

Jenseits des Rationalen? Über den organisationalen Umgang mit Demenz¹

Thomas Birken und Margit Weibrich

1. Einleitung

Die soziologische Organisationsforschung, so der Call for Papers der AG Organisationssoziologie für diesen Kongress, verbindet den Begriff der Organisation gemeinhin mit Berechenbarkeit, Rationalität und Abstraktion und ordnet „Unberechenbarkeit, Zufälligkeit, Irrationalität, Konkretion und Desorganisation“ dem Unorganisierten zu. Es gelte jedoch, diese Polarisierung aufzulösen und „den Zusammenhang von Affekten, Gefühlen, sozialen Beziehungen und Organisation zu erforschen“ und hierfür die „lebhafteste und konflikthafte, gefühlsbetonte, beziehungsreiche und subjektive Seite von Organisation“ in den Blick zu nehmen.

In diesem Beitrag wird diesem Zusammenhang am Beispiel einer Organisation nachgegangen, in der das Ir-Rationale eine ganz besondere Rolle spielt: einer Altenpflegeeinrichtung für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner. Die Zielsetzung einer solchen Organisation besteht per definitionem darin, das Ir-Rationale nicht nur zuzulassen, sondern systematisch zu bewältigen. Man darf sich von der Untersuchung einer solchen Einrichtung also Einsichten über „die andere Seite von Organisationen“ (CfP) erhoffen – und über den organisationalen Umgang mit dieser anderen Seite.

Unsere These lautet: Im organisationalen Umgang mit Demenz werden Gefühle, (Ir-)Rationalität und Organisation auf eine spezifische Weise vermischt: Während auf der einen Seite betont wird, dass die Gefühlsebene das primäre Kontaktmedium zwischen Demenzkranken und Umwelt sei, wird auf der anderen Seite aufwändige Arbeit in eine Konstruktion von Demenz investiert, die es ermöglicht, das Handeln der Demenzkranken „deutend zu verstehen, um es dadurch in seinem Ablauf und in seinen Wirkungen ursächlich zu erklären“ (Weber 1984: 19).

Wie wir zeigen werden, spielen „Gefühle, Beziehungen und andere Ir-Rationalitäten“ (CfP) im organisationalen Umgang mit Demenzkranken eine herausragende Rolle – aber diese Mechanismen sind nicht jenseits des Rationalen angesiedelt², sondern werden instrumentell eingesetzt: Denn Demenzkranke – wie

1 Der Artikel beruht auf einem Vortrag in der Veranstaltung der AG Organisationssoziologie zum Thema „Gefühle, Beziehungen, Ir-Rationalitäten – die andere Seite von Organisationen“ auf dem 35. Kongress der DGS in Frankfurt/Main.

2 Zur generellen Frage nach der Rationalität von Gefühlen siehe Weibrich 2002.

immer man Demenz auch konstruieren möchte – handeln nicht strategisch und sind weder für Argumente noch für Anreize zugänglich. Der herkömmliche organisationssoziologische Werkzeugkasten reicht daher nicht aus, um ihr Verhalten zu steuern. Er wird um Gefühle, Beziehungen und andere Ir-Rationalitäten ergänzt.

Begleiten Sie uns nun in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung, die auf demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner spezialisiert ist. Der Ausflug dorthin ist folgendermaßen strukturiert:

Im ersten Kapitel führen wir unseren theoretischen und empirischen Zugang zu diesem Thema ein: die *interaktive Arbeit*. Im zweiten Kapitel beschreiben wir die Altenpflegeeinrichtung, in der wir unsere empirischen Untersuchungen durchgeführt haben und gehen kurz auf die Erhebungsmethoden ein. Im dritten Kapitel betrachten wir einige interaktive Praktiken, mit deren Hilfe eine Kooperationsbeziehung zwischen Demenzkranken und Beschäftigten hergestellt wird. Im vierten Kapitel behaupten wir, dass die kontrafaktische Konstruktion der Autonomie von Demenzkranken die Grundlage des Umgangs mit Demenz in dieser Einrichtung darstellt und beschreiben die Dilemmata, die aus dieser Rationalitätsfiktion resultieren. Die Abhandlung schließt mit einer Überlegung zum Verhältnis von Rationalität und Menschenwürde.

2. Interaktive Arbeit

Wir beschäftigen uns in einem laufenden Forschungsprojekt mit der Professionalisierung interaktiver Arbeit in personenbezogenen Dienstleistungsbeziehungen³. Damit bildet die *interaktive Arbeit* den Fokus der hier vorgestellten Überlegungen⁴.

Das Konzept der interaktiven Arbeit geht davon aus, dass es für die Erbringung einer Dienstleistung notwendig ist, dass Kunde und Fachkraft zusammenarbeiten – diese Zusammenarbeit nennen wir *interaktive Arbeit*. Diese Zusammenarbeit zu realisieren, ist eine schwierige Aufgabe für beide Seiten, da systematische Abstimmungsprobleme anfallen, die bearbeitet werden müssen, wenn die Dienstleistung gelingen soll⁵: So steht zum einen nicht von vornherein fest, was genau der Gegenstand der Dienstleistungsbeziehung ist und auf welchem Wege er hergestellt werden soll – beides muss von den an der Dienstleistungsbeziehung Beteiligten festgelegt oder auch ausgehandelt werden. Zum zweiten können über beides nur unvollständige Verträge abgeschlossen werden; Dienstleistungen sind immer Dienstleistungsversprechen, da das Ergebnis nicht vorab begutachtet werden kann und zudem von den Beiträgen beider Partner abhängt. Und zum dritten muss man

3 Weitere Informationen finden sich auf der Homepage des Projekts: www.interaktive-arbeit.de.

4 Zum Konzept der interaktiven Arbeit siehe Dunkel/Wehrich 2006, 2010a, 2010b.

5 Zu Abstimmungsproblemen in Dienstleistungsbeziehungen siehe Wehrich/Dunkel 2003.

immer damit rechnen, dass Konflikte auftauchen; ein solcher Konflikt ist über das potenziell strittige Preis-Leistungs-Verhältnis in jede Dienstleistungsbeziehung eingebaut.

Eine Pointe dieses Konzepts ist es, dass sich interaktive Arbeit nur begrenzt betrieblich steuern lässt: Sie ist letztlich immer eine unberechenbare Angelegenheit. Das liegt zum einen daran, dass sich interaktive Dienstleistungen nicht ohne die Mitarbeit des Kunden als gleichwertigem Interaktionspartner realisieren lassen. Da dieser jedoch nicht zum Betrieb gehört, entziehen sich seine Handlungen systematisch betrieblichen Steuerungsambitionen. Zum anderen müssen die anfallenden Abstimmungsprobleme immer situativ bearbeitet werden: Für diese gemeinsame Bearbeitung der anfallenden Abstimmungsprobleme spielt entsprechend die *Subjektivität der Interaktionspartner* eine wichtige Rolle. Ganz gleich, ob diese Bearbeitung über den Aufbau von Vertrauen oder über die Durchsetzung von Herrschaftsansprüchen geht: Gefühle, Gespür und Körper sind wichtige Ressourcen. Interaktive Arbeit fokussiert damit immer auch die „andere Seite von Organisationen“ (CfP).

Wir glauben nun zum einen, dass die interaktive Arbeit mit Demenzkranken in der stationären Altenpflege ein ganz außerordentlich aufschlussreiches empirisches Feld darstellt, um die beschriebenen subjektiven Anteile interaktiver Arbeit und ihre organisationale Eingebundenheit herauszuarbeiten – ein Problemkreis, der für jede Art von interaktiver Arbeit von Bedeutung ist. In allen personenbezogenen Dienstleistungsbeziehungen treten Abstimmungsprobleme auf, die sich nicht rational lösen lassen, sich deshalb betrieblicher Steuerung entziehen und entsprechend in der Interaktionssituation selbst bearbeitet werden müssen. Überall dort sind subjektive Ressourcen interaktiver Arbeit von entscheidender Bedeutung – und diese sollten in der interaktiven Arbeit zwischen Beschäftigten und Demenzkranken ganz besonders deutlich in Erscheinung treten.

Zum anderen müssen wir uns natürlich fragen, inwieweit sich das Konzept der interaktiven Arbeit auf diesen Fall überhaupt anwenden lässt. Gemeinhin ist es ja so, dass in personenbezogenen Dienstleistungsbeziehungen (wir untersuchen interaktive Arbeit bei der Bahn, in der Hotellerie und in der Altenpflege) Akteure aufeinander treffen, die zumindest eine ungefähre Ahnung davon haben, was sie wollen, ihre Anliegen (mehr oder weniger gut) artikulieren können, sich in ihr Gegenüber hineinversetzen und planen können und daher in der Lage sind, auch strategisch zu handeln; sie sind Argumenten zumindest theoretisch zugänglich – und denen es in der Regel gelingt, es für wahr zu nehmen, dass sie in einer gemeinsamen Welt leben.

In der Einrichtung für demenzkranke Bewohner, die wir Ihnen jetzt vorstellen werden, ist all dies keinesfalls selbstverständlich. Denn es sieht ja so aus, als würde Demenz die betroffene Person all dessen berauben, was das klassische Bild des Subjekts ausmacht: Identität, Vernunft – und die Fähigkeit zur wechselseitigen Bezugnahme aufeinander.

Dieses Problem hat auch methodische Konsequenzen: Es macht in diesem Fall keinen Sinn, erzählungsgenerierende Leitfadeninterviews mit Kunden zu führen, wie wir es in den anderen Dienstleistungsfeldern gemacht haben. Neben Interviews mit der Einrichtungsleitung, Beschäftigten, Auszubildenden und Angehörigen kamen aus dem Methodenbündel unseres Projekts entsprechend insbesondere Beobachtungen ethnografischer Art zum Einsatz. Wir haben uns mehrere Tage in der Einrichtung aufgehalten, Interaktionen beobachtet und Bewohner wie Beschäftigte bei ihrem Tun über längere Zeiträume hinweg begleitet. Beobachtende und begleitende Verfahren bieten sich für die Erforschung interaktiver Arbeit generell an. Denn als Forscher/in ist man mit dem Problem konfrontiert, dass die praktischen Kompetenzen, die in der interaktiven Arbeit eingesetzt werden, eben Teil der Praxis sind, in der sie sich manifestieren und nicht ohne weiteres verbalisiert werden können. Die Aufgabe der Forscher/innen besteht dann nicht zuletzt darin, „dass etwas zur Sprache gebracht wird, das vorher nicht Sprache war“ (Hirschauer 2001: 430). Hierfür haben wir eine Methode der Begleitung entwickelt, die sich dadurch auszeichnet, dass der Begleitete sich selbst dabei beobachtet, was er tut und wie er das tut und uns mitteilt, was ihm dabei auffällt. Für unseren Fall ließen sich auf diese Weise nicht nur Strategien beschreiben, die die Beschäftigten im Umgang mit Demenzkranken einsetzen – es wurde auch zur Sprache gebracht, wie die einzelnen Strategien begründet werden⁶.

3. Die Einrichtung

Wir haben es mit einer beschützenden Einrichtung zu tun, die nach außen hin geschlossen, aber nach innen offen ist. Innerhalb des Hauses gibt es keine materiellen Einschränkungen der Bewegungsfreiheit; der Träger der Einrichtung verzichtet ganz grundsätzlich auf Fixierungen. Allerdings können die Bewohner die Einrichtung nicht selbstständig verlassen – die Tür nach draußen ist nur mit einem Codesystem zu öffnen; auf deren Innenseite ist eine Landschaft gemalt, die den Blick in die Weite zieht und ihm gleichzeitig verbergen soll, dass es sich um eine Tür handelt. Neben dieser Tür führt ein offener Ausgang in den umzäunten Garten – in einen so genannten Geronto-Garten mit Klangstationen und einem Tiergehege.

Die Einrichtung entspricht in jeder Hinsicht dem state of the art und arbeitet mit modernen Methoden wie Aroma- und Farbtherapie. Der Einrichtungsleiter ist sehr engagiert und führt ein ‚gutes Haus‘, das ökonomisch kaum Probleme hat und eine geringe Mitarbeiterfluktuation aufweist.

⁶ Zur Methode der Begleitung siehe Hoffmann/Wehrich 2011.

„Wenn ich hier reingeh [so ein Angehöriger] dann lass ich die Welt draußen (...), also ich geh rein und bin in der Welt der Demenzkranken“.

Wie nun sieht diese Welt aus? Es sind vor allem Alzheimer-Patienten in der Einrichtung, aber auch Patienten mit vaskulärer Demenz. Die Klientel ist jünger als in anderen Alten- und Pflegeheimen, und die Bewohner bleiben zum Teil über Jahre hinweg in der Einrichtung. Es werden keine Personen mit schizoiden Wahnvorstellungen aufgenommen, und potenzielle Mitbewohner wohnen auf Probe, damit sich herausfinden lässt, ob sie mit ihrem Krankheitsbild auch in die Einrichtung passen. Die Einrichtung trifft also eine Vorauswahl unter den zukünftigen potenziellen Bewohnern und kann sich das ökonomisch auch leisten.

Die unterschiedlichen demenziellen Erkrankungen ähneln sich in ihrer Wirkung bis zu einem gewissen Grad, allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Stadien der Demenz. Hier ein Zitat einer Pflegekraft, das auch einen Eindruck davon vermittelt, wie man sich das Erleben von Demenzpatienten vorzustellen versucht:

„[Die] Aggression lässt eigentlich, würde ich sagen, zum Schluss hin sehr nach. Also im Anfangsstadium ist das dann ein bisschen schwieriger, weil die natürlich nicht verstehen, warum sie sich jetzt pflegen sollen. Sie verstehen den Sinn von Pflege nicht, verstehen aber auch nicht, warum das jetzt jemand machen soll, weil ein Demenzkranker bleibt ja im Laufe der Jahre meistens so zwischen 30 und 45 vom Alter her stehen und der versteht natürlich dann nicht, warum ich mich jetzt als 40-jähriger Mann oder Frau von jemandem pflegen lassen soll. Weil er sieht sich als jung, dynamisch, gesund, er sieht kein Problem; für ihn sind wir das Problem. Und da muss man immer so ein bisschen jonglieren und dann versuchen zu vermitteln und dann nur Unterstützung geben.“

Mit Blick auf unsere theoretische Perspektive beschränkt sich das Problem also nicht auf den Umstand, dass der Gegenstand der Dienstleistung hier unterschiedlich definiert würde. Der Konflikt ist viel radikaler: Der ‚Endkunde‘ hat gar nicht vor, überhaupt eine Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. Den Zustand „zum Schluss hin“, beschreibt eine Angehörige so:

„Also ich denke, es ist so, dass er weiß, ich bin irgendwie ein bekanntes Gesicht, eine angenehme Stimme, dass es ihm dann gut geht, aber ich glaub sagen wir mal so, wie mit einem halben Jahr. Das sich freut, wenn die Mama ans Bett kommt, wenn’s nachts mal aufwacht, aber Mama, das Wort Mama und die Sicht noch nicht so verbinden kann, aber einfach ein angenehmes Wohlgefühl entwickelt. So (...) Ja, ich denke er ist in so einem Zustand. Weil er ja auch von sich aus kaum noch was spricht, ab und zu sagt er Achtung.“

Demenz ist eine degenerative Erkrankung – doch gleichzeitig ist der Zustand der Demenzkranken unberechenbar: Die Erkrankung hält sich nicht an strikte Regeln und Verlaufsschemata. Eine Auszubildende beschreibt das so:

„Also, wir haben schon eine Tagesstruktur, nach der wir eigentlich arbeiten sollten, aber es ist quasi nur eine Anlehnung. Also, der Bewohner ist ja jeden Tag anders, mal ist er gut leitbar, manchmal schlecht, manchmal ist er besser drauf, manchmal anders, manchmal muss ich nur anleiten, manchmal hinlegen, sagen, so, jetzt waschen wir mal das Gesicht und an einem anderen Tag hat er gar nichts mehr, er weiß nichts mehr und deshalb können wir da nicht nach einem bestimmten System arbeiten. Klar, wir versuchen es, aber es ist halt nicht so einfach oder Beschäftigung, manchmal hat er Lust, manchmal haut er dir dann die Stifte hinterher. Es ist halt so.“

Die Auszubildende beschreibt damit auch die Grenzen der organisationalen Planbarkeit. Man kann „nicht nach einem bestimmten System arbeiten“, sagt sie. Es müsse vielmehr anders herum gehen, so eine andere Pflegekraft:

„Wir haben früher immer, mussten sich die Leute, die eh schon erkrankt sind, an die Umwelt anpassen. Es muss umgekehrt sein. Die Umwelt muss sich an die Leute, an die Menschen, an die erkrankten Menschen anpassen und das muss einfach das A und O sein. Das muss es, anders funktioniert es nicht (...)“.

Wie aber funktioniert es dann? Der Trägerverband der Einrichtung verweist in einer Broschüre, die über das Krankheitsbild Demenz informiert, den Gefühlen den dominanten Stellenwert zu:

„In der Welt des dementen Menschen herrschen weder Logik noch Vernunft noch Erfahrung. Die Logik weicht der Poesie, die Vernunft der Sensibilität und die Erfahrung weicht einzelnen wichtigen Erinnerungen. Es sind die Gefühle, die allgegenwärtig werden und den Platz des Gedächtnisses einnehmen (...). Die Fähigkeit, Emotionen zu zeigen, bleibt als einzige Ausdruckform erhalten. Demenzkranke sind sehr authentisch. Sie nehmen keine Rücksicht auf das, was sozial erwünscht ist. Wenn sie lachen, meinen sie es auch so. Ihre Befindlichkeit ist unschwer anhand von Mimik, Gestik und Lauten in für sie typischen Situationen zu erkennen. Mittels Beobachtungen werden diese individuellen Bedürfnisse von unseren hierauf geschulten Mitarbeitern ermittelt.“ (AWO Bezirksverband Oberbayern e.V. (o.J.))

Der Gegenstand der Dienstleistung soll also ermittelt werden, indem die Pflegekräfte die Äußerungen der Bewohnerinnen und Bewohner interpretieren. Wir kommen später noch einmal auf diesen Punkt zurück, möchten den Blick nun aber zuerst einmal darauf lenken, dass die beschriebene Authentizität eine weitere Herausforderung für die Beschäftigten nach sich zieht: Auch sie müssen ‚authentisch‘ sein – und hierfür an ihren eigenen Gefühlen arbeiten. Denn auf dieser Ebene sind die demenzkranken Menschen offensichtlich kompetenter als die Pflegekräfte. Eine Pflegekraft schildert das so:

„Ich kann mit Ärger, Zorn und Problemen nicht hier reingehen in die Arbeit, das geht nicht. Also wenn ich das trage, dann brauche ich gar nichts tun, das überträgt sich auf die Bewohner. Und wie wir immer sagen, das Wort ‚authentisch‘ – die kranken Menschen nehmen dieses sehr toll auf, ob jemand authentisch ist oder ob er nur spielt, das ist so.“

Es geht also vor allem anderen erst einmal darum, eine tragfähige Ausgangsposition zu schaffen.

4. Interaktive Praktiken jenseits des Kognitiven

Wie aber geht es dann weiter? Sehen wir uns anhand einiger Interaktionssequenzen an, wie interaktive Arbeit konkret funktioniert. Wir haben eine Pflegekraft eine Schicht lang begleitet. Hier ein Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll:

„Schwester Berta ist unterwegs und versucht, Bewohnerinnen und Bewohner zum Frühstück im Speisesaal zu versammeln. Herr A. sitzt in einer kleinen Sitzzecke auf dem Flur auf einem Stuhl. Schwester Berta geht in die Knie, nimmt seine beiden Hände in die ihren und spricht mit ihm. Er steht auf, sie führt ihn in Richtung Speiseraum den Gang entlang, ‚noch ein Stück!‘, sagt sie. Eine Bewohnerin, die im Gang unterwegs ist, wird gestreichelt und kommt auch mit. Wir gehen hinterher und lernen auf dem Weg dorthin eine weitere Bewohnerin kennen, die mit ihrem Vornamen angesprochen wird. Schwester Berta erzählt, dass diese Bewohnerin Krankenschwester war und quasi ihre rechte Hand sei. Die Bewohnerin lächelt und sagt, sie habe gut geschlafen. Weil die Mitbewohnerin auch gut geschlafen hat, sagt Schwester Berta zu uns allen. ‚Steffi, kommst Du auch mit uns?‘, sagt sie zu einer Dame, die auf einem Stuhl im Gang sitzt. ‚Wohin?‘, fragt diese. ‚In den Speiseraum zum Essen‘. ‚Und zu Ihnen kommt gleich eine Schwester‘, sagt sie zu einer Dame, die im Nachthemd auf einem Sofa im Flur sitzt. ‚Kennt die mich?‘ fragt diese. ‚Ja freilich, wir kennen Sie alle‘, sagt Schwester Berta.“

Wir haben hier einen hoch komplexen Interaktionsprozess vor uns: Es sind insgesamt sechs Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt, die Pflegefachkraft selbst und zwei Sozialforscher, die ebenfalls in die Interaktion mit einbezogen werden müssen. Eine Bewohnerin wird mit dem Nachnamen angesprochen, andere mit ‚Du‘ und dem Vornamen: Die Beziehungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu Schwester Berta sind individuell und die Pflegekraft geht auf die einzelnen Bewohner ein. Gleichzeitig fällt auf, dass sie ihren ganzen Körper als Kommunikationsmedium einsetzt. Interaktionen werden mit kleinen zärtlichen Gesten begleitet, der Tonfall ist emotional. Dabei geht es ruhig und heiter zu: Die ganze Sequenz hat so gar nichts von Hektik, und dies ist auch der Grundrhythmus der gesamten Einrichtung.

Gleichwohl verfolgt Schwester Berta doch ein Ziel – sie möchte die Bewohnerinnen und Bewohner im Speisesaal versammeln. Nur macht es keinen Sinn, das anzukündigen, mit dem Frühstück zu locken oder die Bewohner anderweitig anzutreiben. Es sind subjektive soziale Mechanismen, mit deren Hilfe Schwester Berta versucht, die Bewohnerinnen und Bewohner zur Kooperation zu bringen. Wir sehen eine fluide Mikroordnung, die doch gesteuert wird: aber mit Leib und Seele.

Doch nicht alles ist fluide: Später sind wir dabei, als Schwester Berta einem Bewohner Essen eingibt. Herr M. sitzt im Bett und bekommt Brei. Das Schüsselchen ist schon fast leer – Schwester Berta fragt Herrn M., ob er noch

etwas möchte. Der nickt und sagt: „Aber nicht mehr viel“. Die Pflegekraft sagt daraufhin aufmunternd: „Herr M., Mund auf, noch ein bisschen hab ich“. Sie nimmt ein zweites Schüsselchen mit Brei und sagt zu uns: „Herr M. ist ein guter Esser, er isst immer zwei Schälchen“.

Hier wird darüber hinweggegangen, was Herr M. sagt. Es kommt darauf an, was Herr M. macht – und wie er das macht: Das Pflegepersonal weiß, dass er mit Appetit weiter isst, auch wenn er sagt, dass er nicht mehr viel mag. Und so hat sich das mit dem zweiten Schälchen eingespielt – und das entsprechende Gespräch auch.

Die Etablierung von Routinen ist ein wichtiges Instrument, um Demenzkranke zur Kooperation zu bewegen. Für manche Routinen gibt es dann auch keine Begründung mehr: So ist eine Bewohnerin nur dann dazu zu bringen, sich im Bett aufzusetzen und ihren Frühstückstee zu trinken, wenn der Vorhang vor dem Fenster exakt eine Handbreit geöffnet worden ist – nicht mehr und nicht weniger. Habe man so etwas herausgefunden, sei man ganz glücklich, so Schwester Berta – und stellt es auf Dauer.

Andere Routinen beziehen sich auf lebensgeschichtlich entwickelte Gewohnheiten: Schwester Berta reicht einem der Herren auf der Station einen Gegenstand, den dieser in seine Jackentasche steckt. Er vergewissert sich noch mal, dass jetzt tatsächlich etwas in der Tasche ist und geht dann mit Schwester Berta mit. Habe er nichts in der Tasche, sei er unruhig, klärt diese uns auf – so etwas finde man auch mit Biografie-Arbeit heraus. Dann sagt sie noch, dass Männer ihre Geldbeutel, Schlüssel etc. ja in der Regel in der Anzug- oder Hosentasche hätten – und nicht in der Handtasche, wie die Frauen.

Dies weist auf etwas hin, was uns sehr verblüfft hat: Demenzkranke verfügen in hohem Maße über Wissensbestände, die mehr mit gesellschaftlichen Normen und Konventionen zu tun zu haben scheinen als mit idiosynkratischen Vorlieben, Ängsten oder individuellen Konditionierungen – in diesem Fall mit genderspezifischen Gewohnheiten. Beobachtet man weiter, lässt sich erkennen, dass sich häufig geronnene gesellschaftliche Verhaltenserwartungen im Handeln der Bewohnerinnen und Bewohner wiederfinden lassen:

„Hab ich das bestellt?“ fragt eine Bewohnerin beim nachmittäglichen Kaffeetrinken. „Nein, aber das gibt's so“, antwortet die Pflegekraft. „Da braucht ma nix bezahlen?“ fragt eine andere Bewohnerin. „Nein, Frau Meier, da brauchen Sie nix bezahlen.“ „Ist auch was wert“, sagt Frau Meier.

Diese offensichtlich tief eingelassenen sozialen Torsi lassen sich von den Pflegekräften strategisch nutzen, um die Bewohnerinnen zur Kooperation zu bewegen. So gibt die Fußpflegerin ihren ‚Kundinnen‘ Geld, damit diese im Gegenzug für die Dienstleistung bezahlen und damit eingeschliffenen sozialen Routinen genügen

können. Auf die Idee, für die Grundpflege bezahlen zu wollen, kommt übrigens niemand. Auch das Vergessen lässt sich noch strategisch nutzen:

„Menschen, die vergesslich sind, die müssen sich auf ihre Gefühle konzentrieren [erzählt ein Betreuungsassistent], weil mit dem Intellekt geht das nicht mehr so gut und die meisten sind auch total überfordert, wenn ich hier reinkomm und die kennen mich nicht. Ich geh in den Raum und stell mich wieder vor und die lernen mich jeden Augenblick wieder neu kennen. Und an der Reaktion merk ich einfach, kommt das an wie ich mich jetzt gebe oder wie sie mich wahrnehmen oder nicht und wenn nicht, dann geh ich halt naus und hock mich fünf Minuten nieder (...).“

5. Die Konstruktion von Autonomie als Rationalitätsfiktion⁷

Interessanter Weise stehen die beschriebenen interaktiven Praktiken nicht im Zentrum der Selbstbeschreibung der Organisation – sie werden nicht als interaktive Kompetenzen gewürdigt (auch nicht von den Pflegekräften selbst) oder gar ausgebildet, sondern stehen (wenn sie überhaupt wahrgenommen werden) unter Rechtfertigungsdruck. Denn ihnen haftet der Verdacht an, etwas Trickreiches an sich zu haben – etwas Trickreiches im negativen Sinne. Dies liegt unseres Erachtens daran, dass man fürchtet, diese Praktiken könnten den hohen ethischen Anspruch konterkarieren, vor dem die Pflegearbeit mit Demenzkranken steht: die Wahrung der Autonomie der demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohner.

Unsere Kernthese lautet, dass der teilweise eklatante Widerspruch zwischen der normativen Ausrichtung der Organisation an einem Ideal der Bewohnerautonomie und der Tatsache, dass die Voraussetzungen für vernünftiges Handeln auf der Seite der Bewohner krankheitsbedingt fehlen, systematisch auf ein Dilemma hinausläuft: Um ihrem ethischen Anspruch zu genügen, müssen die Organisation und in ihr die Pflegekräfte versuchen, das Ir-Rationale zu rationalisieren.

Der Wohlfahrts-Verband, der die von uns untersuchte Einrichtung betreibt, hat sich die Wahrung der Eigenständigkeit und der Selbstbestimmung des einzelnen Menschen als hohes Ziel auf die Fahnen geschrieben. Damit verknüpft ist die Anforderung, sich strikt an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu orientieren. Dieses Leitbild schlägt sich auch in der neuerlich vom Verband benutzten Rhetorik nieder, in der nun von *Kunden* gesprochen wird, deren Bedürfnisse es zu berücksichtigen gilt. Diese Rhetorik stößt wiederum auf den Widerstand der Pflegekräfte: „Der Heimleiter hat Kunden“, sagen diese, „wir haben Bewohner.“ Die Pflegekräfte begründen das damit, dass es um eine längerfristige Beziehung gehe, einem die Erfüllung der Bewohnerwünsche deshalb am Herzen liege und man eine entsprechend emphatische Leistung nicht einfach kaufen könne. Auf

⁷ Auch Schimank spricht von Rationalitätsfiktionen, meint damit aber etwas anderes: das Heranziehen von gesellschaftlich vorgefertigten „Entscheidungen von der Stange“ (2009: 85).

der anderen Seite seien die Bewohner nicht einfach souveräne Kunden, sondern auch Schutzbefohlene, deren Wünschen nur solange entsprochen werden könne, wie dies auch deren (objektivem) Wohlbefinden zuträglich sei.

Das Dilemma, nicht alle Wünsche der BewohnerInnen mit den Anforderungen professioneller Pflege in Einklang bringen zu können, gilt für alle Bereiche der Altenpflege. Für die Pflege von Demenzkranken kommen allerdings dahinter weitere Dilemmata zum Vorschein wie bei der berühmten russischen Puppe:

- Wie bringe ich als Pflegekraft denn überhaupt in Erfahrung, was der demenzkranke Bewohner möchte?
- Und wenn ich es weiß: Wie verhandle ich mit ihm darüber, was sich realisieren lässt und was nicht?
- Und schließlich das faszinierendste Dilemma: Wie gelingt es, den Anspruch auf Autonomie gegen den Augenschein aufrechtzuerhalten?

Das letztgenannte Dilemma möchten wir nun beleuchten, indem wir behaupten, dass es der ethische Anspruch der Organisation erfordert, die Autonomie der demenzkranken Person im Zweifel auch kontrafaktisch zu inszenieren. Dies geschieht, indem „Unberechenbarkeit, Zufälligkeit, Irrationalität, Konkretion und Desorganisation“ (CfP) letztendlich doch wieder rationalisiert werden. Das ist, wie wir jetzt freilich nur schlaglichtartig zeigen können, ein gigantischer Aufwand – und gelingt doch nur als die Konstruktion einer ‚Autonomie zweiter Klasse‘.

Auch wenn in der eingangs zitierten Broschüre des Verbandes davon die Rede ist, dass das primäre Kommunikationsmittel eines Demenzkranken die unmittelbar zum Ausdruck gebrachten Gefühle seien, besteht eine wichtige Methode, die hinter dem Gefühlsausdruck vermuteten Bedürfnisse zu erkennen, darin, diese systematisch zu (re-)konstruieren. Ein wichtiges Werkzeug ist hier die sog. *Biografie-Arbeit* – eine fiktive Verlängerung der Biografie hinein in den Zustand der Demenz. Aktuelles Verhalten wird durch lebensgeschichtliche Ereignisse erklärt – so etwa das frühe Aufstehen mit einer beruflichen Tätigkeit in der Landwirtschaft. In der Folge wird das frühe Aufstehen nicht als ein erratisches Verhalten gerahmt, sondern als ein Verhalten, für das es gute Gründe gibt. Gleichzeitig wird es als ein Bedürfnis definiert – das Bedürfnis, früh aufzustehen. Das wiederum ist ein legitimes Bedürfnis, da es begründbar ist.

Das frühe Aufstehen und dessen Begründungspflicht zeigt auch auf, wie so etwas wie ein ‚normaler‘ Alltag inszeniert wird. Auch wenn man immer wieder versichert, wie individuell die Tagesabläufe seien, so werden die individuellen Vorlieben doch als Abweichungen gerahmt, die erklärungs- und begründungsbedürftig sind. Frühstück, Mittagessen, Kaffeetrinken und Abendessen, jahreszeitliche Veranstaltungen und vieles mehr werden als wichtige Leitplanken im Leben eines durch gesellschaftliche Rituale geprägten, entsprechend sozialisierten und gesell-

schaftlich integrierten Menschen installiert – auch wenn es große Mühe macht, das entsprechende Verhalten ständig am Laufen zu halten. Und auch die Gefühle selbst können begründungspflichtig werden, wie das folgende Beispiel zeigt:

„Man (...) ist immer Situationen gegenübergestellt, die neu sind. (...) das passiert von Sekunden, dass ein Mensch ein herausforderndes Verhalten hat und wir wissen gar nicht woher. Das ist natürlich oft durch Biografie, [oft] wissen wir's nun schon, dass durch Kriegszeiten oder durch Verluste, dass es vorkommt. Wir haben im Moment auf Station, ich sag' mal in Anführungsstrichen, ein sehr ruhiges Klientel (...). Wir hatten davor aber ein sehr anstrengendes Klientel, wo wir jeden Tag wirklich ganz viel drüber sprechen mussten, auch mit Ärzten, wie wir da umgehen.“

Zeigt ein Patient *herausforderndes Verhalten* (man beachte die political correctness der Pflegesprache: Herausforderndes Verhalten erstreckt sich bis hin zur offenen Aggression und körperlichen Übergriffen auf das Pflegepersonal), so wird in einem aufwändigen Prozess im Team darüber verhandelt, ob sich dies erklären lässt oder nicht – tut es das nicht, entscheidet man sich unter Umständen dafür, den Patienten in eine Klinik zu verlegen und medikamentös einstellen zu lassen.

Auch im Tagesgeschäft wird mit Psychopharmaka gearbeitet. Das ist in der Einrichtung ein heißes Thema: Die Ärzte sind eher dafür, die Angehörigen eher dagegen, die Einrichtung nimmt eine mittlere Position ein. Vielleicht kann man diese Position so beschreiben, dass Bewohnerinnen und Bewohner daran gehindert werden sollen, allzu authentisch zu sein (zumindest was die authentische Äußerung bestimmter Gefühlszustände wie Wut oder Angst betrifft). So kann man mit Hilfe von Medikamenten einen Korridor errichten, innerhalb dessen die Bewohner weder allzu lethargisch noch allzu aggressiv sind. Wenn man so will, werden die Bewohner auf diese Weise ein bisschen der Philosophie des Hauses angepasst: Sie sollen aktiv sein, während gleichzeitig die Emotionsspitzen herausgenommen werden – die Rationalitätsfiktion lässt sich so leichter aufrechterhalten.

„Die Umwelt muss sich an die erkrankten Menschen anpassen“, haben wir vorhin eine Pflegekraft sagen hören. Wir meinen, dass die Organisation den erkrankten Menschen allerdings auch so konstruiert, dass sie sich an ihn anpassen kann. Vom baulichen Umfeld bis hin zur Biografie-Arbeit bemüht sich die Organisation darum, bis zu einem gewissen Punkt ausblenden zu können, was offensichtlich erscheint: dass es sich bei Demenzkranken eben nicht um autonome Akteure handelt.

6. Rationalität und Menschenwürde

Der organisationale Umgang mit Demenz, den wir in der von uns untersuchten Einrichtung vorgefunden haben, liegt nicht jenseits des Rationalen. Im Gegenteil: Der demenzkranke Bewohner wird mit aufwändigen Verfahren als ein autonomer Akteur (re-)konstruiert, in dessen Leben Logik, Vernunft und Erfahrung anschlussfähig sind – anschlussfähig auch für die Pflegephilosophie der Organisation.

Dennoch ist die zugestandene Autonomie nur eine Autonomie zweiter Klasse – und zwar in dreierlei Hinsicht. Was die Bedürfnisse der Bewohner betrifft: Sie werden im Zweifel nur dann anerkannt, wenn sie sich biografisch ableiten lassen. Was die emotionale Äußerung derselben betrifft: Sie wird durch medikamentöse Einstellung kanalisiert. Was die Legitimität der Bedürfnisse betrifft: Es wird ein Bedürfnis-Korridor festgelegt, der limitiert, was die professionelle Pflege an Bedürfnissen zulassen kann.

Wir glauben, dass man im organisationalen Umgang mit Demenz ohne Rationalitätsfiktionen nicht auskommen kann. Das hat nicht nur mit den organisatorischen Anforderungen zu tun, die mit vernunftbegabten und anreizsensiblen Akteuren rechnen (und auch nicht nur damit, dass Rationalität das – wenn auch inzwischen unter Druck geratene – Leitbild der Moderne ist). Auch unser Verständnis von Menschenwürde orientiert sich in hohem Maße an der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung des Subjekts. Diese Eigenständigkeit und Selbstbestimmung werden deshalb auch dort geschützt, wo sie allem Augenschein nach nicht mehr vorhanden sind.

So gilt für uns alle, dass wir in solchen Situationen ohne Rationalitätsfiktionen nicht auskommen – oder zumindest nicht auskommen möchten. Demenz macht uns ja auch deshalb Angst, weil in ihr vieles zu verschwinden scheint, was unser Menschenbild ausmacht: „Logik, Vernunft und Erfahrung“ (wie unser Wohlfahrtsverband das beschreibt). „Poesie, Sensibilität und einzelne Erinnerungen“ scheinen uns nur Sinn zu machen (und machen zu dürfen), wenn sie in irgendeiner Weise mit Rationalität verwoben sind. Daran wird in der hier vorgestellten Einrichtung mit großem Engagement gearbeitet.

Literaturverzeichnis

- AWO Bezirksverband Oberbayern e.V. (o.J.): „Ich sehe was, was Du nicht siehst“. Demenz verstehen. Sinnvoll handeln. Zukunftsorientierte Demenzpflege in Oberbayern. München
- Böhle, Fritz/Voß, G. Günter/Wachtler, Günther (Hrsg.) (2010): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag
- Böhle, Fritz/Wehrich, Margit (Hrsg.) (2009): Handeln unter Unsicherheit. Wiesbaden: VS Verlag
- Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (2010a): Arbeit als Interaktion. In: Böhle et al. (2010): 177-200
- Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (2010b): Interaktive Arbeit: Professionalisierungsoption semiprofessioneller Dienstleistungsberufe? In: Soeffner (2010): CD-ROM

- Dunkel, Wolfgang/Sauer, Dieter (Hrsg.) (2006): Von der Allgegenwart der verschwindenden Arbeit. Berlin: sigma
- Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (2006): Interaktive Arbeit. Ein Konzept zur Entschlüsselung personenbezogener Dienstleistungsarbeit. In: Dunkel/Sauer (2006): 67-82
- Hirschauer, Stefan (2001): Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung. In: Zeitschrift für Soziologie 30: 429-451
- Hoffmann, Anna/Wehrich, Margit (2011): „Wissen Sie, wo hier Schließfächer sind?“ „Das trifft sich gut! Wir machen ein Forschungsprojekt und würden Sie gern bei der Suche begleiten“. Die Begleitung als interaktive Methode in der Arbeitssoziologie. In: Arbeits- und industriesoziologische Studien (AIS). Online-Journal der Sektion Arbeits- und Industriesoziologie in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) mit Aufsätzen und Informationen über die aktuelle Forschung 2011(1): <http://www.ais-studien.de/home/veroeffentlichungen-11/februar.html> (Stand: 04.08.2011)
- Schimank, Uwe (2009): Die „reflexive Moderne“: eine wohlbekannte Entscheidungsgesellschaft. In: Böhle/Wehrich (2009): 77-93
- Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.) (2010): Unsichere Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008. Wiesbaden: VS Verlag
- Weber, Max (1984): Soziologische Grundbegriffe. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), UTB
- Wehrich, Margit/Dunkel, Wolfgang (2003): Abstimmungsprobleme in Dienstleistungsbeziehungen. Ein handlungstheoretischer Zugang. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 55(4): 758-781
- Wehrich, Margit (2002): Die Rationalität von Gefühlen, Routinen und Moral. In: Berliner Journal für Soziologie 12(2): 189-209