

# Fremde Welt Pflegeheim

## Berichte aus einer ethnologischen Studie\*

U. Koch-Straube

**Fremde Welt Pflegeheim? Eine ethnologische Studie, die in der Bundesrepublik entstand? Sie werden sich vielleicht wundern.**

**Mir jedoch wurde das Pflegeheim desto unverständlicher und undurchschaubarer, je länger ich mich im Rahmen von Fort- und Weiterbildung einerseits und Supervision für MitarbeiterInnen der Altenpflege andererseits mit ihm beschäftigte.**

**Das heißt: Ich erlebte in der Konfrontation mit dem Pflegeheim Fremdheit in einem mir eigentlich vertrauten Feld. Was spielt sich alltäglich in den Pflegeheimen ab? Von welchen Vorstellungen, Wünschen, Hoffnungen, Belastungen und Freuden sind die Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten geprägt? Was verbirgt sich hinter der Oberfläche scheinbar routinierter und selbstverständlicher Abläufe?**

### Die Forschungsmethode

Mein unabhängig von der Gerontologie entwickeltes Interesse an Ethnologie und Ethnopschoanalyse kam mir bei der Wahl der Forschungsmethode zu Hilfe.

Ich betrat die fremde Welt „Pflegeheim“ als teilnehmende Beobachterin. Die zugewandte Distanz aus der Position von Fremdheit erlaubte mir die Entdeckung der inneren Logik von Phänomenen, Arbeitsabläufen, Regelungen, die einerseits dem flüchtigen Blick des Außenstehenden zwangsläufig entgehen müssen und andererseits den im Feld agierenden Personen als gewohnt, als selbstverständlich, nicht mehr bedenkenswert erscheinen und aus diesem Grunde sich ihrer Aufmerksamkeit entziehen. Ich wählte zwei Erkenntnisinstrumente: Einerseits die Ethnomethodologie. Sie stellt die Frage nach den Regeln und Verfahren alltäglicher Arbeitsvollzüge. Sie forscht nach dem im Alltag sich herauskristallisierenden, weitgehend vom Einverständnis des Kollektivs getragenen, sinnstiftenden Bedeutungsmuster der sozialen Wirklichkeit. Dieses methodische Vorge-

hen wird durch Ethnopschoanalyse ergänzt und erweitert, die sich vorrangig auf die Rekonstruktion der „deutungs- und handlungsgenerierende Tiefenstrukturen konzentriert“ (Bonß 1991: 38). Erkenntnisinstrument ist die Selbstreflexion der unbewußten Reaktion des Forschers auf das fremde Forschungsfeld.

Diese Studie ist also der Versuch, sich der phänomenalen Vielfalt sozialen Lebens und Arbeitens zu nähern, sie systematisch zu erforschen und damit die Lebenswelt Pflegeheim, die Wirklichkeit der Pflegenden und Gepflegten, so wie sie von ihnen erfahren wird, sichtbar werden zu lassen. Sie basiert auf einer erkundenden und nachspürenden Forschungshaltung, die mit den Augen des anderen wahrnimmt, die sich auf den anderen einläßt, die zwar verstehen, aber nicht besser wissen will (Geer 1964: 372-398).

### Das Forschungsfeld

Im Pflegeheim „Rosengarten“ leben 30 BewohnerInnen. Es ist ein ganz „normales Pflegeheim“ in einer kleinen Großstadt in der Bundesrepublik. Im Laufe meiner Anwesenheit im Pflegeheim entstanden über 50 Protokolle, die meine Beobachtungen wiedergaben. Ich führte Gespräche mit MitarbeiterInnen und BewohnerInnen, täg-

liche Übergaben sind festgehalten ebenso wie meine Berichte, die ich zwischenzeitlich und am Ende meiner Beobachtungszeit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Heimes gab.

Aus der Fülle des Materials kristallisierten sich bei der Bearbeitung verschiedene Themenschwerpunkte heraus, die mir für die Charakterisierung des Alltags und des Milieus von Pflegeheim von zentraler Bedeutung erschienen.

### Krankheit und Heilung (I): Erfolge und Enttäuschungen

Frau Köslin, Bewohnerin der Wohnanlage, ist wegen eines Schlaganfalls nach dem Krankenhausaufenthalt jetzt als Kurzzeitpflegegast im Heim aufgenommen. Die Logopädin empfiehlt, jeden Tag zehn Minuten lang mit Frau Köslin Memory zu spielen – wegen ihrer Wortfindungsschwierigkeiten. Die MitarbeiterInnen stimmen zu. Der Heimleiter warnt vor dem Mechanismus, der eintreten könnte, wenn Frau Köslin länger im Pflegeheim sein sollte. „Ziel muß sein, sie wieder in die Wohnung zu entlassen.“ Es wird vorgeschlagen und von den anderen akzeptiert, daß Frau Köslin jeden Tag, von einer Mitarbeiterin begleitet, einen Besuch in

\* Gekürzte Fassung eines Vortrages, der auf der 5. Fachtagung des Deutschen Vereins zur Förderung von Pflegewissenschaft am 13. Dezember 1996 in Freiburg im Breisgau gehalten wurde.

ihrer Wohnung unternimmt, da sie am Morgen geäußert habe, daß sie sich an ihre Wohnung gar nicht mehr erinnern könne. Die MitarbeiterInnen beteiligen sich sehr an diesem Pflegeplanungsgespräch und wirken ungewöhnlich engagiert.

Übergabe. Fünfeinhalb Monate später. Anette freut sich, wie gut es Frau Köslin wieder geht. Sie wolle unbedingt wieder in ihre Wohnung zurück.

Frau Ruhpoldt (Ehefrau eines Bewohners) hat Ilse den Inhalt eines Gespräches weitergeleitet, das sie mit Frau Köslin geführt hat. Sie habe gesagt, daß sie sich umbringe, wenn sie nicht wieder in ihre Wohnung zurück könne. Frau Ruhpoldt meinte, daß ihr das nicht gelingen würde. Ilse aber sagt, daß man das ernst nehmen müsse. Auch die anderen MitarbeiterInnen trauen ihr diese Energie zu. „Sie braucht doch nur mit Hilfe ihrer Angehörigen Tabletten zu sammeln und zu schlucken.“ Ilse weiß das Rezept: „Viele Schlaftabletten und noch ein paar Herzmedikamente dazu.“

Übergabe. Elf Tage später. Die MitarbeiterInnen trudeln nach und nach ein. Sie warten nahezu sprachlos und in sich gekehrt auf den Beginn der Übergabe. Obwohl die Atmosphäre auch sonst nicht gerade sprudelnd ist, fällt mir die bleierne Schwere heute ganz besonders auf ... Es geht um Frau Köslin, die so sehr darum gekämpft hat, in ihre Wohnung zurückzukehren. „Sie hat einen zweiten Schlaganfall. Das ist wieder eine ganz schlimme Geschichte zwischen Krankenhaus und Arzt.“

Frau Köslin wurde am Vortag ins Krankenhaus eingeliefert, jetzt ist sie wieder da. Die MitarbeiterInnen sind sich einig und erbost, daß der Arzt die Diagnose verharmlost, von Durchblutungsschwierigkeiten spricht, wo doch „die rechte Hand ganz schlaff herunterhängt und heute schon Lähmungserscheinungen zu beobachten sind“. ... „Ich habe den Arzt darauf aufmerksam gemacht“ ... „und mit dem Sprechen wird es auch immer schlechter, gestern noch konnte sie einen ganzen Satz nachsprechen, wenn man ihn ihr vorsprach, heute bekommt sie kaum ein Wort heraus“. Die Stimmung in der Mitarbeiterrunde schwankt zwischen

Niedergeschlagenheit und Empörung. Es scheint mir, als würde dem Arzt alle Schuld zugeschoben werden, ohne daß dies richtig ausgesprochen wird. Anette, mit Verzweiflung in der Stimme, „ich habe den Eindruck, Frau Köslin ist wieder total mutlos“. Darauf Hans: „Sie kämpft aber immer noch.“ Luise: „Ja, sie ist sehr sehr ungeduldig, das macht mich ganz fertig. Beim Waschen heute morgen hab ich ihr das auch gesagt, sie soll ruhiger werden, soll machen, was wir ihr raten, dann geht es ihr auch besser.“ Das Gespräch über Frau Köslin läuft eine ganze Weile, bis Hans es unvermittelt unterbricht: „Jetzt machen wir mal weiter.“

Übergabe. Vier Monate später. Frau Köslin ist jetzt auf Dauer im Pflegeheim. Die MitarbeiterInnen diskutieren sehr lange, wie man zu einem Rezept für ein Hörgerät für sie kommt. Anschließend äußert eine Mitarbeiterin: „Frau Köslin ist ganz unglücklich. Sie hat geweint, weil es mit ihr nicht vorangeht.“ Dieser Satz bleibt ohne Kommentar im Raum stehen.

Die Geschichte von Frau Köslin ist ein eindrucksvolles Beispiel, mit welchen Hoffnungen und Enttäuschungen die MitarbeiterInnen oft fertig werden müssen. Bei ihr haben die MitarbeiterInnen – angestachelt durch den Lebenswillen von Frau Köslin selbst – viel Energie, Phantasie und Emotionen eingesetzt. Sie haben Vieles ermöglicht, das den üblichen Tageslauf sprengt (Memory spielen, Begleitung in die Wohnung, Einzelgespräche). Und trotz aller Anstrengungen, trotz allen Aushaltens wechselhafter physischer und psychischer Verfassungen von Frau Köslin (einschließlich der Suizidgedanken) können sie das Ziel nicht erreichen. Sie werden sprachlos, ebenso wie Frau Köslin.

## **Krankheit und Heilung (II): Belastungen der MitarbeiterInnen**

Trotz großer Anstrengungen und des Bemühens um eine hohe Fachlichkeit ist es eine regelmäßige Erfahrung der MitarbeiterInnen, daß sich Fortschritt und Erfolge immer wieder verflüchtigen. Die MitarbeiterInnen benennen

selber regelmäßig – und mir als Beobachterin ist es augenfällig – das hohe Arbeitstempo, die Vielfältigkeit und Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Aufgaben und die körperlichen Anstrengungen als die zentralen Belastungen.

Schaue ich aber genauer hin, höre ich aufmerksamer auf die Bemerkungen und Zwischentöne der MitarbeiterInnen und finde ich Zugang zu meinen eigenen Gefühlen während der Beobachtung alltäglicher Arbeitsabläufe, eröffnen sich noch andere, differenziertere Perspektiven:

Seit meinem letzten Besuch im Heim beschäftigt mich die Atmosphäre der Stummheit und Resignation, die angefangenen, aber ins Leere laufenden Gespräche mit den BewohnerInnen. Nachhaltig spüre ich, wie ich selbst davon infiziert bin, eine Lähmung, die Phantasie und Initiative zum Gespräch schwächt.

Für mich ist es eine erstaunliche und auch erschütternde Erfahrung, wie oft ich – trotz allen Forschungsdranges – von Müdigkeit, Erschöpfung und auch Überdruß geplagt bin. Obwohl ich doch in der privilegierten Lage bin, das Haus nach meiner Entscheidung betreten und verlassen zu können, die Grenze meines Involviertseins selbst zu bestimmen, erfaßt mich nicht selten eine tiefe Resignation, die unter Umständen auch dann noch fort-dauert, wenn ich am Schreibtisch mit meinen Notizen beschäftigt bin.

Das Bild von psychischer Ansteckung(sgefahr) drängte sich mir manches Mal auf (Forschungstagebuch). Die tagtägliche Arbeit erscheint über große Strecken hinweg als ein Faß ohne Boden.

Die MitarbeiterInnen motivieren sich immer wieder neu (geben sich auch äußerlich wahrnehmbar einen innerlichen Ruck), schieben empfundene Erschöpfung und Überdruß zur Seite, nehmen neuen Schwung für die „nächste Runde“ (nach einer Pause) und würden sich doch „am liebsten dazulegen“ (zu den BewohnerInnen ins Bett).

Von Tatkraft und Resignation, vom Gefühl des Gefesseltseins und der Vergeblichkeit ist die Atmosphäre erfüllt.

Woher rühren diese Stimmungen, die unweigerlich an den Sisyphos-Mythos erinnern?

Die Wiederkehr des Immergleichen: Täglich die gleichen Arbeitsabläufe, Handgriffe, Gesichter, Räume, Gerüche, die sich wiederholenden Klagen, Widerstände, Konflikte, Fragen. Die Wiederkehr der Themen in den Kollegengesprächen und Übergaben. Überraschendes, Neues tritt der Dominanz der Wiederholungen gegenüber in den Hintergrund, scheint dahinter bis zur Unkenntlichkeit zu verblassen.

Das Gefühl von Sinnlosigkeit, Ausbleiben der Erfolge: Trotz der großen Anstrengungen werden BewohnerInnen nicht gesünder, beweglicher, zufriedener, froher. Sie alle bewegen sich – in unterschiedlichem Tempo – dem Ende aller Lebendigkeit zu. Und wenn es gelingt, Fortschritte in der psychischen oder physischen Verfaßtheit der BewohnerInnen zu erzielen oder zu beobachten, und sei es nur ein unerwartetes Lächeln, so sind doch die wiederintretenden Rückschritte, das Zurückfallen in den vorangegangenen Zustand ohne eine Verschlechterung, abzusehen.

Verlust des Kontaktes der Beziehung zu den alten Menschen: Die alten Menschen ziehen sich in ihre inneren Räume zurück, phantasieren sich in andere Realitäten, nehmen ihr Gegenüber als eine ihnen vertraute Person oft nicht wahr, sie brechen immer wieder den Kontakt ab oder verweigern ihn dauerhaft. Sie bleiben weitgehend ein Rätsel mit ihrer individuellen Lebensgeschichte, ihren Erfahrungen. Es entstehen Gräben zwischen den Generationen, weil sich Lebensstile und Lebensentwürfe voneinander unterscheiden.

Diskrepanz zwischen Konzepten der Altenpflege, Vorstellungen von einem menschenwürdigen Umgang mit alten Menschen und der Realität des Alltags: Die guten Ziele, sie scheitern nicht nur an den unzureichenden Rahmenbedingungen (allem voran die Personalknappheit), sondern auch an der Widerständigkeit der alten Menschen selbst und an den eigenen Grenzen und Unzulänglichkeiten.

„Abgeschottet sein von der Welt außerhalb des Heimes: Verlust von Farbigkeit, Komplexität, Wildheit,

Traurigkeit, Schönheit, Kämpfen, ... Statt dessen eingehüllt sein von einem relativ monotonen Schonklima.“ (Auszug aus dem Forschungstagebuch)

Die MitarbeiterInnen selbst benennen ausdrücklich und wiederholt:

- die oft gestörte Kommunikation und die schwierigen Beziehungen zu den BewohnerInnen („wenn nichts rüberkommt ...“);
- die Begegnung mit schweren Krankheiten und Sterben als eine Situation extremer Hilflosigkeit und Erfolgslosigkeit („ich habe einfach Schwierigkeiten, mit einem Sterbenden allein zu sein ...“);
- die Kluft zwischen ihren Ansprüchen an ihre Arbeit, ihre Konzepte und den Realitäten („man könnte soviel mehr machen“);
- Thema: Krankheit und Heilung (I)
  - die Verantwortung für Leben und Sterben („entscheiden müssen, was im Falle einer Krise zu tun ist“).

Zusammen mit den physischen Anstrengungen, dem Raubbau, den sie mit ihren physischen Kräften und Körpern treiben und der in ihren Augen unzureichenden personellen Ausstattung, die phasenweise zu einem enormen Arbeitsdruck führt, erwächst daraus ein Gefühl beständiger Überforderung.

Dieses Gefühl von Überforderung und Bodenlosigkeit verstärkt sich noch durch den geringen sozialen Status, den der Berufsstand in der Gesellschaft genießt (geringe Bezahlung, Ausbildung auf niedrigem Niveau, Akzeptanz vieler unausgebildeter Kräfte, geringe Aufstiegschancen) und dem Eindruck, zusammen mit den alten, der Pflege bedürftigen Menschen ausgegrenzt zu werden.

## **Reflexionen aus größerer Distanz: Anstöße für Veränderungen**

Im Rahmen dieses Artikels können nur knappe Eindrücke aus der Studie wiedergegeben werden. Trotzdem provozieren die hier unter dem Fokus „Krankheit und Heilung“ wiedergegebenen Beobachtungen und Erfahrungen notwendige konzeptionelle Veränderungen der Altenpflege.

Neben einer qualifizierten medizi-

nischen Versorgung geht es um die Entwicklung therapeutischer Verfahren, die der spezifischen Lebenssituation alter pflegebedürftiger Menschen Rechnung tragen und um die Einbindung moderner medizinischer Techniken in eine holistische Medizin, die den Menschen in seiner Ganzheit sieht, ihn „in einem weiten ökologischen Kontext erkennt und betont, daß der schlechte Gesundheitszustand oder die Krankheit auf einer Störung des Gleichgewichts, auf eine Fehlanpassung an die Umwelt und nicht nur auf die Wirkung von Krankheitserregern und genetischer Programmierung zurückzuführen sind“. (WHO, 1978, S. 14)

Heilung auf der Basis der Einheit von Körper, Geist und Seele bedeutet nicht Instandsetzung eines defekten Körpers, sondern

- Integration – auch der schmerzhaften Lebensereignisse – in das eigene Selbstbild,
- Raum für Artikulation von gestauten, krankmachenden Erfahrungen und Gefühlen,
- Gewährwerden des Todes als Element des Lebens,
- Leben in einer Atmosphäre von Vertrauen und Hoffnung,
- Eingebundensein in ein tragendes, Solidarität schaffendes soziales Netz.

Verfahren, die sich angesichts der entpersonalisierenden, Distanz schaffenden Technisierung von Medizin und ihrer ethischen Probleme auf die sanften Kräfte berufen, auf traditionelle und alternative Formen des Heilens, auf Stimulierungen von Selbstheilungspotentialen, gewinnen in der Auseinandersetzung mit dem gegenwärtigen Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. In der Pflege alter Menschen jedoch spielen sie eine äußerst periphere Rolle. Therapien, die unter Ausnutzung kreativer Potentiale die Sensibilisierung des Körperbewußtseins anstreben und zur bewußten Konfrontation mit den eigenen Lebensentwürfen anregen und auf diese Weise Identität stützen und einer Heilung – auch im Sinne der Versöhnung mit dem eigenen Lebensschicksal – den Weg bereiten, finden in Pflegeheimen nicht statt oder degenerieren zur Beschäftigung der alten Menschen, zur Möglichkeit „die Zeit tot zu schlagen“.

Auch eine alltägliche Begegnung

zwischen den Menschen, die sich auf die heilende Wirkung des Wortes (Zuspruch und Zuhören) und der Hände (Berührung) besinnt, wird dem Diktat der Körper und Krankheitsversorgung untergeordnet. Eine Stimulierung der Sinne mit dem Ziel der Aktivierung von Selbsterfahrung und Lebensfreude unterbleibt weitgehend. Der Krankheit und dem „Irre sein“ (Verwirrtheit, demenzielle Störungen) der alten Menschen wird im Pflegeheim zwar ein Ort zugewiesen. Dort finden die alten Menschen einen weitgehend geschützten Raum für ihre Klagen, für ihre Freude, für ihr Schimpfen und auch für ihr Verstummen über ihre Lebenssituation. Doch hört ihnen jemand wirklich zu? Und wer nimmt Anteil an ihrer Lebenssituation? Die Chance des Pflegeheims, ein Ort der Persönlichkeitsentfaltung zum Tode hin, ein Ort der Solidaritätserfahrung und ein Ort des Heilwerdens zu sein, wird unter den gegebenen

Bedingungen weitgehend verpaßt.

Ein solcher hier nur kurz zu skizzierender Paradigmenwechsel würde zu einer erheblichen Entlastung der MitarbeiterInnen führen. Denn die Pflegenden können sich als BegleiterInnen auf dem Übergang vom Leben zum Tod verstehen, anstatt ihre Energien im Kampf gegen unabwendbare Krankheiten und gegen das Nachlassen von physischen und psychischen Kräften zu verbrauchen.

Abschließend: Die Studie „Fremde Welt Pflegeheim“ bietet Innenansichten aus dem Heimalltag aus zugewandter Distanz.

In erster Linie soll sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Heimen zugute kommen. Denn sie hilft, wie in einem Spiegel, die alltäglichen Erfahrungen und Handlungsweisen aus der Distanz zu betrachten und für die Re-

flexion der eigenen Arbeit zu nutzen.

Dr. Ursula Koch-Straube  
Professorin für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen Lippe,  
Immanuel-Kant-Str. 18-20,  
44803 Bochum

Der Artikel enthält Passagen aus ihrem Buch „Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie.“  
Huber-Verlag, Bern 1997

## Literatur

**Bonß, W. (1991):** Soziologie. In: U. Flick et al. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung. München, S. 36-39

**Geer, B. (1964):** First days in the field. In: P.E. Hammond (ed.), Sociologists at Work. New York, S. 372-398

**WHO (1978):** Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Technischer Bericht, Nr. 6 22, Genf.

## Buchrezension

**Lipson, Juliene G und Nancy J. Steiger: Self-Care Nursing in a Multicultural Context. Sage Publ., Thousand Oaks 1996**

Ob und inwieweit ein Mensch gesund ist, wird zum großen Teil von der Art und Weise bestimmt, wie er lebt, welchen Überzeugungen er in bezug auf Gesundheit anhängt und welchen Gebrauch er vom Gesundheitssystem macht. In diesem Satz könnte man die zentralen Einsichten zusammenfassen, die von der gesundheitsorientierten Selbsthilfepbewegung sowie von verschiedenen Disziplinen, wie Sozialmedizin, Public Health und eben auch Pflegewissenschaft, in den letzten Dekaden erarbeitet worden sind. Die leider nur auf englisch vorliegende Monographie von Lipson/Steiger basiert auf einem breit gespannten theoretischen Ansatz, der geeignet scheint, der Vielschichtigkeit des Gegenstandes gerecht zu werden. Lipson/Steiger versuchen in erster Linie eine Synthese der Selbstpflegeperspektive

(z.B. Theorie von D. Orem) und der kulturellen Perspektive. Daneben stellen sie aber auch noch auf die folgenden Theorien und Modelle ab: Caring/Sorge-Ansatz (M. Leininger und J. Watson), Transition-Framework (A. I. Meleis), Holismus (M. Rogers), symbolischer Interaktionismus (L. Rosenstock) und Lerntheorien (M. Knowles).

Bei aller Wertschätzung von Orem's Pionierleistungen auf dem Gebiet der Selbstpflgetheorie, kritisieren Lipson/Steiger neben der Komplexität und manchmal verwirrenden Terminologie ihres Modells vor allem den Umstand, daß sich Orem's Model fast ausschließlich auf die professionellen Gesundheitssysteme westlich entwickelter Länder bezieht. Dem gegenüber zählen Lipson/Steiger auch Laienpraktiken zur Selbstpflege (S. 27).

Auch das Konzept der transkulturellen Pflege von M. Leininger wird von Lipson/Steiger nicht einfach übernommen. Während Leininger von den

Pflegenden eine möglichst umfassende Kenntnisse der Kultur ihrer Patienten fordert, richten Lipson/Steiger andere und insgesamt wohl pragmatischere Ansprüche an das Pflegepersonal. Kulturelle Perspektive meint bei ihnen nicht, daß die Pflegekraft bereits zu Beginn einer Interaktion über allgemeines intellektuelles Wissen über die Kultur oder Sprache eines Patienten verfügen muß. Entscheidend ist ihrer Meinung nach überhaupt die grundsätzliche Bereitschaft, bestimmte kulturelle Besonderheiten des Gegenübers bei der Gestaltung des Pflegeprozesses ins Kalkül zu ziehen.

Pflegenden, die diese Bereitschaft haben, finden bei Lipson/Steiger praxistaugliche Frageschemata und andere Werkzeuge, mit deren Hilfe sie gemeinsam mit den Patienten die notwendigen Schritte zur Erreichung der jeweils angestrebten gesundheitlichen Ziele planen können.

Dr. Jörg Alexander Meyer