



Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege

Wenn es im Jahre 2015, nach mehr als 60 Jahren der Etablierung von Pflegewissenschaft im internationalen Raum und nach über 20 Jahren der Akademisierung der Pflege, auch hierzulande notwendig erscheint, einen Beitrag über das Eigentliche der Pflege zu publizieren, scheint etwas Grundsätzliches in der Pflege nicht in Ordnung zu sein. Der Autor, selbst seit mehr als 30 Jahren Teil der „Pflegeszene“ in vielen verschiedenen Handlungsfeldern, verspürt ein so großes Unbehagen und fragt sich: **Wo bleibt eigentlich die Achtung vor der „Grundpflege“?** *Dr. phil. Heiner Friesacher*

Dabei könnte man ja durchaus geneigt sein, die derzeitigen Entwicklungen in der Pflege als Schritte in die richtige Richtung zu bewerten: die längst überfällige Zusammenführung der drei grundständigen Ausbildungsgänge der Pflege, die akademische Qualifizierung von Pflegeexperten für diverse Praxisfelder der Pflege, die Bemühungen um eine Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Die entscheidenden Veränderungen werden aber bisher nicht vollzogen: die Aufwertung und Anerkennung der originären Pflegearbeit und das Festschreiben von autonomen Handlungsspielräumen für die professionell Pflegenden. Das heißt konkret: die Schaffung eines arztfreien Raums auch im Krankenhaus. Das wären die Grundlagen für ein neues Verständnis von professionellem Pflegehandeln.² Wir erleben aber gerade Entwicklungen, die in eine andere Richtung zielen. Der Kostendruck, absehbare Versorgungsengpässe und eine desintegrierte Versorgungspraxis im Gesundheitswesen führen zu Überlegungen einer neuen Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Pflegenden übernehmen neue Aufgaben, insbesondere die Steuerung von Prozessen und ausgewählte ärztliche Aufgaben. Das kann grundsätzlich durchaus in einigen Bereichen sinnvoll sein.³ Problematisch wird es da, wo die originären Aufgaben der Pflege vernachlässigt werden und die patientenfernen Tätigkeiten mehr Gewicht bekommen als die direkte „Pflege am Bett“. Das Berufsbild der Advanced Nursing Practice (ANP) und Spezialisierungen wie „Nurse Practitioner“ bergen die große Gefahr, dass administrative, medizintechnische und Managementaufgaben einen vermeintlich höheren Status erhalten. Höher qualifizierte Pflegenden arbeiten dann eher patientenfern und vermeiden „profane work“ und „dirty work“.⁴ „The primary point of reference for the nurse practitioner is arguably not truly nursing [...] but, instead, medicine and economics [...]. Medicine and economics, not nursing ideals, remain the ‚gold standard‘ against which the nurse practitioner is promoted and judged.“⁴ Dass diese Szenarien auch den deutschsprachigen Raum betreffen, soll an nur zwei aktuellen Beispielen verdeutlicht werden.

„Das Wirksame erfordert in der Produktion der Dienstleistung – nicht in der Steuerung – kompetente Mitarbeiter.“

(Prof. Dr. Rainer Dollase)

Aktuelle Anlässe

In einer Ausgabe der Zeitschrift „Altenheim“⁵ ist eine kleine Notiz erschienen über ein „Neues Ausbildungsmodell für Pflegeberufe in Österreich“. Einleitend dazu die Notiz: „Diplomiertes Personal soll nicht mehr für Hilfsdienste eingesetzt werden.“ Im Text heißt es dann weiter: „Statt zwei Säulen wird es in Zukunft drei geben: Pflegehelfer, diplomiertes Personal und nun auch sogenannte Pflegeassistenten. Sie sollen sich um die Pflege am Bett kümmern.“ Die Pflege am Bett – also so zentrale Aufgaben wie Körperpflege, Mobilisation, Essen anreichen, Gespräche führen, aber auch zuhören, sich auf den anderen einlassen, trösten, einfach da sein –, die eingewoben ist in die diversen Handlungsbögen pflegerischer Arbeit, wird herunterdelegiert, damit die auf Fachhochschulniveau qualifizierten diplomierten Pflegenden Zeit haben für die Arbeiten fern vom Bett.

Und in Deutschland? Wir haben gerade den Abschlussbericht des Bundesministeriums für Gesundheit⁶ zum Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ vorliegen. Dieses begrüßenswerte und von vielen in der Pflege seit Langem erwartete Vorhaben enthält auch die Anlage 6, eine Stellungnahme einer juristischen Expertengruppe zum notwendigen Umfang der Pflegedokumentation. Diskutiert wird die Fragestellung mit Pflegewissenschaftlern und weiteren einschlägigen Expertinnen und Experten. In der Stellungnahme wird immer noch an der veralteten Aufteilung der Pflege in „Grund- und Behandlungspflege“ festgehalten und dargelegt, dass „Grundpflege“ als „wiederkehrende Routinemaßnahmen im Versorgungsablauf“ lediglich nur

„einmal in Form einer (übergeordneten) Leistungsbeschreibung schriftlich niedergelegt und die Durchführung der Maßnahmen“ beschrieben werden soll, damit diese Maßnahmen nicht mehr täglich oder schichtbezogen dokumentiert werden müssen. „Ausnahme: Abweichungen von dieser Pflegeplanung müssen selbstverständlich dokumentiert werden. Etwas anderes gilt bei der Behandlungspflege.“ Hier wird es für notwendig erachtet, eine fortlaufende Abzeichnung der durchführenden Person festzuhalten. Nichts gegen weniger Bürokratie, aber die Begründung zeigt eine fest verwurzelte und überholte Vorstellung des Stellenwerts der sogenannten „Grundpflege“.

Die Ausführungen zeugen von einer Ignoranz und/oder Unkenntnis der Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft der letzten Jahrzehnte. Auch wenn die Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ in juristischen Kreisen und in den Gesetzestexten (SGB V und SGB XI) einen scheinbar festgeschriebenen Platz einnehmen, so verwundert doch die kritiklose und unkommentierte heutige Verwendung dieser unsäglichen Begrifflichkeiten und deren immer noch verzerrte Interpretation und Bewertung.

Ursprünge und Wirkung der Begriffe Grund- und Behandlungspflege

Wir wissen spätestens seit einigen kritischen Analysen,^{7–10} dass die Unterteilung der Pflege in „Grund- und Behandlungspflege“ pflegewissenschaftlich nicht haltbar ist und katastrophale Auswirkungen nach sich gezogen hat, die bis heute wirksam sind.

Die Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ entstammen einer englischen Arbeitsstudie,¹¹ die vom Deutschen Krankenhausinstitut¹² zum Teil verfälschend und verzerrend übersetzt wurde. So wird aus der Zeit beanspruchenden „Basic Nursing“ („Time-Consuming Nursing Care“), die eine routinierte und von Könerschaft zeugende Tätigkeit ist, im Deutschen eine zeitraubende, gewöhnliche „Grundpflege“. Mit der Übernahme der Begrifflichkeiten durch Eichhorn¹³ wird die „Grundpflege“ noch weiter abgewertet als schlichte, leicht zu erlernende Tätigkeit, die an Berufsanfänger und Angelernte

delegiert werden kann. Dass die Nuffield-Studie ausdrücklich darauf hinweist, dass es sinnvoller ist, von bettennahen und bettenfernen Tätigkeiten zu sprechen, und die Selbstbestimmung der Pflegenden zur konzeptionell-theoretischen Fundierung ihres Berufsfeldes gefordert wird,^{11,12} ignoriert Eichhorn.⁷ Leider haben sich damit die Begrifflichkeiten in der uns bekannten Form etabliert, dienten lange auch Juchli¹⁴ zur Strukturierung ihres einflussreichen Pflegelehrbuchs und wurden so Generationen von Auszubildenden in der Krankenpflege gelehrt. Mit der Festschreibung in den Sozialgesetzbüchern V und XI sind die Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ auch im juristischen Kontext festgeschrieben, aber auch nicht kritiklos geblieben.¹⁵ Nicht wenige Pflegenden haben die scheinbare Höherwertigkeit der „Behandlungspflege“ internalisiert, wird ihnen doch seit Jahren von der Politik, der Gesellschaft, von anderen Berufsgruppen und auch von einem großen Teil der Kolleginnen und Kollegen dieses Bild vermittelt. „Pflegen kann jede(r)“ – und damit sind selbstverständlich die Tätigkeiten der „Grundpflege“ gemeint –, dieser Satz schwirrt bis heute durch die Köpfe vieler Menschen. Deshalb bekommen Pflegenden auch größere Anerkennung, wenn sie möglichst arztnah und technikintensiv arbeiten, wie z. B. auf den Intensivstationen und auch in den Funktionsabteilungen. Doch gerade in den Funktionsabteilungen wie im OP oder im Herzkatheterlabor sind die Tätigkeiten überwiegend zu- und nacharbeitend und dienen in erster Linie der Unterstützung der Arbeit einer anderen Berufsgruppe. Trotzdem genießen diese „Assistenzaufgaben“ einen höheren Stellenwert als die direkten Pflegearbeiten in der häuslichen Pflege, in Langzeitpflegeeinrichtungen oder auch auf den Allgemeinstationen eines Krankenhauses. Die Folgen sind eine „verhinderte Profession“¹⁶ und ein „Ausverkauf der Pflege“¹⁷, dabei bleibt „der humane Rest“ auf der Strecke.¹⁸

Eine andere Bewertung der „Grundpflege“, gerade auch in so technikintensiven Bereichen wie der Intensivstation, setzt voraus, dass das Grundlegende der pflegerischen Praxis dargelegt werden kann. Das soll in den nächsten Abschnitten versucht werden.

Der Kern der Pflege

Menschen pflegen kann als ein grundlegender Bestandteil menschlichen Lebens angesehen werden. Bartholomeyczik¹⁹ sieht im Gegenstand Pflege „das Zurechtkommen im Lebensalltag (...) bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ und beschreibt den Kern der Pflege als „helfende, unterstützende Arbeit, die sich auf die unendlichen alltäglichen Lebensfelder bezieht“. Käppeli²⁰ definiert den Gegenstand der Pflegepraxis in Anlehnung an Oiler als „das Leiden in seiner umfassendsten existenziellen Art“. Für Abt-Zegelin¹⁷ ist „die Unterstützung in den täglichen Aktivitäten das Kerngeschäft der Pflege“.

Das Eigentliche der Pflege stellt sich dar als eine Form der Hilfe, Sorge und Unterstützung „aufgrund von Situationen mit Einschränkungen der individuellen Handlungsautonomie infolge Krankheit, Alter, Behinderung, in Krisensituationen und im Sterben. Pflegearbeit realisiert sich in einem Arbeitsbündnis mit den zu Pflegenden in ihrem lebensweltlichen Kontext, sie ist dabei geprägt durch eine asymmetrische, Nähe und Distanz ausbalancierende, interaktionsorientierte und kommunikative Zugangsweise, die am Leibkörper ansetzend als therapeutische und fürsorgende, pathische, anteilnehmende und fürsprechende Haltung und Handlung eine eigenständige Antwort auf die Konfrontation mit Leiden, Krankheit, Verlust, Trauer, Sterben und Tod darstellt.“ Die Erarbeitung einer „Sprache des Pflegerischen“ inklusive der Integration des „stummen Wissens“ auf einem höheren Reflexionsniveau und die Verknüpfung des wissenschaftlichen Wissens mit dem fallspezifischen Erfahrungswissen wäre dann Aufgabe der Disziplin Pflegewissenschaft.^{16, 21–23}

Dieser Kern der Pflege könnte als identitätsstiftender Kristallisationspunkt leitend sein. Professionelle Pflege darf und will nicht „kleiner Arzt“ werden, sondern vertritt ihren eigenen therapeutischen Wert². Es sollte nicht um die Frage gehen, „welche Tätigkeiten Pflegenden von Mediziner*innen übernehmen können. Stattdessen ist zu fragen, welchen Beitrag Pflegenden so gut leisten können wie keine andere Gesundheitsprofession [...]. Anstelle eines kompensatorischen Verständnisses einer erweiterten und spezialisierten Pflege

sollte das Modell einer fortgeschrittenen Pflegepraxis stehen, die eine Weiterentwicklung des originären pflegerischen Handlungsfeldes bedeutet. [...] Das Modell einer fortgeschrittenen pflegerischen Praxis begründet sich also aus einer Perspektive, die originär pflegerisch ist, nämlich dem *Lebenweltbezug*, der *Patientennähe* und der Sicherstellung der *Kontinuität* der gesundheitlichen Versorgung“²⁴. Dieses an Patienten bzw. Bewohnern orientierte, von großer Expertise durchdrungene Pflegehandeln ist in vielen Arbeiten (theoretischen und empirischen) dargelegt, beschrieben und analysiert worden.^{22,23,25–27} Dabei wird deutlich, dass es nicht die medizintechnischen Arbeiten der „Behandlungspflege“ sind, die die Expertise und das Professionelle der Pflege ausmachen, sondern die komplexe und anspruchsvolle „Grundpflege“. Das soll am Beispiel der Körperpflege verdeutlicht werden.

Ganzkörperwäsche – mehr als nur „Abfeudeln“

Die Körperpflege in Form der Ganzkörperwäsche gehört zu den Tätigkeiten, die schon früh in der Grundausbildung gelehrt werden und gern an Pflegehelfer und Angelernte delegiert werden. Dahinter steht die Vorstellung einer eher schlichten, von jedermann durchführbaren Aufgabe, die immer gleich und auch zur Not bei großem Arbeitsaufkommen zu vernachlässigen ist. Und doch verbirgt sich hinter dieser auf den ersten Blick einfachen Tätigkeit eine hochkomplexe und mit vielen ambivalenten Emotionen und Verletzlichkeiten besetzte Handlung, die situativ immer wieder neu ausgehandelt und gestaltet werden muss, wie die beiden → **Fallbeispiele** verdeutlichen.

Der* Patient in der ersten Schilderung erlebt die Ganzkörperwäsche als Tortur, negative Kindheitserinnerungen und aktuell erlebte schmerzhaft Berührungen lassen die Körperpflege zu einem äußerst negativen Ereignis werden. Das Abgründige und Existenzielle der Situation wird scheinbar von den Pflegenden nicht erkannt bzw. nicht berücksichtigt. Die Tätigkeit der Ganzkörperwäsche lässt sich eben nicht immer gleich durchführen, sondern

Fortsetzung des Beitrags auf S. 211



Fortsetzung von S. 202

■ Fallbeispiele

Fall 1

„Schon morgens um sieben unterzog man mich einer der schlimmsten Torturen, der täglichen Körperpflege [...]. Dieses Ritual erinnerte mich an meine Kindheit, in der ich ebenfalls, während man mich wusch, regelmäßig zu weinen begann. Schließlich kam die Frage, ob ich bei der Säuberung ‚des Genitals‘ vielleicht nicht selbst Hand anlege. In besagtes Genital war aber schon seit Wochen ein Katheter gesetzt, sodass ich jegliche Berührung, durch wen auch immer, zu meiden trachtete.“^{28,29}

Fall 2

„Die größte Hilfe auf der Intensivstation war für mich professionelle Pflege – die mir über leibliche Kontakte Orientierung und Sicherheit gegeben hat. Ohne die ständigen Ganzkörperwaschungen wäre ich, so mein Gefühl, innerlich verbrannt [...]. Man sieht, eine dem Mensch zugewandte, aus der Situation und der Reaktion des Patienten heraus entwickelte Pflege ist überlebenswichtig.“³⁰

ist abhängig von der jeweiligen Situation. Dabei zeichnen sich Situationen durch mehrere Elemente aus, zunächst das „Ich“, also das erlebende Subjekt; das Thema (hier die Ganzkörperwäsche); die Mitgegebenheiten, die oftmals nicht thematisiert und zunächst unbeachtet bleiben; und der zeitliche Horizont der Situation.³¹ „Effektives Gestalten von Pflegesituationen setzt voraus, über die Definition einer Situation hinaus bedeutsame Elemente, das heißt über die Themen und die als bedeutsam eingestuften Mitgegebenheiten, Kenntnis zu haben, um sie in das pflegerische Handeln integrieren zu können.“³¹ Die Deutung von Situationen ist also hoch komplex und verlangt zunächst einmal, Zugang zum anderen zu finden. Daneben basiert das professionelle Handeln bei der Körperpflege u. a. auf verbal kommunikativen Fähigkeiten, einer geschulten Wahrnehmung, Empathiefähigkeit, einer Identifikationsleistung, einer gefühlsmäßigen Einschätzung und einem Gespür für die Situation und der Fähigkeit der leiblichen Kommunikation. Dieses ist im zweiten

Beispiel gelungen. Der Patient erlebt die Körperpflege als große Hilfe zur Orientierung über sich und damit auch Sicherheit für die eigene Identität. Leibliche Kontakte werden hervorgehoben, eben nicht nur körperliche. Es geht um das Spüren underspüren der „Beschädigung“ des anderen. Die Pflegenormalität wird durchbrochen, das Abgründige der Situation wird erkannt und genutzt. Berührung wird hier zu einem therapeutischen Angebot, es wird leiblich kommuniziert.^{32–36} Ein Gespür für die Situation zu haben „ist nicht gleichbedeutend mit Unsicherheit etwa im Sinne einer ‚nur gefühlsmäßigen‘ Einschätzung aus Mangel an exaktem Wissen, wie dies meist aus wissenschaftlicher Sicht erscheint, sondern eine durchaus zuverlässige ‚Methode‘ des Erkennens einer konkreten Situation. Es kommt darauf an, zu ‚spüren‘, was zu tun ist, wie weit man gehen kann u. ä.“²⁷ Körperpflege folgt damit gerade nicht dem zweckrationalen Handlungsmuster, sondern ist, soll sie als gelungene Praxis beurteilt werden, stets dem kommunikativen und

situativen Handlungsansatz verpflichtet. Arbeitsformen, die oft unsichtbar bleiben, wie Aushandlungsarbeit, Wohlbefindensarbeit, Gefühls- und Biografiearbeit, sind dann die zentralen Arbeitstypen und entscheidend für die Qualität der Pflege.^{21,22,37-39}

Die Körperpflege lässt sich – je nach Grad der gelingenden Beziehungsgestaltung und der Art der Interaktion – auch folgendermaßen einteilen:¹⁶

- „Darüber-Feudeln“ (Verobjektivierung, technokratische Verrichtung, Verweigerung körperlicher Kommunikation: „Das könnte auch ein Brett sein, es geht nur darum, das abzhaken.“)
- „Ordentliches Waschen“ (Körperpflege nach Handlungsstandards, Abmilderung der Verobjektivierung, das Abgründige der Situation wird gemieden)
- „Leibliche Kommunikation“ (unmittelbares Spüren der „Präsenz“ des anderen, seines leiblichen Daseins. Durchbricht die Pflege-Normalität)

Wie vielschichtig auch die Widersprüche und Hintergrundtheorien der Körperpflege sind, haben Krainer und Raitinger^{29,40} eindrücklich dargelegt. So ist „Waschen“ eine „ethisch sensible Situation“, steht der Begriff Waschen für „Reinheit“, Waschen ist ein „Ritual“, es gibt einen Bezug zu „Schuld und Unschuld“, Waschen steht für „körperliche Wohltat“ und ist eine „Frage von Macht“. Die physische Nähe beim Waschen, besonders bei der Intimpflege, ist mit „jeder Menge Tabus“ belegt. In der direkten Pflege werden wir mit Beschädigung, Verlust, Verfall, Trauer, Scham und Ekel konfrontiert.^{41,42} Der Umgang mit diesen Phänomenen lässt sich in einer Dienstleistungsbeziehung (Produkt, Kunde, Verkauf) und einem traditionellen Professionsverständnis nicht angemessen bearbeiten, sondern erfordert eine professionelle Expertenpflege im Arbeitsbündnis mit den zu Pflegenden. Interaktion und Berührung sind in der direkten Pflege zentrale Elemente. Gelingende Berührung

setzt gelingende Beziehung voraus, und gerade die verschiedenen Berührungsformen und Berührungsqualitäten lassen sich in pflegetherapeutische Konzepte integrieren. Das Arbeiten am und mit dem Leib und Körper des anderen – wobei Leib die lebendige, spürbare und subjektive Innenperspektive darstellt und Körper die mit den Sinnen wahrnehmbare Struktur und Funktion als Außenperspektive beschreibbar ist – ist immer auch eine Integration zweier Perspektiven, eine eher geistes- und sozialwissenschaftlich, anthropologisch-existenzielle Sichtweise und die naturwissenschaftliche, medizintechnische Sicht.

Zur Bedeutung der Ethik bei der Körperpflege

Anders als bei medizintechnischen oder auch steuernden Maßnahmen (wie z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Wundverbände, Koordination der Arbeiten und Abläufe) sind direkte Pflegearbeiten ethisch-moralisch durchdrungen, morali-



sche Ansprüche in der Tiefenstruktur der sozialen Interaktion bilden den normativen Bezugspunkt. Geht es bei Injektionen und Medikamentengabe um die fachlich korrekte Vorbereitung und Durchführung der Maßnahme (was natürlich eine Menge Hintergrundwissen voraussetzt) in Form standardisierter Vorgaben, sind Arbeiten wie die Körperpflege nicht standardisierbar und zutiefst mit ethischen Fragen, Ansprüchen und Problemen verwoben. Waschen ist immer ein Aushandeln und Aushandeln von Grenzen. Beim Patienten/Bewohner: Was will ich? Was kann ich selbst? Was lasse ich zu? Was empfinde ich als Übergriff? Will ich überhaupt berührt und gewaschen werden? Bei den Pflegenden: Wie viel Zeit kann ich mir nehmen? Wie weit kann ich pflegen, wo geht es nicht mehr (Tabus, Ekel, Scham)? Akzeptiere ich „andere“ Hygiene- und Sauberkeitsstandards (z. B. bei Menschen mit Demenz, psychisch Kranken)? Wo setze ich Prioritäten bei vital bedrohten Patienten (z. B. in der Intensivpflege)? Was soll ich tun bei ständiger Verweigerung der Körperpflege? Und auch im Verhältnis zu An- und Zugehörigen, zur Institution (Krankenhaus, Altenpflegeheim) und zur Gesellschaft ergeben sich immer wieder Widersprüche und Dilemmata. Waschen lässt sich vor diesem Hintergrund als „heikler und zentraler Ort des Aufeinanderprallens ethischer Ansprüche“ darstellen.^{29,43} Waschen als Teil der sozialen Praxis „Pflege“ gelingt nur, wenn Normen wirksam werden, die sich in einem Berufsethos und einer ethischen Haltung als „gute Praxis“ zeigen. „Das Ethos einer Praxis definiert also die Bedingungen, unter denen diese als gute Praxis ihrer Art gelten kann ...“⁴⁴ Pflegen als die Praxis der Sorge, des sich Kümmerns und verantwortlich sein gegenüber und für jemanden stellt sich damit als ein Feld diverser An- und Widersprüche, Herausforderungen und Anforderungen dar, welches neben den technisch-instrumentellen Kompetenzen vor allem soziale und ethisch-moralische Handlungskompetenzen verlangt.

Schlussbetrachtung

Die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege verlaufen im Sande und sind

kontraproduktiv, wenn sie sich überwiegend in der Erweiterung pflegerischer Aufgaben und Übernahme ärztlicher Tätigkeiten erschöpfen. Die direkte Pflege ins Zentrum der Professionalisierung zu stellen heißt, den Kern und das Eigentliche der Pflege zum Kristallisations- und Identifikationspunkt aller weiteren Bemühungen zu machen. Auch wenn international vielfach ein anderer Weg eingeschlagen wird, erscheint mir das auch im Sinne einer guten und qualitativ hochwertigen Gesamtversorgung wenig sinnvoll. Gute Pflege beginnt bei der Haltung, Einstellung und dem Können der Pflegenden und wird in erster Linie „am Bett“ realisiert, nicht in neuen betriebswirtschaftlich geprägten Steuerungsmodellen, formalisierten Verfahrensabläufen, klinischen Behandlungspfaden und auch nicht in starren Pflegeprozessmodellen. Das ist in der Medizin, der sozialen Arbeit, in der klinischen Psychologie, der Behindertenarbeit und anderen Helferberufen nicht anders.¹

Professionelles Pflegehandeln, z. B. bei der Körperpflege, folgt einer doppelten Handlungslogik: einmal der Orientierung an Regelwissen (Theorien, Konzepte, Leitlinien) und einem individuellen Fallverstehen (Erfahrung, implizites Wissen, Situation und Kontext). Bei der Mithilfe bei Diagnostik und Therapie („Behandlungspflege“) entfällt das individuelle Fallverstehen weitgehend. Das Durchführen ist grundsätzlich standardisiert und weitgehend immer gleich. Handlungstheoretisch ausgedrückt heißt das: Maßnahmen der „Behandlungspflege“ folgen einer Zweckrationalität. Dabei sind sie entweder instrumentell (Befolgen einer technischen Regel, ohne sozialen Bezug) oder strategisch (Vorgehen nach rationaler Wahl, mit geringem sozialen Bezug). Bei der direkten Pflege („Grundpflege“) sind kommunikative und situativ-kreative Rationalität vorherrschend. Das Vorgehen lässt sich nicht standardisieren, da das Arbeiten stets von der unmittelbaren Situation abhängig ist und Verständigungsorientierung im Vordergrund steht.^{32,37,45} Das heute immer noch die überholte Vorstellung einer Höherwertigkeit der ärztlichen Assistenzaufgaben vorherrschend ist und auch neue Tätigkeiten der Steuerung und

Koordinierung von Abläufen wichtiger erscheinen als die eigentlichen Kernaufgaben, ist auch ein Zeichen mangelnder Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen der Pflege. Es ist geradezu als paradox zu bezeichnen, dass die Vernachlässigung von Theorie – oftmals damit begründet, dass Pflege ja ein praktischer Beruf ist – gerade das Gelingen einer guten Praxis verhindert. ■

Literatur

- 1 Dollase R. Sinn und Unsinn des Qualitätsmanagements. Vortrag vom 28.02.2007 in Herford. www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE13/HOMEPAGE/DOLLASE/QM_Herford.de, letzter Zugriff am 05.02.2015
- 2 Cassier-Woidasky AK. Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. In: Bauer U et al. (Hrsg.). Zur Kritik schwarz-gelber Gesundheitspolitik. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 47. Hamburg: Argument 2011: 163–184
- 3 Moers M. Neue Aufgaben – neue Chancen. In: Die Schwester/Der Pfleger 2013, 52(3): 282–286
- 4 Sandelowski M. Devices & Desires. Gender, Technology and American Nursing. Chapel Hill and London: 2000, S. 10 u. 190
- 5 (Ohne Autor) Neues Ausbildungsmodell für Pflegeberufe in Österreich. In: Altenheim 2014, 53(7): 10
- 6 Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). Abschlussbericht des Projekts „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Berlin/Witten; 2014
- 7 Müller E. Grundpflege und Behandlungspflege. Atlanten einer theoriefernen Pflegedidaktik. In: PflegeMagazin 2001, 2(6): 4–17
- 8 Müller E. Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft 1998, 3(2): 1–6
- 9 Schwarzmann B. Grund- und Behandlungspflege – zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. In: Pflege 1999, 12: 118–124
- 10 Friesacher H. Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: V&R; 2008
- 11 Nuffield Provincial Hospital Trust (NPHT). The work of Nurses in Hospital Wards. Report of a Job-Analysis. London 1953
- 12 Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (DKI) Schwesternarbeit auf der Station. Bericht über eine englische Arbeitsstudie. Karlsruhe; 1954

- 13 Eichhorn S. Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band 1: Arbeitsanalytische Untersuchungen im Pflegedienst. Stuttgart u. a.; 1967: 238ff
- 14 Juchli L. Allgemeine und spezielle Krankenpflege. 3. überarbeitete u. erweiterte Aufl. Stuttgart, Thieme; 1979
- 15 Klie T. Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: Pflege & Krankenhausrecht 1998, 1: 13–17
- 16 Wettreck R. „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster: LIT; 2001
- 17 Abt-Zegelin A. Der Ausverkauf der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger (DBfK aktuell) 2010, 49(9): 060–062
- 18 Böhme G (Hrsg.). Pflegenotstand: der humane Rest. Bielefeld: Aisthesis; 2014
- 19 Bartholomeyczik S. Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Pflege 1999, 12(3): 158–162
- 20 Käppeli S. Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege. Pflege 1999, 12(3): 153–157
- 21 Friesacher H. Pflegewissenschaft. In: Brandenburg H, Güther H (Hrsg.). Gerontologische Pflege. Grundlegung und Perspektiven für die Langzeitpflege (im Druck)
- 22 Friesacher H. Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: V&R; 2008
- 23 Nerheim H. Die Wissenschaftlichkeit der Pflege. Paradigmata, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber; 2001
- 24 Gaidys U. Experten im Dienst. In: intensiv 2013, 21(6): 296–298
- 25 Cassier-Woidasky AK. Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Frankfurt/M.: Mabuse; 2007
- 26 Benner P, Tanner CA, Chesla CA. Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern: Huber; 2000
- 27 Böhle F, Brater M, Maurus A. Pflegearbeit als situatives Handeln. In: Pflege 1997, 10: 18–22
- 28 Vujica P. Keine Zeit zu sterben. Der Standard. 24.11.2007: A1
- 29 Krainer L, Raitinger E. Wenn Waschen zur Qual wird. In: Reitinger E (Hrsg.). Transdisziplinäre Praxis. Forschen im Sozial- und Gesundheitswesen. Heidelberg: Carl Auer; 2008, 153–165
- 30 Claussen P. Herz gewechselt und damit durchgegangen. Ein mentaler Reisebericht aus der Intensivstation. In: Meyer G, Friesacher H, Lange R (Hrsg.). Handbuch der Intensivpflege. 8. Ergänzungslieferung. Landsberg/Lech: Ecomed 2000, Kap. II–4.4, 1–17
- 31 Elsbernd A. Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Bern u. a.: Huber; 2000
- 32 Weidert S. Pflegenotstand oder wie Pflegenden die Not am eigenen Leibe spüren. In: Böhme G (Hrsg.). Pflegenotstand: der humane Rest. Bielefeld: Aisthesis; 2014, 99–114
- 33 Weidert S. Leiblichkeit in der Pflege von Menschen mit Demenz. Zum Umgang mit anspruchsvollen Pflegesituationen im Klinikalltag. Frankfurt/M.: Mabuse; 2007
- 34 Helmbold A. Berühren in der Pflegesituation. Intentionen, Botschaften und Bedeutung. Bern: Huber; 2007
- 35 Uzarewicz C, Uzarewicz M. Anthropologische Grundlagen und Menschenbilder in der Intensivpflege. In: Meyer G, Friesacher H, Lange R (Hrsg.). Handbuch der Intensivpflege, 21. Ergänzungslieferung. Landsberg/Lech: Ecomed 2006, Kap. II–1.3, 1–15
- 36 Braunschmidt B, Müller G. Berührung in der Pflege alter Menschen. In: Pflegewissenschaft 2011, 10: 517–524
- 37 Friesacher H. Professionalität als Grundlage von Qualität in der Intensivpflege. In: intensiv 2012, 20(3): 146–149
- 38 Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. The Social Organisation of Medical Work. Brunswick & London: Transaction Publishers; 1985
- 39 Steffen-Bürgie B. „Offizielle“ und „inoffizielle“ Inhalte der Pflege. In: Pflege 1991; 4(1): 45–53
- 40 Schmidt D. Achtsam bleiben. In: Die Schwester/Der Pfleger 2013, 52(6): 548–551
- 41 Pernlochner-Kügler C. Körperscham und Ekel – wesentliche menschliche Gefühle. Münster: LIT; 2004
- 42 Gröning K. Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Frankfurt/M.: Mabuse; 1998
- 43 Pols J. Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care. In: Nursing Philosophy 2013, 14: 186–200
- 44 Jaeggi R. Kritik von Lebensformen. Berlin: Suhrkamp; 2014
- 45 Habermas J. Theorie des kommunikativen Handelns, Band 1 u. II. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1981

Info

Eine stark gekürzte Fassung des Beitrags erschien unter dem Titel „Der Kern der Pflege“ in: Die Schwester/Der Pfleger 2015, 54(2): 46–47

AUTOR

Dr. phil. Heiner Friesacher
Pflegewissenschaftler u. Dipl.
Berufspädagoge, Fachkranken-
pfleger für Intensivpflege, Freier
Hochschuldozent, Autor, Herausgeber. Arbeits-
schwerpunkte: Theoretische Grundlagen pflege-
rischen Handelns, Ethik, Professionalisierung,
Qualität, Wissensformen, Macht, Technik.
E-Mail: heiner@friesachers.de



BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0035-1556893
Intensiv 2015; 23 (4): 200–214
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 0942-6035