide Organisationsformen waren stark durch das christliche Gedankengut geprägt, dass Krankenpflege als eine Liebestätigkeit am Nächsten betrachtete. Parallel dazu gab der Staat seine Fürsorgeverantwortung bei Krankheit und Armut mehr und mehr an die bürgerliche Wohlfahrt ab. Im Zusammenhang mit den

---

<sup>55</sup> Noelle- Neumann, Elisabeth; Haumann, Wilhelm (2000); „Altenpflege – Beruf oder Berufung. Bericht über eine repräsentative Befragung von Altenpflegeschülern/innen zur Attraktivität vom Pflegeberuf“, S.44

<sup>56</sup> vgl.: Scheffel, Friedhelm (2000), „Lebenswelt in der Pflege – Anforderungen an die Berufliche Pflege“, S.134-135

<sup>57</sup> Noelle- Neumann, Elisabeth; Haumann, Wilhelm (2000); „Altenpflege – Beruf oder Berufung. Bericht über eine repräsentative Befragung von Altenpflegeschülern/innen zur Attraktivität vom Pflegeberuf“, S.43

Befreiungskriegen entwickelte sich in Form von vaterländischen Frauenvereinen die freiwillige Krankenpflege der bürgerlichen Frau, die ihren organisatorischen Rahmen in der Gründung der Schwesternschaft des roten Kreuzes fand. Da Frauen zum damaligen Zeitpunkt keine Rechte besaßen und als das Eigentum des Mannes betrachtet wurden, war die einzige Möglichkeit, die einer unverheirateten Frau zum Lohnerwerb blieb, der Eintritt in eine nach dem Modell des Klosters organisierten Schwesternschaften. Um der aufkommenden Frauenbewegung entgegenzuwirken, wurde die Krankenpflege von der Gesellschaft zum idealen Frauenberuf hochstilisiert und mit den bürgerlichen und weiblichen Sittlichkeitsidealen verbunden. Diese besagten, dass Frauen als das schwache Geschlecht geringere geistige Fähigkeiten besitzen und den Idealen der Aufopferung und des selbstlosen Dienens zu entsprechen haben. Erst als die Frauenbewegung sich durchzusetzen begann, entstanden erste Formen der freiberuflichen Krankenpflege.<sup>58</sup>

Das heutige Selbstbild der Altenpflegekräfte ist stark geprägt durch das schlechte Image ihres Berufes. Hierdurch entsteht ein Konflikt zwischen Altenpflegekräften und Krankenpflegekräften, da erstere sich als minderwertiger empfinden. VOSS sagt hierzu: *„Die Arbeit in Alten- und Pflegeheimen wird von dem dort beschäftigten qualifizierten Personal im Vergleich zur Tätigkeit im Krankenhaus als zweitklassig empfunden; dies zeigt deutlich, wie sehr der Altenpflege ein inhaltliches Berufsverständnis fehlt.“*<sup>59</sup> Hinzu kommt eine Entwicklung, die sowohl in der Krankenpflege als auch in der Altenpflege zu beobachten ist. Im Zusammenhang mit der Zunahme an administrativen Aufgaben ziehen Pflegekräfte, je qualifizierter sie sind, diese den patientennahen Aufgaben vor. Dies führt dazu, dass die patientennahen Aufgaben von weniger gut qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen wäre ein erhoffter gesellschaftlicher Prestigegewinn, da patientenferne organisatorische Arbeit als hochwertiger empfunden wird als die patientennahe körperlich und seelisch belastende Pfl egetätigkeit.<sup>60</sup>

Ein weiterer Aspekt, der das Selbstbild aber auch das Image des Berufes prägt, ist die mangelnde Zeit für die Bewohner durch zu knapp besetzte Teams verbunden mit der Zunahme an administrativen Aufgaben. Gerade die Pflegekräfte, die mit besonderem Enthusiasmus arbeiten, leiden darunter, den Bewohner nicht mehr Zeit und Aufmerksamkeit widmen zu

---

<sup>58</sup> vgl.: Steppe, Hilde (1985); *„Die historische Entwicklung der Krankenpflege als Beruf – Auswirkungen dieser Entwicklung auf heutige Strukturen“*

<sup>59</sup> Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*, S.10

<sup>60</sup> vgl.: Scheffel, Friedhelm (2000), *„Lebenswelt in der Pflege – Anforderungen an die Berufliche Pflege“*, S.135

können. Indem sie zu einem Arbeitsverhalten gezwungen werden, dass ihren eigenen Grundsätzen zuwider läuft, geraten sie in einen Konflikt, der sich negativ auf ihre Arbeitsmotivation auswirkt. Indem sie diesen Konflikt in ihren Bekanntenkreis kommunizieren, tragen sie zu dem schlechten Image ihres Berufes bei.<sup>61</sup>

Eines der größten Probleme des Berufsfeldes der Altenpflege ist die starke seelische und körperliche Belastung. Diese geht damit einher, dass sich die Pflegekräfte nicht als Persönlichkeit wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen. Eine Altenpflegekraft äußert zu diesem Thema: *„Immer öfter stellt sich für mich die Frage nach meiner ureigenen Persönlichkeit als Pflegenden – mit allen meinen Gedanken, Gefühlen, Prägungen, Entwicklungsprozessen, Haltungen, Einstellungen, Bearbeitungs- und Reaktionsweisen.“*<sup>62</sup> Die Auswirkung dieses Problems zeigt sich darin, dass Altenpflegekräfte sehr häufig unter Nacken- und Rückenschmerzen leiden, die oftmals psychosomatischen Ursprungs sind. Die Ursache hierfür wird vor allem in der sozialen Belastung und der formalen Organisation des Arbeitsplatzes und daraus resultierender fehlender Arbeitszufriedenheit gesehen.<sup>63</sup>

Ein weiteres Problem des Berufs der Altenpflegekraft ist die Gefahr des Burnout. Dieses Phänomen betrifft sowohl die Kranken- als auch die Altenpflege. KÄPPLI sieht eine Ursache für den Burnout in den Bestrebungen beider Professionen, Berufsanfängern spontane Anteilnahme abzugewöhnen, *„weil sie glauben, Techniken der Empathie seien besser; weil sie meinen, Mitmenschlichkeit sei mit wirksamer Hilfeleistung und Wissenschaftlichkeit unvereinbar oder weil sie das Gefühl haben, Abgrenzung und Distanzierung schützen besser vor Burnout.“*<sup>64</sup> Wie sich im Zusammenhang mit der humanistischen Pflegetheorie zeigen wird, ist es gerade die engagierte und reflektierte Anteilnahme, die als Schutz vor Burnout betrachtet werden kann.

Gerade wegen der zu erwartenden Zunahme der Pflegeintensität zukünftiger Heimbewohner erscheint es notwendig, diesen Problemen mit einem erhöhten Maß an Fachlichkeit der Pflegekräfte und einer klaren Definition der Aufgaben der Altenpflege zu begegnen. Hierin liegt

---

<sup>61</sup> Noelle- Neumann, Elisabeth; Haumann, Wilhelm (2000); *„Altenpflege – Beruf oder Berufung. Bericht über eine repräsentative Befragung von Altenpflegeschülern/innen zur Attraktivität vom Pflegeberuf“*, S.37

<sup>62</sup> Bördgen, Nicole (2001), *„Edel, hilfreich und gut“*, S.31

<sup>63</sup> vgl.: Nolte, Klaus-Dieter (2002), *„Die Last mit der Belastung“*, S.24

<sup>64</sup> Käppli, Silvia Dr. Dr.(2000); *„Tradition und Entwicklung in der Pflegewissenschaft – Festvortrag zur Eröffnung des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e.V.“*, S.2

auch die Chance, eine gesellschaftliche Gleichstellung der beiden Professionen Altenpflege und Krankenpflege zu erreichen. Gelingen kann dies allerdings nur dann, wenn die Altenpflegekräfte an diesem Vorhaben engagiert mitarbeiten. Das heißt vor allem, dass die Organisation der Pflegeheime verändert werden muss. *„Die Pflegekräfte – zumindest die engagierten, motivierten, die es Gott sei Dank noch gibt – müssen deutlich sagen: „Um die Alten so zu pflegen, so zu versorgen, wie ich selbst auch gepflegt werden möchte, brauche ich andere Rahmenbedingungen.“<sup>65</sup>*

## **5 Beschreibung der humanistischen Pflegetheorie nach Peterson und Zderad**

Im folgenden Kapitel soll die Pflegetheorie der beiden Amerikanerinnen Josephine G. Paterson und Loretta T. Zderad beschrieben werden. Hierzu wird zunächst auf die beiden Autorinnen selbst eingegangen, gefolgt von der Darstellung der zentralen Fragestellung und des Ziels der Theorie. Danach wird erläutert, wie die Theorie den Begriff Pflege definiert und vorgestellt, welches Menschenbild sie vertritt. Die Beschreibung der Grundlagen schließt damit ab, dass die Aufgaben der Pflege, das Pflegeverständnis und die theoretischen Wurzeln der Theorie erläutert werden. Es folgen zwei Exkurse, die die wesentlichen philosophischen und psychologischen Wurzeln der Theorie näher beleuchten sollen. Die Beschreibung der Pflege-theorie schließt damit ab, dass das Werkzeug der phänomenologischen Beschreibung<sup>66</sup> näher erläutert wird.

### **5.1 Grundlagen der humanistischen Pflegetheorie**

Die Autorinnen der humanistischen Pflegetheorie sind beide examinierte Krankenschwestern und betreiben Pflegeforschung am Veterans Administration Hospital Northport, New York. Josephine Paterson machte nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester den Bachelor of Science und den Master of Public Health, ihren Doktor machte sie an der University School of Boston. Ihr Hauptinteresse gilt Public Health. Loretta Zderad ließ ihrer Pflegeausbildung

---

<sup>65</sup> Fussek, Claus (2004); *„Wer schweigt macht sich schuldig“*, S.170

<sup>66</sup> Meleis, Afaf Ibrahim (1999); *„Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“*, S. 554: *„Die Phänomenologie ist das Studium aller Aspekte eines Phänomens, in all seinem Reichtum, all seinen Dimensionen, in seiner Ganzheit – ohne die menschlichen Erfahrungen eines der Beteiligten abspalten zu wollen. [...] Der Schwerpunkt liegt auf dem Hier und Jetzt.“*

ebenfalls den Bachelor of Science folgen, absolvierte dann einen Master of Arts und promovierte an der Georgetown University. Ihr Hauptinteresse gilt der Psychiatriepflege.<sup>67</sup>

Die humanistische Pflegetheorie entwickelten die Autorinnen als Ergebnis der Unterrichtsarbeit eines Kurses am Veterans Administration Hospital, der von beiden auch konzipiert worden war. Neben den Erfahrungen aus dieser Lehrtätigkeit flossen Beobachtungen aus ihrer eigenen Berufspraxis in die Theorie ein. Motiviert zu der Aufstellung der Theorie wurden sie durch ihr Anliegen, die Pflege durch die Untersuchung und Vertiefung ihrer Bezüge zum menschlichen Kontext weiter zu entwickeln. Ihr Ziel ist *„zum Erkennen der Lebenswelt von Menschen beizutragen und die Situation sowie das Erleben von Menschen zu verstehen.“*<sup>68</sup>

Wie die meisten Pflegetheorien, die in der Zeit von 1950 bis 1980 entwickelt wurden, zeichnet sich auch die humanistische Pflegetheorie dadurch aus, dass sie normativ ein Ideal pflegerischen Handelns postuliert.<sup>69</sup> Sie stellt Richtlinien für die Pflegepraxis auf und wurde bisher nur am Veterans Administration Hospital umgesetzt. MELEIS sagt hierzu, dass diese Theorie zwar deduktiv, also ableitend, der Existenzphilosophie entspringe aber durch den phänomenologischen Ansatz induktiv, also vom Einzelfall auf das Allgemeine geschlossen, eine theoretische Konzeption von Pflege darstellt.<sup>70</sup>

Die humanistische Pflegetheorie besteht aus zwei Teilen: der direkten Pflegehandlung und auf diese folgend der phänomenologischen Beschreibung. Die zentralen Fragestellungen der Theorie lauten:

- *„Wie interagieren Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten?“* und
- *„Wie können Pflegekräfte die zur Durchführung von Pflege notwendige Wissensbasis erwerben?“*<sup>71</sup>

Das Ziel der Theorie ist es, das Individuum nicht verändern zu wollen, sondern Menschen und ihre Erfahrungen so zu verstehen, wie sie sind.<sup>72</sup> Ein weiteres Ziel ist es Wohlbefinden

---

<sup>67</sup> Meleis, Afaf Ibrahim (1999); *„Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“*, S. 554

<sup>68</sup> vgl.: Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); *„Humanistische Pflege“*, S.20 und S.153-159

<sup>69</sup> vgl.: Stemmer, Renate Prof. Dr. (2003); *„Theorieentwicklung in der Pflege – ein Rückblick“*, S.3

<sup>70</sup> vgl.: Meleis, Afaf Ibrahim (1999); *„Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“*, S.555

<sup>71</sup> Ebd., S.549

zu schaffen, indem Gesundheit in der Interaktion wieder hergestellt, erhalten und gefördert wird, soweit dies möglich ist. Die ersten beiden Ziele sollen durch die gemeinsame Erfahrung einer besonderen Form von Beziehung erreicht werden. Pflegekräfte können diese Form von Beziehung erreichen, indem sie, wie PATERSON und ZDERAD es ausdrücken, *„sich mit anderen Menschen durch wesentliche Erfahrungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Leiden hindurch[...]kämpfen, Erfahrungen, in denen die Beteiligten voll zugegen sind und sich entsprechend ihrem menschlichen Potential entfalten.“*<sup>73</sup> Die Schlüsselbegriffe hierzu lauten:

- Wohlbefinden und persönliches Wachstum,
- das menschliche Potential,
- intersubjektive Transaktion – oder zwischenmenschlicher Handlungsaustausch,
- Sein und Tun.

Generell wird Pflege in der humanistischen Pflegetheorie als eine besondere Art von Beziehung oder als Dialog definiert. Demnach befasst sich die Pflege *„... mit dem „Zwischen“, dem Bereich der Beziehung zwischen Pflegenden und dem Anderen, mit denen sie in Berührung kommen.“*<sup>74</sup> Pflege ist also eine Erfahrung, die zwischen Menschen während ihres zwischenmenschlichen Handlungsaustausches entsteht. Sie bietet den Beteiligten zum einen die Möglichkeit der Weiterentwicklung, bzw. des Wachstums, zum anderen die Möglichkeit der Handlung. Das Wachstum wird durch Unterstützung bei der Bewältigung der jeweiligen Lebenslage gefördert. Es besteht für die Beteiligten darin, Krankheiten oder Lebensphasen zu bewältigen, Erfahrungen zu machen, Unterstützung zu geben und diese zu empfangen.

Humanistische Pflege fragt nicht danach, wie sich somatische Krankheitssymptome durch pflegerische Maßnahmen beseitigen lassen, sondern danach, *„wie dieser bestimmte Mensch mit seiner besonderen Geschichte es erlebt, eine bestimmte Diagnose zugeschrieben zu erhalten, aufgenommen, entlassen zu werden und sein Leben fortzuführen in der ihm eigenen Verfassung, wie sie ihm aus seiner Lebenswelt heraus erscheint.“*<sup>75</sup> Damit legt die humanistische Pflege ihren Fokus darauf, zu verstehen wie der individuelle Patient seine Lebenssituation empfindet, um ihm Unterstützung bei der Bewältigung dieser Lebenssituation zu gewähren. *„...Pflege, als eine menschliche Regung, bedeutet die Anerkennung eines*

---

<sup>72</sup> Meleis, Afaf Ibrahim (1999); *„Pflege Theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“*, S.557

<sup>73</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); *„Humanistische Pflege“*, S.17

<sup>74</sup> Ebd.; S.79

<sup>75</sup> Ebd.; S.15

*menschlichen Wertes jenseits der eng gesetzten Grenzen von Gesundheit im Sinne von Freisein von Krankheit.*<sup>76</sup>

Die Pflegebeziehung wird beschrieben als eine verantwortungsvolle, ergründende, gegenseitige Beziehung. PATERSON und ZDERAD sagen über Pflege: *„Es ist Kunst und Wissenschaft; es hat sich zu verantworten.“*<sup>77</sup> Mit Verantwortung während der Pflegesituation ist hier, dem Wortursprung gemäß, die Verpflichtung zur Antwort gemeint.<sup>78</sup> Daneben besteht aber auch eine wissenschaftliche Verantwortung, die dazu verpflichtet, die Erlebnisse des Pflegeaktes nach dessen Ende auf der Basis eines existentiellen Gewährwerdens seiner Selbst und des anderen begrifflich zu formulieren. Das Werkzeug hierzu bietet die phänomenologische Beschreibung<sup>79</sup>.

*„Die humanistische Pflege befasst sich mit den persönlich geprägten Anschauungen, die als Wirklichkeit jenseits einer Beurteilung im Sinne von negativ-positiv oder gut-böse ernst genommen werden.“*<sup>80</sup> Diese Betrachtungsweise von Pflege steht im Gegensatz zu der momentan in der Ausbildung gelehrt. Zur Zeit werden pflegebedürftige Menschen als auf ihre Krankheiten reduzierte Objekte wahrgenommen, deren Probleme in einer logischen Beziehung zueinander stehen. PATERSON und ZDERAD sagen dazu weiter: *„Da [...] Pflege eine Sache von Menschen ist, schließt der „Stoff“ aus dem sie besteht alle möglichen Reaktionen des Menschen ein – des hilfebedürftigen und des helfenden Menschen – in der jeweiligen Situation.“*<sup>81</sup>

Das Menschenbild der humanistischen Pflegetheorie ist zum einen der humanistischen Psychologie entlehnt und zum anderen der Dialogphilosophie Martin Bubers. Sie betrachtet den Menschen als ein ganzheitliches Wesen, das mehr ist als die Summe seiner Teile. Außerdem wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch einzigartig ist. Die Einzigartigkeit des Individuums entsteht durch die besonderen Erfahrungen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Werte, die der Mensch im Laufe seines Lebens sammelt und an die er glaubt.

---

<sup>76</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); *„Humanistische Pflege“*; S.22

<sup>77</sup> Ebd.; S. 27

<sup>78</sup> Duden, Band 7; *„Das Herkunftswörterbuch“*; S.888

<sup>79</sup> siehe Kapitel 3.4

<sup>80</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); *„Humanistische Pflege“*; S. 15

<sup>81</sup> Ebd. S. 23

Ferner geht die Theorie davon aus, dass der Mensch einerseits nach Autonomie strebt und andererseits davon abhängig ist mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Der Mensch wird als Körper-Seele-Einheit definiert, die Beziehung zu anderen Menschen als Mensch-Welt-Einheit.<sup>82</sup> Je mehr der Mensch sich entwickelt und innerlich wächst, umso intensiver werden seine Kontakte zu anderen Menschen. PATERSON und ZDERAD äußern in diesem Zusammenhang: *„Je weniger wir vor uns selbst zu verbergen haben, desto offener und empfänglicher können wir anderen Menschen gegenüber sein. Unser Selbst bewusst zu sein, in Fühlung zu sein mit unserem eigenen Wesen, ja zu sagen zu uns selbst, unsere eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu verwirklichen, erlauben es uns, uns anderen mitzuteilen, so dass sie in der Beziehung zu uns zu sich selbst finden können.“*<sup>83</sup> Außerdem wird davon ausgegangen, dass der Mensch ein natürliches Bestreben hat sich selbst zu verwirklichen und seinem Leben Sinn zu verleihen. Dies erreicht er zum einen durch den erwähnten Kontakt mit anderen Menschen und zum anderen, indem er seinem Leben eine Zielrichtung verleiht.

Die Aufgabe der Pflege besteht generell darin, die Pflegesituation und den Patienten mit einer besonderen Art von Bewusstheit wahrzunehmen. Diese Art von Bewusstheit lässt die Pflegesituation zu einer existenziellen Erfahrung<sup>84</sup> werden. Diese setzt sich aus mehreren Grundhaltungen zusammen. Zunächst einmal muss die Einmaligkeit und Andersartigkeit des Menschen anerkannt werden. Hierzu muss die Pflegekraft akzeptieren, dass die Einzigartigkeit des Menschen bedingt, dass nur er allein die Gestaltung seiner Lebensaufgabe und die Entfaltung seiner Person wählen und beschreiben kann. Außerdem gilt es zu erkennen, dass es gerade die Einzigartigkeit ist, die allen Menschen gemein ist.

Eine weitere Voraussetzung für das Erleben existenzieller Erfahrungen ist es, in Einklang mit sich selbst zu sein. Diese Form des In-Fühlung sein mit sich selbst ist mehr als intellektuelle Bewusstheit. Gemeint ist eine Bewusstheit, die das gesamte Wesen der Pflegekraft umfasst. Es geht darum, Situationen und andere Menschen mit allen Sinnen zu erfassen, also mit den Gefühlen, dem Gehör, dem Geruchsinn, dem Geschmacksinn, dem Tastsinn, dem Nachspüren von Bewegungen und allen innerorganischen Körperreaktionen. All diese Reaktionen sind als Botschaften des Bewusstseins zu verstehen, die es ermöglichen unsere Wesensart,

---

<sup>82</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); „Humanistische Pflege“, S.14

<sup>83</sup> Ebd.; S.13

<sup>84</sup> Ebd., S.12: *„Eine existentielle – den Bezug des Individuums zu sich und seiner Welt mit einbeziehende – Erfahrung setzt voraus, dass sich der Mensch seiner selbst und seiner Verschiedenheit von anderen bewusst sei.“*

unser Dasein und den Grad unserer Präsenz anderen gegenüber zu erkennen. In Einklang mit sich selbst zu sein ist „*wohlbedachte, verantwortungsbewusste Entscheidungen über das eigene Tun auf dem Hintergrund erworbener Kenntnisse und der Ideale, denen die Pflege verpflichtet ist.*“<sup>85</sup>

Eine weitere notwendige Grundhaltung ist es, Entwicklung zu fördern und Entscheidungen zuzulassen und selbst zu treffen. Dies bezieht sich sowohl auf die Pflegekraft selbst als auch auf ihr gegenüber, den Patienten. Diese Haltung kann nur eingenommen werden, wenn sich die Pflegekraft menschlicher Reaktionen bewusst ist und dabei auch bedenkt, welchen Umfang und welche Tiefe Reaktionsmöglichkeiten haben können. Außerdem muss die Pflegekraft versuchen allen Appellen und Entgegnungen gerecht zu werden, die sie empfängt. Allerdings ist die Einnahme dieser Haltung ein lebenslanger Prozess. Eklatant ist in diesem Zusammenhang, dass die Pflegekraft sich verantwortungsbewusst für Handlungen entscheidet, anstatt sich nur defensiv zu verhalten. Hierzu gehört eine verantwortungsvolle Selbststeuerung, die aus einem disziplinierten Sein hervorgeht. Denn nur so kann die Basisentscheidung getroffen werden, dem anderen existenziell und wirklich gegenwärtig zu sein. Schlussendlich ist es unumgänglich, dass die Pflegekraft davon überzeugt ist, dass es von Wert ist und direkte Wirkung in der jeweiligen Situation zeigt, wenn sie ihrem Patienten mit existenzieller Bewusstheit begegnet.

Die existenzielle Erfahrung soll die Pflegekraft anschließend überdenken und phänomenologisch beschreiben, mitsamt aller empfangenen Appelle, ihren Entgegnungen darauf und den Einsichten, die sich daraus für sie ergeben. Außerdem wird das >>Mitsein<< mit dem Patienten als wesentliche Handlung professioneller Pflege betrachtet. Dies erreicht eine Pflegekraft, indem sie Anteil daran nimmt wie der Patient seine Wirklichkeit wahrnimmt. Dadurch fördert sie das latente Vermögen des Patienten verantwortungsvoll für sich selbst Entscheidungen zu treffen. Durch das >>Mitsein<< bietet sich der Pflegekraft die Möglichkeit, sich selbst als ein in ihrer eigenen, individuellen, einseitig durch die eigene Brille gesehene Wirklichkeit bestehendes Einzelwesen wahrzunehmen. Des Weiteren stellt „*die humanistische Pflege [...] die Pflegekraft vor die Aufgabe, der Komplexität der menschlichen Bezüge innerhalb der Pflegewelt innezuwerden: entsprechend der menschlichen Wesensart, seiner menschlichen Situation als suchendes, Möglichkeiten erprobendes und sich entfaltendes Wesen.*“<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); „*Humanistische Pflege*“, S.98

<sup>86</sup> Ebd.; S.14

Als eine weitere Aufgabe obliegt es der Pflege, darauf zu achten, dass der Patient „*von seiner eigenen Entscheidungsfreiheit innerhalb der durch Sicherheit und Vernunft gebotenen Grenzen Gebrauch [...] machen*“<sup>87</sup> kann. Hierzu schätzt sie stetig die Fähigkeiten und Bedürfnisse ihres Patienten ein, damit sie ihn dazu ermuntern kann, soviel wie möglich an seinem Pflegeprogramm mitzuwirken. Im Anschluss an die Pflegesituation stellt sich der humanistischen Pflegekraft nicht die Frage: „*Was taten sie in dieser Situation mit dem Patienten?*“ sondern: „*Was geschah zwischen ihnen?*“<sup>88</sup>.

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für Pflege im humanistischen Sinne ist, dass sich Pflegekräfte ihrer selbst bewusst sind und ihre eigenen Vorstellungen und Auffassungen kennen. Die Autorinnen bezeichnen dies als Authentizität, als in Übereinstimmung mit sich selbst sein. Außerdem sollen Pflegekräfte die Ansichten und Sichtweisen anderer, also der Patienten und Kollegen, vorurteilsfrei begegnen können. Je weiter sich die Pflegekraft ihrer selbst bewusst ist und mit sich übereinstimmt, desto weiter kann sie sich dem anderen öffnen und gegenwärtig sein. Das In-Fühlung-Sein mit sich selbst befähigt dazu, sich in den anderen hineinzusetzen – empathisch zu sein.

Wesentlich hierbei ist es, dass die Pflegekraft Verantwortung für ihre eigene Verfassung übernimmt, ihre eigenen Reaktionen kennt und um den Sinn ihrer Reaktionen weiß. Sie muss sich bewusst sein, dass jeder Akt der Pflege eine Manifestation der Lebensfähigkeit und der Lebenslage der miteinander agierenden Wesen ist. „*In Wirklichkeit ist die Pflegehandlung selbst ein verhaltensmäßiger Ausdruck [der] inneren Befindlichkeit [der Pflegekraft], zum Beispiel des Besorgtseins, der Müdigkeit, des Gehetztseins, der Zuversicht, der Hoffnungslosigkeit.*“<sup>89</sup>

Allerdings räumen die Autorinnen ein, dass die Fähigkeiten anderen existenziell zu begegnen, zu wachsen und die existenzielle Bewusstwerdung ein lebenslanger Prozess ist. Diesen Prozess einzugehen, muss jede Pflegekraft für sich frei wählen. Dennoch verlangt die humanistische Pflege eine engagierte Gegenwart von Pflegekräften gegenüber ihren Patienten. Hierunter wird eine aktive, das ganze Wesen umfassende Präsenz verstanden, die sowohl persönlicher als auch professioneller Art ist. „*Sie ist persönlich – ein unmittelbares Handeln*

---

<sup>87</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); „*Humanistische Pflege*“, S. 31

<sup>88</sup> Ebd.; S.26

<sup>89</sup> Ebd.; S.25

*dieser einmaligen und einzigartigen, individuellen Pflegekraft. Sie ist eine menschliche Zuwendung, die aus freien Stücken erfolgt; sie kann nicht angeordnet oder programmiert werden. Das Engagement ist professionell: zielgerichtet.*<sup>90</sup>

Eine humanistische Pflegekraft sollte weiterhin bemüht sein, dem Patienten auf so authentische Art und Weise zu begegnen, dass ihr „Sein“ einem „Tun“ gleichkommt. Dies bedeutet, dass sie dem Patienten ihre volle Aufmerksamkeit zukommen lässt und die gemeinsame Situation des >>hier und jetzt<< mit vollem Bewusstsein erlebt. Dazu gehört es, dass sie sich ihrem Gegenüber öffnet, damit sie empfänglich für die Person und das in der Pflegesituation entstehende „Zwischen“ ist.

Wie Eingangs erwähnt, greifen die Autorinnen zur Bestimmung der Pflegehandlung auf Theoreme aus der Philosophie und der Psychologie zurück. Philosophisch fußen sie maßgeblich auf den jüdischen Religionsphilosophen Martin Buber, psychologisch auf die klientenzentrierte Gesprächstherapie des humanistischen Psychologen Carl Rogers. Beide Theoreme werden im Anschluss im Rahmen von Exkursen näher beleuchtet. Die Methode der phänomenologischen Beschreibung geht auf Edmund Husserl zurück. Er wird der Denkschule der Phänomenologie<sup>91</sup> zugeordnet.

Der Philosoph Martin Buber ist ein Denker der Existenzphilosophie<sup>92</sup>. Neben ihm beziehen sich die Autorinnen auch auf andere Existenzphilosophen, nämlich auf Teilhard de Chardin, Gabriel Marcel und Friedrich Nietzsche, der wiederum dem Nihilismus<sup>93</sup> zugeordnet wird. Gabriel Marcel ist als Bubers christliches Gegenstück zu sehen. Selbst geborener Jude,

---

<sup>90</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); „Humanistische Pflege“, S.27

<sup>91</sup> Delius/Gatzemeier/Sertcan/Wünscher (2000), „Geschichte der Philosophie von der Antike bis Heute“, S.115: *„Erscheinungslehre. [Sie] fragt nach den Bewusstseinsinhalten, d.h. wie sich die Gegenstände darbieten. [...] Für Husserl ist die Phänomenologie ein Methodenbegriff mit Forschungsmaxime.*

<sup>92</sup> Meleis, Afaf Ibrahim (1999); „Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“, S. 554: *Die Existenzphilosophie betrachte den Menschen als einmaliges Wesen und die Summe aller Unternehmungen. „Er [der Existenzialismus] will nicht das >>Warum<< der menschlichen Existenz herausfinden, sondern beschreibt lediglich das, was >>ist<<. [...] Er hält die menschliche Existenz für unerklärbar und betont die Wahlfreiheit und die Verantwortung für die eigenen Handlungen. [...] Die Existenzphilosophie geht davon aus, daß der Mensch zwar existiert, jedoch kein festgelegtes Wesen hat und immer im Werden ist.“*

<sup>93</sup> Delius, Christoph; Gatzemeier, Matthias; Sertcan, Deniz; Wünscher, Kathleen (2000); „Geschichte der Philosophie von der Antike bis Heute“, S.115: *„Standpunkt der Verneinung. [...] Nietzsche versteht den Nihilismus als Zustand der Sinnlosigkeit, als Entwertung der obersten Werte.“* Er wird dem Nihilismus zugeordnet, weil er das Erreichen seiner Ideale für die Gesellschaft seiner Zeit als unmöglich betrachtete.

konvertierte er zum Katholizismus. Seine Philosophie der Leibgebundenheit des Bewusstseins stellt ebenso wie Bubers Philosophie den Dialog in den Mittelpunkt der Betrachtung.<sup>94</sup>

Teilard de Chardin und Friedrich Nietzsche fließen in Form ihrer Sicht auf den Menschen in die Theorie ein. Beide sehen den Menschen *„als ein Wesen, dessen Natur nicht festgelegt ist und dessen wichtigstes Vorhaben die Gestaltung des eigenen Lebens ist.“*<sup>95</sup> Außerdem entleihen die Autorinnen Nietzsches Theorie des Übermenschen den Gedanken über das Wesen der Gemeinschaft. Hiernach ist der Zweck der Gemeinschaft der Unterhalt ihrer Eliten und das Kriterium für die Zugehörigkeit zur Elite die inneren Werte, die den Willen zum Leben bekunden. Um diese inneren Werte vollends zu entfalten ist es nach Nietzsche notwendig, sich seiner Tiernatur als der Quelle von >>gut<< und >>böse<< bewusst zu werden. Die Autorinnen machen deutlich, dass die Worte Übermensch und Elite gleichzusetzen seien. Zu diesem gedanklichen Theorem positionieren sie sich folgendermaßen: *„Spontan betrachte ich unsere Gemeinschaft [die der Pflege] als egalitär, Teil einer größeren egalitären Gesellschaft.“*<sup>96</sup>

Laut MELEIS passen Existentialismus und Phänomenologie gut zusammen, weil sie die Weiterentwicklung der Pflegedomäne fördern. Hierfür gibt sie drei Gründe an:

- *„Der Mensch wird in seiner Ganzheit, die Erfahrung als Ganzes und pflegerelevantes Wissen als die Summe verschiedener Sichtweisen aus unterschiedlichen Disziplinen betrachtet.“*
- *„Existenzphilosophisch orientierte Pflege fördert das Verstehen der Umgebung des eigenen Selbst.“*
- *„Existenzphilosophisch orientierte Pflege kann die Grundlage für die Akzeptanz eines ungesunden und ineffektiven Status quo sein.“*<sup>97</sup>

## **5.2 Exkurs: die Dialogphilosophie von Martin Buber**

Der Philosoph Martin Buber (\*1878, †1965) entstammt einer jüdischen Familie von Großgrundbesitzern aus Österreich und Galizien. Seine Eltern trennten sich, als er noch ein klei-

---

<sup>94</sup> Weltchronik; <http://www.weltchronik.de/bio/cethegus/m/marcel.html>; Stand 4.11.2004

<sup>95</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); *„Humanistische Pflege“*, S.74

<sup>96</sup> Ebd., S. 82

<sup>97</sup> Meleis, Afaf Ibrahim (1999); *„Pflege Theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“*, S. 554-555

ner Junge war und so wuchs er bis zu seinem vierzehnten Lebensjahr bei seinen Großeltern auf. Der Großvater war ein angesehener Gelehrter auf dem Gebiet jüdischer Tradition und Literatur mit sehr guten Hebräischkenntnissen. BUBER sagt selbst: „*Der Großvater war ein wahrhaftiger Philologe, ein >>das Wort Liebender<<, aber die Liebe der Großmutter zum echten Wort wirkte noch stärker auf mich als die seine: weil diese Liebe so unmittelbar und so fromm war.*“<sup>98</sup> Der Großvater machte ihn mit dem Chassidismus<sup>99</sup> vertraut, mit welchem er sich später sehr intensiv auseinandersetzte. Die Sprache spielte in Bubers Leben seit seiner frühen Kindheit eine große Rolle, so wuchs er fünfsprachig<sup>100</sup> auf und studierte ebenfalls Philologie. Außerdem studierte er Philosophie, Kunstgeschichte und Germanistik in Wien, Leipzig, Berlin und Zürich. Anschließend promovierte er in Philosophie und schrieb seine Habilitation in Kunstgeschichte.

Martin Buber war für mehrere Zeitungen redaktionell tätig und lehrte als Professor in Frankfurt a.M. und an der hebräischen Universität von Jerusalem. Die Universität von Heidelberg und die Sorbonne in Paris verliehen ihm die Ehrendoktorwürde. Außerdem erhielt er 1953 den Friedenspreis des deutschen Buchhandels. Neben dem „Dialogischen Prinzip“ und den dazugehörigen Schriften veröffentlichte er unter anderem die „chassidischen Bücher“ und die „Verdeutschung der Schrift“, einer Bibelübersetzung des alten Testaments aus dem Hebräischen. Außerdem setzte Buber sich sehr für den Zionismus<sup>101</sup> und die Verständigung der

---

<sup>98</sup> Buber, Martin (1978); „*Begegnung – Autobiographische Fragmente*“, S. 14

<sup>99</sup> vgl.: Martin-Buber-Gesellschaft; <http://www.buber.de/de/ueberblick.html>; Stand 3.11.2004: Der Chassidismus ist eine „*religiöse Bewegung innerhalb des Judentums*“ die gegen 1750 in der Ukraine und in Polen entstand. Ihr Begründer war der Baal Schem Tow. Der Chassidismus ist eine von tiefem religiösen Gefühl und von Gottessehnsucht getragene Bewegung der Massen. „*Ausgehend von der Gewissheit, dass das Göttliche allen Dingen innewohnt, neutralisiert sie gewissermaßen das messianisch-apokalyptische Element und rückt die Begegnung mit Gott in der Verrichtung alltäglicher Dinge in den Vordergrund.*“

<sup>100</sup> Vgl.: Ebd.: Martin Buber sprach fließend Deutsch, Hebräisch, Jiddisch, Französisch und Polnisch

<sup>101</sup> vgl.: F.A. Brockhaus GmbH (1995); „*Band 20, Wel-Zz*“; S.279: Der Zionismus bezeichnet die Bewegung des Judentums zur Rückkehr aller Juden in das Land Israel mit dem religiösen Mittelpunkt Zion, d.h. Jerusalem. Er ist eine während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert entstandene jüdische Nationalbewegung, die sich für einen eigenen jüdischen Staat einsetzt. Der Zionismus sieht sich selbst als die moderne Form des Jahrtausende alten Traums der Juden von Freiheit und einem eigenen Staat im Land Israel. Diese Idee gibt es in der jüdischen Gemeinschaft schon, seit das römische Reich das Land Judäa vor 2000 Jahren zerstörte. Der Zionismus spaltet sich nach seinen Vertretern in einen religiösen, einen praktischen, einen kulturellen und einen politischen Zionismus auf, wobei der synthetische Zionismus den praktischen mit dem religiösen und dem kulturellen vereint. Martin Buber verlieh dem religiösen Zionismus zwischen den beiden Weltkriegen eine eigene Prägung.

Israelis mit den Arabern ein, unter anderem durch die Stiftung von Stipendien für arabische Studenten.

QUITTMANN sagt über Buber: *„Er war stets ein Philosoph, der, eingebunden in konkrete gesellschaftliche Prozesse, seine Philosophie entlang seiner persönlichen Erfahrung entwickelte. So war er in der schweren Zeit zwischen 1933 und seiner Emigration 1938 eine sehr wichtige Persönlichkeit im Hinblick auf das Selbstverständnis des damals noch bestehenden Volksteils der Juden in Deutschland.“*<sup>102</sup>

Buber geht in seinem dialogischen Prinzip davon aus, dass der Mensch zwei Haltungen gegenüber seiner Umwelt einnehmen kann. Er bezeichnet diese Haltungen als Grundworte oder Grundwortpaare, Ich-Du und Ich-Es. Wenn der Mensch Ich denkt oder sagt, schwingt nach Buber immer eines der Grundworte Du bzw. Es mit. Da die Haltung des Menschen davon abhängt, welches Grundwort er zu seiner Umwelt spricht, ist *„auch das Ich des Menschen zwiefältig“*.<sup>103</sup> Ein nach Buber gesunder Mensch befindet sich im stetigen Wechsel zwischen beiden Haltungen. Er bezeichnet dies als den Wechsel zwischen Aktualität und Latenz, oder auch als Phase der Realisierung und Phase der Objektivierung. So muss aus jedem Du zwangsläufig ein Es werden. *„Die Welt als Erfahrung gehört dem Grundwort Ich-Es zu. Das Grundwort Ich-Du stiftet die Welt der Beziehung.“*<sup>104</sup>

Das Grundwort Ich-Es spricht der Mensch nach innen, also in sich hinein. Diese innere Welt bezeichnet Buber als die Es-Welt, die aus den im Leben gemachten Erfahrungen besteht. Menschliche Fähigkeiten, wie das Denken, Empfinden, Erfahren, Vorstellen oder Wollen, gehören in die Es-Welt. Die Es-Welt dient dazu Eindrücke zu verarbeiten, zu erforschen und zu verstehen, wobei Es auch durch Er oder Sie oder einen Namen ersetzt werden kann. Da es sich bei dem Grundwort Ich-Es um innere Prozesse des Nachvollziehens handelt, sagt BUBER: *„Das Ich des Grundwortes Ich-Es, das Ich also, dem nicht ein Du gegenüber leibt, sondern das von einer Vielheit von Inhalten umstanden ist, hat nur Vergangenheit, keine Gegenwart“*<sup>105</sup>.

---

<sup>102</sup> Quittmann, Helmut (1996); *„Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung“*, S.70

<sup>103</sup> Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip“*, S.7

<sup>104</sup> Ebd., S.10

<sup>105</sup> Ebd., S.16

Ein Du zu einem Es zu objektivieren bedeutet auch immer das Du zu reduzieren. Während in der Ich-Du-Beziehung eine Berührung mit der gesamten Komplexität des Gegenübers stattfindet, wird es in der Es-Werdung auf einige Fähigkeiten, Merkmale oder Äußerungen reduziert. Buber bezeichnet das Pendeln zwischen Begegnung und Objektivierung als Werk, dass durch den Beziehungsakt inspiriert wird und sich durch die Es-Werdung vergegenständlicht. Da dialogische Begegnung aber immer zeitlich begrenzt ist; muss jedes Du zum Es, zum Gegenstand werden. *„Am Werk bedeutet Verwirklichung im einen Entwirklichung im anderen Sinne.“*<sup>106</sup> Unterhalten sich zwei Menschen, ist es durchaus möglich, dass sie innerhalb ihrer Begegnung zwischen dem Ich-Du-Verhältnis und der Es-Welt hin und her pendeln. Kennzeichnend für das Ich-Du-Verhältnis ist hierbei, dass das Gespräch weder in dem Gesagten noch in den Entgegnungen vorhersehbar ist.

Spricht der Mensch Ich-Du zu einem anderen Wesen, tritt er in Beziehung mit ihm. Es entsteht eine geisthafte Verbundenheit zwischen ihm und dem anderen, die Buber als das Zwischen bezeichnet. *„Es wurzelt darin, dass ein Wesen ein anderes als anderes, als dieses bestimmte Wesen meint, um mit ihm in einer beiden gemeinsamen, aber über die Eigenbereiche beider hinausgreifenden Sphäre zu kommunizieren. Diese Sphäre, mit der Existenz des Menschen als Menschen gesetzt, aber begrifflich noch unerfasst, nenne ich die Sphäre des Zwischen.“*<sup>107</sup> Wichtig hierbei ist, dass Sprache nur eines der Werkzeuge ist, die dem Menschen zur Verfügung stehen, um mit anderen Lebewesen in Beziehung zu treten. Eine dialogische Begegnung kann ebenso durch Blickkontakt, körperliche Berührung oder schlichtes Nebeneinandersein entstehen.

Menschliche Entwicklung ist nur dann möglich, wenn der Mensch das „Wagnis“ und das „Opfer“ eingeht, mit anderen in Beziehung zu treten. Als Wagnis erscheint es Buber, weil das Zwischen nur entsteht, wenn mit dem ganzen Wesen Du gesprochen wird, man sich also ganz öffnet. Als Opfer sieht er es, weil die Wahrnehmung der Umwelt auf das Gegenüber reduziert werden muss. Ein neugeborenes Kind hat weder eine Vorstellung von seinem Ich noch von den ihn umgebenden Du's. Allerdings hat es durch seine Erfahrungen im Mutterleib ein triebhaftes Bedürfnis mit seiner Umwelt in Du-Beziehungen zu treten. Hierdurch erfährt es seine Abgegrenztheit von der Umwelt und erkennt sich dadurch selbst. Erst wenn dieser Prozess des Ich-Erkennens vollzogen ist, kann das Kind seine Es-Welt entwickeln. Somit ist die Ich-Du-Beziehung die Voraussetzung dafür, dass sich der Mensch mit seiner

---

<sup>106</sup> Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip“*, S.21

<sup>107</sup> Buber, Martin (2000); *„Das Problem des Menschen“*; S.165

inneren Es-Welt entwickeln kann. *„Die Einsammlung und Verschmelzung zum ganzen Wesen kann nie durch mich, kann nie ohne mich geschehen. Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du.“*<sup>108</sup>

Treten zwei Menschen miteinander in die Ich-Du-Beziehung, berühren sie sich gegenseitig und wirken verändernd aufeinander ein. *„Beziehung ist Gegenseitigkeit. Mein Du wirkt an mir, wie ich an ihm wirke. Unsre Schüler bilden uns, unsre Werke bauen uns auf. [...] Wie werden wir von Kinder, wie von Tieren erzogen! Unerforschlich einbegriffen leben wir in der strömenden All-Gegenseitigkeit“*<sup>109</sup> Wenn ein Mensch das Grundwort Ich-Du zu einem anderen Menschen spricht, schließt das die Bejahung des angesprochenen Wesens ein. Diese rückhaltlose Akzeptanz des Anderen verlangt aber nicht unbedingt die Billigung des anderen. Nach Buber können auch Feinde in einer Ich-Du-Beziehung miteinander sein. Wichtig ist ihm vor allem, dass dialogische Begegnung jedem möglich ist. Er selbst sagt über das Dialogische: *“ [Es] ist kein Vorrecht der Geistigkeit wie das Dialektische. Es fängt nicht im oberen Stockwerk der Menschheit an, es fängt nicht höher an als wo sie anfängt. Begabte und Unbegabte gibt es hier nicht, nur Sichhergebende und Sichvorenthaltende. Und wer sich morgen hergibt, dem ists heute nicht anzumerken, auch er selber weiß noch nicht, daß ers in sich hat, daß wirs in uns haben, er wird's eben finden, >>und wenn er findet, wird er stauen<<.“*<sup>110</sup>

Beziehungen sind in drei Sphären möglich. Die erste ist das dialogische Leben mit der Natur, die zweite das Leben mit den Menschen und die dritte das dialogische Leben mit dem ewigen Du – mit Gott. Die dialogische Begegnung mit der Natur haftet an der Schwelle der Sprache, weil der Mensch die Sprache zum Dialog mit ihr gebraucht. Die Beziehung mit den Menschen ist sprachgestaltig, die Sprache vollendet sich in Rede und Gegenrede. Der Dialog mit dem ewigen Du ist sprachlos, aber spracherzeugend. *„In jeder Sphäre, in jedem Beziehungsakt, durch jedes uns gegenwärtige Werdende blicken wir an den Saum des ewigen Du hin, aus jedem vernehmen wir ein Wehen von ihm, in jedem Du reden wir das ewige an, in jeder Sphäre nach ihrer Weise.“*<sup>111</sup> Das ewige Du ist das einzige Du, dass niemals zu einem Es werden kann. Wird Gott objektiviert, ist kein Dialog mehr mit ihm möglich. Gemäß dem Chassidismus glaubt Buber, dass Gott und somit auch der Dialog mit ihm, in jedem Le-

---

<sup>108</sup> Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip“*, S.15

<sup>109</sup> Ebd., S.19-20

<sup>110</sup> Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip - Zwiesprache“*, S.190

<sup>111</sup> Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip“*, S.103

bensakt und in jeder Begegnung zu finden ist. Sich für die Gottnähe in sich selbst zu versenken, betrachtet er dagegen eher als hinderlich, weil dann nur ein inneres Gespräch mit der eigenen Es-Welt entstehen kann.

Zielgerichtete Beziehungen, wie die Pflegesituation oder die Beziehung zwischen Lehrer und Schüler, sind eine besondere Art von Ich-Du-Beziehung. Bei dieser Art von Beziehung ist es nicht möglich, dass sich die volle Gegenseitigkeit zwischen den Akteuren entfaltet. Zwar muss der professionelle Part dieser Beziehung den anderen in seiner Ganzheit wahrnehmen, aber da sein einwirken auf ihn zielgerichtet ist, muss es dem Anspruch gerecht werden, sinnvoll zu sein. *„Jedes Ich-Du-Verhältnis innerhalb einer Beziehung, die sich als ein zielhaftes Wirken des einen Teils auf den anderen spezifiziert, besteht kraft einer Mutualität [Gegenseitigkeit], der es auferlegt ist, keine volle zu werden.“*<sup>112</sup> Bezogen auf die Pflegesituation muss sich die Pflegekraft im Anschluss an die Begegnung mit dem Patienten nicht nur fragen, was hat der Dialog mit mir gemacht, sondern vor allem, was hat er mit meinem Patienten gemacht. Hierfür benötigt sie Empathie. Die Pflegekraft hat insofern eine Verantwortung gegenüber ihrem Patienten, indem sie zur Antwort und zur Reflexion verpflichtet ist. *„Echte Verantwortung gibt es nur, wo es wirkliches Antworten gibt. Antworten worauf? Auf das, was einem widerfährt, was man zu sehen, zu hören, zu spüren bekommt.“*<sup>113</sup>

Martin Buber sieht die Möglichkeit, das dialogische Prinzip auch im Rahmen der Personalführung umzusetzen. Er bezeichnet dies, als die Dialogisierung des Betriebes. Hierzu empfiehlt er Führungskräften, ihre Mitarbeiter nicht als organische Bediener zu sehen, sondern als gesichthabende, namenhabende, biographiehabende Personen. Gemeinsam ist allen Mitarbeitern des Betriebes, dass sie alle an dem gleichen Werk – der Kernleistung des Betriebes – arbeiten. Ihre Mitarbeiter sollte die Führungskraft nun im obigen Sinne mit einer latenten disziplinierten Phantasie inne haben, nicht als Nummer mit menschlicher Maske, sondern als echte Personen.<sup>114</sup> Im direkten Kontakt mit Mitarbeitern kann dann eine Begegnung von Person zu Person, also eine Ich-Du-Beziehung entstehen. Die Dialogisierung des Betriebes soll keine Absage an Rationalisierung oder Wirtschaftlichkeit sein, sie soll dazu beitragen, dass Mitarbeiter sich auch bei der Arbeit als Mensch wahrgenommen fühlen. In diesem Sinne ruft BUBER den Leitern, Technikern und Unternehmern zu: *„Rationalisiert immerzu, aber humanisiert in euch die rationalisierende Ration, dass sie in ihre Zwecksetzun-*

---

<sup>112</sup> Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip“*, S.133

<sup>113</sup> Ebd., S.161

<sup>114</sup> Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip - Zwiesprache“*, S.195

*gen, in ihre Berechnungen den lebenden Menschen einbeziehe, den es danach verlangt, in der Gegenseitigkeit zur Welt zu stehen!*<sup>115</sup>

Die humanistische Pflegetheorie fächert Bubers Philosophie nicht eindeutig auf, sondern bedient sich ihrer eher indirekt. Direkte Zitate Bubers finden sich vor allem im Zusammenhang mit der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient. So sehen die Autorinnen zum Beispiel die Pflegekraft während der Pflegesituation in einem Spannungsverhältnis zwischen der Ich-Es- und der Ich-Du-Form menschlicher Beziehungen.<sup>116</sup> Damit ist die intersubjektive Transaktion, bzw. die existentielle Erfahrung, als Ich-Du-Beziehung identifizierbar. Ebenso ist die Forderung, dass Pflegekräfte die Einmaligkeit und Andersartigkeit der Menschen wahrnehmen sollen, ein wesentlicher Bestandteil der buberschen Philosophie. Auch im Zusammenhang mit dem inneren Wachstums beruft sich die Theorie auf die Dialogphilosophie Bubers. Die Forderung der Theorie, die Pflegesituationen phänomenologisch zu beschreiben, ist als eine kontrollierte Form der Transformation des Du zu einem Es zu betrachten.

-

### **5.3 Exkurs: die klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Carl Rogers**

Carl Rogers (\*1902; †1987) war ein amerikanischer Psychologe, der neben der klientenzentrierten Gesprächstherapie eine Theorie des Selbst entwickelte und wesentlichen Beitrag daran hatte, dass die Psychotherapie sich der empirischen Forschung öffnete. Beeinflusst wurde er von der Theorie der Selbstverwirklichung, dem Behaviorismus und durch die Willenstherapie nach Rank.

Rogers entstammte einem protestantischen Elternhaus aus Oak Park im Staat Illinois, dessen Ethik ihn stark prägte. Da die Familie von Landwirtschaft lebte, schrieb sie der ehrlichen schweren Arbeit einen hohen Stellenwert zu. Außerdem wurden Vergnügungen wie Tanzen, Theater oder der Genuss von Alkohol strikt abgelehnt. Der Familientradition folgend entschied Rogers sich zunächst für ein Studium der Agrarwissenschaft, wechselte sein Hauptfach aber bald zu Geschichte. Später trat er einem theologischen Seminar in New York bei, arbeitete als Seelsorger und belegte Kurse in klinischer Psychologie. Im Rahmen eines Seminars indem die Teilnehmer selbständig Fragestellungen erarbeiteten, kam er zu dem Schluss, dass die religiösen Dogmen eine Behinderung der Gedankenfreiheit darstellten. Auf das Seminar folgend, brach er mit den christlichen Gedankenvorstellungen und studierte am

---

<sup>115</sup> Buber, Martin (2002); „Das dialogische Prinzip - Zwiesprache“, S. 193

<sup>116</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); „Humanistische Pflege“, S.64

Teachers Collage der Columbia Universität Erziehungspsychologie. Rogers arbeitete als Psychologe der entwicklungspsychologischen Abteilung der Gesellschaft zur Verhinderung von Grausamkeiten an Kindern und hatte mehrere Professuren für Psychologie inne. 1965 gründete er mit Kollegen ein neues psychologisches Institut das einen humanistischen Hintergrund haben sollte und statt individueller Therapie intensive Gruppenarbeit in so genannten Begegnungsgruppen durchführte. Im Gegensatz zur klassischen Psychiatrie betrachtete er seine Klienten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr als unnormal oder gestört, sondern als normale sich entwickelnde Individuen.

Die Philosophie begegnete Rogers erst recht spät in seinem Leben, dann vor allem in Form des Existenzialismus und der Phänomenologie. Verwandt fühlte er sich besonders dem Denken Sören Kirkegaards und der Philosophie Martin Bubers. Er selbst sagte aber: *"Ich bin kein Jünger der Existenzphilosophie, ich machte erst dann die Bekanntschaft mit den Werken Soeren KIERKEGAARDS und Martin BUBERS, als einige Theologiestudenten der Universität von Chicago [...] mich dazu drängten".*<sup>117</sup> Gerade in dem Denken Kirkegaards stieß er auf Ansichten, die mit seinen eigenen übereinstimmten, von ihm selbst aber noch unformuliert waren. So stimmte Rogers mit Kirkegaard überein, dass Wahl und Entscheidung im Leben des Menschen eine existentielle Bedeutung haben. Andererseits ging er vor allem im Zusammenhang mit den Schlüsselbegriffen Kongruenz, Empathie und Wertschätzung mit Bubers dialogischen Prinzip der Begegnung einher. Auch Rogers sah die Begegnung als Ausdruck einer Beziehung zwischen Menschen an, bei der sie sich entscheidungsfreudig, risikobereit und handelnd dem täglichen Leben stellen und dabei die Verantwortung für sich selbst übernehmen müssen.<sup>118</sup>

Rogers Ziel war es, mit seiner klientenzentrierten Gesprächstherapie eine helfende Beziehung herzustellen. Diese besondere Beziehung zwischen Therapeut und Klient soll dazu dienen, dass der Klient das Selbst werden kann, das er ist. Er sagt hierzu: *„Wenn ich eine gewisse Art von Beziehung herstellen kann, dann wird der andere die Fähigkeit in sich selbst entdecken, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen und Veränderung und persönliche Entwicklung finden statt.“*<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Quittmann, Helmut (1996); „*Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung*“, S.173

<sup>118</sup> vgl.: Ebd., S.175

<sup>119</sup> Rogers, Carl R. (1985); *“Entwicklung der Persönlichkeit”*, S.47

Grundsätzlich ging Rogers davon aus, dass der Mensch danach strebt, ein existentiell befriedigendes Leben zu führen, indem er sich selbst verwirklicht. Außerdem gestand er dem menschlichen Organismus zu, selbstbestimmt zu sein und nach Entfaltung zu streben. Hierbei betonte er aber, dass der Mensch mehr sei, als sein Organismus. Das Streben des Organismus nach Entfaltung bezeichnete er als Aktualisierungstendenz. Mit Hilfe dieser Tendenz, bewertet der Mensch nach Rogers seine Erfahrungen, Eindrücke und Reize. Die Selbstverwirklichung sah er als einen lebenslangen Prozess an, der durch die Fragen angestoßen wird: *„Wer bin ich denn in Wirklichkeit? Wie kann ich Kontakt mit dem wirklichen Selbst aufnehmen, das unter meinem ganzen oberflächlichen Verhalten liegt? Wie kann ich Ich werden?“*<sup>120</sup>.

Behindert wird dieser Prozess durch Abwehrmasken, die der Mensch durch seine Prägung und seine Erfahrungen entwickelt. Erst wenn der Mensch diese Masken oder Rollen überwunden hat, kann er sich selbst verwirklichen, indem er Vertrauen zu seinem eigenen Organismus entwickelt. Ab diesem Moment nimmt er Bewertungen maßgeblich aus sich selbst heraus vor und begreift sein Leben als einen fließenden Prozess. *„Ein solcher Aktualisierungsprozess, der sich über das ganze Leben erstreckt, enthält ein Ausdehnen und ein Wachsen [...] zu einem Sein, in dem man zunehmend seine eigenen Möglichkeiten ist.“*<sup>121</sup>

In seiner Theorie des Selbst beschreibt Rogers ein so genanntes „phänomenales Feld“ als den Ort im Menschen, an dem psychologische Prozesse stattfinden. Das phänomenale Feld entwickelt sich durch die über den Organismus erfahrene Wirklichkeit. Allerdings unterscheidet er es von dem Bewusstseinsfeld, das sich nur durch bewusste Prozesse bildet. Das phänomenale Feld besteht aus bewussten und unbewussten Erfahrungen und Ereignissen. Die Bewussten Erfahrungen werden vom Individuum mit der äußeren Realität verglichen, indem die subjektive Wirklichkeit der objektiven gegenübergestellt wird. QUITTMANN erläutert hierzu: *„ROGERS vertritt hier die Auffassung, daß es sich bei dem subjektiven Bild, das der Mensch sich von der Realität macht, um eine Vorannahme handelt, die dann durch Prüfung der Realität bestätigt oder verworfen wird. Diese Prüfungsstruktur nennt ROGERS das*

---

<sup>120</sup> Rogers, Carl R. (1985); *„Entwicklung der Persönlichkeit“*; S.115

<sup>121</sup> Quittmann, Helmut (1996); *„Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung“*, S.144

*"Selbst", das sich im Laufe der Entwicklung eines Menschen mehr und mehr aus dem phänomenalen Feld ausgliedert.,<sup>122</sup>*

Das Selbst befindet sich im fließenden Veränderungsprozess, behält dabei aber seine geordnete Struktur bei. Die Struktur besteht aus Werten, die der Mensch im Laufe seines Lebens entwickelt. Zu dieser Wertestruktur gehört auch eine Bewertung des Selbst, die die psychologische Grundlage der Existenz darstellt. Umso stabiler die Wertestruktur ist, umso mehr befinden sich das Selbst und die Persönlichkeit des Menschen in Übereinstimmung. Insofern versucht der Mensch immer neue Erfahrungen derart in das bestehende Muster einzuordnen, dass er nicht aus dem Gleichgewicht gerät. Das Gleichgewicht gerät dann in Gefahr, wenn sich Selbstbild und gemachte Erfahrungen nicht in Einklang bringen lassen. Dies wird allerdings erst dann bedrohlich, wenn die Differenz zwischen Selbst und Erfahrung nicht ins Bewusstsein gelangt. Geschieht dies, werden die Erfahrungen verleugnet oder verzerrt und lösen damit Angst und defensive Prozesse aus.<sup>123</sup>

Wie eingangs schon erläutert, geht es in der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach Rogers darum, eine besondere Art von Beziehung zwischen Therapeut und Klient aufzubauen. Hierzu ist es notwendig, dass der Therapeut eine bestimmte Haltung gegenüber seinem Klienten einnimmt. Vorrangig betrachtet Rogers es als wesentlich, dass der Therapeut kongruent ist. Unter Kongruenz versteht Rogers, dass der Therapeut in Einklang mit sich selbst ist. Erst wenn der Therapeut lebt, was er wirklich ist und die Beziehung zu seinem Klienten echt und ohne Fassaden ist, wird die persönliche Weiterentwicklung des Klienten gefördert. Dazu ist es notwendig, dass der Therapeut dem Klienten seine Gefühle offen und ehrlich zeigt, die ihn im Moment der Therapiesitzung bewegen. Durch eine solche Haltung wird die Begegnung mit dem Klienten persönlich und unmittelbar – beide treten sich von Person zu Person gegenüber.

Allerdings schränkt Rogers ein, dass kein noch so gut ausgebildeter Therapeut diese Haltung bis zur Vollkommenheit beherrschen kann. Es geht ihm lediglich darum, dass sich der Therapeut in den Entwicklungsprozess der Selbstwerdung begibt. Er sagt hierzu: *“Das, was ich bin, so zu akzeptieren, und das dem anderen zu zeigen, ist die schwierigste Aufgabe, die*

---

<sup>122</sup> Quittmann, Helmut (1996); *„Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung“*, S.145:

<sup>123</sup> vgl. Quittmann, Helmut (1996); *„Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung“*, S.145-147

*ich kenne, und eine, die ich nie vollständig löse. [...] Diese Aufgabe erkannt zu haben bedeutet, dass man sich selbst entfalten muss, wenn man die persönliche Entfaltung anderer innerhalb einer Beziehung zu sich fördern will.*<sup>124</sup>

Eine weitere wichtige Wesenshaltung des Therapeuten ist die bedingungslose positive Zuwendung. Der Klient soll spüren, dass der Therapeut Anteil an ihm und seinem Problem nimmt. Wichtig hierbei ist, dass der Klient niemals das Gefühl hat, er müsse für diese Art von Zuwendung etwas tun oder sich auf eine bestimmte Weise verhalten. *„Es enthält Akzeptierungsbereitschaft und Anteilnahme gegenüber dem Klienten als einem besonderen und selbständigen Menschen, dem es erlaubt ist, eigene Empfindungen und Erlebnisse zu haben und darin eine Bedeutung zu finden.*<sup>125</sup> Hierbei sollte der Therapeut die innere Welt seines Klienten empathisch verstehen können. Das bedeutet, dass er *„den Ärger, die Angst oder die Verwirrung des Klienten [spürt] ohne dass dabei der eigene Ärger, die eigene Angst oder Verwirrung hineingezogen werden.*<sup>126</sup>

Darüber hinaus ist es die Aufgabe des Therapeuten, dem Klienten ein Gefühl der Wertschätzung und der Akzeptanz zu vermitteln. Dies gelingt ihm, wenn er dem Klienten in seinem Verhalten und Erleben als eigenständige Person achtet und nicht bewertet. Der Therapeut muss den Klienten mit emotionalem Engagement ohne Vorurteile und Wertungen annehmen, wie er ist. Ist der Therapeut bemüht sich im oben beschriebenen Sinne zu verhalten entsteht eine helfende Beziehung im Sinne der Philosophie Martin Bubers. Innerhalb dieser Beziehung kann sich der Klient gefahrlos entscheiden seine Fassaden fallen zu lassen und sich den Emotionen dahinter zu stellen. Auch wenn diese ihm widersprüchlich vorkommen können, kann der Klient die Erfahrung machen, dass die Gefühle eine tragende Grundlage seines Lebens sind. *„Auf diese Weise ist der Therapeut nichts anderes als eine Brücke zwischen zwei Fähigkeiten, die dem Klienten, wenn er zur Therapie kommt, bereits innewohnen: die Wahrnehmungsfähigkeit des Organismus wird verbunden mit der Entscheidungsfähigkeit des Individuums – Therapie als Hilfe zur Selbsthilfe.*<sup>127</sup>

---

<sup>124</sup> Rogers, Carl R. (1985); *„Entwicklung der Persönlichkeit“*, S.65-66

<sup>125</sup> Ebd., S.277

<sup>126</sup> Ebd., S.277

<sup>127</sup> Quittmann, Helmut (1996); *„Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung“*, S.154

Das Wissenschaftsverständnis Rogers ist ein phänomenologisches. Er geht davon aus, dass eine Wissenschaft ihren Anfang in einem bestimmten Menschen nimmt und durch seine persönlichen Interessen, Ziele und Empfindungen motiviert wird. Die Schlüsselbegriffe sind auch hier Wahl und Entscheidung sowie Verantwortung und Begegnung. Die Verantwortung des Wissenschaftlers sieht Rogers darin, dass er zunächst einmal die Subjektivität seines Forschungsinteresses anerkennt und dann alle ihm zur Verfügung stehenden empirischen Mittel nutzt, um seine Ergebnisse und Erkenntnisse nachprüfbar und kontrollierbar zu machen. Er empfiehlt Forschung in drei Schritten zu betreiben. Zunächst soll der Wissenschaftler sich selbst, seinen Erfahrungen, seiner Subjektivität und Intuition vertrauen. Hierdurch erlangt er subjektive Daten und Fakten, die er im zweiten Schritt zum einen hinsichtlich seiner persönlichen Werte und Ziele, zum anderen der Fragestellungen nach dem Menschen im allgemeinen untersuchen muss. Im dritten Schritt bedient sich der Forscher dann des existierenden wissenschaftlichen Instrumentariums und integriert dieses in seine Forschung, um seine Ergebnisse nachweisbar und kontrollierbar zu machen.<sup>128</sup>

Ebenso wie Rogers mit seiner klientenzentrierte Gesprächstherapie wollen auch Paterson und Zderad, dass die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient eine helfende ist. So fließt vor allem die Haltung des Therapeuten in die humanistische Pflegetheorie ein. Zderads unveröffentlichte Doktorarbeit befasste sich, auf Rogers fußend, mit dem Thema Empathie.<sup>129</sup> Die in der Pflegetheorie geforderte existentielle Bewusstheit der Pflegekraft, beschreibt Rogers als helfende Haltung des Therapeuten. Des weiteren gehen die Autorinnen ebenso wie Rogers davon aus, dass der Mensch danach strebt, sich zu entwickeln und dass Entwicklung ein Prozess ist. Insofern findet auch die Theorie des Selbst Eingang in die humanistische Pflegetheorie. Schlussendlich gehen die Autorinnen auch mit Rogers Wissenschaftsverständnis einher, wie sich im folgenden Kapitel dieser Arbeit zeigen wird.

#### **5.4 Die phänomenologische Beschreibung**

Gemäß dem Grundsatz der Phänomenologie, >>zu der Sache selbst<<, verlangt die humanistische Pflegetheorie die schriftliche Beschreibung der Pflegesituation. Pflegende werden dazu aufgefordert, all das zu beschreiben, was sie erfahren. Hierzu zählt „1. ihre persönliche,

---

<sup>128</sup> vgl.: Quittmann, Helmut (1996); „*Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung*“, S.181-182

<sup>129</sup> vgl.: Meleis, Afaf Ibrahim (1999); „*Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*“, S.735

*unwiederholbare Schau der Dinge und ihre Reaktionen darauf, 2. die erkennbaren Reaktionen des anderen, und 3. die gegenseitigen Appelle und Antworten, das >>zwischen<<, wie es sich in der Pflegesituation abspielt.*<sup>130</sup> Die Forderung nach Beschreibung der persönlichen Erfahrungen entstammt sowohl der Phänomenologie als auch dem Existenzialismus.

Das Ziel der phänomenologischen Beschreibung ist es, zu einem besseren Verständnis des Menschen zu gelangen. Wesentlich ist es, die Welt so wahrzunehmen, wie sie sich dem Einzelnen im Rahmen seiner subjektiven Erfahrung darstellt. PATERSON und ZDERAD äußern dazu: *„Das Studium und die Beschreibung von Phänomenen des Menschlichen, wie sie in Pflegesituationen erscheinen, werden sich nacheinander auswirken auf: 1. die Qualität der Pflegesituation, 2. das allgemeine Wissen über die Unterschiede im menschlichen Vermögen, das Dasein zu bewältigen, und 3. die Entwicklung einer Pflege Theorie und -wissenschaft und deren Gestalt.*<sup>131</sup> Ihre Hoffnung ist es, dass der Pflegeberuf so immer mehr zu einem Dienst an der menschlichen Gemeinschaft wird, indem er einen Gesamtblick auf den komplexen Menschen gewährt. Es geht ihnen also maßgeblich darum, dass sich der Pflegeberuf weiterentwickelt. Hierzu sollen durch die Beschreibung von Pflegephänomenen empirische Erkenntnisse gewonnen werden. Außerdem sehen die Autorinnen die Beschreibung als notwendig an, weil jede Pflegekraft durch ihre Individualität andere Dinge in der Pflegesituation auslöst und bemerkt. *„Die Andersartigkeit einer jeden Pflegekraft auferlegt ihr somit die Verantwortung, ihre persönlichen Einsichten den mit den gleichen Problemen ringenden Mitmenschen zugänglich zu machen; denn nur so werden gegenseitige Korrektur und schließlich Synthesen der stimmenden Deckung [...] und damit Fortschritt möglich.*<sup>132</sup>

Die Methodik der phänomenologischen Beschreibung geht auf den Philosophen Edmund Husserl zurück. Der Begriff Phänomenologie bezeichnet zunächst die Erscheinungslehre, die danach fragt, wie sich Gegenstände der Erkenntnis darbieten. Für Husserl ist Phänomenologie jedoch ein Methodenbegriff, der der Forschungsmaxime „Zu den Sachen selbst“ folgt. Durch Anwendung dieser Methode sollen philosophische Erkenntnisse gewonnen werden, indem zielgerichtete Bewusstseinsakte analysiert werden. Hierbei geht es aber nicht um rationale Analyse im naturwissenschaftlichen Sinne, sondern um ein inneres geistiges Schauen des Forschungsgegenstandes, wie er sich in der inneren Welt des Forschers darstellt. *„Denn sicher ist nur, wie die Dinge erscheinen, nicht aber wie sie an sich sind. Die Phänomenologie*

---

<sup>130</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); *„Humanistische Pflege“*, S.17

<sup>131</sup> Ebd., S.18

<sup>132</sup> Ebd., S.113

*gewinnt so ihren sicheren Standpunkt durch eine strikte methodische Beschränkung auf die unmittelbare Evidenz des im Bewusstsein Erscheinenden, der >>Phänomene<<“.*<sup>133</sup> Husserl bereitete mit der Entwicklung dieser Methode den Weg für den Existenzialismus.

Die phänomenologische Beschreibung nach Paterson und Zderad erfolgt in fünf Phasen. Sie selbst fassen diese folgendermaßen zusammen: *„Genauer gesagt umfasst die Methode ein intuitives Verstehen des Phänomens, eine analytische Überprüfung seiner Elemente, die Bildung einer zur Deckung bringenden Synthese und eine Beschreibung des Ganzen.“*<sup>134</sup> In der ersten Phase soll die Pflegekraft kompendem Wissen den Boden bereiten, indem sie tief in Fachliteratur und Philosophie eintaucht und über das gelesene nachdenkt und diskutiert. Im nächsten Schritt soll sie den Patienten im Sinne Rogers intuitiv erkennen. Das bedeutet, dass sie die Welt durch die Augen ihres Gegenübers betrachten kann und so in sein Innerstes vordringt. Darauf folgend soll die Pflegekraft den Patienten wissenschaftlich kennen. Hierzu spielt sie die Pflegesituation vor ihrem inneren Auge noch einmal durch, denkt darüber nach und beschreibt sie schriftlich. Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse konzeptioniert sie dann zukünftige Pflegemaßnahmen. In der vierten Phase fügt sie ihren Erkenntnissen ihr synthetisiertes Wissen hinzu, indem sie die erlebte Pflegesituation mit ähnlichen vergleicht. Hierdurch kann sie Unterschiede erkennen und zu einer erweiterten Sicht auf den Patienten gelangen. Zu guter Letzt wird die Vielfalt im Inneren der Pflegekraft vom paradoxen Einen abgelöst, indem sich viele verschiedene Realitäten zu einer Konzeption des Ganzen zusammenschließen, die die ganze menschliche Vielfalt inklusive ihrer Widersprüchlichkeiten mit einschließt.<sup>135</sup>

Paterson und Zderad machen deutlich, dass sich Beziehungen zwischen Menschen niemals vollkommen beschreiben lassen. Allerdings ist es ihrer Meinung nach dennoch wichtig dies zu versuchen. Um Pflegesituationen zu beschreiben ist es notwendig, wohl überlegt und präzise zu formulieren. Die Autorinnen empfehlen Pflegenden, sich Redewendungen, Metaphern und Analogien zu bedienen, um den Sinn und den Geist eines Vorkommens deutlich zu machen. Wenn Pflegekräfte sich dieser Technik bedienen, werden mit der Zeit und aufgrund disziplinierter, unverfälschter und bedachtsamer Beschreibungen bedeutsame The-

---

<sup>133</sup> Delius, Christoph; Gatzemeier, Matthias; Sertcan, Deniz; Wünschler, Kathleen (2000); *„Geschichte der Philosophie von der Antike bis Heute“*, S.98

<sup>134</sup> Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); *„Humanistische Pflege“*, S.128

<sup>135</sup> vgl. Meleis, Afaf Ibrahim (1999); *„Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“*, S.557

men sichtbar werden, die in Pflegesituationen regelmäßig in Erscheinung treten. Aus der Zusammenstellung von phänomenologischen Beschreibungen werden sich Synthesen entwickeln, die letztendlich in einer Wissenschaft der Pflege münden.<sup>136</sup> MELEIS bezeichnet die phänomenologische Beschreibung als eine Methode der Wahrheitsfindung, die im praktischen Alltag und aus der Pflegeforschung entsteht. Die humanistische Pflegetheorie sieht sie als ein „*Abbild einer Lebensart, einer menschlichen Haltung, eines Lebensziels, das wert ist, auf allen persönlichen und beruflichen Ebenen angestrebt zu werden.*“<sup>137</sup>

### **5.5 Bezug der Pflegetheorie und ihrer theoretischen Wurzeln auf die Altenpflege**

Vergleicht man die humanistische Pflegetheorie mit der Altenpflege, stellt man fest, dass deren Aufgaben sich decken. Eine Aufgabe der Altenpflege ist es, chronische Krankheitssymptome zu lindern. Die humanistische Pflegetheorie hat zum Ziel, Wohlbefinden zu schaffen, indem Gesundheit gefördert wird. Außerdem fordert die Theorie, menschliche Werte jenseits der engen Grenze von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit zu betrachten. Aufgabe der humanistischen Pflegekräfte ist es, sich mit Menschen durch wesentliche Erfahrungen hindurchzukämpfen, die im Zusammenhang mit Gesundheit und Leid stehen und ihnen bei der Bewältigung von Lebenssituationen zu helfen. Die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen erleben dort ihre letzte Lebensphase. Die meisten ihrer Krankheiten sind chronisch und Heilung insofern ausgeschlossen. Aufgaben der Altenpflege, wie die Unterstützung der Bewohner ein eigenverantwortliches Leben zu führen oder für eine Kontinuität ihrer Lebenssituation zu sorgen, zielen insofern in dieselbe Richtung wie die Aufgaben der humanistischen Pflege.

Wie in der Beschreibung der Ist-Situation der Altenpflege dargelegt, ist das Berufsbild der Altenpflege auf der Suche nach einer klaren, sich von der Krankenpflege abgrenzenden Definition seiner Aufgaben. Die humanistische Pflegetheorie könnte hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, da die geforderte dialogische Beziehung in der Langzeitpflege gut umgesetzt werden kann und gerade den bisher zu wenig beachteten psychosozialen Aspekt der Altenpflege aufgreift. Zumal eine die Entscheidungsfreiheit fördernde Ich-Du-Beziehung im buber-

---

<sup>136</sup> vgl.: Paterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); „*Humanistische Pflege*“, S.109-136

<sup>137</sup> vgl.: Meleis, Afaf Ibrahim (1999); „*Pflege-theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*“, S.557

schen Sinne zwischen Altenpflegekraft und Bewohner auch dem gesetzlich geforderten Prinzip der aktivierenden Pflege entspricht.

Entscheidend hierbei ist, dass eine im humanistischen Sinne durchgeführte Grundpflege nicht unbedingt mehr Zeit in Anspruch nimmt, als eine auf das Funktionale fokussierte. Aber sowohl der Bewohner als auch die Pflegekraft werden die Pflegesituation als befriedigender und qualitativ hochwertiger empfinden. Benner und Wrubel machen in ihrer phänomenologischen Pflegetheorie deutlich, dass eine von Sorge und Anteilnahme geprägte Pflege Burnout entgegenwirkt.<sup>138</sup> Obwohl dies im ersten Moment unlogisch erscheinen mag, wird bei näherem Hinsehen deutlich, dass das von Buber beschriebene gegenseitige Durchdringen in der Ich-Du-Beziehung auch eine innere Bereicherung für die Pflegekraft darstellt. Gekoppelt mit der anschließenden Reflexion findet ein bewusstes Erleben der Pflegesituation statt, dass einer Supervision gleichkommt. Des weiteren bringt die Auseinandersetzung mit dem existentialistischen Gedankengut es mit sich, durch Krankheit entstehende unerträgliche Situationen zu akzeptieren und als notwendig für Entwicklung zu betrachten. Gerade der existentialistische Grundsatz, die Dinge so zu belassen wie sie sind, ist für die Altenpflege besonders geeignet, da der Gesundheitszustand der Bewohner oftmals nicht verändert werden kann.

Ein weiterer Grund, warum die Pflegetheorie und die Dialogphilosophie sich für die Altenpflege eignen, betrifft die Organisation von Alten- und Pflegeheimen. Pflege im Sinne der humanistischen Pflegetheorie fordert von den Pflegekräften mehr Eigenverantwortung als dies bisher in der Altenpflege der Fall ist. Die Beschreibung der Ist-Situation der Altenpflege machte deutlich, dass gerade die Fremdbestimmung durch Führungskräfte sich negativ auf die Arbeitsmotivation der Pflegekräfte auswirkt. Dem würde eine humanistische Altenpflege entgegenwirken, da sie gerade die Verantwortung jeder einzelnen Pflegekraft in den Vordergrund rückt. Außerdem würde die von Buber vorgeschlagene Dialogisierung der Betriebe zu einer verstärkten Wertschätzung der Mitarbeiter führen.

Abschließend stellt sich die Frage, wie sich die phänomenologische Beschreibung in den Pflegeprozess integrieren lässt. Sie zu einem Bestandteil der gängigen Dokumentationssysteme zu machen, zum Beispiel als Pflegebericht, würde mit Sicherheit den Rahmen dieses Instrumentes sprengen. Dennoch ist die phänomenologische Methode ein Werkzeug zur Reflexion, dass dabei behilflich ist Probleme zu lösen. WORSLEY sagt hierzu: „*Die Erlaubnis*

---

<sup>138</sup> vgl. Benner, Patricia / Wrubel, Judith (1997); „*Pflege, Stress und Bewältigung – Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*“, S.420-421

zum Schreiben ist eine Erlaubnis zum Denken. Das Schreiben kann sehr gut benutzt werden, um Probleme zu lösen.“<sup>139</sup> Außerdem wird es im Bereich der Altenpflege immer wichtiger, gerade den psychosozialen Anteil der pflegerischen Arbeit zu dokumentieren, da die 95% der zukünftigen Pflegebedürftigen diese Form von Betreuung benötigen werden. Eine detaillierte Beschreibung dieser Betreuungsform kann dazu beitragen, dass diese auch vergütet wird.<sup>140</sup> Vorstellbar wäre, dass Pflegekräfte in Form von persönlichen Notizen Pflegesituationen phänomenologisch beschreiben und diese als Basis für Pflegeplanung und Fallbesprechungen nutzen.<sup>141</sup>

## 6 Organisatorische Praxisanforderungen für die Umsetzung

Im folgenden Kapitel soll die in der Ist-Situation beschriebene Problematik der Altenpflege mit dem theoretischen Ansatz der humanistischen Pflege zusammengeführt werden und Lösungen aufgezeigt werden. Hierzu wird sich zunächst mit dem Thema Hierarchie und humanistische Pflegelehre beschäftigt, wobei vor allem auf zwei Führungsansätze und das Primary-Nursing-Prinzip eingegangen wird. Darauf folgend steht die Ablauforganisation mit der Fragestellung im Vordergrund, wie humanistische Pflege organisiert sein muss. Neben dem Primary Nursing und dem Arbeitssystem von Dienstleistungen wird hier auch auf die Thematik Qualitätsmanagement und Fortbildung eingegangen. Abschließend wird untersucht, wie sich die phänomenologische Beschreibung mit der Pflegedokumentation vereinbaren lässt.

### 6.1 Hierarchie und humanistische Pflegelehre

Die Umsetzung der humanistischen Pflegelehre ist mit den momentanen Organisationsstrukturen nicht machbar. Wesentlich für die Umsetzung ist, dass Pflegekräfte motiviert und eigenverantwortlich arbeiten können. Hierzu sind schlankere Hierarchien und eine klare Zuschreibung von Verantwortungen und Aufgaben notwendig. Die derzeitige, an den Taylorismus angelehnte Arbeitsorganisation in Altenheimen kann dies nicht bieten. VOSS weist darauf hin, dass der soziale Charakter eines Altenheimes verloren ginge, wenn es als totale

---

<sup>139</sup> D. Worsley (2000); „Das Schreiben als Medium zur persönlichen Reflexion in der Pflegeausbildung“, PR-Internet, S.244

<sup>140</sup> vgl. Flemming, Daniela (2002); „Wiederholte Bemühungen“, S.36

<sup>141</sup> siehe Kapitel 4.3

Institution<sup>142</sup> organisiert ist.<sup>143</sup> Außerdem verlangt Pflege im humanistischen Sinne nach einem vertrauensvollen Arbeitsumfeld, dass vor allem durch eine offene und gradlinige Kommunikation getragen wird. Die Arbeitsorganisation und Arbeitsmotivation wird maßgeblich durch das Führungsverständnis des obersten und mittleren Managements beeinflusst. Zur Zeit kann man davon sprechen, dass die Führungskräfte in Alten- und Pflegeheimen ein autoritäres Führungsverständnis haben. Humanistische Altenpflege bedarf aber eines partizipativen oder humanistischen Führungsstils. Ebenso würde sich eine Dialogisierung der Betriebe, wie Buber sie vorschlägt, positiv auf die Umsetzung der humanistischen Pflgetheorie auswirken.<sup>144</sup> Führungsstile dieser Art beziehen die Mitarbeiter unter Berücksichtigung der Maxime „*Betroffene zu Beteiligten machen*“<sup>145</sup> in Entscheidungsprozesse mit ein. Das hat den Vorteil, dass die Mitarbeiter hinter den Entscheidungen stehen können, weil diese für sie nachvollziehbar sind.

Der humanistische Führungsstil fußt sich auf die Gesprächstherapie Carl Rogers und arbeitet demnach mit den Schlüsselbegriffen Einfühlung, Echtheit und unbedingte Wertschätzung. Der Ethos dieses Führungsstiles lautet: „*Führe andere stets so, wie Du wünschst von anderen geführt zu werden*“<sup>146</sup> Ausgezeichnet wird dieser Führungsstil durch Selbstverwirklichung, Kommunikation und Kreativität. Dies bedeutet, dass allem voran die Führungskräfte die therapeutische Haltung Rogers einnehmen und somit Beziehungen zu ihren Mitarbeitern aufbauen, in denen sich beide Seiten entwickeln und entfalten können.<sup>147</sup> Eine der wesentlichen Qualitäten, die eine humanistische Führungskraft neben dem aktiven sprachlichen Ausdruck besitzen muss, ist die Fähigkeit des Zuhörens. Eine Personalführung dieser Art hat nicht zum Zweck, Mitarbeiter auszunutzen, sondern besser und sinnvoll zu nutzen. Die Führungskraft wird vor allem zum Vermittler der Unternehmensvision. MENZ sagt hierzu „*Ein Mittler zu sein für die Unternehmensvision, dieser Vision modellhaft nachleben, andere mit dieser Vision inspirieren – darin besteht die treibende Kraft eines humanistischen Führungsstils. Menschen führen Menschen: kongruent, auf ein Ziel hin, das allen einsichtig ist. Mehr Sinn und*

---

<sup>142</sup> Voss, Helmut (1990); „*Motivation und Organisation im Altenheim*“, S.13: „*Das zentrale Merkmal totaler Institutionen oder formaler Organisationen bestehe darin, dass der an verschiedene Örtlichkeiten gebundene normale Lebensvollzug (z.B. Arbeit, Wohnen, Erholen) in die ritualisierten Zwänge einer verwaltenden Zuständigkeit eingebunden sei.*“

<sup>143</sup> vgl.: Ebd., S.12ff

<sup>144</sup> siehe Kapitel 6.2

<sup>145</sup> Vahs, Dietmar (2001); „*Organisation – Einführung in die Organisationstheorie und –praxis*“, S.305

<sup>146</sup> Menz, Adrian P. (1989); „*Menschen führen Menschen – Unterwegs zu einem humanen Management*“, S.40

<sup>147</sup> siehe Kapitel 3.3

*Gewinn in der Arbeit.*<sup>148</sup> Dieser Ansatz wäre für eine humanistische Altenpflege vor allem deshalb geeignet, weil die Führungskräfte im Umgang mit den Mitarbeitern die dialogische Beziehung im Sinne Bubers vorleben. Eine solche Art von Personalführung müsste es den Pflegekräften leichter machen, auch den Bewohnern in diese Weise zu begegnen.

Ein weiterer geeigneter Führungsansatz ist der systemische. Der systemische Führungsstil entstammt der Systemtheorie, die in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts von dem Biologen Ludwig von Bertalanffy entwickelt und von dem Soziologen Niklas Luhmann erweitert wurde.<sup>149</sup> Im Sinne der Systemtheorie wird ein Unternehmen als soziales System betrachtet, das sich operativ geschlossen von seiner Umwelt abgrenzt. Das System hat eine Identität, die aus einer stabilen Organisation besteht. Während die Organisation stets die selbe bleibt, ändert sich das System laufend. Durch die ständige Veränderung des Systems passt es sich seiner Umwelt an und hat dadurch Bestand. Insofern sind Zustände oder Ereignisse nur Momentaufnahmen von Prozessen. Ein System besteht aus Elementen, ist aber weniger als die Summe seiner Teile. Dies liegt daran, dass von jedem Element nur bestimmte Charakteristika von dem Unternehmen berücksichtigt und genutzt werden können. NEUBERGER sagt hierzu: *„Würde sich jede Person in einer Organisation in all ihren Potenzialen vor- und rücksichtslos selbstverwirklichen (nur an sich denken; nur tun, was ihr selbst Spaß macht oder sie weiter bringt), gäbe es schon in sehr kleinen Unternehmen eine astronomische Größenordnung von Handlungen, deren gegenseitiger Anschluss nicht mehr gewährleistet wäre.“*<sup>150</sup> Die Elemente sind allerdings nicht die in dem Unternehmen tätigen Menschen, sondern deren Entscheidungen, Handlungen, Erwartungen und Kommunikationen, da nur diese sich selbst erzeugen können. Der Grundgedanke ist, dass jede Handlung eines Elementes das gesamte System beeinflusst, wobei Beeinflussung als Führung betrachtet wird. Insofern führen alle Mitglieder der Organisation das Unternehmen.

Die Basis der systemischen Führung bildet die Kommunikation. Wichtig hierbei ist, dass es nach der Systemtheorie wahrscheinlicher ist nicht verstanden zu werden, als verstanden zu werden. Kommunikation erfolgt nach Luhmann in drei Schritten:

1. der Information – die eine Selektion aus vielen verschiedenen möglichen Informationen ist,
2. der Mitteilung bzw. der Übermittlung – der Art, wie die Information transportiert wird und
3. dem Verstehen – das Gegenüber kann nur verstehen, was für ihn Sinn ergibt.

---

<sup>148</sup> Menz, Adrian P. (1989); *„Menschen führen Menschen – Unterwegs zu einem humanen Management“*, S.39

<sup>149</sup> vgl.: Vahs, Dietmar (2001); *„Organisation – Einführung in die Organisationstheorie und –praxis“*, S.33

<sup>150</sup> Neuberger, Oswald (2002); *„Führen und führen lassen“*, S.625

Diese Betrachtung von Kommunikation macht es notwendig, dass das richtige Verstehen stetig überprüft wird. Um das Verstehen zu sichern, geben Unternehmen in Form von Corporate Identity, Unternehmensgrundsätzen und Vorschriften ihren Mitarbeitern die gewünschte Sichtweise bekannt.

Die Führungskraft ist nicht alleinige Gestalterin oder Beeinflusserin des Systems, sondern als ein Element unter vielen, Gestalterin und Beobachterin. Mit ihrem Verhalten beeinflusst sie das System ebenso wie das jeder andere Mitarbeiter mit seinem Verhalten tut. *„Eine Führungskraft verändert sich oder ihr Verhalten; diese Verhaltensänderung wird von den Unterstellten auf der Basis ihrer Programme und Ursachenkarten beobachtet, interpretiert und beantwortet, und diese Antworten werden von der Führungskraft beobachtet, die darauf reagiert usw.“*<sup>151</sup> Führung bekommt insofern einen anderen Fokus, da ihre Aufgabe letztendlich darin besteht, sich entbehrlich zu machen. In diesem Verständnis wird der Langzeiterfolg eines Unternehmens nicht durch einzelne große Persönlichkeiten gesichert, sondern durch Strukturen, die die Selbstorganisation des Systems regulieren. Ziel ist *„die Befähigung der Beteiligten, selbstständig und selbsttätig eigene Lösungsverfahren zu entwickeln und den Umgang miteinander und mit Problemen neu zu ordnen.“*<sup>152</sup>

Bezogen auf die Altenpflege liegt der Vorteil beider Führungsansätze darin, dass die Informationsmacht der Führungskräfte aufgelöst wird und jedem Mitarbeiter der gleiche Stellenwert für den Unternehmenserfolg zukommt. Sowohl der humanistische als auch der systemische Führungsansatz legen großen Wert auf Kommunikation und die Wertschätzung der Mitarbeiter. Gerade im Bereich der Pflege, wo die Güte der Dienstleistung maßgeblich vom Informationsaustausch zwischen den Schichten abhängt, ist eine gradlinige Kommunikation unerlässlich. Der systemische Grundsatz, dass Dissens in der Kommunikation wahrscheinlicher ist als Konsens, sensibilisiert für die Anfälligkeit des Informationsflusses und bietet damit die Chance, dass mit dem Thema Kommunikation sorgfältiger umgegangen wird.

Bezogen auf die rein pflegerische Arbeit wäre der Primary-Nursing-Ansatz<sup>153</sup> geeignet, um humanistische Pflege zu gewährleisten. Dieses Bezugspflegesystem sieht vor, dass sich

---

<sup>151</sup> Neuberger, Oswald (2002); *„Führen und führen lassen“*, S.612

<sup>152</sup> Ebd., S.636

<sup>153</sup> Huhn, Siegfried; Schmoecker, Mary; Schröder, Barbara; Hrsg. Kämmer, Karla (1996); *„Pflegermanagement in Altenheimen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisationen“*, S.91: Primary Nursing ist eine *„ausgefeilte Form der Bezugspflege, die in Krankenhäusern des englischen Sprachraums bereits Anwendung findet.“*

hierarchisch organisierte Teams bilden, die einen festen Stamm von Bewohnern versorgen. Den Teams übersteht eine Stations- oder Pflegedienstleitung, die neben organisatorischen Aufgaben eine übergeordnete Berater- und Kontrollfunktion hat. Der Vorteil dieses Ansatzes liegt darin, dass die Hierarchie im Pflegeheim flacher organisiert werden kann und die Eigenverantwortung der Pflegekräfte gestärkt wird. Aufbauorganisatorisch besteht ein Bezugspflegeteam aus einer Primary Nurse und mehreren Associate Nurses, sowie Pflegehelfern. Ein Team versorgt maximal acht Bewohner. Die Planungsverantwortung obliegt der Primary Nurse. Sie hat die volle Verantwortung für die Durchführung des Pflegeprozesses und wird im Rahmen der Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen von ihren Teammitgliedern unterstützt. Die Associate Nurse hat die Durchführungsverantwortung. Sie darf die Pflegeplanung in Ausnahmesituationen nur in Absprache mit der Primary Nurse oder nach Rücksprache mit der Pflegedienstleitung umstellen. Die Pflegehelfer unterstehen der Primary Nurse und den Associate Nurses und führen nach ihren Anweisungen die geplante Pflege aus. Die folgende Grafik soll die Hierarchie des Primary-Nursing-Ansatzes unter Ausblendung der Bereiche Hauswirtschaft und Verwaltung verdeutlichen.

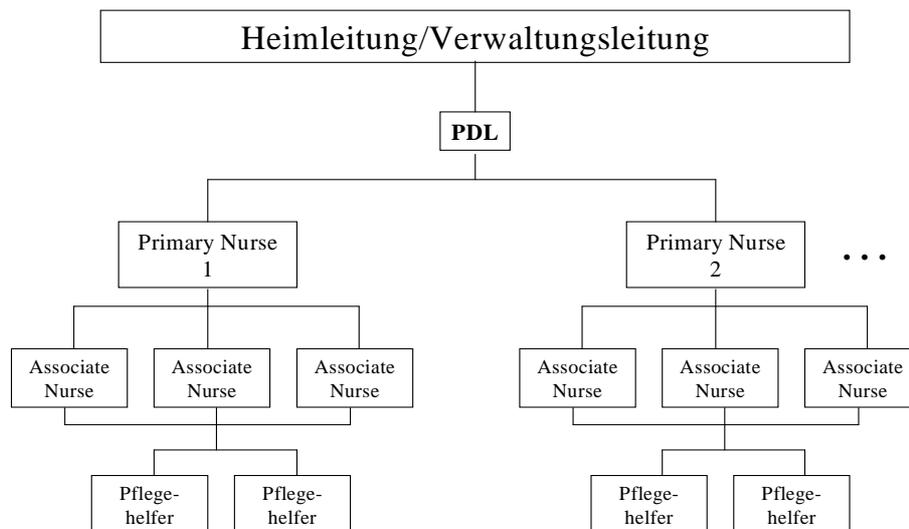


Abb. 5: Eigene Darstellung: Aufbauorganisation des Primary-Nursing-Ansatzes

Der Primary-Nursing-Ansatz ist gerade für die Altenpflege sehr geeignet, weil sich in der Langzeitpflege stabile Beziehungen zwischen den Pflegeteams und den Bewohnergruppen entwickeln können. Eine Pflegebeziehung im Sinne Bubers und der humanistischen Pflege-

theorie wird umso intensiver werden, je länger sie andauert. Pflegekräfte und Bewohner werden füreinander immer mehr zu einem verlässlichen Faktor, je öfter sie miteinander interagieren. Insofern wächst auch das Vertrauen zueinander und die gegenseitige Durchdringen verstärkt sich. Dies müsste sich sowohl auf die erlebte Pflegequalität als auch auf die Mitarbeiterzufriedenheit positiv auswirken. Außerdem besteht in der Altenpflege auch die formale Möglichkeit diesen Ansatz umzusetzen, da sie nicht in so ausgeprägtem Maße wie die Krankenpflege den Ärzten unterstellt ist. Den gesetzlichen Anforderungen entsprechend könnte der Primary-Nursing-Ansatz als Maßnahme des Qualitätsmanagements betrachtet werden.

SCHEFFEL sagt zu der Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegekräfte: „Das Konzept der persönlichkeitsförderlichen Arbeitsgestaltung (...) geht von <sozialen Wohlbefinden des arbeitenden Menschen> aus, was für Pflegende als fundamentale Voraussetzung für eine authentische Beziehung zu Patienten und Arbeitskollegen gilt.“<sup>154</sup> Umso mehr Eigenverantwortung den Pflegekräften zugestanden wird, umso mehr können sie ihr Pflegeverständnis leben. Hierbei ist wesentlich, dass viele Pflegekräfte zu ihrem Beruf motiviert wurden, weil ihre Idealvorstellung von Pflege dem Pflegeverständnis der humanistischen Pflegetheorie entspricht. Dies wird ihnen zur Zeit oftmals in der praktischen Arbeit abgewöhnt, kann aber durch Veränderung der Organisation in den Arbeitsalltag integriert werden. Ein wesentlicher Faktor für die humanistische Altenpflege ist ein von Vertrauen geprägtes Arbeitsklima.

## **6.2 Ablauforganisation und humanistische Pflegetheorie**

Die Schlüsselbegriffe des Primary Nursing sind Verantwortung<sup>155</sup>, Selbständigkeit<sup>156</sup>, Kontinuität, direkte Kommunikation und Pflegeplanender ist zugleich Pflegeausführender<sup>157</sup>. Die Primary Nurse hat die Aufgabe, die pflegerische Anamnese zu erheben, die Pflegeplanung zu erstellen, die Pflege so oft wie möglich selbst durchzuführen und die Planung zu evaluie-

---

<sup>154</sup> Scheffel, Friedhelm (2000), „Lebenswelt in der Pflege – Anforderungen an die Berufliche Pflege“, S.144

<sup>155</sup> <http://primarynursing.de>, Stand 13.11.2004: „Übertragung und Übernahme individueller Verantwortung für pflegerische Entscheidungen durch eine Pflegenden.“

<sup>156</sup> Ebd.: „In den Entscheidungen, welche Pflege der Patient erhalten soll, ist die Primary Nurse weitgehend autonom. Sie muss also ihre Planung und Vorgaben im Einzelnen nicht etwa durch die Stationsleitung genehmigen lassen.“

<sup>157</sup> Ebd.: „Eine Person ist operational verantwortlich für die Qualität der für den Patienten geleisteten Pflege und zwar 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche. [...] Allerdings heißt dies nicht, dass sie ununterbrochen im Dienst sein muss. [...] Vielmehr bedeutet es, dass sie in der Zeit, in der sie auf der Station anwesend ist, bereits patientenorientiert Planungen und Absprachen für die Zeit ihrer Abwesenheit trifft.“

ren. Soweit der Gesundheitszustand des Bewohners dies zulässt, erfolgt die Planung der Pflege gemeinsam mit ihm. Außerdem fungiert die Primary Nurse als zentrale Ansprechpartnerin für den Bewohner, seine Angehörigen, den Hausarzt und andere therapierende Berufsgruppen. Insofern ist sie Kommunikations- und Informationszentrale für alle Belange des Bewohners. Die Associate Nurse hat die Aufgabe, in Abwesenheit der Primary Nurse die geplante Pflege durchzuführen. Für die Pflege notwendige Informationen entnimmt sie dem schriftlich dargelegten Pflegeplan und Übergabegesprächen mit der Primary Nurse. Außerdem setzt sie sich kritisch mit dem Pflegeplan auseinander und lässt ihre Bewohnerbeobachtungen in Fallbesprechungen mit der Primary Nurse einfließen. Die Pflegehelfer unterstützen die Primary und die Associate Nurses und arbeiten auf ihre Anweisungen hin. Der Stations- oder Pflegedienstleitung obliegen bewohnerferne organisatorische Aufgaben, wie die Gestaltung des Dienstplanes und die Organisation der Pflegehilfsmittel. Außerdem ist es ihre Aufgabe als Führungskraft des mittleren Managements, die pflegerischen Mitarbeiter zu führen. Hierzu gehört zum Beispiel auch die Planung von Fortbildungen. Des Weiteren hat sie, wie bereits erwähnt, eine übergeordnete Berater- und Kontrollfunktion. Sie kontrolliert die Pflegepläne der Primary Nurses stichprobenartig, berät sie bei Planung und diskutiert diese mit ihnen.<sup>158</sup>

Um den Bezugspflegeansatz in der Praxis durchführen zu können, ist es notwendig, dass täglich mindestens ein Mitarbeiter jedes Primary-Nursing-Teams Dienst hat und für seine Bewohnergruppe zuständig ist. Wesentlich ist außerdem, dass die Primary Nurse kontinuierlich im Dienst ist. Denkbar wären hier flexible Arbeitszeitmodelle mit verkürzten Schichtzeiten, die es möglich machen, dass die Primary Nurse fünf Tage die Woche als Ansprechpartner im Hause ist. Durch so ein Modell ist es möglich, dass die Primary Nurse im regelmäßigen Rhythmus mit jedem Teammitglied zusammen arbeitet, damit sie sich mit allen austauschen kann. Des Weiteren ist es erforderlich, dass regelmäßige Teamsitzungen der Bezugspflegeteams stattfinden, um Fallbesprechungen durchzuführen und den Pflegeplan dem Pflegeprozess gemäß zu evaluieren. Um den Ansatz im pflegerischen Alltag realisieren zu können, ist es wahrscheinlich sinnvoll, Springer einzusetzen die keinem der Teams angehören. Fallen Teammitglieder zum Beispiel durch Krankheit aus, können die Springer diese kurzfristig vertreten. Ein weiterer Vorteil der Springer ist, dass sie eine von außen kommende Sichtweise in das Primary-Nursing-Team hereintragen und die Primary Nurse durch Erfahrungen aus der Arbeit in anderen Teams bereichern können. Angesichts der Tatsache, dass

---

<sup>158</sup> vgl.: <http://www.heilberufe-online.de/pflege/aktuell/thema-archiv/thema1001.html>, Stand 11.11.2004

ab 2005 die Behandlungspflege über das SGB V abgerechnet wird, ist anzudenken, diese ausschließlich durch examinierten Krankenschwestern durchführen zu lassen. Als Vorbild könnte hier die ambulante Pflege dienen, die das Stellen von Tabletten und die pflegerischen Leistungen bereits jetzt ausschließlich durch examinierte Krankenschwestern erbringen lässt. Das würde aber bedeuten, dass die Krankenschwestern eher als Springer eingesetzt werden und somit keinem Bezugspflegeteam zugeordnet sind.

Gerade das Thema der Fluktuation könnte durch die humanistische Pflege als angestrebtes Ideal der Pflege gepaart mit dem Primary-Nursing-Ansatz als organisatorischen Rahmen aufgefangen werden. Die Bildung von festen Bezugspflegeteams, die es anstreben einer klar definierten Gruppe von Bewohnern mit existenzieller Bewusstheit zu begegnen, müsste sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Desgleichen ist es denkbar, dass auch zwischen den Mitarbeitern eines solchen Teams Ich-Du-Beziehungen im Sinne Bubers entstehen. Vor allem dürfte es ihnen leichter fallen, Kritik an der Arbeitsorganisation im Rahmen ihres Teams zu äußern. Die Primary Nurse hat dann die Möglichkeit, als Sprachrohr des Teams Probleme und Kritik gesammelt an die Pflegedienstleitung weiter zu geben und mit ihr nach Lösungen zu suchen. Diese Art von Teambildung sollte den Mitarbeitern ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, dass gerade für die pflegerische Arbeit von großer Bedeutung ist. Um Bewohnern im Sinne der Pflegetheorie begegnen zu können, bedarf es für die Pflegekräfte eines geschützten Rahmens. Haben sie das Gefühl stetig kontrolliert und bevormundet zu werden, ist es ihnen fast unmöglich mit einem Bewohner eine Ich-Du-Beziehung einzugehen. Bezugspflegeteams bieten diesen Rahmen und dürften auch Auszubildenden ganz neue Lernerfahrungen in der praktischen Arbeit ermöglichen.

Auch auf das Dienstleistungsarbeitssystem dürfte sich sowohl eine humanistische Altenpflege als auch der Primary-Nursing-Ansatz positiv auswirken. Ein wesentliches Kriterium der Erbringung von Dienstleistungen ist die gemeinsame Leistungserstellung durch den Leistungserbringer und den Kunden. Da gerade die Pflege eine Dienstleistung ist, die oftmals die Intimsphäre des Bewohners berührt, ist es um so wichtiger, dass die Pflegekräfte sich ihrer selbst und ihres Gegenübers bewusst sind. Die humanistische Pflegetheorie bietet, vor allem wenn sie in der Langzeitpflege umgesetzt wird, die Möglichkeit, dass Pflegekraft und Bewohner zu einer dialogischen Einheit verschmelzen. Durch die kontinuierliche Betreuung eines Bewohnerstammes wird es für die Pflegekräfte immer einfacher, den Bewohner in Rogers Sinne intuitiv zu erkennen und eine helfende Beziehung zu ihm aufzubauen. Die helfende Beziehung wiederum hilft dem Bewohner bei der Bewältigung seiner Lebensphase

und steigert sein Empfinden der Dienstleistungsqualität. Dies wirkt sich nicht nur positiv auf die Bewohner und die Pflegekräfte aus, sondern auch auf das Image des Betriebes. Haben die Bewohner und ihre Angehörigen das Gefühl, dass eine qualitativ hochwertige Pflege geleistet wird, werden sie dies in ihr Umfeld kommunizieren. Das wiederum führt dazu, dass sich potentielle Bewohner dafür interessieren, einen Platz in diesem Heim zu bekommen. Ebenso werden zufriedene Mitarbeiter sich in ihrem privaten Umfeld positiv über die Arbeitsatmosphäre des Pflegeheimes äußern und dadurch Interesse bei befreundeten Pflegekräften wecken, in diesem Heim zu arbeiten.

Im Zusammenhang mit dem gesetzlich geforderten Qualitätsmanagementsystem wäre es empfehlenswert einen regelmäßig wiederkehrenden Strukturtag einzuführen. Ein solcher Tag ist komplett dem Qualitätsmanagement gewidmet und sollte alle vier Wochen eingerichtet werden. Der Tag sollte dazu genutzt werden, Qualitätsdaten zu sammeln und auszuwerten, sowie eine Qualitätssitzung mit allen Primary Nurses durchzuführen, die von der Pflegedienstleitung moderiert wird. Denkbar wäre es, dass die Pflegedienstleitung in der ersten Hälfte des Tages Qualitätsdaten auswertet, Statistiken erstellt und die Qualitätssitzung vorbereitet. In der zweiten Tageshälfte findet dann die protokollierte Qualitätssitzung statt, in der neben der Verbesserung der Arbeitsqualität und der Bewohnerzufriedenheit auch die Mitarbeiterzufriedenheit im Vordergrund stehen sollte. Hier ist dann auch der Rahmen gegeben, von den Primary Nurses Feedback zur Arbeitsorganisation einzuholen und nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Ebenso kann die Anpassung und Verbesserung des Dokumentationssystems ein mögliches, stetig wiederkehrendes Thema sein. Im Anschluss an die Sitzung erstellt die Pflegedienstleitung das Sitzungsprotokoll und bereitet die Sitzungsergebnisse auf. Das Protokoll wird dann an die Heimleitung weitergeleitet.

Die Teambesprechungen der Bezugspflegeteams sollten mindestens alle drei Wochen stattfinden. Thema dieser durch die Primary Nurse geleiteten Sitzung ist es, die Pflege der Bewohner zu evaluieren, indem Fallbesprechungen durchgeführt werden. Die Primary Nurse bereitet die Besprechung vor und passt anschließend den Pflegeplan an. Außerdem sollte das Thema Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsorganisation auch hier Eingang finden. Somit kann die Primary Nurse Daten für die Qualitätssitzung sammeln. Empfehlenswert wäre es, auch die Teambesprechungen zu protokollieren. Zumal das Verfassen von Protokollen eine Übung für die Pflegekräfte darstellen kann, erlebtes schriftlich darzulegen.

Die notwendigen regelmäßigen Fortbildungen werden von der Pflegedienstleitung geplant. Ein Aufschluss über den Fortbildungsbedarf erhält diese durch die regelmäßigen Qualitätssitzungen mit den Primary Nurses. Allerdings ist es für die Umsetzung der humanistischen Pflegetheorie und die Einführung des Primary-Nursing-Ansatzes notwendig Fortbildungen als Grundlage durchzuführen. So müssen die Heimleitung und die Pflegedienstleitung Fortbildungen zum humanistischen oder systemischen Führungsansatz erhalten. Außerdem sollte die Pflegedienstleitung wenn notwendig in der Nutzung der Office Software unterwiesen werden und ein Moderatorenttraining absolvieren. Sinnvoll wäre auch eine Fortbildung zum Qualitätsmanagement, damit sie die Werkzeuge kennen und nutzen lernt. Die als Primary Nurse vorgesehenen examinierten Pflegekräfte müssen ebenfalls für diese Aufgabe ausgebildet werden. Außerdem wäre es hilfreich, sie in gezielter Gesprächsführung und Moderation zu unterweisen, damit sie in der Lage sind die Teambesprechungen zu moderieren und alle Informationen ihrer Bezugspflegeteams zu sammeln. Außerdem sollten mindestens die Primary Nurses dazu ausgebildet werden, Pflegesituationen phänomenologisch zu beschreiben und Pflegesituationen zu abstrahieren. Sinnvoll ist es auch, alle pflegerischen Mitarbeiter in der Durchführung des Pflegeprozesses zu schulen, um dem Irrtum entgegenzuwirken, der Pflegeprozess bestünde lediglich aus dem Dokumentationssystem. Hilfreich für das Arbeitsklima wäre es außerdem eine Mitarbeiterin in Supervision auszubilden, da diese die entstehende Unruhe bei der Umstellung der Arbeitsorganisation und Enttäuschungen bei einem misslungenen Versuch der existentiellen Begegnung auffangen kann. Zu guter Letzt ist es zu empfehlen, allen pflegerischen Mitarbeitern die Möglichkeit zu bieten, sich eigenständig fortzubilden. Dies kann vor allem durch die Einrichtung eines Internetzuganges und der Schaffung einer Fachbibliothek gewährleistet werden. Paterson und Zderad folgend wäre es als sinnvoll zu erachten, wenn die Bibliothek auch philosophische Literatur enthielte.

### **6.3 Dokumentation und phänomenologische Beschreibung**

Wie bereits erwähnt, erscheint es nicht möglich die phänomenologische Beschreibung in die gängigen Dokumentationssysteme zu integrieren. Dennoch kann sie als ein hilfreiches Instrument des Informationsaustausches und der Problemlösung betrachtet werden. SAILER sieht das Schreiben vor allem als Mittel zur Reflexion an, dem er heilende Effekte und die Möglichkeit der Distanznahme zu geschehenen Pflegesituationen zuschreibt.<sup>159</sup> Insofern wäre es auch sinnvoll das phänomenologische Beschreiben in die Ausbildung zur examinier-

---

<sup>159</sup> Sailer, Marcel (2000), „Das Schreiben als Medium zur persönlichen Reflexion in der Pflegeausbildung“ PR-Internet, S.246

ten Altenpflegekraft zu integrieren. Des Weiteren kann sie gute Dienste für den Beleg der psychosozialen Betreuung der Bewohner liefern. Interessant wäre auch, wenn durch sie ausgelöst würde, dass nicht nur Pflegehandlungen dokumentiert werden, sondern auch, wie der Bewohner zur Mitarbeit bewegt werden konnte. Eine solche Art der Darlegung würde das Dokumentationssystem zu einer wertvollen Informationsquelle für die Pflegekräfte machen und somit ihren Stellenwert für die tägliche Arbeit erhöhen.

Denkbar wäre es, dass zunächst nur die Primary Nurses ihre erlebten Pflegesituationen in einem persönlichen Notizbuch phänomenologisch beschreiben. Das entspricht zwar nicht exakt den Vorstellungen Patersons und Zderads, macht aber im Rahmen des Primary-Nursing-Ansatzes Sinn, da es zu den Aufgaben der Primary Nurse gehört die Pflegeanamnese und die Evaluation des Pflegeplans durchzuführen. Ihre phänomenologischen Notizen können ihr dabei eine wertvolle Informationsquelle sein. Ebenso könnte sie die Gespräche mit ihren Teammitarbeitern und die Situation während der Fallbesprechungen mit diesem Werkzeug beschreiben, um sich vor allem die Zwischentöne zu verdeutlichen. Darüber hinaus ist die phänomenologische Beschreibung gut geeignet, um die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege zu unterstützen. So machen DRÄGER, WINTER und KUHLMAY-BRAUNSCHWEIG in ihrem Artikel deutlich, dass der Grad der Verschriftlichung pflegerischer Arbeit ein Indiz für die Anerkennung der Profession sei und somit das Professionalisierungsbestreben eng mit der Verschriftlichung pflegerischer Arbeit verbunden ist.<sup>160</sup>

Sinnvoll wäre es, wenn die Primary Nurse immer direkt nach der Pflegesituation diese phänomenologisch darlegt, da sie dann ihren gerade erlebten Empfindungen noch sehr nah ist. In die Dokumentation sollte wie bisher einmal pro Tag eingetragen werden. Wichtig ist noch einmal zu bemerken, dass in den Pflegebericht nur dann eingetragen wird, wenn Ereignisse von der Pflegeplanung abweichen. Eintragungen wie: „Es gibt keine besonderen Vorkommnisse“, sind unnötig und führen dazu, dass niemand den Pflegebericht liest und ernst nimmt. Die Erfahrungen und Erlebnisse die den Associate Nurses und den Hilfskräften während der Pflegesituationen auffielen, könnten sie in einem teaminternen Übergabeheft schriftlich darlegen, damit keine Informationen verloren gehen. Die Primary Nurse kann sie dann in dem Heft nachlesen und durch persönliche Gespräche mit ihren Teammitarbeitern vertiefen. Danach kann sie die Informationen abstrahieren und in die Dokumentation überführen.

---

<sup>160</sup> vgl.: Dräger, Dagmar; Winter, Maik H.-J.; Kuhlmay-Braunschweig, Adelheid (2000), „Vom Pfleger zum Sozialmanager – Neue Aufgabenprofile für Führungskräfte in der Altenhilfe“, S. 6

## 7 Ausblick und Reflexion

Das Buch von Paterson und Zderad wirkt für sich allein zunächst abschreckend, weil es in sehr umständlicher Sprache geschrieben ist und die Theorie Richtliniencharakter hat. Viele Praktiker würden nach der Lektüre wahrscheinlich eine Umsetzbarkeit in ihrer Einrichtung bezweifeln. Allerdings gilt es zu bedenken, dass das grundsätzliche Gedankengut eine Bereicherung für die Altenpflege darstellen kann. Dies ist vor allem im Hinblick auf die Schaffung eines eigenen Berufs- und Selbstbildes und der Abgrenzung von der Krankenpflege wesentlich. Insofern ist es auf jeden Fall empfehlenswert sich in Verbindung mit der humanistischen Pflegetheorie mit dem Gedankengut Martin Bubers und Carl Rogers auseinander zu setzen, da die Theorie so an Klarheit gewinnt. Erst im Zusammenhang mit Bubers und Rogers Darlegungen wird deutlich, dass sich eine Ich-Du-Begegnung positiv auf das Verhältnis zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern auswirken wird. Die Pflegetheorie veranschaulicht diesen Zusammenhang nicht eingängig, weil die Autorinnen es versäumen Bubers Philosophie klar darzulegen und sie nahezu als bekannt voraussetzen. Wahrscheinlich haben sie die klare Darlegung der philosophischen Wurzeln versäumt, weil sie ihre Pflegetheorie aus der Praxis heraus entwickelt haben. Allerdings hätten sie dies nachholen müssen, wenn sie ihrem eigenen Wissenschaftsverständnis gefolgt wären. Dies schreibt nämlich vor, dass der Intuition die Analyse folgen muss.

Die humanistische Pflegetheorie erscheint ebenso wie der Existentialismus für die Altenpflege geeigneter zu sein als für die Krankenpflege. Existenzialismus und Altenpflege passen vor allem darum so gut zusammen, weil es für die Altenpflege eklatant wichtig ist zu akzeptieren, dass Heilung nicht ihre Aufgabe ist. Insofern bieten sowohl die Pflegetheorie als auch die philosophische Schule eine Möglichkeit die wahre Aufgabe klar zu erkennen, nämlich bei der Bewältigung der Lebensphase Alter behilflich zu sein. Dies kann gerade jungen Menschen nur dann gelingen, wenn sie lernen ihr Gegenüber intuitiv zu erkennen und in der Begegnung zu den alten Menschen eine Durchdringung ihres Wesens zuzulassen. Ist dies der Fall, wird die Arbeit mit alten Menschen zu einer Bereicherung des eigenen Erfahrungsschatzes und inneres Wachstum unumgänglich. Eine solche persönliche Entwicklung dürfte auch dem privaten Umfeld der Altenpflegekräfte nicht verborgen bleiben und müsste sich somit langfristig positiv auf das Image des Berufes auswirken. Allerdings haben Paterson und Zderad recht, wenn sie sagen, dass die Begegnung durch ein Studium der Literatur und der Philosophie vorbereitet werden sollte. Die geistige Vorbereitung erhöht die Sensibilität für andere Menschen und damit auch die Intensität der Begegnung mit ihnen. Gerade ein so kontaktintensiver Beruf wie die Pflege, sollte von Reflexion und reger geistiger Tätigkeit be-

gleitet sein. Ist dies nicht der Fall, ist Überlastung und Burnout eine nahezu logische Folge. Altenpflegekräften dies nahe zu bringen, scheint aber noch ein langer Weg zu sein, da das Berufsbild bisher noch keine Kultur der philosophischen und literarischen Vorbereitung auf die tägliche Arbeit entwickelt hat.

Kritisch an der Pflege Theorie ist zu betrachten, dass humanistische Pflegekräfte eine bestimmte persönliche Eignung besitzen müssen, da weder existentielle Bewusstheit noch die Begegnung im buberschen Sinne von der Unternehmensführung vorgeschrieben werden können. Dies bedeutet, dass vor allem bei der Auswahl von Auszubildenden geprüft werden muss, ob die Anwärter diese persönliche Eignung mitbringen. Eine derartige Überprüfung ließe sich z.B. mittels strukturierter Bewerbungsgespräche und der Konzeption eines Assessment Centers realisieren. Gerade im Rahmen des Assessment Centers beseht die Möglichkeit, Pflegesituationen als Fallbeispiel zu kreieren und die Haltung der Bewerber somit in der direkten Interaktion zu beobachten.

Zu guter Letzt muss in der Praxis überprüft werden, ob sich die phänomenologische Beschreibung in den pflegerischen Alltag integrieren lässt. Wie dargelegt erscheint eine Integration in das Pflegedokumentationssystem ebenso unwahrscheinlich, wie die Vermutung, dass Pflegekräfte diese Tätigkeit ohne Fortbildungsmaßnahmen durchführen können. Außerdem stellt die Aufgabe des phänomenologischen Beschreibens eine weitere administrative Aufgabe dar, die gepaart mit den anderen administrativen Aufgaben von der direkten Arbeit mit dem Bewohner wegführt. Somit sollten die momentanen administrativen Aufgaben einer sorgfältigen Prüfung unterzogen werden, damit sie auf ein Minimum reduziert werden können. Hier gilt der Grundsatz, so viele administrative Aufgaben wie nötig, aber so wenig wie möglich. Definitiv ist jedoch festzuhalten, dass die phänomenologische Beschreibung für die Pflege informativer sein wird, als der tägliche nichtssagende Eintrag in den Pflegebericht.

Ökonomische Aspekte fanden keinen Eingang in diese Arbeit. Die Ausblendung dieses Aspektes erfolgte auf Grund des begrenzten Umfanges einer Diplomarbeit und den Ergebnissen einer Studie folgend, über die Spiegel Online berichtete. In dieser Studie „...räumen die Experten [...] mit einem Missverständnis auf, das bislang als Faustformel im Unternehmensalltag galt: dass Produktivität in erster Linie durch Investitionen zu erreichen ist.“ [...] Den größeren Anteil [der Produktivität] von 55 Prozent erbringt [jedoch] nur eine Verbesserung der Arbeitsleistung durch: Fortbildung der Mitarbeiter, bessere Organisation der Arbeit und

*gradliniges Management.*<sup>161</sup> Die humanistische Pflegetheorie bietet in Kombination mit den angesprochenen Führungsansätzen und dem Primary Nursing eine Möglichkeit diese Erkenntnis für die Praxis zu nutzen. Allerdings werden bei der Umstellung der Organisation direkte Kosten durch den Faktor Fortbildung entstehen. Außerdem ist zu bedenken, dass der Akt der Umorganisation mit Sicherheit zeitliche Ressourcen binden wird, die sich aber langfristig selbst wieder decken sollten. Die zeitliche Ressourcenbindung besteht hier vor allem in der Freistellung der Mitarbeiter für Fortbildungen und den Besprechungen, die für die Überwachung des Organisationsentwicklungsprozesses notwendig sind.

Die vorliegende Arbeit kann als eine Kombination von geisteswissenschaftlichen Theoremen und Managementwissen betrachtet werden. Leider geht auch sie nicht weit genug, um eine sofortige Umsetzung der Pflegetheorie in die Praxis möglich zu machen. Diese Arbeit zeigt lediglich auf, inwiefern sich die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft für die Praxis nutzen lassen. Eine weiterführende Aufgabe wäre es, praktische Konzepte zu entwickeln welche auf die Erkenntnisse dieser Arbeit fußen könnten. Denkbar wären auf individuelle Einrichtungen gemünzte Organisationskonzepte und verbesserte Pflegedokumentationssysteme auf dem Hintergrund der humanistischen Pflegetheorie. Auf jeden Fall ist es als wünschenswert zu betrachten, dass auf diesem gedanklichen Pfad weiter gearbeitet wird, da sich die Möglichkeit bietet die Eigenverantwortung von Altenpflegekräften zu stärken und damit das Arbeitsklima zu verbessern.

Ich persönlich habe gerade die Beschäftigung mit der Philosophie Martin Bubers als eine Bereicherung für das tägliche Leben empfunden. Buber gelingt es, bei der Darlegung seiner Gedanken mit dem Leser in einen direkten Dialog zu treten, so dass das Gefühl entsteht, man befände sich tatsächlich im persönlichen Gespräch mit ihm. Dieses Phänomen führt dazu, dass die Dialogphilosophie nahezu spielend im Alltag anwendbar wird. Nach meiner Erfahrung hat Buber recht damit, dass das Erlebnis einer echten Ich-Du-Beziehung eine erstaunliche und bereichernde Erfahrung ist. Dank Buber ist es mir möglich geworden, wach-samer für die unzähligen Ich-Du-Begnungen zu werden, die sich mir jeden Tag eröffnen.

---

<sup>161</sup> Kröger, Michael (8.9.2004); [www.spiegel-online.de](http://www.spiegel-online.de); „Produktivitätsfalle, wie Manager den Fortschritt ausbremsen“

## 8 Literaturverzeichnis

- Benner, Patricia; Wrubel, Judith (1997); *„Pflege, Stress und Bewältigung – Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit“*; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Verlag Hans Huber)
- Bieberstein, Ingo (2001); *„Dienstleistungsmarketing“*, 3. überarb. Und aktualisierte Auflage; Ludwigshafen (Kiehl-Verlag)
- Bördgen, Nicole (2001), *„Edel, hilfreich und gut“*, Zeitschrift Altenpflege 12/01, Hannover (Vincentz Verlag)
- Brockhaus GmbH (1995); *„Band 20, Wel-Zz“*, München (Deutscher Taschenbuch Verlag)
- Buber, Martin (2000); *„Das Problem des Menschen“*, Heidelberg (Verlag Lambert Schneider GmbH)
- Buber, Martin (1978); *„Begegnung – Autobiographische Fragmente“*, 3. verbesserte Auflage; Heidelberg (Verlag Lambert Schneider GmbH)
- Buber, Martin (2002); *„Das dialogische Prinzip“*, 9. Auflage; Gütersloh (Lambert Schneider/Gütersloher Verlagshaus)
- Cappel, Eckard (2000), *„Versorgungsstrukturen und Pflegekonzepte“*, Zeitschrift Altenpflegeforum, Hannover (Vincentz Verlag)
- Dahlgaard, Knut Prof. Dr. (1999), *Forschungsprojekt „Qualitätsmanagement in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ –Zwischenbericht“*, Forschungsberichte des Fachbereichs Sozialpädagogik an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
- Dahlgaard, Knut Prof. Dr. (2001); *„Reader zur Veranstaltung Organisation“*; Hamburg (Hochschule für angewandte Wissenschaften Fachbereich Sozialpädagogik, Studiengänge Pflege und Gesundheit)
- Delius, Christoph; Gatzemeier, Matthias; Sertcan, Deniz; Wünscher, Kathleen (2000); *„Geschichte der Philosophie von der Antike bis Heute“*; Köln (Könemann Verlagsgesellschaft mbH)
- Dräger, Dagmar; Winter, Maik H-J; Kuhlmay-Braunschweig, Adelheid (2000), *„Vom Pfleger zum Sozialmanager – Neue Aufgabenprofile für Führungskräfte in der Altenhilfe“*, Zeitschrift Altenpflegeforum, Hannover (Vincentz Verlag)
- Duden, Band 7 (2001); *„Das Herkunftswörterbuch – Etymologie der deutschen Sprache“*, 3.; völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage; Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich (Dudenverlag)
- Flemming, Daniela (2002), *„Pflegedokumentation: Wiederholte Bemühungen“*, Zeitschrift Altenpflege 6/02, Hannover (Vincentz Verlag)

- Fussek, Claus (2004); „*Wer schweigt macht sich schuldig*“; Pflege Zeitschrift März 2004; Stuttgart (Kohlhammer Verlag)
- Grünewig, Johannes (1997); "*Pflege Theorie und subjektive Konzepte - Eine Betrachtung des Pflegemodells von Silvia Käppli und seiner philosophischen und wissenschaftstheoretischen Grundlagen*", Projektgruppe Subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte FH Frankfurt a.M.; die Kunst der patientenorientierten Pflege (Mabuse Verlag)
- Hallersleben, Jörg (2002); „*Pflegequalität auf dem Prüfstand – Neue Regelungen zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes im SGB XI und im Heimgesetz*“; PflGe, 7. Jg. Nr. 1
- Huhn, Siegfried; Schmoecker, Mary; Schröder, Barbara; Hrsg. Kämmer, Karla (1996); „*Pflegemanagement in Altenheimen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisationen*“, Hannover (Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei GmbH)
- Käppli, Silvia Dr. Dr.(2000); "*Tradition und Entwicklung in der Pflegewissenschaft – Festvortrag zur Eröffnung des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e.V.*", Quelle: [www.dip-home.de/downloads/Festrede\\_Silvia\\_Kaeppli.pdf](http://www.dip-home.de/downloads/Festrede_Silvia_Kaeppli.pdf) , Stand 14.6.2004
- Martin-Buber-Gesellschaft; <http://www.buber.de/de/ueberblick.html>; Stand 20.10.2004
- Meleis, Afaf Ibrahim (1999); „*Pflege Theorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*“, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Verlag Hans Huber)
- Menz, Adrian P. (1989); „*Menschen führen Menschen – Unterwegs zu einem humanen Management*“, Wiesbaden (Gabler Verlag)
- Netzwerk Primary Nursing; <http://primarynursing.de>, Stand 13.11.2004
- Neuberger, Oswald (2002); „*Führen und führen lassen*“, Stuttgart (Lucius&Lucius Verlagsgesellschaft mbH)
- Noelle-Neumann, Elisabeth; Haumann, Wilhelm (2000); „*Altenpflege – Beruf oder Berufung. Bericht über eine repräsentative Befragung von Altenpflegeschülern/innen zur Attraktivität vom Pflegeberuf*“, Allensbach (Institut für Demoskopie)
- Nolte, Klaus-Dieter (2002), „*Die Last mit der Belastung*“, Zeitschrift Altenpflege 4/02, Hannover (Vincentz Verlag)
- Peterson, Josephine G.; Zderad, Loretta T. (1999); „*Humanistische Pflege*“, Bern (Verlag Hans Huber)
- Quittmann, Helmut (1996); „*Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung*“, 3. überarb. und erw. Auflage; Göttingen (Hogrefe-Verlag)
- Rogers, Carl R. (1985); "*Entwicklung der Persönlichkeit*", Stuttgart (Klett-Cotta)

- Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel L. (1980); *„Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit“*; Stuttgart (Klett-Cotta)
- Sailer, Marcel (2000), *„Das Schreiben als Medium zur persönlichen Reflexion in der Pflegeausbildung“*, Zeitschrift PR-Internet 11/00, Mönchaltorf (Verlag hpsmedia)
- Scheffel, Friedhelm (2000), *„Lebenswelt in der Pflege – Anforderungen an die Berufliche Pflege“*, Lage (Verlag Hans Jacobs)
- Stratmeyer, Peter (1997); *„Ein historischer Irrtum der Pflege? Plädoyer für einen kritisch-distanzierten Umgang mit dem Pflegeprozess“*; Dr.med. Mabuse. 22.Jg. Heft 106; S.34-38; Frankfurt (Mabuse-Verlag)
- Stemmer, Renate Prof. Dr. (2003); *„Theorieentwicklung in der Pflege – ein Rückblick“*, [www.kfh-mainz.de/downloads/pflege/stemmer/ptheoriePflege.pdf](http://www.kfh-mainz.de/downloads/pflege/stemmer/ptheoriePflege.pdf), Stand 9.9.2004
- Steppe, Hilde (1985); *„Die historische Entwicklung der Krankenpflege als Beruf – Auswirkungen dieser Entwicklung auf heutige Strukturen“*; Deutsche Krankenpflegezeitschrift; Stuttgart (W. Kohlhammer GmbH)
- Tewes, Renate (2000), *„Pflegerische Verantwortung – Forschungsergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung“*, Zeitschrift Altenpflegeforum, Hannover (Vincentz Verlag)
- Vahs, Dietmar (2001); *„Organisation – Einführung in die Organisationstheorie und –praxis“*, 3. Auflage; Stuttgart (Schäffer-Poeschel Verlag)
- Voges, Wolfgang (2002); *„Pflege alter Menschen als Beruf“*, 1. Auflage; Wiesbaden (Westdeutscher Verlag)
- Voss, Helmut (1990); *„Motivation und Organisation im Altenheim“*; Hannover (Vincentz Verlag)
- Weber, Petra Prof. (1999), *Forschungsprojekt: Qualitätssicherung in der Altenpflege in Hamburg*, Forschungsberichte des Fachbereichs Sozialpädagogik an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
- Weber, Petra Prof.; Helmer, Karin; Liedtke, Edelgard (2003); *„ProQua Schlussbericht, Projekt Qualitätsentwicklung ambulanter Pflegedienste in Schleswig-Holstein“*; <http://landesregierung.schleswig-holstein.de>; Stand 14.11.2004
- Weiss, Thomas (2004); *„Wer schreibt der bleibt“*, Zeitschrift Altenpflege 1/02, Hannover (Vincentz Verlag)
- Weltchronik; <http://www.weltchronik.de/bio/cethegus/m/marcel.html>; Stand 4.11.2004
- Willhelm, Hans-Jürgen Dr. (2001), *„Auf der Suche nach dem Sinn“*, Zeitschrift Altenpflege 12/01, Hannover (Vincentz Verlag)
- Kröger, Michael (8.9.2004); *„Produktivitätsfalle, wie Manager den Fortschritt ausbremsen“*,

## Diplomarbeit

Humanistische Altenpflege! – Anforderungen für die Umsetzung der humanistischen Pflegelehre

www. spiegel-online.de, Teil Wirtschaft , Stand 9.9.2004

Quittmann, Helmut (1996); „*Humanistische Psychologie: Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung*“, 3. überarb. und erw. Auflage; Göttingen (Hogrefe-Verlag)

## 9 Eidesstattliche Erklärung

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

---

Ort, Datum, Unterschrift