

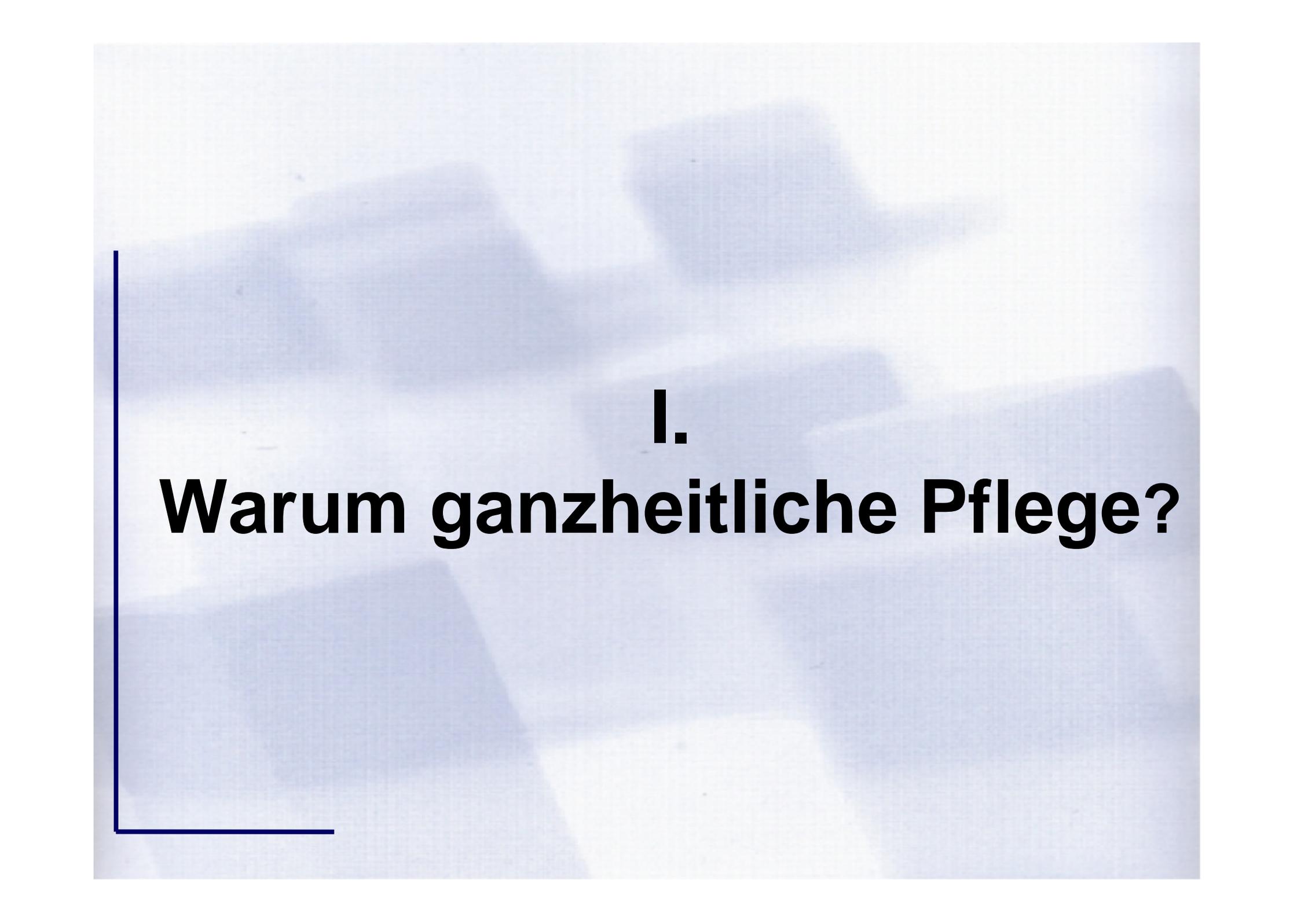
Ganzheitlichkeit in der Pflege Praxis – gestern und heute

**Fachtagung
Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg
16. Juli 2008**

Prof. Dr. Hermann Brandenburg
Vallendar, Freiburg

Gliederung

1. Warum ganzheitliche Pflege?
2. Aktuelle Herausforderungen der gerontologischen Pflege
3. Die zentrale Gefahr: Ökonomisierung des Pflegerischen
4. Rettung der Ganzheitlichkeit?!



I.

Warum ganzheitliche Pflege?

Idee der ganzheitlichen Pflege

- Der ganze Mensch steht im Mittelpunkt, nicht nur seine Teile
- Körperliche, psychische und soziale Aspekte des Menschen sind Gegenstand der Pflege
- Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile

Mindestens drei Motive

- Absetzung von der Medizin
(naturwissenschaftlicher Funktionalismus)
- Entwicklung eines eigenen pflegerischen Profils
- Identitätsstiftender Charakter

Historie

- Kritik der Wissenschaftsgläubigkeit
- Die 20er und 30er Jahre
- Allgemeine Systemtheorie und Gestaltpsychologie
- Drei Ideen:
 - Kritik des Reduktionismus (Analyse isolierter Einzelphänomene)
 - Eigenlogik des Ganzen
 - Gleichgewichtsidee (Homöostase)
- Praxis: Sozialreform in den USA, Public Health, Prävention, Gesundheitserziehung etc.

Theorieentwicklung

- Einfluss auf die Theorieentwicklung der 60er und 70er Jahre
- Dorothy Johnson spricht von der Zuständigkeit der Pflegenden vor, während und nach der Krankheit
- Nancy Roper betont, dass die Pflegende auch das Thema der Arbeitslosigkeit ansprechen soll, um dem Patienten in dieser Situation zu helfen

Und in Deutschland?

„‘Ganzheitliche Pflege‘ ist nichts Neues, nichts Umwälzendes, es sei denn: eine Herausforderung, eine Chance, eine Hoffnung! Was aber ist Hoffnung? ... Ganzheitliche Pflege findet man nicht wie Blaubeeren auf einer Waldlichtung, als etwas, das man nach Hause mitnehmen und im Einmachglas aufbewahren kann. Ganzheitliche Pflege ist etwas Dynamisches. Es leuchtet ein – oder eben nicht! Es ist auch nichts Außergewöhnliches, viel eher das Selbstverständliche, dann: Wenn wir wieder mehr vom Leben her denken, von dem her, was für uns bestimmt und stimmig ist.“ (Juchli 1989, 996 ff.)

Drei Schwierigkeiten

- Anspruch, das Ganze zu erfassen (prinzipiell unmöglich!)
- Das Bestreben, für alle Bedürfnisse des Menschen zu sorgen (prinzipiell grenzenlos!)
- Und – die Maßstäbe, Grenzen etc. bleiben diffus und unklar!

Beispiel – die Interaktion

- Der naturwissenschaftliche Blick (Foucault) war und ist fokussiert auf den Körper
- Der ganzheitliche Blick (Pflegetheorien) fokussiert auf die Beziehung und Interaktion

Beziehung als Partnerschaft

- Traditionelle Sicht der Medizin: Der Arzt weiß, was für den Patienten gut ist, steht dem Patient neutral und distanziert gegenüber, ist nur der Gesundheit, nicht der Person des Patienten verpflichtet (Parsons 1951) (Asymmetrie)
- Ganzheitliche Pflege: Offenheit für die Bedürfnisse von Patienten, persönliche Beziehung, partnerschaftliches Modell, gegenseitiges Vertrauen und Zutrauen (Symmetrie)

Vorbild Intimbeziehung

Die Charakterisierung der Beziehung zwischen Helfer und Patient/ Bewohner als „echt“, „partnerschaftlich“ etc. erinnert stark an die intime Zweierbeziehung (in der Familie), die genau das leisten kann. Überall ist man gefragt als Teil(person): Im Wirtschaftssystem als Kunde, im Bildungssystem als Schüler/Student, im politischen System als Wähler. Die Funktion der Familie ist die „gesellschaftliche Inklusion der Vollperson“ (Niklas Luhmann 1990, 208). Gerade weil es sonst anonym und unpersönlich zugeht, braucht man eine persönliche Beziehung, die einen als ganzen Menschen ernst nimmt.

Zweifel an der Übertragbarkeit dieses Modells auf die Pflege

Professionelle Pflege	Intimbeziehung
Bezahlung	Keine Bezahlung
Ausbildung	Keine Ausbildung
Trennung von Arbeit und Privatem	Keine Trennung
Biographie (als Information)	Biographie (als gegenseitiges Erlebnis)
Gefühlsarbeit als zielgerichteter Prozess: Trostarbeit, Identitätsarbeit etc. (Strauss) – Ziel: Unterstützung einer Intervention (eingeschränkter Fokus)	Gefühlsarbeit (uneingeschränkt)

II.

**Aktuelle Herausforderungen
der gerontologischen Pflege**

Alter(n) ist keine Krankheit

- **80% der über 60jährigen fühlen sich gesund**
- **21,2% der alten Frauen und 19,5 der alten Männer fühlen sich krank**
- **27,8% der über 75-jährigen klagen über Gesundheitsbeschwerden**

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004

Krankheitsentwicklung im Alter

- **Variabilität der Alterns- und Krankheitsprozesse**
- **Chronizität: 89% aller erkrankten Personen über 65 Jahre haben ein chronisches Leiden**
- **Multimorbidität: jeder Dritte (> Jahre) hat fünf mittelschwere Krankheiten**

Quelle: Mayer & Baltes 1996, Kuhlmeier & Winter 2003, BMFSFJ 2002

Gerontologisierung und Geriatriisierung des Systems

- **Stationär:**
 - **40% aller Krankenhausbetten für die Behandlung über 65jähriger Personen**

- **Ambulant:**
 - **49% aller Arztkontakte bei Allgemeinmediziner und Internisten durch über 60jährige Menschen**

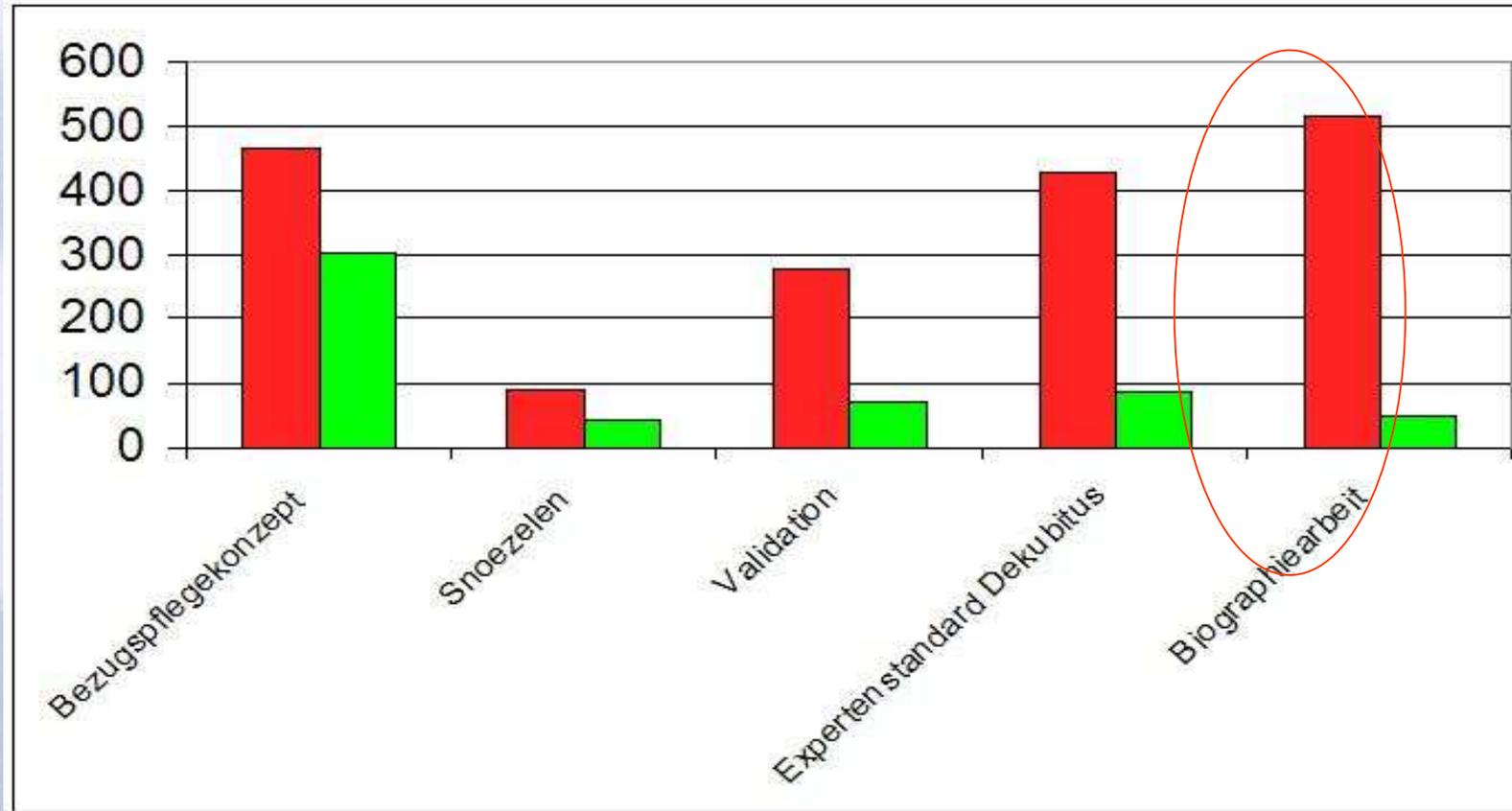
Quelle: Garms-Homolová & Schaeffer 1998, Brenner et al. 2000

Erste Herausforderung: Neue Aufgabenprofile

- **Pflegemessverfahren**
- **Pflegebegutachtung**
- **Pflegeberatung**
- **Überleitung / Case-Management**
- **Informatik**

Quelle: Klie & Brandenburg 2003

Zweite Herausforderung: Transfer neuer Erkenntnisse



Konzepte in der Entwicklung und Umsetzung

Quelle: Pflerthermometer 2003

Dritte Herausforderung: Konzeptentwicklung und Mitarbeit

- Öffnung der stationären Altenpflege
- Wandel der „totalen Institution“
- Neue Wohn-, Pflege- und Betreuungskonzepte
- „Nursing“ und „Care“

Für die Bildungsdebatte wichtig: Don't create patch workers!

Core Competencies for Health Care Professionals

(Institute of Medicine 2003)

- Provide patient-centered care
- Work in interdisciplinary teams
- Employ evidence based practice
- Apply quality improvement
- Utilize informatics

Die Möglichkeiten der Zukunft

Forschungsbefunde zeigen die Verbesserung der Pflege alter Menschen durch evidence based care interventions

- **Die Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen**
(Evans et al. 2002, Bourbonniere et al. 2003, Klie et al. 2005)
- **Assessment und Management von Dekubitalulcera**
(Schoonhoven et al. 2002, DNQP 2001)
- **Ernährung in Langzeitpflegeeinrichtungen**
(Crogan et al. 2001, BUKO 2006)
- **Verhinderung von Stürzen**
(Schwendimann et al., J Geron Nurs, in press, Becker et al. 2003
[activinjedemalter.de], DNQP 2002)

Insgesamt also ...

- **Erhöhte Anforderungen – bei gleichzeitigem**
- **Personalabbau (quantitativ) in den fortgeschrittenen Industrienationen weltweit (u.a. USA, Kanada, Europa, Japan, Singapore ...)**
- **20% Defizit bei qualifiziertem Fachpersonal im Jahre 2020 (Buerhaus et al. 2000)**

Worum geht es?

Aufrechterhaltung und Entwicklung
einer lebensweltlich orientierten
Altenpflege



III.
**Die zentrale Gefahr:
Ökonomisierung des
Pflegerischen**

Ökonomisierung I

- Die Ökonomisierung meint zunächst nichts anderes als die Übertragung von ökonomischen Denkstile und Arbeitsprozessen auf pflegerische (und) soziale Tätigkeiten.
- Diese Entwicklung führt dazu dazu, dass Krankenhäuser, Altenheime und häusliche Pflegedienste als Wirtschaftsunternehmen anzusehen sind.

Ökonomisierung II

- Die Leistungserstellung wird mehr und mehr unter Kriterien der Effizienz und Effektivität organisiert.
- Unter dieser Perspektive erhalten moderne Managementkonzepte und betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrumente auch hierzulande immer größere Bedeutung

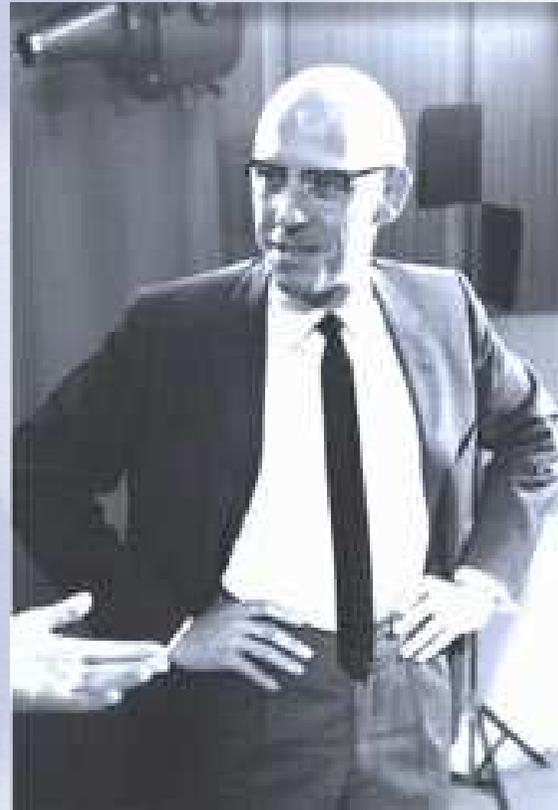
Ökonomie als leitendes Handlungsprinzip

- Die neoliberalen Politik stellt eine Weiterentwicklung des klassischen Liberalismus dar
- Der Markt selber wird jetzt zum organisierenden und regulierenden Prinzip des Staates, der Markt kontrolliert den Staat und nicht umgekehrt

Ökonomisierung des Pflegerischen

(Friesacher 2008)

- Vorbild USA: Managed Care und Verbetriebswirtschaftlichung der Gesundheit
- Veränderung der Sprache im modernen Management
- Qualitätssicherung als Menschenführung



Michel Foucault

(franz. Philosoph und Soziologe; *15.10.1926, † 25.06.1984)

- Begründer der Diskurstheorie
- Schwerpunkte seiner Arbeiten:
 - Offenlegung von Machtstrukturen, Kontrollsystemen sowie Ausgrenzungstechniken der abendländischen Gesellschaft
- Lebenswerk in vier Jahrzehnten:
 - 1950er Jahre: Die Repression des freien Subjekts
 - 1960er Jahre: Archäologie des Wissens
 - 1970er Jahre: Genealogie der Macht
 - 1980er Jahre: Gouvernamentalität

Foucaults Genealogie der Macht (frühe 70er Jahre)

- „Unter Macht scheint mir, ist zunächst zu verstehen:
 - die Vielfältigkeit von Kräfteverhältnissen, die ein Gebiet bevölkern und organisieren;
 - das Spiel das in unaufhörlichen Kämpfen und Auseinandersetzungen diese Kraftverhältnisse verwandelt, verstärkt, verkehrt;
 - die Stützen, die diese Kraftverhältnisse aneinander finden, in dem sie sich zu Systemen verketteten....“
- Foucault lehnt damit gängige Machttheorien ab:
 - Deutung von Macht als Eigenschaft einiger und als Repression aus Sicht Foucaults zu reduktionistisch

Foucault betont ...

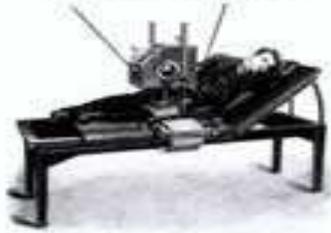
- Die Anonymität der Macht
- Die Produktivität der Macht
- Die Unmöglichkeit einer Lokalisierbarkeit der Macht

(Deleuze 1992, 47): ... „endlich etwas Neues seit Marx“

Übertragung auf die moderne Medizin

- In der westlichen Gesellschaft hat die Medizin einen ungeheuren Zuwachs an Macht erhalten
- Umstrukturierungen des gesellschaftlichen Raums und des Selbstverständnisses unserer Kultur

Michel Foucault
Die Geburt der Klinik
Eine Archäologie
des ärztlichen Blicks



Warum hat die Medizin Macht?

- Erstens: *Sie hat ein neues Denken erzeugt*
- Im 19. Jahrhundert hat sie den Körper geöffnet und ihn erforscht
- Die Geburt der Klinik war verbunden mit der Entwicklung der modernen Medizin, der Verdrängung der Pflege und der Etablierung einer neuen Hierarchie als Forschungsinstitution

Warum hat die Medizin Macht?

- *Zweitens: Sie hat ein Regime der Disziplin durchgesetzt*
- Das Krankenhaus als Disziplinaranstalt
- Aufgabe besteht in der Abrichtung der Körper
- Moderne Macht formt die Individuen
- Die Medizin bzw. das Krankenhaus wirkt bei der Produktion des disziplinierten Menschen mit

Warum hat die Medizin Macht?

- *Drittens: Sie nimmt mit der Bio-Politik Einfluss auf die Bevölkerung*
- Fortpflanzung, Geburten- und Sterblichkeitsraten, Gesundheitsniveau, Lebensdauer usw. werden reguliert
- Ärzte (und Pflegende) sind unmittelbar am Vollzug dieser Politik beteiligt

Die Ambivalenz des Fortschritts

- Die Geburtenrate wird Ausgangspunkt staatlicher Interventionen, das Sterben wird hinausgezögert und verhindert, das Gesundheitsniveau angehoben
- Dies ist ein Fortschritt, gleichzeitig aber auch ein Ausdruck subtiler Macht

Medizin als Technologie der Macht

- Warum? Weil die Medizin die Aufgabe übernommen hat, das Leben zu erhalten, seine Kräfte zu steigern und zu modellieren
- Damit legitimiert die Medizin ihre Zugriffe auf den Körper und die Einschränkung der Autonomie

Und die Pflegenden?

- Als Handlungsträger sind Pflegende am Erhalt der gesellschaftlichen Ordnung beteiligt
- Pflege zivilisiert den zu Pflegenden dadurch, dass sie die Gesellschaft vor dem Irrationalen und Fremden schützt

Ein Beispiel (Gröning 2000)

- Menschen mit Demenz stellen aufgrund ihrer Andersartigkeit eine Bedrohung dar
- Das Pflegeheim bildet ein Auffangbecken für die Gesellschaft
- Es verwahrt, versorgt, überwacht die zu pflegenden Menschen, die in keinem anderen Pflegearrangement mehr zu versorgen sind
- Pflegende bearbeiten das Naturhafte am Menschen (Körper) und verwandeln durch ihre Arbeit Natur in Kultur, leisten Zivilisierungsarbeit

QM als eine Form der Menschenführung

- „Die Qualitätsspezialisten kontrollieren nicht mehr die Produkte, sondern die Selbstkontrolle der Mitarbeiter“
- Die Fabrikordnungen des Disziplinarzeitalters werden (Autorität, Disziplin, Unterordnung) werden durch Unternehmensphilosophien abgelöst, die die Akzeptanz der Mitarbeiter brauchen um die Ausrichtung an den Kundenwünschen (die sie wecken) zu organisieren

Die Bedeutung des Managements

- Nicht der Manager beherrscht unser Leben, sondern das Management
- Dies fordert den Menschen nicht nur hinsichtlich seiner Produktionsfähigkeiten, sondern hinsichtlich seiner ganzen Person
- Managementbücher bilden das Pendant zu policywissenschaftlichen Traktaten und Disziplinarordnungen

Fremd- und Selbsttechniken

- Hier bedarf es im Sinne Foucaults einer Analyse der Fremd- und Selbsttechniken, die den einzelnen befähigen sollen, sich im Sinne des Marktes zu verhalten
- Total Quality Management (TQM) untersucht nicht mehr das Produkt an sich, sondern den Produktionsprozess und die Selbstkontrolle der Produzenten

Motivierte Mitarbeiter – auch in der Pflege

- Kurze prägnante Formulierungen erzeugen ein Wir – Gefühl
- Für die Umsetzung von TQM braucht man motivierte Mitarbeiter. Dies geschieht im Sinne der Bedürfnisbefriedigung. „Der Qualitätsmanager figuriert als >guter Hirte<, er weiß,..., was die ihm Anvertrauten brauchen.“ (Bröckling 2000)

Rolle der Pflege

- Sie leistet ihren Beitrag zur Normalisierung und Disziplinierung – gerade durch Unterstützung, Beratung, etc.
- Sie leistet ihren Beitrag zur Konstruktion von Pflegebedürftigkeit und Bewältigung dieser Herausforderung
- Sie leistet ihren Beitrag zur Ökonomisierung als leitendem Prinzip – gerade durch die Ambivalenz von Konzepten wie „Selbstpflege“

Die paradoxe Situation für die Pflege

- Die Paradoxie liegt in der ambivalenten Situation zugleich zu führen und Macht auszuüben wie auch selber geführt zu werden und Mechanismen ökonomischen Denkens in Form des modernen Managements weitgehend zu internalisieren
- Kooperation, Transparenz, Mitarbeiterorientierung etc. sind ambivalente Begriffe.



**IV.
Rettung der
Ganzheitlichkeit?!**

Gezeigt wurde:

- 1. Ganzheitliche Pflege (als Alternative zur Medizin) ist nicht möglich, das Stichwort muss heißen: Patientenorientierung
- 2. Drei Herausforderungen: „Neue“ Aufgaben, Transfer neuer Erkenntnisse und Deinstitutionalisierung
- 3. Ökonomisierung als Gefahr (auch der Machtausübung durch Pflegende)

These

- Die bloße Erweiterung des medizinischen Qualitätsverständnisses (dominierende über den MDK) durch „weiche“ Kriterien (Autonomie, Privatheit etc.) und ein damit verbundener Wechsel des organisatorischen Rahmens kann allenfalls der erste Schritt sein. Ziel muss es sein das vorherrschende Qualitätsverständnis von Pflege (d.h. über Pflege) anzutasten.

Heimkritik auf dem Prüfstand I

- Die Suche nach „besseren“ Konzepten (Hausgemeinschaftsmodelle etc.) hat Konjunktur
- So dringlich der Aufbau von Organisationsalternativen zum Heim auch ist, die Vorstellung, damit bereits Qualitätsverbesserungen zu erzielen, ist so lange wenig plausibel, wie der Maßstab für die Qualität in erster Linie von etablierten Fachdisziplinen (Medizin, Ernährungswissenschaft, Hygiene etc.) bestimmt wird

Heimkritik auf dem Prüfstand II

- Selbst wenn die Verfechter v. Wohngemeinschaften sich zu einer „sozialen Bewegung“ verdichten und gegenüber dem Heimgesetz Fakten schaffen, die Deregulierungen werden nachträglich nachjustiert
- In Baden-Württemberg plant die Heimaufsicht die Qualitätskontrolle auch bei Wohngemeinschaften, die außerhalb des Heimgesetzes existieren. Es droht die Vorgabe von Qualitätsstandards durch externe Prüfinstanzen und damit die Kontrolle und Überwachung bis in die Häuslichkeit

Und warum ist das schlimm?

- Weil das, was „Qualität“ in der Altenpflege bedeutet, derzeit am wenigsten von der Altenpflege selbst bestimmt wird.
- Es dominiert eine extern vorgegebene Qualitätssicherung - Altenpflege im Zugriff der Disziplinen!

Altenpflege im Zugriff der Disziplinen

- Schon heute ist de facto die Verantwortung für QM bei der Heimaufsicht oder beim MDK nach dem Motto: „Wenn die Prüfer keine Mängel feststellen, dann gibt es keinen Handlungsbedarf“
- Medikalisierung auch der „Sozialen Betreuung“ – Pflegeleistungsergänzungsgesetz setzt für die Bewilligung v. Leistungen eine Begutachtung durch den MDK voraus

Altenpflege zwischen „Nursing“ und „Care“

- Einerseits immer mehr Regulierungen der körperbezogenen Pflege
- Andererseits müssen „Alltagsnormalität“, „Selbstbestimmung“, „Integrität“ und „Individualität“ als „regulative“ Werte gesehen werden, die einem bloß instrumentellen Zugriff der Disziplinen Grenzen setzt

Erste Voraussetzung

1. Entwicklung der Professionalität in der Altenpflege

- **A) Bedürfnissen des Bewohners**
- **B) Aushandlungsgeschehen**
- **C) Arbeitssystematik**
- **D) Evidenz**

Zweite Voraussetzung

2. Anerkennung der Autonomie der Altenpflege

- Statt totaler Vorgabe von Qualitätsstandards müssen die Kriterien der Lebenswelt (Selbstbestimmung, ethische Abwägung, Individualität) Korrektiv bleiben – in der Verantwortung der Praktiker vor Ort!

Dritte Voraussetzung

3. *Keine Medikalisierung der Altenpflege*

- ... „Gegen die Logik der Macht ... gilt es verloren gegangene Formen der Bewältigung von Leiden wieder neu zu entdecken“ (Pillen, 1997, 117)...
- ... Ihre größere Nähe zu den Kranken gibt der Pflege die Chance, wachsamer für deren Bedürfnisse zu sein, ... vielleicht einen kritischen Blick dafür zu entwickeln, welche von diesen Bedürfnissen erzeugte Bedürfnisse sind“ (Pillen, 1997, 117)

Vierte Voraussetzung

4. Entwicklung der Wissenschaft (Gerontologische Pflege)

- Identitätsbildung
- Forschung zu Qualität und Problemen der Qualitätssicherung
- Drei Ebenen (Empirie, Organisationsentwicklung, Gesellschaftskritik)

Fünfte Voraussetzung

- ... Es ist wichtig, eine Haltung der ständigen Wachsamkeit zu entwickeln, um die Gefahr der Vereinnahmung durch die Macht zu erkennen. Nur dann kann eine Macht des Widerstands entwickelt werden ... (Pillen 1997, 117)

Die kleinen Dinge und der große Kampf

- Jeder von uns kann sich engagieren – und warum nicht für die kleinen Dinge?
- Mut, Zuversicht und Selbstvertrauen sind notwendig – keine großen Theorien
- Der Weg der Professionalisierung ist ein Spagat – zwischen Macht und Kritik der Gesellschaft

