

Beratung bei Pflegebedürftigkeit

Perspektiven für die klinische Sozialarbeit und Pflegeberatung im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess

Vorgelegt von Dorothee Lebeda

Matrikelnummer: 2408142

Universität Bielefeld

Datum: 21.12.2020

Dissertation

Eingereicht zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil) der Fakultät für Erziehungswissenschaft

Betreuerin 1: Prof*in Dr. Katharina Gröning, Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld

Betreuer 2: Prof. Holger Ziegler, Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

1. Problemstellung und erkenntnisleitendes Interesse.....	5
1.1 Forschungsstand	17
1.1.1 Beratung bei Pflegebedürftigkeit – Perspektiven zweier Disziplinen	19
1.1.2 Krankheits- und Gesundheitsberatung in der sozialen Arbeit	22
1.2 Aufbau der Arbeit und Forschungsvorgehen.....	23
2. Historische Überschneidungen sozialer Arbeit und Pflege	27
2.1 Datengrundlagen gesellschaftlicher Verhältnisse und Gesundheit.....	27
2.2 Institutionen, Bewegungen und Differenzierungen im Gesundheitswesen: Bürgerliche Wohlfahrt, Proletariat und Emanzipation	31
2.3 Leitbilder – Ideologien – Machttechniken.....	41
2.4 Zäsur Akademisierung – unterschiedliche Professionalisierungsprozesse von Pflege und sozialer Arbeit	69
2.5 Kontinuität und Brüche – zur gesundheitsbezogenen Beratung von sozialer Arbeit und Pflege	80
2.6 Wirkungen der Pflegeversicherung auf das Handlungsfeld von Pflege und Sozialer Arbeit.....	86
2.7 Prägende Einflüsse auf Inhalt und Beschäftigung der sozialen Arbeit im Kontext Pflegebedürftigkeit	89
2.8 Pflegebedürftigkeit und Alter – Pflegeberatung in der Alterssozialpolitik	95
2.9 Zusammenfassung – Bauplatz SGB XI	101
3. Entwicklungslinien der Pflegeversicherung im Hinblick auf Beratung.....	104
3.1 Die Bausteine für Beratung und Bildung – Entwicklung und Einordnung	108
3.1.1 § 37 Abs. 3 – vom Pflegeeinsatz zur Beratungsbesuch	108
3.1.2 § 45a SGB XI Pflegekurse – Qualifizierung und Qualitätssicherung.....	122
3.1.3 § 7a Pflegeberatung.....	136
3.2 Beratung als Qualitätssicherungsinstrument.....	144
3.3 Qualifikationsanforderungen	149
3.4 Beratungsinfrastruktur bei Pflegebedürftigkeit	164
3.5 Orientierungsrahmen und theoretische Fundierungen der Pflegeberatung	176
3.5.1 Kundenorientierung – Selbstbestimmung – Verbraucherschutz.....	177
3.5.1.1 Die Pflegeversicherung ändert das System.....	178
3.5.1.2 Verbraucherschutz – Gegenmacht	185
3.5.1.3 Selbstbestimmung § 2 Abs. 1–4 SGB XI.....	187
3.5.2 Gesundheitskompetenz	190
3.5.3 Sozialrechtlicher Anspruch	195
3.5.4 Theoretisierte Konzepte für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit und ihre wissenschaftlichen Grundpositionen	196

3.5.4.1	Verhaltensorientierte Beratungsansätze – pflegebezogene Eduktion	196
3.5.4.2	Humanistische und integrative Beratungsansätze in der Pflegerberatung.....	198
3.5.4.3	Systemische Beratung in der Pflegerberatung.....	202
3.5.4.5	Pädagogische Beratung	204
3.5.4.6	ZQP Qualitätsrahmen Beratung	206
4.	Pflegerberatung im Spiegel der Beratungswissenschaft.....	209
4.1	Professionstheoretischer Zugang nach Fritz Schütze	209
4.1.1	Mandat und Lizenz.....	211
4.1.2	Paradoxien des professionellen Handelns.....	214
4.1.3	Entwicklungslinien und Makrotheorien der sozialpädagogischen Arbeit mit Blick auf die Beratung und Pflegerberatung.....	216
4.2	Ausgestaltung von Beratungssituationen – Handlungsmodelle	230
5.	Zusammenfassung und Kritik.....	236
B.	Empirischer Teil.....	239
6.	Empirie – Datenerhebung und Auswahl des verwendeten Datenmaterials	240
6.1	Auswahl der Interviewpartner*innen	240
6.1.1	Verknüpfung mit dem Drittmittelprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs.....	240
6.1.2	Weitere Datenzugänge und gewählter Zeitrahmen	241
6.2	Auswahl der Interviewmethode	243
6.3	Forschungshaltung	246
6.4	Die Narrationsanalyse nach Fritz Schütze.....	247
6.5	Falldarstellung der zehn Erzählungen	251
6.5.1	Mütterliche Ethik – Es geht um Humanität	251
6.5.2	Ethnologie und Lehre – Es geht um das Fremde und um Lernen.....	253
6.5.3	Anwaltschaft und Kampf – Es geht ums Recht und um Wiederherstellung....	256
6.5.4	Technik und Mission – Es geht um Hoffnung	257
6.5.5	Verstrickte Begleitung – Es geht um Schutz des Privaten.....	258
6.5.6	Machtlosigkeit – Es geht um Versöhnung als Voraussetzung.....	259
6.5.7	Vernunft und Tempo – Es geht um die sichere Versorgung.....	262
6.5.8	Vermittlung und Balance – Es geht um individuelle Pflegearrangements	264
6.6	Kontrastierender Fallvergleich	265
6.6.1	Das Phänomen „Helfen“	267
6.6.1.1	Programmauslösende Diagnose in den erzählten Fällen.....	272
6.6.1.2	Individuelle Handlung auslösende Diagnose	284
6.6.1.3	Individuelle Ausgestaltung der Hilfe-Interventionen – der professionelle Gestaltungsspielraum.....	289

6.6.1.4	Kontrolle, Zwang – und Angst vor Verlust des zu Pflegenden.....	309
6.6.2	Körperbezogenheit – Leiborientierung und Intimität in der Beratung	317
6.6.2.1.	Pflegehandwerk und Pflegekunst	319
6.6.2.2.	Pflegekunst und Beratung – Familien sind Berührungsgemeinschaften	323
6.6.2.3.	Nacktheit, Macht und Scham	326
6.6.3	Das Phänomen Zeit	337
6.6.3.1.	Zeitdruck: Pflegeberatung unter gesellschaftlicher Beschleunigung ..	338
6.6.3.2.	Zeiterleben.....	341
6.6.3.3.	Dauer der Beratungsbeziehung	345
7.	Perspektiven für Ausbildung und Professionalisierung der Pflegeberatung	351
7.1	Gemeinsame Bildung und Reflexion der beratenden Berufsgruppen	351
7.2	Bausteine für die Bildungsangebote	352
8.	Zusammenfassende Erkenntnisse.....	355
Fazit		361
Literaturverzeichnis		362

1. Problemstellung und erkenntnisleitendes Interesse

Pflegebedürftigkeit erhält in der politischen Steuerung zunehmend mehr Aufmerksamkeit und wird dabei in der Regel mit steigendem Problemdruck und galoppierenden Kosten verbunden. Die Geschäftsstatistik der Pflegekassen sowie der privaten Pflege-Pflichtversicherung gibt zum 31.12.2019 4,2 Millionen Pflegebedürftige in der Bundesrepublik Deutschland an. In der Bundesstatistik werden 3,4 Millionen (DeStatis 2019) nach der Definition des SGB XI gezählt, im Dezember 2015 lag die Zahl noch bei 2,86 Millionen. Die starke Zunahme ist zum großen Teil auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 01.01.2017 zurückzuführen.

Pflegebedürftigkeit ist erstens ein Thema, das Frauen in mehrfacher Weise besonders betrifft. Mehr als die Hälfte (62,2 %) aller Pflegebedürftigen sind Frauen. Besonders ausgeprägt ist das Übergewicht der Frauen unter den Pflegebedürftigen in der vollstationären Versorgung. Unter den Bewohnern von Pflegeheimen befinden sich zu 69,5 % Frauen. Männer werden zudem häufiger als Frauen zu Hause gepflegt. Auch die Pflegepersonen sind weit überwiegend Frauen: Frauen als Altenpflegerinnen im professionellen Bereich oder Frauen als pflegende Ehefrauen oder Töchter im familiären Bereich (vgl. Statistisches Bundesamt Pflegestatistik 2019).

Neben der stetig steigenden Anzahl Pflegebedürftiger wird zweitens über akuten oder chronischen Pflegenotstand, Missstände, Zeit- und Wissensmängel berichtet und das Thema Pflegebedürftigkeit gilt als unangenehm. Auf der Versorgerseite klafft schon heute, mit etwa 590.000 aktiven Pflegekräften, eine Lücke zwischen den besetzten Stellen und dem realen Bedarf (Jacobs et al. 2019: 5 ff.). Dieses Missverhältnis führt für die Menschen, die in der Versorgung Pflegebedürftiger beschäftigt sind, zu hoher Arbeitslast, dauerhaftem Zeitdruck, Qualitätsabstrichen, Kurzqualifikationen und oft emotionaler Erschöpfung (Jacobs et al. 2019: 53 ff.). 2050 werden laut AOK Pflegereport 2019 ca. 1 Millionen Pflegenden benötigt – und das, ohne dazu noch mögliche weitere Einflüsse auf den Pflegebedarf einzubeziehen, wie z. B. medizinisch-technische Entwicklungen, Epidemien, klimawandelbedingte Gesundheitsfolgen u. a.

Die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in der Gesellschaft wirkt also einerseits auf den Beschäftigungsbereich der sozialen, traditionell vor allem weiblich besetzten Dienstleistungsberufe und deren Professionalisierung. Genauso betrifft er aber auch die Sorgearbeit in den Familien oder im Ehrenamt, die weiterhin überwiegend von Frauen geleistet wird. Rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt und auch die stationäre Wohnsituation entbindet die Familien nicht von Sorgeleistungen.

Insgesamt berührt die Steuerung von Pflegebedürftigkeit damit drittens zentral die Modernisierung der Geschlechterrollen, die Pluralisierung von Familienformen, die veränderten Anforderungen des Arbeitsmarktes (z. B. nach mehr Mobilität) und die Struktur im Gesundheitswesen in Verbindung mit der kommunalen Daseinsvorsorge. Zudem lassen die demografischen Veränderungen in der Gesellschaft vermehrt die Möglichkeit eines langen Lebens erwarten. Da Pflegebedürftigkeit eng mit der Lage alter Menschen verbunden ist und diese Bevölkerungsgruppe wächst, erklärt sich auch der besondere Handlungsdruck und die vermehrte politische Aufmerksamkeit. Gleichzeitig ist Pflegebedürftigkeit nicht ausschließlich eine Sache des hohen Alters (vgl. ausführlich Rothgang et al. 2017). Der amtlichen Statistik 2019 kann man entnehmen, dass am Ende des Jahres 2017 etwa 506.823 Menschen im Alter von 0 bis 59 Jahren pflegebedürftig waren, das sind 13 % der Pflegebedürftigen, darunter mehr als 113.000 Kinder unter 15 Jahren. Insofern stellt die Ausrichtung der Pflegepolitik an der Gruppe alter Menschen eine Engführung dar.

Bei Pflegebedürftigkeit geht es viertens um das Zusammenspiel von Staat, Familie, Zivilgesellschaft und Markt. Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 und u. a. ausgelöst durch die darin enthaltenen Vermarktlichungsprozesse vollzieht sich der prognostizierte „Strukturwandel des Alters“ (vgl. Bode 2004; Schimany 2003: 378), wie ihn vor allem Tews (1990), Naegele (vgl. Dieck/Naegele 1993, 2012) und Backes (vgl. 1983, 2008) konzeptuell gefasst hatten. Verbunden mit dem Lebenslagekonzept wird verständlich, dass dieser Wandel in Verhaltens- und Einstellungsänderungen der Gesellschaft eingebettet ist und so Lebenssituationen prägt und allgemein verändert. Die von ihnen ausgearbeiteten fünf Merkmale Verjüngung, Entberuflichung, Singularisierung, Feminisierung des Alters sowie Hochaltrigkeit beschreiben aktuell tatsächlich wichtige Veränderungen in der Realität des Alters. Begreift man Alter schlicht als Lebensphase nach dem Berufsaustritt, umfasst diese mittlerweile 20–30 Jahre, die nicht selten als „späte Freiheit“ (Clemens 2008) verstanden, aktiv gestaltet und genossen werden. Der Anstieg der Pflegebedürftigkeit ist ebenfalls gekoppelt mit dem Alter – und mit ihr dann auch die Rückkehr des negativen Alters. Das geschieht vor allem durch die Wahrnehmung chronischer, degenerativer Erkrankungen wie z. B. Demenzen. Die verschiedenen Formen von Demenz traten mit ihrer Häufung in der Bevölkerung und mit dem Zuwachs der medizinischen Erkenntnisse deutlicher als Krankheit und somit Versorgungsaufgabe der Familie hervor. Hier kamen zunächst die Töchter in den Blick. Problematisiert wurden der Umgang mit den Eltern, Rollenumkehr in der Pflege, Daueranwesenheit, aber auch Konzepte wie die filiale Reife (Blenkert 1965)

wurden bedeutsam. Mit viel Engagement leisten Sozial- und Angehörigenverbände Aufklärungsarbeit, vermitteln Wissen über das Krankheitsbild sowie über rechtliche Hilfen. Erst spät kam die zentral betroffene Gruppe der pflegenden Paare in den Blick. Luitgard Franke (2005) stellt die Ehebeziehung bei Demenz in ihrer Dissertation in den Mittelpunkt und zeichnet nach, wie sich eine Pflegebeziehung über die Ehebeziehung legt. Demenz erzeugt nach Franke eine tiefgreifende Ehekrise und daraus folgend eine Krise der Lebensentwürfe der Betroffenen. Gefährtschaft und Intimität erodieren, Loyalität gerät in den Konflikt, Gleichberechtigung erlischt, Gerechtigkeit und Liebe müssen neu in Balance gebracht werden u. Ä. Aber auch ohne die neurodegenerativen Erkrankungen und ihre Folgen entwickelt sich im Alter auch einfach eine Zunahme von körperlicher Hinfälligkeit, oft verbunden mit Krankheiten sowie Schmerzen. Letztendlich ist die Beschäftigung mit dem Körper im Alter auch die Beschäftigung mit Abschied, Sterben und Tod. Die damit verbundene „unproduktive“ Abhängigkeit in der Leistungsgesellschaft wird als Versagen am Lebensende gedeutet und damit oft als Last für die Gesunden, nicht als Potenzial, Generativität zu fördern.

Die dargelegte Sachlage ist Teil der Szenerie, die Bönisch und Schröer als „gesellschaftliche Rückkehr des Alters“ bezeichnen. Sie nennen die gesellschaftliche Überalterung einen *allgemeinen Schock* (Bönisch, Schröer 2020: 113). Das 20. Jahrhundert galt schließlich noch als das Jahrhundert der Jugend. Zwar war die Jugend nicht die zahlenmäßig stärkste Gruppe, aber Verjüngung und aktives Alter korrespondieren gut miteinander. Jugend war der Taktgeber bei Beschleunigung, Konsum, optischer Darstellung und Fortschrittsformen. Sich im Alter – in der Phase, in der das Erwerbsarbeitsleben, teilweise vor dem Erreichen der gesetzlichen Altersgrenzen (Entberuflichung), beendet wurde – individuelle Projekte zu erfüllen, jede Form körperlicher Fitness zu betreiben u. Ä. bedeutet soziale Inklusion und damit Teil der „jungen“ Gesellschaft zu sein. Der Gebrechlichkeit im Alter folgt dagegen viel eher die soziale Exklusion, insbesondere wenn sie mit Armut verbunden ist, die wiederum in signifikanter Weise Frauen betrifft. Gesundheit ist demnach die Distinktion, die die Alten von der jungen Gesellschaft trennt.

Sozialpolitisch stellt sich im Modernisierungsprozess also die Frage, wie das Zusammenleben auch unter der Perspektive der diversen Altersentwicklungen sowie gendersensibel gestaltet werden kann und soll. Weil vor allem Leitbilder und Wertvorstellungen die sozialpolitischen Strategien lenken und die Praxis prägen, stehen sie seit den 1990er Jahren (vgl. hierzu z. B. Dießenbacher 1990) im von der Ökonomie stark mit beeinflussten Modernisierungsdiskurs auf

dem Prüfstand. In den 1980er Jahren treffen sich der von Beck (1986) entwickelte Risikodiskurs, der die gesellschaftliche Strukturentwicklung als Individualisierung beschreibt, mit pessimistischen Entwürfen zur Zukunft der Arbeit und damit einhergehend zur Zukunft des Sozialstaates, dessen Funktionieren weitgehend von der (Industrie-)Arbeitsgesellschaft abhängt.

Der Diskurs um die Zukunft der westlichen Industriegesellschaften beginnt in der Bundesrepublik schon in den 1970er Jahren, als die „Grenzen des Wachstums“ („The Limits to Growth“ Club of Rome 1972) einen Krisendiskurs auslösten. In der Zeit dominierte der ursprünglich aus der Freiburger Schule des politischen Liberalismus stammende – vor allem um Finanzierungsprobleme kreisende – Diskurs, dass der Sozialstaat den Rechtsstaat bedrohe (vgl. Spieker 1974: 329 f.; Nullmeier 2004: 495 ff.). Der ausgedehnte Sozialstaat verursache das Defizit im Staatshaushalt, so die Argumentation, führe zu immer höheren Steuern und Beiträgen und demotiviere die Leistungsträger. Der Sozialstaat entmündige zudem strukturell die Klientele und entwickle zu viel Bürokratie. Diese Kritik erfasste alle im Bundestag vertretenen Parteien mit der Folge, dass neue angebotsorientierte sozialpolitische Strategien entwickelt wurden, die auf Aktivierung und Subsidiarität ausgerichtet waren. Rechtsansprüche auf soziale Hilfen zur menschenwürdigen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wurden mit Eigenverantwortung in Beziehung gesetzt. Die Begründung, dass es der Markt sei, der grundsätzlich effektiv arbeite und damit ein Maximum an Wohlfahrt produzieren kann (vgl. Dahme 2008: 16), bestimmte die neue Sozialpolitik. Sozialer Schutz wurde demnach nicht mehr als Mittel zur Stärkung des Wirtschaftswachstums betrachtet, sondern als nur noch schwer zu tragende ökonomische Belastung der Leistungsträger.

Im Verlauf der Jahrzehnte von 1980 bis ca. 2010 werden unter dieser Vorstellung tiefgreifende Veränderungen in der sozialpolitischen Steuerung eingeleitet, die zu einer Transformation des Wohlfahrtsstaates führten. Je nach politischer Richtung und Begründung wird von einem Umbau, einem Ausbau oder vom Abbau der Sozialleistungen gesprochen (vgl. Oschmiansky 2013: 13 ff.). Der Wohlfahrtsstaat wandelt sich stetig zu einem Wettbewerbsstaat (vgl. Heinze 1999: 15 ff.; Dahme 2008: 13), ein Begriff, der in den 90er Jahren kreiert wurde und einen Wandel beschreiben sollte, in dem staatliche Hilfen an Gegenleistungen geknüpft werden. Das Leitbild Wettbewerb (statt Wohlfahrt) ist tief im ökonomischen Denken begründet und hat die Absicht, Bürger*innen über mehr Eigenverantwortung aktiv zu beteiligen. Die Politik will auf diese Weise nicht mehr in die Verhältnisse eingreifen, sondern richtet sich an die Lebensführung der

Bürger*innen und setzt so am Verhalten insbesondere der Leistungsschwachen an. Diese Rationalität des Rückzugs des Staates ist indessen vor allem durch die Zunahme von Gewalt vor allem im familialen Nahraum erschüttert worden.

Das betrifft auch die Frage nach einer adäquaten Versorgung älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Kern. Seit den 1990er Jahren werden Elemente von Marktlogik und Effizienz auch im Gesundheitswesen etabliert. In der Frage über „Care“ wird die Vermarktlichung von Sorgearbeit allerdings kritisch diskutiert, da eine marktförmige Organisation mit den ethischen Prinzipien einer grundsätzlich fürsorglichen Praxis kollidiert. Sie führt zu starker Beschleunigung, zu Problemen der Systemintegration (vgl. Feuerstein 1993) und befördert Haltungen der „rohen Bürgerlichkeit“ (Heitmeyer 2012).

Die Einführung des SGB XI (1995) kennzeichnet fünftens eine Zäsur. Nach mehr als 20 Jahren kontroverser Debatten wird am Ende ein bitterer Kompromiss für alle Parteien akzeptiert (vgl. u. a. Naegele 2014: 6 ff.). Neben dem Ziel, das soziale Risiko von Pflegebedürftigkeit abzufedern und soziale Entwertung der Betroffenen zu reduzieren, sollte das neue Gesetz noch weitere Wirkung entfalten. An erster Stelle galt es die Sozialleistungsträger zu entlasten, da nun nicht mehr finanzielle ‚Hilfe zur Pflege‘ aus der Sozialhilfe genommen wurde, sondern die neue Versicherungsleistung diesen Bereich entlastete. Als Zweites sollte die infrastrukturelle Versorgung qualitativ und quantitativ verbessert werden. Angestoßen u. a. durch die Verabschiedung der Pflegeversicherung wird der vormals bestimmende öffentliche Dienst in der Branche zurückgefahren, denn die Versorgungsdienstleistungen führen nun private, kommerzielle oder gemeinnützige Organisationen aus. Ab dann wirken tatsächlich doch Elemente des Wettbewerbs zwischen den Anbietern. Die Veränderungen sollen zu mehr Flexibilität in den Angeboten und der Versorgung führen, die (neue) Dienstleistungserbringung auf diese Weise rationalisieren und letztendlich die Kosten senken. Die professionelle Pflege sollte zudem eine Aufwertung erfahren, attraktiver werden, indem sich so neue Verwirklichungsmöglichkeiten in der personell unterversorgten Branche entwickeln.

Gleichzeitig steuerte man auch eine Stärkung der kostengünstigeren häuslichen sowie der informellen Pflege an. Beispielsweise sollen Geldleistungen direkt an pflegebedürftige Menschen selbst gehen, anstelle der ausschließlichen Erbringung und Anlieferung von Dienstleistungen. Diese Optionen sollten die individuellen Entscheidungsmöglichkeiten der Nutzer*innen erhöhen und sie, in der Menge gesehen, von abhängigen Hilfsbedürftigen zu selbstwählenden Kund*innen transformieren. Theobald (2006: 3701) prognostizierte, als Ergebnis einer Politik,

die zwischen Geldleistungen und Dienstleistungen balanciert und zudem unklare Grenzen zwischen formeller Versorgung durch professionelle Dienstleister und informeller Versorgung durch die Angehörigen schafft, eine Arena von Aushandlungsprozessen, Konflikten und neuer Formen der Zusammenarbeit.

Bode (2005) sieht in diesem folgenreichen Umbau der Versorgungsstruktur für hilfebedürftige Senior*innen sechstens einen bedeutsamen Moment für den weiteren Strukturwandel und neue Formen der Ungleichheit bzw. der Produktion sozialer Ungleichheit (vgl. Bode 2005: 7 ff.). Anders als die Pflegeversicherung ursprünglich suggerierte, werden die Pflegebedürftigen eben nicht zu Kund*innen mit dem Recht auf Wahlfreiheit gestärkt, sondern zu Objekten einer gewissen Unübersichtlichkeit.

Dabei sei diese „Ungleichheitsproduktion“ seiner Ansicht nach weniger von institutionellen Faktoren (Sozialrecht und Sozialpolitik), sondern stärker davon bestimmt, wie und in welcher Form die Individuen private Eigenvorsorge im Umgang mit verschiedenen Beratungsinstanzen und Produkthanbietern arrangieren. Wohlfahrtsproduktion entstehe nun vor allem in der konkreten Interaktion zwischen Individuen und Organisationen. Die Versorgung der alten Menschen erfolgt immer weniger reguliert und geplant, sondern bewegt sich auf dynamischen unübersichtlichen Wohlfahrtsmärkten (vgl. Nullmeier 2003) und wird Sache der einzelnen Familien. Angehörige werden „familiäre FallmanagerInnen“ (Dietz 2002: 133), die aber durch ihr erhebliches Wissensdefizit einem Machtgefälle zwischen Markt und den familiär Pflegenden ausgesetzt sind. Wie gut die Versorgung arrangiert ist, hängt dann nicht alleine von den sozialen Verhältnissen der Familie und der vorhandenen Versorgungsinfrastruktur ab, sondern auch, wie die vorhandenen Ressourcen miteinander kenntnisreich und lebensweltnah beraten, also verstanden und verbunden werden.

Alle sechs bisher genannten Dimensionen verweisen auf die Notwendigkeit eines vermittelnden, aufklärenden und unterstützenden Instruments, auf einen neuen Typus der Sozialberatung. Dieses müsste nicht nur die gesamte Lebenslage des Einzelnen, sondern auch das Umfeld des*der Pflegebedürftigen umfassen. Zusammenfassend lassen sich dafür gesellschaftliche Entwicklungsperspektiven im Modernisierungsprozess ausmachen die professionelles Beratungshandeln bei Pflegebedürftigkeit zentral anbelangt.

Es betrifft zunächst Gendersensibilität und die Frage inwieweit Beratung systematisch den Fokus auf Geschlechtergerechtigkeit, auch in Familien, ausrichtet.

Genauso geht es den Aufbau der Professionalisierung und Bildung in der Versorgung von Pflegebedürftigkeit an. Wissensmängel und Missstände in der Versorgung lassen sich nicht mit einem Mehr von dem Selben beheben. Die komplexe Gemengelage der Versorgung im Zusammenspiel von Staat, Familie, Gesellschaft und Markt, sollten mit einem breiten Repertoire an fachspezifischen Kompetenzen beantwortet werden können. Hier entsteht auch die Frage nach einer interdisziplinären Qualifizierung für Sozialberatung bei Pflegebedürftigkeit. Der Akademisierungsrückstand der Pflegeberufe muss dafür eingeholt werden, um die Anerkennung der professionellen Pflege anzuheben, ohne auf den Körperbezug zu verzichten.

Werden dabei Soziale Beziehung, Lebensführung und Sorgegemeinschaften in den Mittelpunkt gestellt, steht die Ausarbeitung einer gemeinsamen Care-Ethik noch aus. Beratung bei Pflegebedürftigkeit richtet sich, wie beschrieben, nicht nur an Einzelpersonen, sondern gleichzeitig an Angehörige und die gesamte öffentliche Sphäre. Um den Marktprinzipien auf dem Pflegemarkt in der Beratung dort begegnen zu können wo sie der Fürsorge entgegenstehen werden ethische Prinzipien gebraucht.

Eine weitere Perspektive wird darin gesehen Beratung darauf auszurichten Generativität bei Pflegebedürftigkeit zu fördern, nicht nur Entlastung.

Sozialberatung bei Pflegebedürftigkeit kann so reflexiv auf das eigene Beratungshandeln angelegt sein und wach in der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Wandlungsprozesse, dass sie Diskurse anführen kann. Reformen dann über Beratung nicht nur umzusetzen oder mitzutragen, sondern anzustoßen, wenn z. B. Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit zur gesellschaftlichen Exklusion führt um zu gerechten gesellschaftlichen Verhältnissen beizutragen.

Die Beratungspraxis der Pflege- und Gesundheitsberatung wird jedoch in Deutschland sehr unterschiedlich gestaltet. Diese Heterogenität betrifft die Beratungssettings genauso wie geforderte berufliche Ausbildungen, Beratungsqualifikationen, aber auch die grundlegenden Beratungshaltungen sowie die Ethik der Berater*innen. In der Literatur finden sich Diskurse unterschiedlicher Professionen zu dem Thema. Das Interesse der vorliegenden Dissertation richtet sich dabei vor allem auf die soziale Arbeit und die professionelle Pflege.

Aktuell führen in den wissenschaftlichen Fachartikeln zur Beratung im Kontext Gesundheit und Pflegebedürftigkeit vor allem zwei Stränge. Das ist einmal die Gesundheitskompetenz (Health Literacy), die in den 70er Jahren aus der Erwachsenenbildung kam und sich zunächst

vor allem auf die Befähigung richtete, Gesundheitsinformationen zu verstehen und damit befolgen zu können (Compliance). Dieser individuenbezogene Ansatz diente im engeren Sinn der Patientenführung. Im aktuellen Fachdiskurs wird Gesundheitskompetenz deutlich mit dem Grundsatz der Gesundheitsförderung verwendet. So gehen Strategien der Gesundheitskompetenzförderung über das Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hinaus. Im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Schaeffer et al. 2018) werden z. B. „adressatengerechte Strategien“ dargestellt, die sich auch an die gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen richten. Zur Förderung der Gesundheitskompetenz für vulnerable Zielgruppen, zu denen Pflegebedürftige zählen, gibt es aktuell mehrere Projekte (z. B. Vdek 2017; Wiener Gesundheitsförderung 2018).

Der zweite aktuell diskutierte Strang betrifft die Maßnahmen und Wirkung der Formen der Pflegeberatung, die über die Pflegeversicherung angeschoben, über die Jahre der Umsetzung entwickelt, reformiert und erweitert wurden (vgl. Suhr 2018; IGES Institut 2020). Diese Beratungsangebote werden bei den Kassen, Pflegediensten, Krankenhäusern, Verbraucherzentralen, Pflegestützpunkten und privaten Pflegeberatungen installiert und finden auch in der vorliegenden Arbeit besondere Berücksichtigung.

Gut 15 Jahre zurück führten dagegen vielmehr die Diskurse zur Patientensouveränität und damit auch zur Verbraucherberatung, die seit 2000 vermehrt zu Gesundheitsthemen beriet. Damit wurde der rechtliche sowie der neue kundenorientierte Aspekt in der Gesundheitsversorgung weiterentwickelt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen förderten nämlich seit 2000 mit jährlich 5,1 Mio. Euro die modellhafte Erprobung unabhängiger Verbraucher- und Patientenberatungsstellen (nach § 65b SGB V).

Der Beratungsfokus auf „Sorgetätigkeit“ bei vorliegender Pflegebedürftigkeit, in dem weniger allgemeine Informationen vorgehalten werden, als vielmehr stärker familien- und geschlechtersensibel die Lebenssituation in den Blick zu genommen wird, bleibt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Beratung im Kontext Gesundheit und Pflege ein Randthema.

Im Grunde findet eine breite Fachdiskussion mit eigenem Beitrag der Pflege zur Beratung erst in den 90er Jahren statt. In die Entwicklung von Beratung als Methode und auch zu ihrer Kritik in den 1960er/70er Jahren trägt die professionelle Pflege nichts Wesentliches oder Eigenes ein, obschon die Fachwelt davon ausging, dem Tätigkeitsprofil von praktisch Pflegenden sei immer schon eine psychosoziale Komponente immanent, die auch Beratungselemente enthalte (vgl. Darmann-Finck, Sahn 2006: 287).

Der Akademisierungsprozess der deutschen Pflegewissenschaft und damit die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem eigenen Handeln nimmt erst in den 90er Jahren Fahrt auf. So waren vor Einführung der Pflegeversicherung die Stellen, die eine fundierte Beratungsqualifikation voraussetzten, von anderen Berufsgruppen besetzt. Auch die dezidierte Pflegeberatung war nur in wenigen Ausnahmen mit Pflegefachleuten besetzt. In den „Pflegebüros“ der Kommunen informierten und vermittelten Sozialarbeiter*innen zu Pflegediensten oder gaben Auskunft über weitere Ansprüche wie z. B. Wohnberatung. Auch bei den Kassen, in den Gemeinden oder den Kliniken berieten überwiegend andere soziale Berufe zu den Rahmenbedingungen für die Gestaltung von Pflegearrangements und deren gesetzliche Grundlagen.

Beratung als Aufgabenfeld für beruflich Pflegende wird in den 90ern mit der Zunahme an Pflegeempfänger*innen mit chronischen Erkrankungen und der Notwendigkeit begründet, deren Selbstmanagementkompetenzen zu fördern. Auch hier führen Ende der 90er bis in den Anfang der 2000er Jahre vor allem zwei Konzepte die pflegewissenschaftliche Fachdiskussion an: Das internationale Konzept der Patienten- und Familienedukation wird in einer deutschen Übersetzung vorangetrieben und wird vor allem als Wittener Konzept und pflegebezogene Edukation bekannt, die aus den Elementen Information, Anleitung und Beratung besteht (vgl. Abt-Zegelin 1999; Müller-Mundt et al. 2000; Ewers 2001). Zeitgleich entwickelt sich ein theoretisches pflegespezifisches Beratungskonzept, das sich einem humanistisch orientierten, phänomenologischen Paradigma zuordnen lässt (vgl. Koch-Straube 2001). Das Konzept der „leiborientierten Pflege“ nimmt in der deutschen Pflegewissenschaft das erste Mal die Besonderheit der pflegerischen Beratung in der Pflegepraxis als Ausgangspunkt, in der die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten gleichermaßen den Austausch von Sprache wie den Austausch von Berührung enthält. Gleichzeitig wurde damit ein emanzipativer Schritt getan, weg vom somatischen Blick der Medizin hin zu einer holistisch-ganzheitlichen Wahrnehmung der Patientensituation, die eine umfassendere Bewältigung der gesundheitlichen Probleme anzielte (vgl. Koch-Straube 2001). Die Fortführung der Entwicklungslinien der gesundheitsbezogenen Beratung sowie die Vertiefung weiterer einzelner Konzepte wird in Kapitel 3 ausführlich weiter verfolgt und dort auch reflektiert.

Hauptaspekt bleibt in der Fachdiskussion bis heute jedoch, dass es in dieser speziellen Form der Kompetenzentwicklung darum geht, Information und Wissen zu vermitteln sowie didaktische Methoden der Wissensvermittlung zu entwickeln, die sich den diversen Lebenssituationen, die von Gesundheitseinschränkungen geprägt oder bedroht sind, anpassen. Seltener wird diskutiert, dass diese (existenzielle) Wissensvermittlung immer auch im engen Zusammenhang

mit Beziehungsgestaltung mit der zu beratenden Person, Familie oder Gruppe steht und es damit immer auch um die inneren, selbstreflexiven, Prozesse der Beratenden sowie deren Fähigkeit zur Institutionskritik und damit auch den Blick für Reformbedarfe geht.

In diesen Zusammenhängen wird eben nicht nur Gesundheit beraten, sondern es werden Menschen und Familien beraten und deren Lebenswelt betreten. Dass Beratung dabei Entwicklungsprozesse anstößt und begleitet, zur Selbstfindung und Selbstentscheidung befähigt, also auch Bildung in Entwicklungsphasen beinhaltet, wird kaum erwähnt oder ausgeführt.

Dieser Befund zur hauptsächlichen Ausrichtung der pflegeorientierten Beratung erstaunt in gewisser Weise, denn dass z. B. Pflegebedürftigkeit sowohl die körperlichen, seelischen und geistigen Aspekte des Menschseins betrifft, ist genauso unbestritten, wie dass zu pflegende Menschen einer Beziehung von echter Anteilnahme und Wertschätzung bedürfen. Dass Pflegearbeit Beziehungsarbeit bedeute, wurde ebenfalls vielfach publiziert (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2002; Hülsken-Giesler et al. 2010; Remmers 2010). Und selbst Ruth Schröck, die erste Professorin für Pflege- und Sozialwissenschaften in Deutschland, hat darauf hingewiesen, dass Beziehungen zu anderen aufzunehmen, zu gestalten, zu bewahren und zu beenden, gelernt sein muss (vgl. Schröck 1991: 699 ff. in Bückler, Lademann 2019: 23). Daher läge es im Grunde nahe, die Beratungsbeziehung bei Pflegebedürftigkeit und damit verbunden Vertrauen und Vertrauensaufbau in den Mittelpunkt des fachwissenschaftlichen Diskurses zur Beratung zu stellen.

Dieses Erstaunen teilen auch die Wissenschaftler*innen und die Expertengruppe des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), die ihren wissenschaftlichen Fokus zum Expertenstandard Demenz auf professionelle Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz gewählt haben. Sie konstatieren, dass sie anhand ihrer aktuellen Literaturstudie einen Mangel an nationalen oder internationalen Studien aus der Pflegewissenschaft zur Beziehungsgestaltung festhalten müssen (Rös 2020: min 50–54). Verfügbar und zu übertragen sind dagegen etliche Studien aus verschiedenen Bezugsdisziplinen (vgl. u. a. O'Rourke et al. 2015; Bowlby 2010; Ericsson, Kjellstrom, Hellstrom 2013; Gröning 2005; Kitwood 2008). Eine mögliche Begründung für diesen Mangel findet sich womöglich in den fragmentierten Ausbildungen, die u. a. Pflege und Betreuung voneinander trennen und dabei diese Anteile unterschiedlich bewerten. Die Qualifizierung zur Betreuung wird auf einem niedrigen Assistenzniveau eingeordnet, enthält aber im Wesentlichen Beziehungsanteile und Vertrauensarbeit. Hier tradiert sich subtil das Bild von den praktisch Pflegenden, die immer schon eine in der Person verankerte Befähigung zur Bildung von professionellen Vertrauensräumen haben müssen.

Genauso ist es auch in den Ausbildungen der Gesundheitsprofessionen zu finden: Die Lehrpläne widmen sich eher Methoden der Gesprächsführung oder isoliert den speziellen Gesundheits-/Krankheitssituationen. Lehrziele wie „Beziehungskompetenz“ mit ausgestalteten Modulen sind nur sehr vereinzelt zu finden und beziehen sich auch weniger auf das Beratungssetting. Ebenso wenig ist es sichtbar, wie gelehrt wird, sich überhaupt den zu Beratenden differenziert und kenntnisreich anzunähern, sie anzusehen, diese zu verstehen. Ansehen, Annähern und (Fall-)Verstehen meint hier, ohne den therapeutischen oder defizitorientierten, diagnostizierenden Blick der Medizin oder Psychologie zu übernehmen. Selten finden sich in den Curricula für Berater*innen im Gesundheitswesen Sozialtheorien, die machtreflexive Denkprozesse für die asymmetrischen Beratungsbeziehungen anstoßen. Ein Rückgriff auf Erkenntnisse aus den Diskursen der Erziehungswissenschaft, der Sozialen Arbeit sowie der Soziologie bietet hier Möglichkeiten der Ergänzung. Beratungsformate, die auch aktuelle gesellschaftliche Wirkmechanismen erklären oder praktisches Beratungshandeln, das z. B. beim Ausgleich amtlicher Fehler begleitet, sind in der Gesundheitsberatungslandschaft kaum zu finden (vgl. unabhängige Patientenberatung UPD und andere unabhängige Beratungsformate) und werden in den Ausbildungen auch wenig erwähnt. Darüber hinaus fehlen in der beruflichen Praxis Räume und Rahmenbedingungen, diese neuen Perspektiven zu reflektieren und damit soziale Praxis anders zu gestalten (s. o.).

Auch wenn vor allem Methoden gelehrt werden, existiert in der Regel bei den Beratenden eine ganz bestimmte „Idealvorstellung“ von professionellem Handeln wie auch Erwartungen bei den Nutzer*innen der Beratung. Leitbilder und Rollenvorstellungen steuern letztendlich erst den Einsatz von Interventionen und Methoden. Das könnten z. B. schlicht vorgegebene Ergebnisse wie „Erreichen der Therapie-Compliance“ sein, die den Berater*innen in Qualifikationen oder Leitlinien als zu erreichende Ziele vorgegeben werden. Aber auch Rollenvorstellungen von bestimmtem beruflichem Hilfehandeln oder von geschlechterspezifischen Verhaltensmustern führen das Beraterverhalten.

Zudem zeigt die Verteilung von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung auch, dass die meisten Menschen Pflegebedürftigkeit aus persönlichen Erfahrungen in der eigenen Familie oder im Umfeld kennen. Führen diese biografischen Erfahrungen – unreflektiert – die Beratung an, dann lenken eher privat-persönliche, ethische Überzeugungen als professionelle Leitbilder den Beratungsprozess.

Der Erfolg der sozialen Pflegeversicherung hängt ganz wesentlich von der Kenntnis der Versicherten und ihrer (pflegenden) Angehörigen über die verschiedenen Leistungen, die bestehenden Wahlmöglichkeiten und weitere Leistungen anderer Sozialleistungsträger ab (vgl. Büscher 2018). Daher sind gute Informationen und eine auf die individuelle Lebenslage eingehende Beratung unerlässlich. So wurde auch mit jeder Reform der sozialen Pflegeversicherung auch Beratung thematisiert, die Regelungen zur Beratung neu geordnet und die Leistungen dazu ausgebaut. Für die Pflegeberatung wurden 2018 im Rahmen einer Richtlinie Mindestvorgaben zur Vereinheitlichung des Verfahrens, zur Durchführung und zu den Inhalten durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung erarbeitet (§ 17 Abs. 1a SGB XI). Weiterhin bleibt jedoch auch bei dieser Diskussion die Leistungsberatung im Vordergrund.

Im Weiteren bilden die bürgerschaftlichen Grundrechte und die staatsleitenden Prinzipien (Sozialstaatlichkeit, Rechtsstaatlichkeit und Demokratie) einen verbindlichen Rahmen für die Sozialberatung und sind damit Bezugspunkte für die systematische Auseinandersetzung mit der Pflegeberatung. Sie bilden auch die Legitimation für die Beratungstätigkeit der Pflegeberater*innen unterschiedlicher Professionen.

Beratung stellt in dem Kontext eine wichtige Ressource dar, um die grundrechtliche Freiheit zu sichern. Pflegebedürftigkeit macht die Betroffenen und ihr Umfeld leicht verletzlich und hilfebedürftig, wenn es z. B. um den Eingriff in persönliche Freiheit und den Zugriff auf den eigenen Körper oder auf Eigentum geht. Aufklärung z. B. über rechtliche Gestaltung von Pflegeverhältnisse, Gewaltschutz bei Demenz, über den rechtlich zugesicherten Schutz religiöser Bedürfnisse oder den Wunsch nach möglichst gleichgeschlechtlicher Pflege kann Entscheidungen fördern und so selbst schon ein Schutz vor Missbrauch und Ausbeutung sein. Aber auch die für die soziale Arbeit so zentrale Haltung und Handlung der Anwaltschaftlichkeit ist besonders bedeutsam in der Pflegeberatung. Denn Verletzungen der Menschenwürde, Ungerechtigkeit oder Diskriminierung sowie fehlerhaftes oder ignoranten Verhalten von Personen oder Institutionen gegenüber Hilfebedürftigen machen anwaltschaftliches Handeln der Pflegeberater*innen ebenso nötig, da sie Zugang zu Situationen haben, die sonst der Öffentlichkeit verborgen sind. Darin gilt es, die Interessen und sozialen Rechte relativ machtloser Beratungsnutzer*innen, die im Kontext asymmetrischer Machtstrukturen, z. B. gegen die Entscheidungen des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Pflegedienstleister o. a., ihre Rechte auch gegen Widerstand durchzusetzen und sie vor Missbrauch und Benachteiligung zu schützen. Demnach

gehört solides sozialrechtliches, sozialpolitisches Wissen und Kenntnisse über Rahmenbedingungen und weitere kooperierende Instanzen zum nötigen Handlungswissen für diejenigen, die in der Beratung praktisch tätig sind.

Daraus ergeben sich Fragen zum Auftrag und zur Funktion von Beratung bei Pflegebedürftigkeit im Modernisierungsprozess, aber auch zu den rechtlichen Grundlagen, zu Beratungsqualifikationen, zur Beratungspraxis und ihrer Entwicklungsgeschichte wie auch zu handlungsleitenden Orientierungen der beauftragten Berater*innen. Mit diesen Fragen wird sich diese Dissertation im Folgenden systematisch beschäftigen.

1.1 Forschungsstand

Zur empirischen Forschungslage lässt sich feststellen, dass in der Literatur keine Erkenntnisse zu finden sind, die über Fallverläufe und eine systematische Analyse von Beratungsprozessen bei Pflegebedürftigkeit aus der Perspektive der Pflegeberater*innen gewonnen wurden.

Die recherchierte Beratungsliteratur in der Pflegeberatung konzentriert sich in der Hauptsache auf methodisches Vorgehen für die Beratungspraxis und orientiert sich dabei nicht an Fallverläufen im Kontext Pflegebedürftigkeit bzw. konzentriert sich dabei auf die Verläufe der zu begleitenden Erkrankung (vgl. z. B. Corbin, Strauss 2004). Eine beträchtliche Anzahl an Publikationen unterschiedlicher Qualität wurden zum Thema Kommunikation in der Pflege/Altenpflege sowie Leitfäden und Lehrbücher verfasst (vgl. Walther 2003; Emmerich, Hotze, Moers 2006; Gossens 2004; Abt-Zegelin 1999/2003; Klug-Redmann 1997, 2009; London F. 2010, Elzer, Sciborski 2007 u. v. a.). Auch sind schon etliche Befragungen von Beratenden und Nutzer*innen der Beratung durchgeführt worden (vgl. Büscher 2010; ZQP 2018; IGES 2020).

Die wissenschaftliche Anbindung bleibt dabei oft wenig beleuchtet. Unterschieden werden können integrative Beratungskonzepte (vgl. Koch-Straube 2001), edukativ-verhaltensmedizinische (vgl. Abt-Zegelin 2003; Huneke 1999; Petermann 1997), systemtheoretisch fundierte (vgl. Kleve 2005), transkulturelle Ansätze (vgl. Rommelspacher 2005). Am stärksten vertreten sind Beiträge mit Bezug zur systemischen Orientierung (vgl. Zwicker-Pelzer, Laag 2011; Bücker 2009; Hummel-Gaatz, Doll 2004 u. a.).

Über eine erste Literaturrecherche wurde zunächst der enge Zusammenhang zwischen Beratung zur Gesundheit und Professionalisierungsbewegung in Pflege und sozialer Arbeit deutlich. Beratung findet sich dort immer wieder in den Zusammenhängen mit komplexer werdenden Auf-

gaben im gesellschaftlichen Wandel in Verbindung mit neu zu erschließenden Handlungsfeldern (wie der Angehörigenberatung, Case Management u. v. m.) und der Koordination und Beratung von Leistungen.

Sowohl Wissenskorporus als auch Beratungspraxis von Sozialer Arbeit und professioneller Pflege haben sich im Laufe der jeweiligen Professionalisierung sehr unterschiedlich entwickelt.

Höhmann resümiert zur Akademisierung der Pflegeberufe, dass in der Pflege zwar ein Wandel zur modernen Profession vollzogen zu sein scheint, dennoch ein begründetes professionelles Beratungshandeln wenig zu erkennen sei, das z. B. über Fallverstehen darstellbar wäre (vgl. Höhmann 2013: 315–330), zudem würde dieses kaum fachwissenschaftlich diskutiert. Willetts-Parkes beklagt in der Auseinandersetzung mit beruflicher Identität Pflegenden ein Fehlen empirischer Erkenntnisse über die Elemente professioneller Identität sowie den Ausdruck der professionellen Identität in der Praxis (vgl. Willetts, Parks 2014: 165; Flaiz 2018: 22). Mischko-Kelling (2012: 425–426) attestieren den Pflegefachpersonen trotz hochschulischer Bildung kaum nennenswerte Erweiterungen der pflegerischen Sichtweise (vgl. Flaiz 2015: 22). Dazu können Thesen formuliert werden, die im Laufe der Dissertation zu überprüfen sind:

- Im Professionalisierungsprozess der Pflegeberufe ist das Handlungsfeld Beratung offenbar unscharf entwickelt worden.
- Es wurden nur wenige theoretisch fundierte Beratungskonzepte zur Pflegebedürftigkeit entwickelt, evaluiert und etabliert. Ihre Vertreter*innen berufen sich auf unterschiedliche Beratungsansätze.

Beratung, wie sie im Pflegeversicherungsgesetz normiert ist, ist eine Sozialberatung, die von unterschiedlichen Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen durchgeführt wird. Es sind Sozialversicherungsfachangestellte, Mediziner*innen, Pflegefachleute und Sozialarbeiter*innen, die in diesem Prozess zunächst vom Gesetz, dessen Prinzipien (Sozialstaatlichkeit, Rechtsstaatlichkeit und Demokratie) und vom Verfahren ausgehen, Auskunft geben und informieren. Zur sinnvollen Gestaltung wird die Lebenswelt und der Alltag einbezogen. Pflege wird in dem Kontext dadurch bedeutsam, weil es sich bei dauerhaft vorliegender Pflegebedürftigkeit um besondere Lebenswelten handelt, die durchgängig von Hilfebedürftigkeit und dem darauf bezogenen Pflegehandeln im Alltag geprägt sind sowie von den dadurch entstehenden lebensweltlichen Entwicklungsaufgaben.

Eine Weiterentwicklung durch die Einordnung als psychosoziale Beratung und die Sichtweise, Pflege als erwartbare Phase in Lebensläufen (Entwicklungsaufgabe) zu betrachten, statt als

Notlage, würde laut Gröning auch einen (neuen) Familienbegriff im SGB XI erforderlich machen (vgl. Gröning 2015: 220). Schmidt (2001) schließt zur Sozialstaatskritik der 70er Jahre, dass sich das staatliche Sozialsystem von Beginn an auf die in den 50er Jahren herausgebildete „Normalfamilie“ als vorgelagertes Auffangnetz gestützt habe, die sich im Zuge der Pluralisierung und Individualisierung der Lebensstile mehr und mehr auflösen würde. Darin war der Generationenvertrag ebenfalls schon immer Basis der sozialen Sicherung gewesen und würde nun, im Hinblick auf die veränderten demografischen Strukturen, zunehmend brüchiger (vgl. Butterwegge 2001: 57 f.; Schmidt 2001: 1983). Dass sich „die klassische Familienpflege mehr und mehr als Auslaufmodell“ (Trilling, Klie 2003: 119) erweisen würde, ist bis heute ein starker Diskurs, der noch weiter gespeist wird. Die Annahme, dass die Familie als traditionelles Konstrukt und so unterstützendes Pflegepotenzial wegbrechen würde, ist jene These, welche die sozialpolitische Orientierung mitbestimmt und als Ersatz technische Antworten über modulare Dienstleistungen anbietet (vgl. Gröning 2015: 220 ff.). Betrachtet man allerdings die empirischen Daten seit Einführung der Pflegeversicherung, so zeigt sich, dass die Lebensform der häuslichen Versorgung abhängig von der kommunalen Pflegeinfrastruktur schwankt (vgl. Rothgang et al. 2012: 53 ff.), aber insgesamt doch eher stabil bei einem Verhältnis von ca. 70 % Häuslichkeit zu ca. 30 % stationäre Versorgung liegt.

1.1.1 Beratung bei Pflegebedürftigkeit – Perspektiven zweier Disziplinen

Pflegebedürftigkeit ist mit der Einführung der Pflegeversicherung als Fünfte Säule der Sozialversicherung eine eigenständige Institution zur Bearbeitung einer riskanten Lebenslage, nämlich alltägliche Hilfebedürftigkeit geworden und stellt somit einen Anerkennungsrahmen für den betroffenen Personenkreis dar. Damit verbunden wurde vor allem die professionelle Pflege vom Gesetzgeber beauftragt verschiedene Beratungsformate (u. a. SGB XI § 37.3; § 7; § 92) auszuarbeiten und umzusetzen. Unterhalb der Ebene des Gesetzes und seiner Ausführungsbestimmungen können auch die Nationalen Expertenstandards (DNQP) als wirkungsmächtige wissenschaftlich fundierte Instrumente für die Bearbeitung und das Verstehen von Fragen und Bedarfen im Kontext der Pflegeversicherung angesehen werden. Es existieren aktuell zwölf Expertenstandards¹, in denen pflegewissenschaftlich als wesentlich erachtete Inhalte jeweils zu

¹ Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung 2017); Entlassungsmanagement in der Pflege (1. Aktualisierung 2009); Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011); Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (2015); Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2013); Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (1. Aktualisierung 2014); Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (1. Aktualisierung 2015); Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (1. Aktualisierung 2017); Förderung der physiologischen Geburt

Standardkriterien umformuliert werden. Beratung und Anleitung stellt konstant ein eigenes Element dar. Darüber hinaus bieten fallgerechte, evidenzbasierte medizinische und pflegerische Leitlinien Orientierungshilfe über ein angemessenes Vorgehen. Als Beispiel ist hier die S3-Leitlinie zu pflegenden Angehörigen zu nennen (AWMF 2019). Beratung stellt in diesen Dokumenten ein zunehmend wichtiges Format mit eigener Entwicklungslinie dar. Anfänglich waren es eher diffuse Erwartungen an dieses Element der Versorgung. Sie wurden im Verlauf konkretisiert und der gesetzliche wie auch der finanzielle Rahmen mit der Zeit ausgedehnt.

Schon bevor eine gesetzliche Norm formuliert werden konnte, erstreckte sich die Diskussion über eine Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit über zwei Jahrzehnte, die dann schließlich 1995 als SGB XI zur allgemeinen Anwendung kommt. Aus diesem Grund wird hier die Entstehung des Beratungs- und Bildungsbegriffs in der Pflegeversicherung in zwei Phasen eingeteilt. Die erste Phase beschreibt die 20 Jahre dauernde Diskussion und Planungsphase vor Verabschiedung des Sozialgesetzbuches XI (vgl. Kapitel 2). Die zweite Phase überblickt mittlerweile einen vergleichbar langen Zeitraum und stellt die Entfaltung der Beratung innerhalb der Pflegeversicherung während der Wirkung des umgesetzten Gesetzes dar (vgl. Kapitel 3).

Jörg Alexander Meyer (1996) und Gerhard Igl (1996) stellen ebenfalls unterschiedliche Entwicklungsabschnitte fest, die sie in Themenstränge ordnen und chronologisch übersichtlich darstellen. Rothgang nimmt 1997 eine Zusammenfassung der Zeit vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung vor, die er in drei Formen des Konsensbildungsprozesses teilt (vgl. Adam-Paffrath 2008: 5):

1. Problemformulierungsphase: Im Vordergrund stand die sozialpolitische Problematik.
2. Agenda-Setting-Phase: beschreibt die finanzpolitischen Dimensionen.
3. Politikformulierungsphase: ist geprägt von der gezielten Neuausrichtung der Absicherung des Pflegerisikos.

Die Chronologie in Form von Konsensbildungsprozessen kann als große strukturelle Leistung gewürdigt werden, der es gelungen ist, einen zusammenfassenden Überblick über diesen komplexen Zeitraum zu schaffen. Was sie nicht darstellt, ist der Dissens – und die darin enthaltene Verschiebung von Kernthemen zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich.

(2014); Erhalt und Förderung der Mobilität (2014); Mundgesundheit in der Pflege (in Arbeit); Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (2016).

Schon vor der Einführung der Pflegeversicherung gab es gesetzliche Unterstützung und gesamtgesellschaftliche Sorge für Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen waren. Allerdings konnten nur bei vorliegender Krankheit oder Behinderung Teilbereiche dieser Sorge über Sozialversicherungsleistungen (Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung) abgedeckt werden. Alle anderen Aspekte gehörten in die Familie, die allgemeine Sozialpolitik (vor allem) der Kommunen oder rangierten als bedarfsorientierte Einzelleistungen ganz am Ende der gesellschaftlichen Anerkennung – in der Sozialhilfe. Die im SGB XII enthaltene sogenannte *Hilfe zur Pflege* war eine Auffangleistung, wenn weder Sozialversicherung, die eigenen Mittel sowie das Vermögen ausreichten, um in der individuellen Lebenssituation eine elementare Versorgung zu gewährleisten. Mit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 wurde die *Hilfe zur Pflege* zwar nicht abgeschafft, aber grundlegend reformiert und dabei auch die Alterssozialpolitik in ihrem Wesen radikal verändert.

Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen war von dieser Veränderung zentral betroffen. Sie überraschte die Entwicklung für ihren Berufsstand und sie brachten ihre Kritik an unterschiedlichen Stellen vehement vor, bemühten sie sich nun doch schon länger, diesen zweiten Zweig² (Gesundheit, Alter und Pflegebedürftigkeit) ihrer professionsbegründeten Zuständigkeit theoretisch auszuarbeiten und praktisch auszuführen.

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde eine Ausdifferenzierung der Gesundheitsversorgung und der psychosozialen Versorgung im Kontext Pflegebedürftigkeit vorgenommen.

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich nicht einfach um eine Ergänzung oder Vervollständigung in Form einer weiteren Säule im Sozialversicherungswesen, sondern auch um eine Ausdifferenzierung, eine Verschiebung innerhalb der bereits gewachsenen und vorhandenen sozialen Systeme. Das hatte einschneidende Auswirkungen auf die Beratungsstruktur und Möglichkeiten der inhaltlichen Ausgestaltung, der Finanzierung und des beruflichen Selbstverständnisses. Das betrifft vor allem zwei Berufsgruppen im Sozialwesen, die Pflegebedürftigkeit unterschiedlich beraten. Gesetzlich verankert finden sich, mehr oder weniger passgenau abgegrenzt, neben der eher lebensweltlich begründeten Beratung bei Pflegebedürftigkeit in SGB XII/SGB IX/SGB VIII nun die vor allem ordnungspolitisch eingeführte Beratung in SGB XI neben dem SGB V.

² Als erster Zweig wird hier der stärker ausgebaute und ausgebildete Zweig Kinder- und Jugendarbeit betrachtet, der nach dem zweiten Weltkrieg ausführlicher bearbeitet und für die Disziplin erschlossen wurde.

1.1.2 Krankheits- und Gesundheitsberatung in der sozialen Arbeit

Vergleicht man aktuelle Zahlen zur Entwicklung der Beschäftigung im Gesundheitswesen mit denen von 1996, findet sich ein Anstieg um ca. 70 % (vgl. BFS 2017; Daiminger et al. 2015: 23). Die Gruppe der Pflegefachleute hat zwar vielfach kritisch angemerkt (vgl. z.B. Isfort 2009) prozentual nicht den steilsten Anstieg, steht jedoch quantitativ an erster Stelle. Es folgen medizinische und therapeutische Berufe. Soziale Arbeit wird hier nicht explizit genannt. Nach Auskunft des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit e. V. (DBSA) ist die genaue Zahl der im Gesundheitswesen beschäftigten Sozialarbeiter*innen nicht bekannt. Allerdings ging man 2013 von ca. 20 % aller diplomierten Sozialarbeiter*innen in diesem Bereich aus. Wobei sogar die Beschäftigten aus der Arbeit mit Menschen mit Behinderung in dieser Schätzung nicht enthalten sind (vgl. Trabert, Waller 2013). Franzkowiak ging auch von einem Fünftel der Sozialarbeit im Gesundheitssektor aus (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 132), andere sprechen von 25 % (vgl. Homfeldt 2012: 489; Dettmers 2017: 9). Welcher Schätzung man auch folgt, dem Gesundheitswesen kommt dabei jeweils die zweite Stelle zu, gleich nach der Beschäftigung von Sozialarbeiter*innen in der Jugendarbeit. Das lässt zum einen auf ein bedeutendes Handlungsfeld für die soziale Arbeit schließen, aber auch darauf, dass die soziale Arbeit eine wichtige Akteurin in der Versorgungslandschaft bei Gesundheit und Krankheit und auch Einschränkungen im Alter ist.

Fokussiert man im Sinne der vorliegenden Fragestellung nur die Beratungsangebote, die über die Pflegeversicherung finanziert werden, gibt die erste Evaluation der Pflegeberatung- und Beratungsstrukturen einen Einblick in die aktuellen Qualifikationen der angestellten Pflegeberater*innen sowie einige Dienstleister (vgl. Abbildung 1). Hier stellt sich das Verhältnis der Pflegefachleute zu Sozialpädagog*innen 2:1 dar.

Abbildung 1: Qualifikation der bei der Pflegekasse (ggf. im PSP arbeitenden) bzw. bei einem Dienstleister angestellten Pflegeberaterinnen und -berater (Quelle: IGES 2020: 50)

Qualifikation	Angestellt bei			
	Pflegekasse (inkl. PSP)		Dienstleister	
	n	%	n	%
Sozialversicherungsfachangestellte	726,2	48,9%	0,0	0,0%
Pflegefachkraft	380,3	25,6%	880,0	94,6%
Sozialpädagogen, Sozialarbeiter	191,2	12,9%	10,0	1,1%
Studium Pflege	43,1	2,9%	40,0	4,3%
Sonstiges	142,9	9,6%	0,0	0,0%

Quelle: Datenabfrage des GKV-Spitzenverbands

Anmerkungen: n = 39 Pflegekassen; PSP = Pflegestützpunkt; Mehrfachnennungen für eine angestellte Pflegeberaterin oder einen angestellten Pflegeberater möglich; Angaben zu Dienstleitern wurden von einzelnen Pflegekassen übermittelt und spiegeln vermutlich geschätzte oder gerundete Angaben wider.

Was aber sind die professionsspezifischen Beiträge von Sozialarbeiter*innen und Pflegefachleuten im Gesundheitswesen bzw. bei der Beratung von Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind?

Die Finanzierung und die Strukturen um die Beratung bei Pflegebedürftigkeit werden aktuell ausgebaut. Auch die inhaltliche Ausgestaltung und Entwicklung steht im Auftrag der letzten Pflegereform (vgl. 2. Pflegestärkungsgesetz § 7a Abs. 9 SGB XI). Wenn dieser An Schub aus der Politik professionell aufgegriffen und als Entwicklung und Prozess verstanden werden soll, kann es hilfreich sein, sich die Entfaltungen der Vergangenheit zu vergegenwärtigen, um daraus Erkenntnisse für die weitere Planung zu berücksichtigen. Daher wird im Verlauf der Dissertation die Entwicklung der Professionalisierungs- und der Institutionalierungsprozesse in langen Linien nachgezeichnet.

1.2 Aufbau der Arbeit und Forschungsvorgehen

Die Arbeit gliedert sich in einen rekonstruktiven und einen empirischen Teil, der explorativ angelegt ist. Im rekonstruktiven Teil der Dissertation wird die Interdependenz der beruflichen sozialen und der pflegerischen Arbeit, ihre gesellschaftliche Relevanz und deren Verwobensein mit sozialen Reformbewegungen aus dem historischen Hintergrund herausgearbeitet.

Das Kapitel 2 verfolgt dafür die historische Entwicklung von Beratung zur Gesundheit und die Konstruktion bzw. Bedeutung der umsetzenden Frauenberufe und setzt daher im 19. Jahrhun-

dert an. In dieser Gründungszeit der sozialen Versicherungen wird nach Spuren von Überschneidungen, Abgrenzungen sowie Interdependenzen der Berufsgruppen soziale Arbeit und Pflege gesucht. Bevor in Kapitel 3 die Bausteine der Beratung innerhalb der Pflegeversicherung einzeln und in ihrer Entwicklung betrachtet werden, soll der Bauplatz, auf dem sie im Weiteren zusammengesetzt werden, in zwei Richtungen ausgeleuchtet werden. In dieser Arbeit wird dabei von zwei tragenden Säulen der Beratung bei Pflegebedürftigkeit die Rede sein. Um das zu begründen, wird zunächst die Interdependenz der beiden Disziplinen historisch dargestellt. Trotz unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen wird sich zeigen, dass die soziale Pflegeversicherung aus beiden bestehenden professionellen Bereichen herausgeschält wurde und sich dementsprechend Verschiebungen, Überschneidungen, Spannungen und Lücken darstellen lassen.

Im Modernisierungsprozess und bedingt durch die Einführung des SGB XI entsteht für die Pflegeberufe eine erhebliche Spannung zwischen starkem Professionalisierungsansub (Akademisierung) auf der einen Seite und beschleunigter Deprofessionalisierung auf der anderen Seite. Letztere zeigt sich u. a. durch Kurzqualifikationen, Fragmentierung der Ausbildungen, Trennung von Betreuung und Pflege, Ökonomisierungsdruck usw. Diese Dissertation geht der Frage nach, wie sich diese Dynamik und die damit verbundenen Dilemma-Situationen auf die Pflegeberatung auswirken. Wie bilden sich in diesem Spannungsverhältnis Beratungsfunktionen rund um Pflegebedürftigkeit aus bzw. um, die von Berufen mit sehr unterschiedlichen Bildungs- und Beratungstraditionen sowie Wissensbeständen besetzt werden?

Zu diesem Zweck werden lange Entwicklungslinien sowohl zur Professionalisierung als auch zur Beratung von sozialer Arbeit und Pflege gezogen. Dieses Vorgehen geht mit der Frage einher, ob die historische Rekonstruktion einen neuen Zugang zu den unterschiedlichen Beratungsperspektiven ermöglichen kann und so die tiefer liegenden Motivationen und Begründungen für Beratung als auch ihr mehrdimensionales Potenzial sichtbar werden.

Welche Erkenntnisse können sodann aus dieser interdisziplinären Perspektive, die systematisch sowohl pädagogische Theorien als auch das Wissen der gesundheits- und körperbezogenen Beratung bei Pflegebedürftigkeit einbezieht, für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung generiert werden?

Nach dieser eher grundlegenden Rekonstruktion wird in Kapitel 3 fokussiert die Entstehung und Institutionalisierung des spezifischen Beratungsverständnisses der Pflegeversicherung der letzten 25 Jahre nachvollzogen. Dafür werden unter Nutzung von Parlamentsprotokollen, juristischen Urteilen und Entwicklungsberichten über die Pflegeversicherung die Konjunktoren und

Debatten um die in Paragraphen gefassten Bausteine zur Beratung bei Pflegebedürftigkeit abgebildet. Zudem wird versucht, einen aktuellen Überblick über die dynamisch gewachsene Beratungsinfrastruktur, die Qualifizierungen und das Handlungsfeld der Beratung zu geben. Die Orientierungen und „Denkschulen“ der pflegebezogenen Beratung werden nebeneinandergestellt und können so auf die Leerstelle ‚Fallbezug‘ hinweisen.

Im Mittelpunkt der empirischen Forschung stehen sodann zehn erzählte Beratungssituationen, die einer interpretativen Analyse unterzogen wurden. Inhalt der Erzählungen sind erinnerte Beratungssituationen, in denen Pflegeberater*innen Beratungsprozesse rekonstruieren. Sie schildern darin ihren beruflichen Alltag, Rollenverständnis, ihre Methoden, Möglichkeiten, Absichten, Erfolge und Konflikte.

Insgesamt soll so der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen die Entwicklungen der Pflegeversicherung auf die praktischen Beratungssituationen bei Pflegebedürftigkeit haben. Sie werden in den konkreten Fallschilderungen sichtbar und gewinnen dort für die Akteure an Bedeutung. Rollen- und Wissensspannungen zeigen sich ja vor allem in der Beratungspraxis. Dafür wird die soziale Praxis der Pflegeberater*innen auf innere Orientierungen und Strategien der Spannungsbewältigung befragt. Welche Konflikte oder Paradoxien begegnen den Pflegeberater*innen und welche Fragen entwickelten sie in dem Zusammenhang, auf die Bildungsangebote Antworten geben könnten?

Über eine systematische Analyse werden Verunsicherungen, Spannungen, Anpassungen, Distanzierungen, Konflikte, Brüche, Hilfen und Wege professioneller Falleinschätzungen offengelegt. Der Blick richtet sich darauf, wie die Beratungsprozesse konkret und als Ganzes erlebt werden. Auf das gewählte Auswertungsverfahren, die Narrationsanalyse nach Fritz Schütze, wird in Kapitel 6 ausführlich eingegangen.

Am Ende geht die Dissertation der grundsätzlichen Frage nach, ob oder wie es in der Pflegeberatungspraxis gelingen kann, nicht v.a. Normalisierungs- und Ordnungsfunktionen zu erfüllen. Folgt Pflegeberatung speziell im Kontext Pflegebedürftigkeit heute meist jedoch dem Format der Dienstleistung bzw. Leistungsberatung, wird hier die Absicht verfolgt, sie als psychosoziale Beratung zu begründen und einzuordnen.

Die vorliegende Arbeit ist also theoretisch der pädagogischen Beratung verbunden, da hier das Fallverstehen und die Fallbearbeitung zur grundlegenden Forschungstradition gehören.

Als Beitrag zur Forschung soll mit dieser Arbeit eine Lücke gefüllt werden, indem die Analyse der selbsterzählten, selbstreflektierten „Beobachterposition“ der Pflegeberater*innen eingetragen wird. Zudem werden Fallverläufe in den Blick genommen, die nicht vor allem den Blick auf Krankheitsverläufe halten und damit die so selbstverständlich gewordene medizinische Sichtweise untermauern, sondern hier werden die Kontexte, die Lebenswelt in der Pflegebedürftigkeit mit erzählt sowie der Beziehungsraum, in dem beraten wird, reflektiert.

Insbesondere vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse zum Stand der Forschung in der Literaturrecherche wird ein Forschungsdesiderat über die konkrete Ausgestaltung von Beratungsprozessen der Pflegefachleute sichtbar und deswegen das Vorgehen empirisch orientiert.

Eine weitere Begründung für das empirische Vorgehen ist der Forschungsdrang, etwas über die Prägung der sozialen Praxis Pflegeberatung durch die gesetzlichen Vorgaben des SGB XI zu erfahren.

Das Vorgehen begleitet die Frage, welche Erkenntnisse aus dieser interdisziplinären Perspektive, die systematisch sowohl pädagogische Theorien als auch das Wissen der gesundheits- und körperbezogenen Beratung bei Pflegebedürftigkeit einbezieht, für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung generiert werden können.

Darauf aufbauend können diese Erkenntnisse helfen, Curricula zur Ausbildung von Pflegeberater*innen unterschiedlicher Professionen zu entwickeln, die auch Angebote zur Beziehungsgestaltung und Gefühlsverarbeitung in Beratungssituationen thematisieren. Letztendlich sollen die Ergebnisse einen Beitrag zur Professionalisierung der Beratung bei Pflegebedürftigkeit leisten.

2. Historische Überschneidungen sozialer Arbeit und Pflege

Die Perspektive der Autorin im folgenden Kapitel richtet sich auf den permanenten Wandel im Gesundheitswesen und arbeitet dabei im Besonderen die Interdependenz der beiden Disziplinen soziale Arbeit und Pflege heraus. Mit dem hier fokussierten Bezug „*Gesundheit*“ ist dieser gesellschaftliche Bereich unweigerlich den zeitgenössischen Deutungen und Einflüssen dieses Zentralwertes ausgesetzt. So bilden die jeweiligen politischen, kulturellen, religiösen und gesellschaftlichen Bedingungen den Hintergrund. Es werden im Folgenden Entstehung und Fortschreiten sowie im Besonderen die Wirkung epochentypischer Mentalitäten dieser Berufe auf Leitideen und Beratungsformate zum Thema Gesundheit dargestellt.

19.–20. Jahrhundert

2.1 Datengrundlagen gesellschaftlicher Verhältnisse und Gesundheit

Dass zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit ein Zusammenhang besteht, ist heute bekannt und vielfach nachgewiesen (vgl. u. a. Giesecke, Müters 2006). So gilt es in der Gesundheitsforschung als evident, dass Menschen mit niedrigem Einkommen, Berufsstatus und Bildungsniveau ein erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten und Beschwerden haben (vgl. RKI 2019: 3 ff.). Es kann über eine breite Datenlage für die meisten Krankheiten und Todesursachen sowie für die Lebenserwartung gezeigt werden, dass Menschen aus niedrigen sozialen Schichten ein höheres Morbiditätsrisiko haben und früher sterben als Menschen aus einer höheren Schicht (vgl. Mielck 2000; Wilkinson; Richter, Hurrelmann 2009 in Lampert 2011). Die Auswirkungen der Ungleichheit beginnen früh. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Einkommen weisen mit 8,0 % weitaus häufiger eine nur mittelmäßige oder schlechtere subjektive Gesundheit auf als Gleichaltrige (3,6 %), die in Familien mit mittlerem oder hohem Einkommen leben (vgl. Lampert, Kuntz 2019). Welche Mechanismen dabei wirken, ist vielschichtig und bleibt weiter in der Diskussion (vgl. Bauer, Büscher 2008). Auf internationalen Konferenzen hat sich der Begriff „Health Inequality“ zur Benennung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen durchgesetzt. Breit genutzt wird dieser Begriff seit einem umfassenden Ergebnisbericht (Inequalities in Health) über den Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und Gesundheit in Großbritannien im internationalen Vergleich (vgl. Townsend, Davidson 1982). Dieser Bericht enthielt eine Fülle von Informationen über den Zusammenhang von sozialer Schicht, Geschlecht, Alter, Region, Umwelt etc. und Gesundheit. Eine deutliche Aussage trifft er u. a., indem er darstellen kann, dass die sogenannten unteren

sozialen Schichten in allen Altersklassen gesundheitlich benachteiligt sind und zudem Gesundheitsdienste im Verhältnis weniger nutzen (vgl. Trabert, Waller 2013: 59). Die Ergebnisse sind inzwischen international wiederholt nachgewiesen worden (vgl. Mielck 2004; Robert Koch-Institut 2005, 2019 u. a.). Differenziertere Forschungsfragen holen weitere Erkenntnisse der Public-Health-Forschung ein, um so zielgruppenspezifisch Hilfen für die Gestaltung einer besseren gesellschaftlichen Versorgungssituation zu bieten. Internationale und nationale interdisziplinäre Kongresse, wie z. B. „Armut und Gesundheit“ jährlich in Berlin, tauschen ihre datenbasierten Erkenntnisse regelmäßig aus. Der Blick auf relevante Themen änderte sich über die Jahrzehnte und bezieht heute auch Migrationsprozesse und Klimawandel (Planetary Health) ein. Daten können belegen: Wie es Menschen gesundheitlich geht, hängt vom sozialen, politischen und ökologischen System ab.

Im Übergang vom 18. in das 19. Jahrhundert lag dieses komplexe, datenbasierte Wissen noch nicht allgemein bekannt vor. Diese Form der Datensammlung, auch um politisch steuern und damit machtvoll argumentieren zu können, beginnt im 19. Jahrhundert. Der hier gewählte Rückblick beginnt mit Berichten aus dieser Zeit, weil in dieser Epoche die Struktur unseres aktuellen Gesundheitssystems ihren Anfang findet und eng verbunden mit den eben genannten Befunden die soziale Arbeit wie auch die Krankenpflege als Beruf konstruiert und ausdifferenziert werden.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren Armut und Hunger in Deutschland und den benachbarten Ländern weit verbreitet. Bevölkerungswachstum, Missernten, Hungersnöte und der Niedergang des Heimgewerbes förderten das Aufkommen von Massenarmut. Mit dem Begriff „Pauperismus“ wurde dem vielschichtigen Phänomen eine Bezeichnung gegeben, deren Ursachen in der zeitgenössischen Literatur breit diskutiert wurden. Als wichtiger Beitrag zum Diskurs ist die Arbeit von Friedrich Engels zu betrachten, der darin auch Gesundheit und Lebenslage der Arbeiter aufeinander bezieht. „Die Lage der arbeitenden Klasse in England“ (1845) ist die Schrift, in der er die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse in England zur Zeit der frühen Industrialisierung darstellt. Sie gilt als Pionierwerk der empirischen Sozialforschung, in der er u. a. den Gesundheitszustand der Arbeiter*innen beobachtet, anschaulich beschreibt und auf die gesellschaftlichen Verhältnisse interpretiert. Engels klagt darin die engli-

sche Bourgeoisie an, weil er der Meinung ist, dass deren zügellose Profitgier erst die Verelendung der Arbeiter*innen hervorbringt. Er äußert sich darin u. a. zur „Brandweinpest“³, schildert Berufserkrankungen wie Staublunge und Tuberkulose, Kinderarbeit sowie die Auswirkungen der 12–16 Stunden Arbeitszeit. Auch zeigt er unhygienische und gefährliche Tätigkeiten auf, die Berufsunfälle und Vergiftungen verursachen. Beengte Wohnverhältnisse und die mangelhafte Ernährung führe bei den Arbeiter*innen zu einem erhöhten Krankheits- und Sterberisiko. Seuchen wie Cholera, Pocken, Typhus, Diphtherie und Tuberkulose breiteten sich schnell aus und führten bei den geschwächten Menschen oft zum Tode. All dies erfordere eine Verbesserung der gesellschaftlich organisierten Versorgung im Krankheitsfalle (vgl. Marx, Engels 1972: 324 ff.).

Tatsächlich sind die Haupttodesursachen für Jugendliche damals Knochentuberkulose. Die Tuberkulose konnte zwar jeden treffen, aber schon die damaligen statistischen Erhebungen zeigten, dass sie meist mit engen Wohnverhältnissen und schlechter Ernährung verbunden war. Wegen ihres häufigen Auftretens in Arbeitervierteln wurde sie auch als „Proletarierkrankheit“ bezeichnet (vgl. Landesinstitut für Lehrerbildung 2020: 34 ff.). Neben der Tuberkulose galt auch Rachitis als „soziale Krankheit“. Immer engere Wohnverhältnisse und Vitaminmangel durch schlechte Ernährung führten zu dieser Krankheitsverbreitung unter der armen Bevölkerung.

Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland betrug 1900 ca. 20 % und war damit die höchste in Europa. Verdorbene oder falsche Säuglingsnahrung war die Hauptursache der hohen Todesrate. Frauen aus dem Proletariat stillten ihre Säuglinge früh ab, damit sie wieder arbeiten gehen konnten, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Die Ersatzmilch in Verbindung mit den schlechten Wohnverhältnissen, der fehlenden Kühlung und der mangelnden Bildung in Bezug auf die Säuglingsernährung führte zu dem großen Säuglingssterben, besonders im Sommer, und traf also wieder den armen Teil der Bevölkerung. Um 1900 galt die Säuglingssterblichkeit als internationaler Maßstab für die Entwicklung eines Staates und wurde so für Deutschland zu einem wichtigen politischen Thema. Die Städte meldeten daraufhin wöchentlich ihre Säuglingsstatistik.

³ Die enorme Zunahme an Alkoholmissbrauch ist historisch belegt (vgl. LWL 1984) und wurde außer Elendsalkoholismus auch die neue Volksseuche genannt. Engels beschreibt einen direkten Zusammenhang zwischen kapitalistischer Industrialisierung und Alkoholmissbrauch. Auch die Sozialreformer nehmen die „Alkoholfrage“ in die „soziale Frage“ auf. Es formiert sich auch eine „Mäßigungsbewegung“ und ab 1843 gründeten sich in Engels Heimatstadt Wuppertal „Enthaltsamkeitsvereine“.

Im gleichen Zeitraum verfasst R. Virchow 1849 eine medizinsoziologische Analyse, in der er die Ursachen der Typhusepidemie mit den Lebensbedingungen in Oberschlesien, die durch Hunger, Armut und Ausbeutung gekennzeichnet sind, verbindet. Während die Pest sich durch Ungeziefer verbreitete, sind andere Infektionskrankheiten wie Cholera, Typhus und Grippe vielfach auf verunreinigtes Trinkwasser zurückzuführen. Die Qualität war natürlich in den beengten Arbeitervierteln in den Städten ohne Kanalisation am schlechtesten. 45.000 Menschen in Deutschland starben im Jahr 1900 an den Masern (vgl. Landesinstitut für Lehrerbildung 2020: 23 ff.). Ob man eine Erkrankung überlebt oder nicht, war eine Frage der Klasse und des Einkommens. Geschwächte Körper durch schlechte Ernährung, überlange schwere Arbeit und unhygienische Wohnverhältnisse überwinden eine schwere Infektion seltener.

Dass Erkrankungen zu der Zeit auch geschlechterbezogene, soziale Aspekte hatten, kann aus Zahlen einer frühen Gesundheitsstatistik in Berlin gelesen und hier als Beispiel angeführt werden: Die Statistik weist aus, dass 40 % aller Schwangerschaften aus dem Jahr 1921 mit Fehlgeburten enden. Schätzungen geben dort weiter an, dass davon nur 5 bis maximal 30 % unbeabsichtigt waren. Viele Frauen starben an den Folgen der oft illegalen Abtreibungen (vgl. Ortmann 1963: 10 ff.). Für viele Frauen stellte die Schwangerschaft eine besondere soziale Lage dar, denn neben der gesundheitlichen Gefährdung vor und während der Geburt verstärkte eine Vielzahl an Kindern die gerade geschilderten Armutsfolgen für die Familien. Armutsprostitution war ein Massenphänomen. Aber sowohl Gesetz als auch Moral verboten den Frauen Verhütung sowie Abtreibung.

Die enormen gesellschaftlichen Veränderungen im Übergang vom Kaiserreich zur Republik betrafen alle Lebensbereiche, auch die Sexualität. Da der ganze Mensch im Mittelpunkt der leitenden naturwissenschaftlichen Forschung stand, setzten sich zahlreiche Untersuchungen mit dem Menschen als Sexualwesen auseinander. In den Ergebnissen differenzierten sie zwischen normaler und abnormer Sexualität (vgl. Schuster in Bagel-Bohlan 1990: 71). Mediziner und Psychiater (z. B. Freud) beschrieben Erfahrungen von der Allgegenwart sexueller Faktoren bei psychischen und physischen Erkrankungen. Damit war auch der Rahmen für den Zusammenhang von Sexualität und Krankheit gesetzt. Am Beispiel der diffusen Diagnose „Hysterie“, die eine Weile mit den Folgen einer „umherwandernden Gebärmutter“, assoziiert wurde, zeigt sich, dass sie sich zu der Zeit in besonderer Weise auf die Unzucht oder Lust der Frau bezog. Zudem

wurde Sexualmoral vor allem unter dem Gesichtspunkt von Zeugung und Geburt betrachtet⁴. Abweichende Meinungen z. B. zum Problem der Abtreibung wurden von staatlicher wie kirchlicher Seite bekämpft. Die Thematik der Ungleichheit der Geschlechter und deren Auswirkungen auf die Gesundheit wurde vor allem von bestimmten Zweigen der Frauenbewegung aufgegriffen. In ihrem zunächst meist ehrenamtlichen Engagement zeigt sich die Interdependenz der sozialen mit der Gesundheitsberatung deutlich. Die Frauen in den Frauenvereinen verbanden die medizinische oder sexuelle Aufklärung mit der Vermittlung von gesundheitlichen sowie materiellen Hilfen (vgl. Gröning 2010: 26 ff.).

Die Vorstellungen zur Gesundheit und die Legitimation für darauf bezogenes staatliches Handeln änderten sich im Laufe des 19.–20. Jahrhunderts nachdrücklich. Während Gesundheit zuerst als ein natürliches Recht für den Menschen erkannt und diskutiert wird, für das der Staat Garantien schaffen muss, wird sie im Verlauf des 20. Jahrhunderts zu öffentlichem Kapital, das es zu vermehren gilt. Unter diesen Mechanismen entwickelt sich Gesundheit zu einer Ressource, die mit zunehmender instrumenteller Vernunft (Horkheimer) definierte Bereiche, staatlich gesteuert, optimiert werden kann (vgl. z. B. Schmiedebach 2002: 26 ff.).

2.2 Institutionen, Bewegungen und Differenzierungen im Gesundheitswesen: Bürgerliche Wohlfahrt, Proletariat und Emanzipation

Die Epoche ist gekennzeichnet von umfassenden Veränderungen im öffentlichen Gesundheitswesen. Die gemeinsamen Handlungsfelder der sozialen Arbeit sowie der Pflege sollen hier kurz nachgezeichnet werden, bevor dann die inhaltliche Ausgestaltung vertieft wird.

Kommunale Gesundheitsversorgung

Die Kommunen begegneten der unübersehbaren Massennot zunächst regional mit unterschiedlichem Engagement und Finanzierungsmöglichkeiten. Die überregionale staatliche Steuerung der Gesundheit begrenzte sich bis Mitte des 19. Jahrhunderts auf die Ordnungspolitik der medizinischen Policey (vgl. Wahring 2003) vor allem zur Seuchenbekämpfung.

⁴ Um die Jahrhundertwende wurden die gesellschaftlichen oder sozialen Folgen der privaten Entscheidung für oder gegen die Mutterschaft öffentlich und oft besorgt diskutiert. Ursache war der allgemeine Rückgang der Geburtenrate in allen westlichen Industriegesellschaften. Politiker warnten vor der militärischen Bedrohung durch bevölkerungsstarke Nationen (den geburtenstarken Russen oder der chinesischen gelben Gefahr), wobei weniger über die sozialen, ökonomischen oder sonstigen Gründe diskutiert wurde. Kontrovers waren die gewachsenen Möglichkeiten der Geburtenkontrolle sowie die individuelle Entscheidung für oder gegen Mutterschaft (vgl. Ann Taylor Allen, 2000).

Bis zum Ersten Weltkrieg wurden z. B. Maßnahmen zur Säuglingsfürsorge überwiegend durch Spenden finanziert. Das änderte sich in der Weimarer Republik. Städte und Gemeinden richteten in den 1920er Jahren erstmals Gesundheits- und Jugendfürsorgestellen ein, die Stillkampagnen durchführten, Muttermilch-Sammelstellen einführten und über Nahrungsmittelhygiene aufklärten. Der Erfolg blieb nicht aus, denn trotz der Not nach dem Ersten Weltkrieg, Arbeitslosigkeit und Hunger halbierte sich die Säuglingssterblichkeit in Deutschland innerhalb weniger Jahre. Parallel entstanden kommunale Erziehungsberatungs-, Sexualberatungsstellen (s. u.) und Eheberatungsstellen in Deutschland. Sie waren zumeist an Gesundheitsämter angegliedert. „Im Mittelpunkt dieser Beratung stand die Ausstellung eines Ehefähigkeitszeugnisses“ (Gröning 2010: 90), das sich im Wesentlichen auf eine medizinische Untersuchung und die Überprüfung der familiären Herkunft bezog.

Die Pflege von Erkrankten wurde bis dahin in der Regel von und in den Familien geleistet. Konnten die Familien die Sorge um ihre verunfallten, verarmten oder kranken Angehörigen nicht alleine bewältigen, waren sie auf die regional sehr unterschiedlich organisatorisch und finanziell aufgestellte kommunale Armenpflege⁵ und die Mildtätigkeit der christlichen und jüdischen Moralvorstellungen sowie zunehmend auch auf verschiedene (Wohlfahrts-)Vereine angewiesen.

Ende des 19. Jahrhunderts wurde dann im ganzen Staat ein System der Sozialversicherungen eingeführt, das schon unter dem Einfluss der zunehmend naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin stand. Die Aufgabe der Krankenversicherung war ausschließlich die kurative Versorgung im Krankheitsfall. Prävention war in dem Gefüge noch nicht enthalten. Im Grunde konstruierte diese Form der Krankenversicherung dadurch ein abgrenzendes Modell zur Armenhilfe und entlastete sie zu Teilen zugleich (s. u.). Damit wurden die Voraussetzungen für die Entwicklung der spezifischen Gesundheitsfürsorge geschaffen (vgl. Stöckel, Walter 2002: 18). Denn die Armenpflege differenziert sich nun aus und der neue Beruf der weiblichen Sozialarbeit entsteht.

Nach und nach wird die zunächst ehrenamtliche Gesundheitsfürsorge durch die Kommunen organisiert und schließlich auch finanziert (vgl. Stöckel 2002: 65 ff.). Nun, da die Tätigkeit im wesentlichen von Frauen ausgeübt wurde, gab es nur wenige weibliche Führungspositionen in

⁵ Nahm man Armenpflege in Anspruch, verlor man seine Wahlberechtigung und hatte noch andere gesellschaftliche Nachteile. Nach Einführung der Krankenversicherung war diese zwar verpflichtend, galt jedoch anfänglich nur für Arbeiter*innen und bestimmte Regierungsangestellte. Lohnwärter*innen und Pfleger*innen waren jedoch nicht verpflichtend abgesichert, da sie nur ein Taschengeld verdienten und so im Krankheitsfall auch keine Leistungen erhielten.

Wohlfahrtsämtern. Die meisten wurden in die mittlere kommunale Verwaltung integriert. Eingebunden in die Behörde verlor jedoch ihre Tätigkeit einen großen Teil der bisher selbstständigen Gestaltung und der Ausrichtung der vorher angestrebten Wohlfahrtsziele des Berufes. Amtliche Gesundheitsfürsorge teilte sich unter städtischer Verwaltung in Außen- und Innenfürsorge und entfaltete sich über die von den Städten zur Verfügung gestellten Finanzen. Stöckel beschreibt zudem eine Aufteilung der städtischen Gesundheitsfürsorge entlang der Geschlechter. Im Außendienst wird die soziale Arbeit von Frauen geleistet, die den zugehenden Kontakt mit den Befürsorgten hielten und dort interagierten und auch Bedarfe feststellten. Ihnen gegenüber war der Innendienst in der Regel von Männern besetzt, die andere Ausbildungen durchlaufen hatten, die keinen direkten Kontakt zu den Bedürftigen hatten, aber denen die Aufgabe zufiel, die Mittel zur Bedarfsdeckung zur Bewilligung freizugeben (vgl. Stöckel 2002: 71). Das Spannungsfeld zwischen professionellem Anspruch und (ökonomischer) Rechtfertigung bzw. Kontrolle sowie die hierarchische Arbeitsteilung der Geschlechter begleitet die soziale Arbeit (nicht nur im Kontext Gesundheit) also schon seit dem 19. Jahrhundert.

Im 20. Jahrhundert wurden in den Kommunen umfassende gesundheitsfürsorgliche Dienste aufgebaut, die sich nun nicht mehr an Einzelne, sondern an die gesamte Bevölkerung wenden. Die neuen Berufssparten wie der akademische Fürsorge- und Vorsorge-Arzt und die bürgerlichen Fürsorgerinnen sowie die ebenfalls meist bürgerlichen Gemeindefürsorgerinnen in den Quartieren bildeten die Beschäftigten der städtischen Einrichtungen. Im Fokus dieser kommunalen Fürsorgeeinrichtungen standen insbesondere gefährdete Bevölkerungsgruppen. Kommunale Beratungsstellen waren so konzipiert, dass nur beraten oder Vorsorge betrieben wurde. Diese Stellen waren in der Regel von Fürsorgerinnen besetzt, die über Kurse in der Gesundheitsfürsorge qualifiziert wurden und Pflegeerfahrung hatten. Behandlungen oder Therapien unterblieben in diesen Einrichtungen. Die ärztliche Standesvertretung sorgte für die strenge Trennung zu den niedergelassenen Ärzten und untermauerte die Unterscheidung zwischen kurativer und präventiver Medizin⁶ – eine Trennung, die bis heute Bestand hat.

Hospital- und Krankenhauswesen

Als Versorgungsinstitutionen gab es im beginnenden 19. Jahrhundert noch keine Krankenhäuser, sondern im Wesentlichen Armen- und Siechenanstalten. Der Zugang zu diesen „Hospitälern“ war sowohl aus gesundheitlicher wie aus sozialer Lage möglich, wobei tatsächlich ca.

⁶ Diese Trennung galt auch der Abgrenzung gegenüber den anderen nicht akademischen Heilberufen, die zu der Zeit noch große Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hatten. Das waren oft wandernde Bader*innen, auch Hebammen, Heiler*innen, Kräuterfrauen und Männer etc.

80 % der Nutzer*innen als arm zu bezeichnen waren. Nur sehr wenige dieser Anstalten waren in öffentlicher Trägerschaft, in den meisten Fällen waren es religiöse Stiftungen. Die Pflege der Kranken und Hilfebedürftigen wurde dort von Ordensschwestern und unausgebildeten gering bezahlten Wärtern⁷ und Wärterinnen durchgeführt, teilweise waren sogar die Letzteren selbst auch Bewohner*innen dieser Einrichtungen (vgl. Rübenstahl 1994: 26 ff.; Scharper 1987: 24 ff.). Ehrenamtliche Unterstützung kam aus der bürgerlichen Schicht (s. u.).

Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts rasant zunehmende Gründung von Krankenhäusern stand dann meist in kommunaler Trägerschaft und differenzierte Kranke und sozial Schwache voneinander. Die Krankenhäuser entwickelten sich zu Ausbildungsstätten der naturwissenschaftlichen Medizin, in denen Erkrankungen beobachtet und behandelt wurden. Die neue Institution meldete einen Mangel an geschultem Personal in der Krankenpflege. Es wurden ausgebildete Pflegekräfte benötigt, die mit den medizinischen Erkenntnissen und Behandlungsmethoden vertraut gemacht werden konnten. Diese Krise der Krankenpflege eröffnete Frauen aus dem Bürgertum ein zeitweiliges Tätigkeitsfeld (s. u.). Auch wechselt die Zuständigkeit für diese Einrichtungen. Waren es in den ehemaligen Hospitälern mehrheitlich geistliche Leitungen der Orden, standen die Krankenhäuser neuerdings unter ärztlicher Führung. Die nun zunehmend naturwissenschaftlich ausgerichtete Krankenhausversorgung über Mediziner und die damit veränderten Anforderungen in der Versorgung bevorzugten die Anstellung naturwissenschaftlich qualifizierter und gebildeter Assistenzdienste. Wärter*innen aus dem proletarischen Milieu wurden vorwiegend in schmutzigen, körpernahen, psychiatrischen oder in Fachbereichen, die körperlich besonders forderten, eingesetzt.

Vereinswesen und Frauenbewegung

Das rasch anwachsende Elend in großen Teilen der Bevölkerung und die zunehmende Hilfsbedürftigkeit veranlasste die bisherigen Einrichtungen der Wohlfahrt, die katholischen Orden, mehrere neue Pflegeorganisationen zu gründen, in denen Pflege und Fürsorge als Liebesdienst am Nächsten praktiziert wurde. Im protestantischen Milieu konzipierte Theodor Flieder eine Fürsorgeeinrichtung für weibliche Strafgefangene. Er reagierte außerdem auf den rasch stei-

⁷ Kommt von Krankenwartung, die insbesondere körperliche Reinlichkeitspflege, Versorgung mit Wäsche, Lagerung und Umbetten des Kranken betraf. Von Ende des 17. bis Anfang des 19. Jahrhunderts lösten sich die Pflegegemeinschaften und mittelalterliche Pflegeorden im Zuge der Reformation auf. Die allgemeine Versorgung der Kranken wurde vermehrt durch reine, nicht organisierte Lohn-Krankenwartung gesichert.

genden Bedarf an Pflegepersonal und gründete auf demselben Gelände 1836 den „evangelischen Verein christlicher Krankenpflege“⁸. Weitere Gründungen nach dem gleichen Modell waren u. a. der Diakonieverein in Berlin-Zehlendorf, der sowohl zur Krankenpflege als auch zur Erziehung und Bildung qualifizierte und auf diese Weise auch wichtig für die öffentliche Fürsorge wurde. Im protestantischen Milieu kam zum Leitgedanken der christlichen Nächstenliebe noch die ihr eigene Leistungsethik, in der Armut mit „sittlichem Tiefstand“ gleichgesetzt wurde. Die Fürsorge war deswegen in diesem Kontext auch verbunden mit Moralerziehung und Arbeitsamkeit (vgl. Rübenstahl 1994: 28 ff.).

Die Veränderung der Gesellschaft hin zu einer „Zivilgesellschaft“ ist gekennzeichnet durch die selbst organisierte Freiwilligkeit der Bürger*innen, die in großer Anzahl Vereine gründeten. Das betraf nicht nur die eben genannten konfessionell begründeten, sondern für allerlei Belange entstandene Vereine, z. B. für Kunst, Sport oder Bildung. In dieser Form zeigte und artikulierte sich der Wille zur Mitgestaltung des öffentlichen Lebens. Vereine kümmerten sich um die Aufgaben, die der Staat nicht erfüllte, und sie entstanden in allen Lebens- und Interessensbereichen (vgl. Dann 1984). Im Bereich der Fürsorge und Pflege waren es zwar vor allem Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt, jüdische Pflegevereine sowie das Rote Kreuz, aber auch viele kleine regionale Vereine.

Besonders intensiv nutzen die Frauen das Vereinsrecht. Zu politischen Parteien hatten sie noch keinen Zugang. Im gesamten deutschen Gebiet gründeten und vernetzten sich zahlreiche Frauenvereine (vgl. Frevert; Gerhard 1983) aus ganz unterschiedlichen Motiven. Viele verstanden sich als politische und demokratische Gruppierungen, die Ideale der Emanzipationsbewegung der Frauen in sich trugen und die individuelle Entwicklungsberechtigung sowie Teilhabe forderten, und das eben in allen gesellschaftlichen Bereichen, für alle Menschen, unabhängig vom Geschlecht. Inhalt war demnach nicht Wohltätigkeit, was im Rückblick oft mit Frauenvereinen der Zeit assoziiert wird⁹, sondern der Antrieb der Mitglieder war es, Reformbewegungen anzustoßen, um durch gesellschaftspolitische Arbeit und Aufklärung gerechtere gesellschaftliche Verhältnisse zu schaffen. In diesen Gruppierungen sollten die Frauen u. a. Solidarität erfahren und selbst ein Bewusstsein dafür entwickeln (vgl. Marie Stritt 1906 in Gröning 2010: 22).

⁸ Die Kaiserswerther Diakonie war 1836 die erste Diakonissenanstalt und somit das erste Modell für die Pflegeausbildung im Mutterhauskonzept. Die erste Diakonissenausbildungsstätte mit Pflegeausbildung wurde europaweit bekannt.

⁹ Ute Gerhard (1978) konnte über ihre historischen Arbeiten recherchieren, dass die ursprünglich radikale Frauenbewegung die Wohltätigkeitsvereine und die Vereinsgesetzgebung zunächst als Tarnung nutzte, da den Frauen damals die politische Beteiligung untersagt war.

Hin und wieder gelang die enge Zusammenarbeit zwischen bürgerlichen und proletarischen Frauen, die gemeinsam auf die schlechten Lebensbedingungen der proletarischen Frauen aufmerksam machen wollten. In diesen Zusammenhängen trafen auch Aktivistinnen für Pflege und die Vorläuferinnen der sozialen Arbeit aufeinander. Zu nennen ist hier vor allem Agnes Karll als heute wohl bekannteste Pionierin der deutschen beruflichen Pflege, die sich zunächst lange vergebens um die Unterstützung der damals schon prominenten Helene Lange bemüht hat. Aber erst über den intensiven Kontakt und die enge Beratung von Minna Cauer¹⁰ erarbeitete Agnes Karll unter dem Dach des Allgemeinen Deutschen Frauenvereins (ADF) die Satzung für die Gründung der *Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands sowie der Säuglings- und Wohlfahrtspflegerinnen* (B.O.K.D.¹¹). Der Verband vermittelte seinen Mitgliedern neben besserer gesellschaftlicher Anerkennung durch Öffentlichkeitsarbeit Arbeitsplätze, bot Versicherungsschutz und Rechtsberatung an.

Andere, ausschließlich der Wohltätigkeit verpflichtete bürgerliche Frauengruppen gründeten sich, weil die dortige Mitarbeit die einzige Möglichkeit war, sich außer Haus, ehrenamtlich zu beschäftigen. Denn während die Frauen im Arbeitermilieu des 19. Jahrhunderts sowohl Berufs-, Hausarbeit und Sorgearbeit in den Familien übernehmen mussten, durften bürgerliche Frauen eigentlich keiner außerhäusigen Beschäftigung nachgehen. Doch mit der Verbreiterung der bürgerlichen Schicht gab es etliche bürgerliche Frauen, die nun auf einen Verdienst angewiesen waren, weil ledige Frauen nicht mehr wie bisher von ihren Familien mit ernährt werden konnten. Deswegen wurde es tatsächlich existenziell wichtig für Frauen dieser Schicht, neue Beschäftigungsmöglichkeit zu konstruieren, in denen trotz Lohnarbeit ihr Ansehen gewahrt werden konnte. Gouvernantentätigkeit in privaten Haushalten oder Heimarbeit boten solche Möglichkeiten, kleine Gehälter konnten Vereinsarbeit oder Fürsorge bzw. Pflege einbringen oder schlicht auch Versorgung durch den Eintritt in ein Mutterhaus.

Während die Fürsorge, die Wohlfahrtsvereine und die Mutterhäuser sich im Wesentlichen aus Frauen der bürgerlichen und gebildeten Schicht zusammensetzten, sah es in der breiten Pflegepraxis in der Bevölkerung deutlich gemischter aus.

Gepflegt wurde in der Regel innerhalb der eigenen Familie. Oft wurden unverheiratete Verwandte dafür herangezogen. Die Biografien der damals führenden Figuren in Fürsorge und Pflege weisen alle Episoden auf, in denen diese Frauen Verwandte zu Hause, teilweise bis zum

¹⁰ Wird dem radikalen Flügel der Frauenbewegung zugerechnet. Cauer setzte sich u. a. stark für das Frauenwahlrecht und die Unterstützung lediger Mütter sowie die freie Berufswahl der Frauen ein.

¹¹ Berufsorganisation deutscher Krankenpflegerinnen, die Vorläuferorganisation des heutigen DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe).

Tod, gepflegt haben. Wohlhabendere Familien leisteten sich private Pfleger*innen, die sie für diese Tätigkeit bezahlten. Für solche Anstellungen wurden auch bürgerliche Frauen gewählt, die auf diese Art standesgemäße Einkunftsquellen fanden, wenn sie körperlich nicht zu sehr gefordert wurden.

Die ärmere Bevölkerung war auf freiberufliche Lohnwärter*innen angewiesen, die auch in den o. g. Hospitälern und Siechenhäusern beschäftigt wurden. Diese Männer und Frauen kamen aus den unteren Schichten und ihre Arbeit war zum einen schlecht entlohnt und zudem wegen der hohen Gefahr, sich an den damals grassierenden Infektionskrankheiten anzustecken, gefährlich. Arbeitsschutzbestimmungen setzten explizit in Heil- und Genesungsanstalten aus und so brachte die Tätigkeit die Beschäftigten an ihre physischen und psychischen Grenzen (vgl. Rübenstahl 2011: 43). Darüber hinaus hatten Pflegende, die vor allem im proletarischen Milieu ihr Einkommen verdienten, ein schlechtes Image in der Bevölkerung, was sicherlich auch den vorgerückten Schamgrenzen und einer zunehmenden Körperfeindlichkeit (vgl. Elias 1939) zuzurechnen ist. Sie wurden als „Mietlinge“ oder Lohnwärter*innen bezeichnet. Der Umgang mit schmutzigen Körpern, Wunden und den vielen Brandweinsüchtigen war keine achtbare Tätigkeit (vgl. Wolff, Wolff 2011: 143). Die bezahlte Arbeit am Körper in Verbindung mit Armut rückte das Lohnwärtertum in die Nähe der Prostitution. Prostitution war nämlich ein Massenphänomen in den Städten geworden, was wiederum mit der Not der arbeitenden Frauen zu tun hatte, deren Lohn grundsätzlich gerade mal einem Drittel des Mannes entsprach (Wolff, 2011:54). Eine spezielle Ausbildung oder pflegerische Fähigkeiten waren für den Wärterdienst nicht erforderlich.

Wurde dieselbe Tätigkeit jedoch unter dem Schutz eines Ordens oder Mutterhauses durchgeführt, änderte sich die Haltung der Bevölkerung zu der pflegenden Person. Der unbezahlte Liebesdienst war Gottesdienst und adelte die Tätigkeit. Die Fürsorge- und Pfl egetätigkeit im bürgerlichen Format war zudem verbunden mit dem Zölibat. Hier gab es nicht den Verdacht der Prostitution oder des Tugendverlustes, wenn pflegende Frauen an Männerkörpern Krankenw artung durchführten¹².

Die Frauenbewegung, Reformideen und unterschiedlich motivierte Vereinsarbeit brachten nun die Frauen verschiedener Schichten zusammen. Die unterschiedlichen Interessen führten aber

¹² Wobei die protestantische Pflege zudem die Lösung fand, dass die weiblichen Pflegenden Männer nur bis zur Gürtellinie pflegten, den unteren Körper versorgten die männlichen Wärter. Eine Tradition, die noch bis in die 1980er Jahre in einigen evangelischen Einrichtungen über den Einsatz von Zivildienstleistenden fortgeführt wurde.

immer wieder zu Spaltungen. Differenzen, die diese Gruppen voneinander trennten, gab es vor allem zu den Themen Beruf, Sexualität, Mutterschaft und Familienbild.

Da akademische Berufe und Karrieren den gebildeten Frauen weiterhin verschlossen blieben, drängen sie in den „Dienstleistungsbereich“, rivalisieren dort aber mit den Arbeiterinnen und deren Interessen. Darin finden sich schließlich auch Gründe für den Gegensatz zwischen den Konflikten der bürgerlichen und der proletarischen Frauenbewegung. Den Zusammenhang von Ver-Beruflichung der Krankenpflege und Politik der Frauenbewegung legte z. B. Magdalena Rübenstahl in ihrer Arbeit „Wilde Schwestern“ (Rübenstahl 1994) vor. Eine Aufarbeitung, die in vergleichbarer Weise die Perspektive der pflegenden und in der Fürsorge beschäftigten Männer aufgreift, kann hier nur als Forschungsdesiderat festgehalten werden.

Beratungsstellen der Vereine

In der Epoche entstand eine vielfältige sozialreformorientierte Beratungslandschaft, die, zunächst durch freie Träger repräsentiert, ein anderes Beratungsformat anbot als die öffentlichen Träger, die vor allem diagnostische (medizinisch, psychiatrisch, psychologisch) und damit kontrollierende Funktion hatten (vgl. Schubert, Rohr, Zwicker-Pelzer 2019). Träger freier Beratungsstellen waren oft Einzelpersonen und in der Regel von ehrenamtlichen Frauen unterstützt. Zwischen 1922 und 1932 wurden über 400 Sexualberatungsstellen durch öffentliche und freie Träger gegründet. Private Träger waren meist Frauenverbände oder gewerkschaftliche Arbeiterorganisationen. Vorrangig ging es dabei um Informationsvermittlung, aber auch um praktische Hilfe (vgl. Großmaß 2007). Ein wichtiges Thema war das Problem der ungewollten Schwangerschaft. Die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch erfolgte nur bei Vorliegen gesundheitlicher Gründe. „Bei sozialer Notlage wurde über das Abtreibungsverbot und die Risiken einer illegalen Abtreibung [...] aufgeklärt“ (Gröning 2010: 27). Anlaufstellen mit professionellen Beratungsformaten, die sich inhaltlich mit sozialer Arbeit und beruflichen Pflegetätigkeiten auseinandersetzten, sind im 19. und 20. Jahrhundert im Wesentlichen von der Frauenbewegung initiiert. Gröning (2010) differenziert und würdigt diese Aktivität, indem sie die Grundideen der einzelnen Beratungsstellen, der Frauenbewegung rekonstruiert und beratungswissenschaftlich einordnet sowie den Flügeln der Bewegung zuordnet. Sie findet die Formate Berufsberatung und die allgemeine Auskunftsstelle vor allem über die gemäßigte bürgerliche Frauenbewegung vertreten. Dem radikalen Flügel sind die Sexualberatung sowie die Rechtsschutzstellen zugeordnet und auch die arbeiternahe, sozialistische Frauenbewegung stellt die Abwendung des sexuellen Elends in den Mittelpunkt ihrer Beratung (vgl. Gröning 2010a: 28).

Diese systematische Betrachtung leistet es, über die Entwicklungslinien aufschlussreich u. a. die „Perspektive der Verleiblichung von Herrschaft“ (Glammeier 2011: 26) darzustellen.

Wenn die Aufklärung über den Körper automatisch verbunden war mit der Aufklärung über die Bewertung eines Geschlechts in der Gesellschaft, hatte sie Reformpotenzial bis in die familiären Strukturen und Traditionen hinein und übte so Ideologiekritik. Das boten vor allem die pädagogischen Sexualberatungsstellen. Die Aufklärung über ungesunde Kleidung, sexuelle Selbstbestimmung und entkriminalisierte Verhütung hatte zum Ziel, den Folgen der sexuellen Tabuisierung (vgl. Elias und Foucault weiter unten) entgegenzutreten. Denn die Folgen dieser unrealistischen Weiblichkeitsideale waren zehntausende tote Frauen durch illegale Abtreibungen und Selbstmorde (vgl. von Soden 1988 in Gröning 2010a: 85). Auch hier überschneiden sich die Kenntnisse der Naturwissenschaft und des Alltagslebens mit den sozialen Fragen und betreffen die damalige soziale Praxis der Fürsorge und Pflege noch gleichermaßen. Die Beratungsziele der Beratungsanbieter*innen unterscheiden sich jedoch nach den Idealen und Grundanliegen der Pionierinnen sowie oft nach ihrer Herkunftsschicht.

Mit dem Brennglas auf die Charité

Das folgende Beispiel in Berlin unterlegt, wie sich zur Zeit der Jahrhundertwende neben dem System der Sozialversicherung¹³ unter dem Einfluss der zunehmend naturwissenschaftlich ausgerichteten, sich professionalisierenden Medizin private Wohltätigkeit entwickelte und eine Position gesellschaftlich angeschoben durch die Frauenbewegung neu verhandelt wurde. Armenpflege differenziert sich aus, die neue Profession der weiblichen Sozialarbeit entsteht und nach und nach wird Gesundheitsfürsorge durch die Kommunen organisiert und finanziert (vgl. Stöckel 2002: 65 ff.).

Die soziale Arbeit wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts 1895 in der Berliner Charité in Form von Krankenhausfürsorge angeboten. Peter Reinecke (2010) beschreibt die Anfänge dieser Arbeit u. a. von Lina Basch¹⁴, einer jungen jüdischen Frau, die dort über soziale Hilfsarbeit die Betreuung von Patient*innen während der oft langen Krankenhausaufenthalte gewährleis-

¹³ Die Aufgabe der Krankenversicherung war kurative Versorgung im Krankheitsfall zunächst ohne jede Prävention. Als Gegenmodell und Entlastung der Armenhilfe schuf die Krankenversicherung jedoch eine Voraussetzung für die Entwicklung einer spezifischen Gesundheitsfürsorge (vgl. Stöckel, Walter 2002: 18).

¹⁴ Lina Basch war Mitglied in der 1893 auf Anregung von Minna Cauer gegründeten „Mädchen- und Frauengruppe für soziale Hilfsarbeit“. Deren Leitung in Berlin unterlag zunächst Jeanette Schwerin und später Alice Salomon.

tet. 1913 konnte dort in dem Zusammenhang sogar schon von einer organisierten Fürsorge gesprochen werden. Besonders durch die Unterstützung von Elsa Strauss, die den Hygienekongress (1912) in Amerika besuchte und ihre Erfahrungen aus der Fürsorgearbeit in den USA¹⁵ einbrachte, wurde so die Fürsorge in Berlin zu einem modernen psychosozialen Betreuungsbereich im Krankenhaus und auch über die Entlassung aus dem Krankenhaus hinaus ausgebaut.

Elsa Strauss begründet die Fürsorgearbeit im Krankenhaus damit, dass der Kranke neben ärztlichem Rat und ärztlicher Hilfe sowie sachverständiger Pflege noch sehr viel weitere Hilfe benötigt.

„Der Kranke hat oft viele große und kleine Sorgen, die der Arzt garnicht erfährt, und die abzustellen er häufig auch garnicht in der Lage ist, es sei denn, dass andere Hilfskräfte gleichzeitig mit eingreifen. Seelische Kümernisse verzögern oft die Wirkung ärztlicher Bemühungen und machen sie zuweilen zunichte. An gar manchen Punkten dieser Art kann soziale Hilfstätigkeit erfolgreich ansetzen“. (Reinicke, 2010:10)

Dazu schlägt sie ein Anamnese-Schema vor.

„Eine wichtige Aufgabe der sozialen Fürsorge besteht also oft schon in der Erforschung der Wohn- und Berufs-, der Lebens- und Familienverhältnisse. Unhygienische, überfüllte Wohnungen, ungeeignete oder zu knappe Ernährung, missliche Familienverhältnisse, spezielle mit dem Beruf verbundene Schädigungen (...) sie alle können zu Erkrankungen beigetragen haben.“ (Reinicke 2010:11)

Diese Erkenntnisse müssten dem Arzt und Pflegepersonal mitgeteilt werden und im gemeinsamen Behandlungskonzept Eingang finden. Sie plädiert in dem Bericht weiter für wissenschaftliche Erhebungen, damit z. B. Berufserkrankungen vorgebeugt werden könne. Auch vergisst sie im Bericht nicht die Sorge um die Angehörigen zu Hause zu benennen, die erst dann Entlastung erfährt, wenn sowohl im Krankenhaus als auch darüber hinaus über die Sozialversicherungsleistungen aufgeklärt bzw. Zugang zu diesen oder anderen Wohlfahrtsmöglichkeiten gefunden würde (vgl. Reinicke 2010: 13 ff.).

Im Ersten Weltkrieg und danach wächst die Anzahl der in der Fürsorge und Krankenversorgung Tätigen. Dem Aufruf an die Frauen, sich freiwillig zu diesen Diensten zu melden, kamen viele begeisterte Frauen nach. Es wurden auch Qualifizierungsangebote für die Tätigkeit entwickelt. Diesen ersten Professionalisierungsschub erfahren sie über eine veränderte gesellschaftliche Wahrnehmung und eine Revision des bis dahin bestehenden Leitbildes, wie in Kapitel 2.3. weiter ausgeführt wird.

¹⁵ Sie traf dort u. a. auf Dr. Richard Carbot, Begründer des Hospital Social Service (1905) und war beeinflusst von Frauen wie Mary Richmond

Zurück zum oben angeführten Beispiel der Gesundheitsfürsorge aus Berlin: 1918 wird der „Verein sozialer Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken innerhalb und außerhalb der Charité“ gegründet. Ab 1927 arbeitet das jüdische Krankenhaus in Berlin fest mit einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin (vgl. Opel 1986: 12; Reinecke 2010: 12 ff.). Ähnlich wie die berufliche Pflege führen die damaligen Krankenhausmediziner eine so eine weitere Assistenzfunktion in ihrem Hoheitsbereich ein:

„Aus diesem Grund ist die Entwicklung der Stellung einer sozialen Krankenhausfürsorgerin zu einem selbstständigen Beruf mit Freuden zu begrüßen. (...) Insbesondere werden die Chefärzte und die Stationsärzte eine solche Entwicklung der Dinge höchst angenehm empfinden, da ihnen durch eine auf sozialem Gebiet geschulte Kraft (...) für die Erreichung und Festhaltung eines Heilerfolges in vielen Fällen wertvolle Mitarbeit geleistet wird“ (Hermann Strauss 1928 in: Reinicke 2010: 51).

Franz Goldmann¹⁶ formulierte es 1926 noch deutlicher:

„Die soziale Krankenhausfürsorgerin ist in allererster Linie Gehilfin des Krankenhausarztes, erst in zweiter Linie Beauftragte einer anderen ärztlichen oder nichtärztlichen Stelle. Deshalb ist es das Ideal für größere Anstalten, dass zum Personal des Krankenhauses eine Fürsorgerin gehört“ (Reinecke 2010: 52).

Historische Quellen zeugen auch von Diskussionen zu den Fragen der Qualifikation einer solchen Stelle im Krankenhaus. Es sprach damals einiges dafür, dass diese Frauen aufgrund ihrer Kenntnis über Pfl egetätigkeiten aus dem „Schwesternstand“ benannt und dann in der Fürsorge weitergebildet wurden (vgl. Reinicke 2010: 41 ff.). Die soziale Beratung und Begleitung der Patient*innen in dieser Art wurde allerdings 1943 abrupt beendet und damit die Pionierarbeit einer professionellen Krankenhausfürsorge zunächst zerstört.¹⁷

2.3 Leitbilder – Ideologien – Machttechniken

Unter diesem Ordnungspunkt sollen inhaltlich-strukturelle Prägungen, die dem sogenannten Zeitgeist im gewählten Epochenausschnitt zuzurechnen sind, herausgehoben werden. Sie haben

¹⁶ Franz Goldmann (1895–1970) war Sozialdemokrat und national wie international als gesundheitspolitischer Planer sowie Krankenhaus- und Versicherungsexperte bekannt. 1933 musste er aufgrund seiner politischen Aktivitäten und des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums Deutschland verlassen. Auch in den USA konnte er trotz beruflicher Erfolge seiner Forderung nach einer gleichberechtigten medizinischen Versorgung aller Bürger*innen kein Gehör verschaffen. Eine Rezeption seiner Ideen und somit deutscher sozialhygienischer Tradition in den USA blieb aus.

¹⁷ Über die vorher gut dokumentierte Krankenhausfürsorge speziell der jüdischen Krankenhäuser gibt es nach 1933 kaum noch Berichte. Im sogenannten Graubuch des 1893 von Albert Levy gegründeten Archivs für Wohlfahrtspflege findet sich 1941 ein Hinweis über jüdische Wohlfahrtspflege in Berlin: „Die freie Wohlfahrtspflege der Juden wird in Berlin zentral durch das Wohlfahrtsamt der jüdischen Gemeinde, Berlin C2, Rosenstrasse 2/4 (...) ausgeübt.“ Von der Aufführung einzelner jüdischer Wohlfahrtseinrichtungen wird Abstand genommen, weil jüdische Hilfebedürftige an die genannte Zentralstelle verwiesen werden. Die letzte bekannte Nachricht über die Krankenhausfürsorge im Jüdischen Krankenhaus der jüdischen Gemeinde Berlin lautet: „Am Abend des 7. Mai 1943 erschien die Gestapo wieder in großer Zahl im Krankenhaus: Ich war im Zimmer einer unserer Krankenschwestern, als eine andere in das Zimmer hineinstürzte, um uns zu sagen, dass soeben unsere Fürsorgerin verhaftet worden sei.“ (Reinicke 2010: 57)

Einfluss auf die Konstruktion der sich im Handlungsfeld überschneidenden Berufe sozialer Arbeit und Pflegeberuf und prägen so deren Beratungsformate.

Eine der grundlegenden Thesen des Soziologen und Historikers M. Foucault bezüglich des Verhältnisses von Medizin und Gesellschaft sagt, dass es von den Machttechniken her, die zeitgenössisch sind, zu denken sei. Er hat dafür mit systematischer historischer Forschung im Verlauf seines wissenschaftlichen Wirkens unterschiedliche Strategien, über die unterschiedliche Machttypen entstehen können, herausgearbeitet. Unter Macht versteht Foucault kein allgemeines Herrschaftssystem, keine Regierung(smacht) mit Institutionen, sondern „die Vielfältigkeit von Kräfteverhältnissen, die ein Gebiet bevölkern und organisieren“ (Foucault 1983: 93). Die Machttypen, die er Pastoralmacht, Disziplinarmacht, Bio-Macht nennt und deren Entwicklung er von der Mikrophysik der Macht zur Gouvernementalität verfolgt, bildet im Folgenden einen Rahmen, in dem die folgenden zeitgeistigen Hintergründe verstanden werden können.

Weiblichkeitsideologie

Im 19. Jahrhundert waren die Rollenbilder bezüglich der Geschlechter klar verteilt, wobei sie keineswegs über alle Schichten den gleichen Weiblichkeitskonstruktionen folgten. So arbeiteten die Frauen aus dem Arbeitermilieu in der Regel für ihren Lebensunterhalt neben der Familienarbeit. Trafen sie aufeinander, konfrontierten sie dabei die bürgerlichen Fürsorgerinnen mit Weiblichkeitsvorstellungen und einer gelebten Sexualität, die nicht den Idealen der bürgerlichen Familien entsprachen. Historische Rekonstruktionen belegen, dass soziale Arbeit und Pflege dennoch in dieser Epoche als Frauenberuf mit speziellen eher bürgerlichen weiblichen Zuschreibungen konzipiert und weitgehend auch nachhaltig realisiert wurde (vgl. Maurer 2010: 197 ff.; Baron 1983; Zeller 1994; Weber-Reich 2003).

Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung der bürgerlichen Schicht im 19. Jahrhundert legte fest, dass der Mann feste Arbeitszeiten außer Haus hatte, für die er ein Gehalt erhielt und damit die ökonomische Grundlage für die Familie sicherte. Die Frau hatte die häusliche Arbeit zu übernehmen. Um die damit verbundene Benachteiligung von Frauen rechtfertigen zu können, entstanden sogenannte „Geschlechteranthropologien“, die vor allem als bürgerliche Weiblichkeitsideologien verstanden werden können und nicht durchgehend vertreten wurden. Für die Ideale gilt das Rollenmodell des „natürlichen Geschlechtscharakters“. Danach besteht die weibliche Aufgabe darin, auf den Mann zu warten, der sie heiratet, und danach Ehefrau, Mutter und Erzieherin der Kinder zu sein. Frauen waren weder mündig noch autonom, sondern der Vormundschaft durch den Ehegatten unterstellt. Männer und Frauen erhalten so gesellschaftlich

festgelegte Positionen, denen zur Untermauerung der Verhältnisse psychische Wesensmerkmale zugeschrieben werden, die sie für unterschiedliche Arbeitsbereiche qualifizieren: Der Mann zeichnet sich durch Aktivität und Rationalität aus und ist somit für das öffentliche Leben und die „harte“ Arbeit prädestiniert – und für den Soldatendienst. Die Frau hingegen zeichnet sich durch Passivität und Emotionalität aus und ist damit für den Bereich von Familie, Sorge und Hausarbeit geeignet. Das ändert sich auch nicht an der Front. Dass Krankenpflege z. B. durchaus und nicht selten eine körperlich schwere Tätigkeit sein konnte, blieb in diesen Rollenbildern außen vor.

Die bürgerlichen Krankenschwestern waren in der Gesellschaft erstmal in der Unterzahl und neben körperbezogenen Tätigkeiten für die emotionale Begleitung der Kranken zuständig. Ähnliches galt für die Fürsorgerinnen, die jedoch nicht so körpernah arbeiteten, sondern mehr für Aufklärung, Unterweisung und Organisation zuständig waren. Um diese Aufgabe ausführen zu können, qualifizierten damals die dem weiblichen Geschlecht zugeschriebenen Eigenschaften Geduld, Einfühlungsvermögen, Fürsorglichkeit, Anteilnahme und Zuwendung. Das erforderte laut den Vertretern der Naturwissenschaften keine akademische Ausbildung und wurde auf diese Weise als eigene akademische Disziplin abgewertet.

Die berufliche Pflege handelt in allgemein anerkannter Weise oft weit über die körperbezogenen Verrichtungen hinaus und steht den Familien mit Rat und Tat zur Seite. Die sogenannte seelische Begleitung wurde jedoch unter weibliche Tugenden gerechnet, als Teil der Persönlichkeitsstruktur der Frau. Der Begriff, der sowohl von Männern als auch vom gemäßigten Flügel der bürgerlichen Frauenbewegung akzeptiert werden konnte, nannte sich „geistige Mütterlichkeit“ und bildete sodann die tragende Weiblichkeitsideologie des 20. Jahrhunderts. Der radikalere Zweig der Frauenbewegung formulierte als Gegenbegriff das ‚geistige Kämpfertum‘. Die Bezeichnung trug viel stärker den Idealismus vor, dass nämlich die soziale Arbeit gesamtgesellschaftliche Reformen und Veränderungen in der Weltanschauung bewirken sollte, und stellte die weiblichen Wesenszuschreibungen für diesen Zweck deutlich in Frage: „Ihre Wärme darf nicht ein Fieber der Empfindsamkeit, sondern sie muß die Glut des geistigen Kämpfers sein.“ (Bäumer 1917: 340)

Die oben geschilderte Idealvorstellung widersprach komplett der Realität vieler Frauen, gerade aus der gänzlich ungeschützten Lohnwärt*innen-Lebenswelt. Etliche schriftliche Quellen verweisen auf die Auseinandersetzung zwischen Weiblichkeitsideologie und Realitätsabgleich (vgl. Rübenthal 2011, Steppe 2000, Müller 1994: 181 ff.).

Vor allem strategische Überlegungen¹⁸, die den Blick auf die Etablierung der sozialen und Pflegetätigkeit als Frauenberuf einschließlich deren Bildungseinrichtungen hielten, ließen ‚Mütterlichkeit als Beruf‘ (vgl. Fleßner 1995) bzw. ‚organisierte Mütterlichkeit‘ (vgl. Lehnert 2010) zum überzeugenden Schlagwort werden, das sowohl Sorge als auch Erziehung/Bildung als mütterliche Aufgaben beinhaltete. Iris Schröder (2002) nennt es „Arbeiten für eine bessere Welt“ und betont in ihrer Dissertation den gewichtigen Anteil der Frauen an der Herausbildung einer Zivilgesellschaft und eines Wohlfahrtssystems. Sie bezeichnet die Mütterlichkeit als eine tragende Säule des gesellschaftlichen Emanzipationskonzepts der gemäßigten bürgerlichen Frauenbewegung im 19. Jahrhundert, die ihren Ausdruck im Aufbau eines öffentlichen Sozialwesens fand, in welchem Mütterlichkeit zum Beruf wurde. Dass die soziale Arbeit auch heute weiterhin ein Frauenberuf ist und solche geschlechtsgeprägten Konzepte im Hintergrund zu finden sind, sieht sie im programmatischen Ursprung aus dieser Zeit begründet. Iris Schröder (2002) deckt den ‚Glauben an eine bessere Welt‘ als zentrales Motiv bürgerlichen Engagements auf. Das weibliche *Arbeiten für eine besserer Welt im Beruf* lebt bei ihr in Koexistenz mit dem Ehrenamt. Weibliche ehrenamtliche Arbeit findet nach Schröder dort ihren Platz, wo neue Notstände entstanden sind und wo die Soziale Arbeit als innovativer Motor zur weiteren Entwicklung des Sozialstaates auftritt. Auf diese Weise wurde es möglich, dass die bürgerliche soziale Arbeit der Frauen mit breiter gesellschaftlicher Anerkennung in Wohlfahrtsvereinen oder kommunalen Fürsorgeämtern gelang, wobei die Entwicklung zwischen bürgerlicher Berufskonstruktion, die sich auf Erziehung, Bildung, Sozialberatung und Management konzentriert, anders verläuft als im Arbeitermilieu der freien Pfleger*innen und Lohnwärter*innen (vgl. Kap.2.4 Akademisierung).

Wie stark, tief und nachhaltig jedoch diese Ideologien wirken, lässt sich am Beispiel der sogenannten Etappenhelferinnen aufzeigen. Während nach dem 2. Weltkrieg Krieg die Rot-Kreuz-Schwester sowie weitere freiwillige Pflegerinnen und Fürsorgerinnen an der Front durch das Bild der liebenden und fürsorglichen Frau verherrlicht und geehrt wurden, galten die ebenfalls freiwilligen Etappenhelferinnen¹⁹ durch ihre weniger weiblichen Tätigkeiten als sexuell und

¹⁸ „Was liegt näher als dem Urteil der öffentlichen Meinung, die Frau sei besonders geeignet für fürsorgende, pflegende und erzieherische Arbeit, den Anspruch abzuleiten, dass Gesellschaft ihr diese Aufgaben überlassen möge?“ (Baron 1983: 5)

¹⁹ Etappenhelferinnen waren weibliche Hilfskräfte, die den Ersatzdienst der Männer im Krieg übernahmen, damit die kampftauglichen Männer entlastet wurden. Sie übernahmen technische oder organisatorische Tätigkeiten, ersetzten die Männer in der Küche. Manche Frauen trugen auch Waffen und kämpften an der Seite der Männer. Oft waren die Einsätze sogar über die bürgerliche Frauenbewegung organisiert (vgl. Schönberger 2002).

moralisch freizügig. Sie bedrohten das starre Geschlechterbild, wurden als sittenlos charakterisiert und erhielten auch nach dem Krieg keine vergleichbare Anerkennung. Aber auch die Aufarbeitung der Beteiligung von Pflege und Fürsorge an den Gräueltaten der Nationalsozialisten wurde erst sehr spät begonnen. Die „Sorgetätigkeit“ wird in diesem Ideal grundsätzlich weiblich unpolitisch, gelenkt und gewaltfrei gedeutet.

Die Geschlechter sind in dieser Ideologie so grundsätzlich unterschiedlich, dass es selbst dann, wenn sie scheinbar Gleiches tun, doch Verschiedenes bedeutet. Das Geschlecht bestimmt darin den Menschen zu Tätigkeiten und Rechten; umgekehrt ist die Wertigkeit von Berufsfeldern davon mitbestimmt, welchem Geschlecht diese Ausübung qua Rollenzuschreibung zusteht. So werden Konstruktionen von Geschlecht mittels Weiblichkeits- und Männlichkeitsideologien trotz der gesellschaftlichen Umbrüche als allgemeine Ordnung aufrechterhalten. Pflege und Fürsorge wird im Laufe des 19. Jahrhunderts in den gesellschaftlichen Vorstellungen weiblicher, sauberer, bürgerlicher, gebildeter – und damit erstmal nicht akademisch und auch nicht besser bezahlt.

Wie Geschlechterideale und Geschlechterrealitäten wahrgenommen und thematisiert werden, nimmt natürlich auch Einfluss auf die Beratungspraxis der Fürsorgerinnen und Pflegenden. Denn sowohl bei den Fragen nach sozialen Berufen in der Berufsberatung als auch zu Sorgetätigkeiten in der Familie und in der Familienplanung hat die damalige Neuverhandlung der Geschlechterrollen eine Bedeutung. Die Beratungsangebote der Gesundheitsfürsorge, die das nicht reflektieren konnten, hatten wenig Antworten auf die Probleme, die bei den Beratungsnutzer*innen auftreten, die über die sozialen Forderungen nach Anpassung bei der persönlichen Lebensplanung unter Druck gerieten.

Foucault spricht von der Selbstdisziplinierung, wenn nicht mehr ausdrückliche Gesetze von außen die Verhaltensanpassung fordern, sondern die eigene Feststellung dessen, was in der Gesellschaft normal ist, das eigene Verhalten steuert, eine Gesellschaft also z. B. enge Grenzen für weibliches Verhalten festlegt und auf Abweichungen mit Strafen oder Ausschluss reagiert.

Jürgen Link nennt Beratung dann ein Instrument zur normalistischen Anpassung (Link 2014), wenn die Ratsuchenden in gesellschaftliche Normen hineinprozessiert werden, statt auf ihre persönliche Entwicklung und ihr Wohl ausgerichtet zu sein.

In dieser Epoche ging es darum, ein System für die soziale bzw. gesundheitliche Sicherung zu begründen, dass in besonderer Weise auch von dem weiblichen Teil in der Gesellschaft angestoßen wurde. Das beinhaltete Kategorien zu bilden also, wie heute auch, Auffassungen über

Bedürftigkeit bei Einkommensverlust oder für direkte Hilfeleistung, in den Bereichen Krankheit, Invalidität, Versorgung von Kleinkindern, Bildung, Wohnen. In der Regel hängen diese auch mit Vorstellungen und Idealen über ein „normales“ Leben zusammen. Zur Prüfung werden also Standards im Kontext von Normalitätsvorstellungen entwickelt, in denen Geschlecht ein Aspekt war und ist. Sie beinhalten aber noch weitere Vorstellungen, aus denen dann Hilfebedürftigkeit erkannt wird.

Bedürftigkeit und ihre Feststellung

In dem genannten Beispiel in der Charité bemüht sich Frau Strauss um eine strukturierte Erhebung der aktuellen Situation der Hilfebedürftigen.

In der Entwicklung der Sozialen Arbeit sowie der Pflege gab und gibt es immer wieder wechselnde Erklärungsmuster zur Feststellung und zu den Ursachen von Armut, Bedürftigkeit und Unterstützungswürdigkeit. Die jeweils angewandten Interventionskonzepte und deren Inhalte entwickeln sich dann an den Leitbildern der Zeit. Die bis ins 19. Jahrhundert gültige Weltordnung währte die Armen und Kranken in irgendeiner Weise schuld an ihrem Zustand zu sein, was die Armenpflege auf die Zuwendung des Allernotwendigsten begrenzte. Über diese Begrenzung galt es zu verhindern, dass z. B. die Arbeitsunwilligen oder sich in anderer Weise Fehlverhaltende durch die Hilfen in ihren Lebensweisen noch bestärkt würden. Dazu kam, dass die Auswirkungen einer Krankheit auch geistige Heilungsprozesse anstoßen konnten, in die im Grunde nicht von Menschen fehlsteuernd eingegriffen werden sollte.

Ein neues Erklärungsmuster brachte dann der Krieg. Während des Ersten Weltkriegs standen die Fürsorge und Pflege unter dem Thema Solidarität. Die Schlacht an der Front wurde nämlich in der Mehrzahl von Soldaten aus der Arbeiterschicht oder der armen Bevölkerung gestellt, deren Familien gestützt werden mussten, damit der Kampfgeist zum Schutze aller erhalten blieb und Kriegsmüdigkeit vermieden wurde. Die Fürsorgearbeit war nicht mehr dem Einzelnen, sondern dem Volk verpflichtet, Dienst an der Heimatfront, so die Ideologie der Zeit,

„[die soziale Arbeit] gilt den Schwächeren, der Hilfe oder der Unterstützung bedürftigen Gliedern der Gemeinschaft. Die Volksgemeinschaft selbst ist im Grunde genommen, ihre Arbeitgeberin. Der Krieg hat wie keine Zeit davor gezeigt, welche volkswirtschaftliche Bedeutung der Sozialen Arbeit zukommt. (...) Die Soziale Fürsorge ist also unerlässlich notwendig, um die Volkskräfte leistungsfähig zu erhalten“ (Israel 1917, zit. nach Kappeler 2000: 714 in Mecherlich, Melter 2010).

So gelesen hat die Kriegsfürsorge die bis dahin auf die Existenzsicherung begrenzte Armenpflege ein Stück weit überwunden (vgl. Stöckel 2002: 70).

Müller (1994; 2009; 2013) geht in zwei Bänden der historischen Entwicklung der sozialpädagogischen Diagnosen- bzw. Methodenlehre vor allem in Deutschland nach. Für die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg zeigt er auf, dass es in der Weimarer Republik zunächst tatsächlich gelungen sei, die überhebliche Trennung in „würdige“ und „unwürdige“ Arme etwas aufzulösen. Die Armenpflege prüfte in der Regel die Bedürftigkeit für kommunale Leistungen über Armenhaustests, Hausbesuche und vor allem über diskriminierende Einzelfallprüfungen. Eine Veränderung dieser Prüfung wurde über eine diagnostische Verfeinerung erreicht, die nun nicht mehr Wesenszüge oder Schuld, sondern über mehrere Einzelgespräche ein Zusammenspiel von unwirtschaftlichem Handeln, ökonomischen Voraussetzungen und gesellschaftlichen Entwicklungschancen darstellen konnte, so wie Frau Strauss sie im Zitat oben vorträgt. Diese Anamnesegespräche galten aber nicht nur der Diagnose einer augenblicklichen Ausgangslage, sondern, wie A. Salomon es nannte, waren auch eine persönliche Beratung mit dem Versuch, „die Kunst des Lebens zu lehren“. Die Grundlagen dieser neuen Perspektive wurden aus den USA übernommen, wo Mary Richmond auf der Grundlage damaliger wissenschaftlicher Erkenntnisse ein Diagnoseformat über die Analyse von Einzelfallbeschreibungen entwickelt hat. Alice Salomon u. a. waren überzeugt, dass gezielte sozialpädagogische Interventionen, wie z. B. auch Beratung und Belehrung, in der geschilderten Gemengelage korrigieren und damit helfen könnten (vgl. Müller 1994: 231 ff.). In Anlehnung an Mary Richmonds „social Diagnoses“ werden dann auch in Deutschland Fallsammlungen²⁰ angelegt und veröffentlicht, die Einblicke in die Arbeit der Fürsorgerinnen und in Verläufe der sozialen Unterstützung boten. Die Fallbeschreibungen waren systematisch, analytisch angelegt und unterscheiden sich so von den unten geschilderten Fallbeschreibungen (vgl. innere Mission) aus den Bildungseinrichtungen der Diakonissen, deren schriftliche geforderte Selbstzeugnisse den Charakter einer Selbstreflexion auf dem Boden der christlichen Lehre haben.

Bedürftigkeit und deren Prüfung bekommt über diese systematische Beschreibung und öffentliche Thematisierung der Fürsorge neue Grundlagen der Beurteilung. Grundsätzlich lässt sich über die Betrachtung der Bedürftigkeitsprüfungen festhalten, dass sie die – je nach Weltanschauung verschiedene – „Normalitätszustände“ in den Blick nimmt und anzielt.

In extremer Weise zeigt das die Ausarbeitung der pseudowissenschaftlichen Diagnose der Nationalsozialisten, deren Wegbereiter ebenfalls in der Weimarer Republik zu finden sind. Auf diesen Punkt wird später nochmal genauer eingegangen. Dann gilt es aufzuzeigen, dass die Fürsorger*innen und Pfleger*innen in die rassenhygienische und sozialrassistische Ideologie

²⁰ Hervorzuheben sind da Alice Salomon und Siddy Wronsky.

über die Ungleichwertigkeit von Menschen entscheidend eingebunden waren. Diese Ideologie haben sie nicht nur umgesetzt, sondern sich an der Bildung und Festschreibung der selektiven Kategorie „unterstützungswürdig“ oder „minderwertig“ auch beteiligt (vgl. Lehnert 2010; Kundrus 1995 u. a.).

An dieser Stelle soll aus der Recherche der historischen Überschneidung zu Pflege und sozialer Arbeit als Weiteres noch beigetragen werden, dass schon im 19. Jahrhundert die Zersplitterung und die unterschiedlichen Grundlagen zur Messung von Ansprüchen auf Versorgungsrecht, Krankenversicherungsrecht und Armenpflege beklagt wurden (vgl. Müller W. 1997: 178 ff.). Die städtischen Fürsorgerinnen sowie Pflegerinnen liefen unverbunden über unterschiedliche Ämter und wendeten sich dennoch an dieselben Familien. Das Konzept der Familienfürsorge (Marie Baum) entstand in dem Kontext. So lässt sich im Laufe des 19. Jahrhunderts weiter auch beobachten, wie vormals untrennbare Bereiche in unterschiedliche Problemlagen, Bedeutungshierarchien und Zuständigkeiten geteilt wurden.

Medikalisierung

Soziale Hilfen und Hilfe bei gesundheitlichen Belangen wurden im Übergang vom 19. in das 20. Jahrhundert ausdifferenziert. Gesundheit gehörte in den Bereich der naturwissenschaftlichen Mediziner, die ihr Können auf den kranken Körper fokussierten und sich rasant, vor allem technisch, weiterentwickelten. Pflege, ebenfalls in den Bereich der naturwissenschaftlichen Gesundheit sortiert, konzentrierte sich darauf – das galt vor allem im kommunalen Krankenhaus –, Assistenz Tätigkeiten für die Ärzte auszubilden, damit die neue medizinische Behandlung auch gelang.

Die jeweiligen komplexen Problemlagen der Menschen wurden allerdings zwischen den sozialen, theologischen und dem gesundheitlichen Zuständigkeitsbereich verschoben. Oft wird in dieser Epoche der Beginn der sogenannten Medikalisierung von sozialen Problemen gesehen (vgl. Illich 2007, vgl. Feuerstein 2008). Medikalisierung bezeichnet Grenzsetzungen und Grenzverschiebungen, in denen bestimmt wird, was noch „normal gesund“ ist und welcher Grad der Abweichung als krank zu bestimmen ist und damit in den Zuständigkeitsbereich der Krankenbehandlung mit Medikamenten, medizinischen Eingriffen oder Therapien fällt. Trunksucht, als ehemals sozial verstandene Problemlage, wurde z. B. im Verlauf des 19. Jahrhunderts

als medizinisches Problem gelesen.²¹ Im 20. Jahrhundert wurden dann selbst von der Norm abweichende Lebensentwürfe, wenn sie als unsittlich gedeutet wurden, biomedizinisch gelesen und unter Krankheit sortiert. Es kann auch von einer Medikalisierung des Alters gesprochen werden, wenn man Einschränkungen des Alters, die Hilfebedürftigkeit im natürlichen Lebenszyklus auftreten lassen, verschiebt und mit der Zeit der Krankheit zuordnet.

Das soziologische Konzept der Medikalisierung (vgl. Zola 1971 in Forster 1997) kritisiert also die wachsende Definitionsmacht der Medizin über Körperprozesse und Verhaltensweisen, durch die soziale Problemlagen auf medizinisch-biologische Phänomene reduziert und damit dem politischen Diskurs entzogen würden. Anhand der Medikalisierung von beispielsweise Alkoholismus, Homosexualität u. a. wurde argumentiert, dass über diese Grenzverschiebung der Medizin eine bestimmte soziale Kontrollfunktion innerhalb der gesellschaftlichen Ordnung zukommt. Laufenberg (2016) beschreibt drei Ebenen, auf denen die Kritik ansetzt (vgl. Laufenberg 2016: 113):

- Am biomedizinisch-somatischen Begriff von Krankheit, die Diagnostik und Therapeutik einseitig an einem naturwissenschaftlichen Verständnis von Gesundheit und Pathologie ausrichtet.
- Institutionell wird der Einschluss und die Verwahrung von Betroffenen (Kranke, Alte, Pflegebedürftige) in Kliniken und Anstalten kritisiert.
- Machtanalytisch wird die Herrschaft der Ärzteschaft problematisiert, die sich in der Deutungshoheit des Expertentums über Fragen von Gesundheit, Normalität und Abweichung manifestiert.

Die Medizinhistorikern Karen Nolte geht dieser Verschiebung in der sozialen Praxis des Sterbens im 19. Jahrhundert nach. Auch hier kann sie die Medikalisierung bis in die intimsten Bereiche des Lebens und der Familien und die gesellschaftliche Aushandlung darüber eindrücklich nachvollziehen. Das Sterben, als bis dahin intimer Teil des Lebens und der Familie, wird ins Krankenhaus und unter die Obhut des in diesem Punkt „besser informierten“ Mediziners

²¹ „Der Alkoholismus gehört nächst der Tuberkulose und Syphilis zu den gefährlichsten Feinden des deutschen Volkes, um so gefährlicher, weil die Art, in welcher er den Menschen entgegentritt nicht immer abschreckend ist. Wenn man aber berücksichtigt, daß in Deutschland im Jahr 250 000 Verurteilungen wegen Vergehen und Verbrechen im Alkoholrausch erfolgen (Flade), wenn man die Statistik betrachtet, welche zeigt, daß in Deutschland in den Jahren 1898–1901 65 433 Menschen an Säuferwahnsinn erkrankten und erwägt, daß viele alkoholische Erkrankungen sich der öffentlichen Beurteilung entziehen, daß die *Nachkommenschaft* der Trinker vielfach geistig *minderwertig* ist und dem *Verbrechen* und der *öffentlichen Armenpflege* anheimfällt, dann muß man die Bestrebungen gegen den Alkoholismus mit allen Kräften unterstützen.“ (Körte 2018)

und seiner ihm zugeordneten Assistent*innen verlegt. Nolte beschreibt in ihren Studien Auseinandersetzungen am Sterbebett zwischen den sich professionalisierenden Disziplinen Theologie und Medizin, die über die Zuständigkeit für Sterbenskranke und ihre Familien ringen (Nolte 2018). Die Pflege steht – je nach Ausbildung – mal als Assistenz für die Seite der Theologie oder auf der Seite der Medizin.

Es entsteht in der Epoche ein eigener Zweig in der Medizin, der sich Sozialmedizin nennt. Die voneinander getrennten Bereiche Medizin, soziale Gesetzgebung und Hygiene²² werden darunter miteinander verbunden. Die Erfolge der Hygiene in der Seuchenbekämpfung oder der Säuglingssterblichkeit Ende des 19. Jahrhunderts, die vor allem durch Pflege und Fürsorge über Bildung und Beratung erreicht wurden (vgl. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung 2020), werden in der weiteren geschichtlichen Erzählung tatsächlich fast vollständig der naturwissenschaftlichen Medizin zugeschrieben.

Die Arbeit der Sozialmedizin und der Hygiene war zu Beginn auch an vielen Stellen verbunden mit politischen Idealen, mit der Arbeit für Bedürftige oder gefährdete Gruppen in der Gesellschaft und nicht ausschließlich vom eugenischen Denkstil durchdrungen²³, der allerdings schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts breite gesellschaftliche Unterströmung war.

In der Krankenhausbehandlung durch die Ärzte ging es nicht alleine darum, den einzelnen Menschen zu helfen. Das systematische Versorgen vieler, vor allem armer Kranker an einem Ort ging auch einher mit dem Forschungs- und Entwicklungsinteresse der akademischen Ärzte, für die menschliche Beispiele gebraucht wurden. „Medikalisierung“ fasst theoretisch auch die anwachsende Ausbreitung medizinischer Entscheidungsgrundlagen, Autorität und medizinischer Praxen in Bereiche des menschlichen Lebens und Miteinanders (vgl. Zola 1971). Dazu gehört die Ausdehnung medizinischer Definitionen auf Bereiche wie Geburt, Tod, Menopause, Empfängnisverhütung oder auch Traumatisierung, was einherging mit der Verdrängung von alternativen Wissensbeständen oder sozialen Praktiken sowie einer Ausarbeitung neuer institutioneller Formen rund um das Thema Gesundheit – oder sozialer (gesunder) Beziehungen. Das einfache Volk sollte im Krankenhaus an die Behandlung durch einen akademischen Arzt gewöhnt werden, denn in der Armenkrankenpflege waren es zum Ende des 19. Jahrhunderts noch Heiler, weise Frauen und nichtakademische Ärzte, die die Konkurrenz für die aufsteigenden

²³ Wilfred Heinzelmann (2015) entwickelt anhand von sieben Profilen deutsch/jüdischer Wissenschaftler, dass in der Sozialhygiene auch eine frühe Form der Gesundheitswissenschaft vorlag, die sich auf Statistik, Interdisziplinarität, Epidemiologie und Gesundheitsfürsorge stützte.

akademischen Ärzte bildeten. Die Ausbreitung medizinischer Autorität ging also auch einher mit der Entmachtung alternativer Berufe und Praktiken.

Für Foucault greift der Begriff „Medikalisierung“ noch weiter. Für ihn ist medizinisches Wissen und sind medizinische Praktiken keinesfalls bloß dort anzutreffen, wo Mediziner*innen agieren, Medikamente verabreicht werden und Krankheitssymptome bestimmt oder behandelt werden. Vielmehr existieren in einer wissenschaftlich-technisch rationalisierten Gesellschaft eine Vielzahl von Regeln und strategischen Beziehungen, „die durch ein biologisches und medizinisches Wissen aufgestellt und kodifiziert wurden“. Wie das Krankenhaus nicht nur der Pflege und Heilung dient, sondern auch einen Ort der Verwissenschaftlichung des Lebens, der Moral, der Überwachung und der Disziplin verkörpert, so fungieren auch die Akteure dieser Institutionen als „multiple Durchgangspunkte verschiedener Rationalitäten und Praktiken“ (Laufenberg 2017: 9). Lehrer, Fürsorgerinnen, Ärzte helfen, die unterschiedlichen Rationalitäten in den Alltagsverhältnissen der Menschen zu verankern. Den Arzt treffen die Menschen nicht nur am Krankenbett, sondern auch in den Ermahnungen der Eltern, der Lehrer, der Fürsorge. Medizin wird soziale Praxis.

Beratung zu Erkrankung ist Teil der sozialen Praktik. Sie galt auch der Abgrenzung von Konkurrenten oder dem Lehrinteresse bezogen auf Erkenntnisse von Krankheitsbildern. Denn in der Institution Krankenhaus war es einfacher möglich, ohne große Mitsprache von Angehörigen oder Einfluss anderer beruflich Tätiger, die sich mit Gesundheit im damaligen Verständnis beschäftigten? (vgl. Nolte 2015: 7 ff.). Die veränderte Arzt-Patienten-Beziehung wurde auch in der damaligen Fachpresse diskutiert.

Beratung und Begleitung durch Mediziner sowie deren Mitarbeiter*innen wird ersetzt durch Technik und eine neue Form der Macht.

Beratung zur Gesundheit unter der Idee der inneren Mission (Fürsorge, Pflege und Religion)

Bis heute ist das deutsche Sozialsystem eng mit Initiativen aus den Kirchen verknüpft. Gerade in kirchlichen Einrichtungen wird Nächstenliebe und Zuwendung zu den Armen und Schwachen besonders betont. Diese religiöse Motivierung der Tätigkeit führt nicht selten zu einem Verständnis von Krankenschwestern als „Berufung“, die das ganze Leben durchdringt. Das Lebensmotto einer 87-jährigen Diakonisse, die im 20. und 21. Jahrhundert als Gemeindegemeinschaft gearbeitet hat, zeugt noch davon: „Über meinem Leben stand das Wort Helfen“ (Kumbuck 2009: 30).

Diese Ideale haben auch Bildungseinrichtungen und darüber die Beratungspraxis im 19. Jahrhundert mit geprägt.

Von religiöser Seite gab Theodor Fliedner den Diakonissen in seiner Kaiserswerther Fürsorge- und Schwesternschule detaillierte Instruktionen für die Seelenpflege der Kranken. Die ersten strukturierten Ausbildungscurricula der Krankenschwestern enthielten einen ausgewiesenen Lehranteil, der sich „Seelenpflege“ nannte und sich von der Lehre zur leiblichen Pflege abgrenzte. In diesem Fach wurde die berufliche und ideologische Seelsorge der Pflege gelehrt.

Die Historikerin Karen Nolte wertet in ihrer Arbeit zur Sterbebettgemeinschaft im 19. Jahrhundert Briefe u. a. von Kaiserwerther Schwestern aus, in denen diese ihre Erfolge oder Misserfolge der Seelenpflegetätigkeit an ihre Hausmütter und Väter schrieben. Darüber lässt sich ein zeitliches Verständnis sowie Praxis von Beratung zur Gesundheit finden. Laut den Erkenntnissen von Nolte steht sowohl die Arbeit der bürgerlichen Frauenvereine als auch die der Diakonissen, die in der Krankenpflege ausgebildet wurden, in der protestantischen Idee der *inneren Mission*. Das bedeutet, dass der Unglaube bekämpft wurde, der auch als Ursache für leibliche Erkrankungen gesehen wurde. Armenfürsorge und Krankenpflege waren in diesem Kontext stets mit dem Ziel verknüpft, die armen Kranken zur christlichen Lebensführung zu erziehen (vgl. Nolte 2016: 74). Krankheit und Schmerz wurden von den Schwestern je nach Vorleben und Seelenzustand eines Kranken entweder als Prüfung oder Strafe Gottes gedeutet. Als gelungene Seelenpflege galt es, wenn Patient*innen sich von ihrem sündigen Lebenswandel ab- und dem Heiland zuwendeten. Schmerzen als göttlichen Plan anzunehmen und bewusst zu durchleben war demnach auch wesentlich für die Läuterung der Seele und diente dazu, geheilt zu werden. Das ging so weit, dass die Einführung der Chloroform-Narkose abgelehnt wurde, obwohl durch diese erstmals schmerzfreie Operationen möglich waren.

Nolte (2016) hebt Ergebnisse dieser Bildung aus den Briefen der Diakonissen heraus. So schildert sie Szenen, in denen sich die Schwestern zunächst den leiblichen Leiden der Kranken zuzuwenden hatte. Doch schon gleich nach der Aufnahme hatten sie ebenfalls „in aller Stille“ deren Verhalten aufmerksam zu beobachten, um Aufschluss über ihren Seelenzustand zu erhalten. So wurde z. B. eine Bibel im Zimmer platziert und geprüft, ob diese gelesen wurde, religiös ungebildete Patient*innen erhielten Unterweisung mit Gesängen und Texten. Nach dieser Beobachtung des Seelenzustandes wurde dem geistlichen Inspektor des Krankenhauses das Ergebnis der Prüfung berichtet, um es für die weitere Behandlung zu nutzen (vgl. Nolte 2016: 207).

Betrachtet man Beratung und diese Idee der inneren Mission unter der Perspektive der machtheoretischen Überlegungen von M. Foucault, findet sich hier die Beschreibung seiner „Pastoralmacht“ oder auch der Disziplinarmacht wieder. Foucault benennt so eine grundlegende Machttechnik, die sich zunächst in der christlichen Kirche entwickelt hat²⁴, aber im geschichtlichen Verlauf auch in säkularisierter Form gesellschaftlich wirksam geworden ist. Die Pastoralmacht setzt auf die Internalisierung bestimmter Normen, denen sich die Menschen unterziehen, um ein diesseitiges oder jenseitiges Heil zu erlangen. Es geht dabei nicht darum, einer äußeren Norm zu genügen und sich damit richtig zu „verhalten“, sondern diese Macht zielt auf das Innere des Menschen, sein Gewissen, seine Lebensführung. Die Pastoralmacht beruht dabei auf der Annahme, dass „manche Menschen aufgrund einer religiösen Qualität die Fähigkeit besitzen, anderen zu dienen, und zwar nicht als Fürsten, Richter, Propheten, Wahrsager, Wohltäter oder Erzieher, sondern als Hirten“ (Foucault, 2007:81). Hirten sind Menschen, die eine besondere religiöse Qualität besitzen, andere Menschen zu leiten. Diese Führung bezieht sich auf die vollständige „Seelenführung“ der Menschen. Das Bild, das Foucault dazu wählt und das auch im religiösen Kontext bekannt ist, ist das des Hirten, der über seine Schafe wacht. Das Schaf vertraut sich seiner Führung an. Dazu ist eine gewisse Überwachung aller Lebensbereiche wichtig. „Die Hauptfunktion der pastoralen Macht ist nicht, den Feinden Schlechtes zu tun, sondern denen, über die man wacht, Gutes zu tun[...]“ (Foucault 2003:707) Seine Hauptaufgabe besteht in der aufopferungsvollen und umfassenden Seelsorge seiner Schafe. Die christliche Beichte nennt Foucault eine Strategie des Geständnisses, um die Individuen über ihre geheimsten Wünsche und Begierden sprechen zu lassen. In diesem Bild erfüllen die Diakonissen, wie sie es selbst in den Briefen ausführlich beschreiben, die Funktion, den Hirten zu unterstützen. Die Hilfe, die die Diakonissenschwestern leisten, richtet sich auf Leib und Seele. Die Reflexion in den Pflichtbriefen an die Hauseltern ähnelt der katholischen Beichte.

Beratung zur Gesundheit – der gute Rat

Wurden bis hier verschiedene Fallbeschreibungen als Einblick in die Arbeit der Fürsorge und Pflege gegeben, sollen nun auch weitere Schilderungen zur Beratung zur Gesundheit im 19. Jahrhundert genannt werden. So geben auch veröffentlichte ärztliche Fallbeschreibungen Auskunft, die zu der Zeit sehr ausführlich geführt und das intensive Schreiben von Krankengeschichten als eigene ärztliche Praxis begriffen wurden. Wenn auch die Behandlungsmethoden

²⁴ Foucault forscht dazu im 16.–17. Jahrhundert.

im Vordergrund stehen, sind dort doch Einblicke in die Interaktion mit den Patient*innen, abweichende Meinungen und Aushandlungsprozesse zu finden und werden sogar fachöffentlich intensiv diskutiert. Dass Aushandlung quasi unumgänglich war, ist vor dem Hintergrund, dass bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts Operationen noch ohne Narkose durchgeführt wurden, sehr verständlich, denn die Zustimmung der Patient*innen für und während dieser Prozeduren – z. B. das Abnehmen eines Körperteils oder das Eröffnen des Bauchs – war absolut notwendig. Es existieren Tagebuchbeschreibungen von Frauen mit offenen Brusttumoren, die Monate benötigen, um sich zur Brustamputation zu entschließen, und dabei etliche Male den Chirurgen oder andere Heiler, aber auch die Gesundheitsfürsorge und Krankenschwestern zur Beratung und Unterstützung zur Entscheidungsfindung konsultieren²⁵ (vgl. Nolte 2016: 105). Die Entscheidung als auch die Untrennbarkeit von Alltagsgestaltung und Konsequenzen aus Krankheit und Pflegebedürftigkeit erscheint in den Tagebuchschilderungen und bedurfte des „guten Rates“ von professionell helfenden Berufen. Dass diese Aushandlung bei narkotisierten Patient*innen ausfällt, war ebenfalls Gegenstand der Diskussion. Nicht wenige standen wegen der neuen Macht der Mediziner über willenlose narkotisierte Körper der Narkosetechnik zunächst kritisch gegenüber.

Der gute Rat wird im aristotelischen Sinn als Prozess verstanden, in dem Zeit und viel Fachwissen gebraucht wird und am Ende ein Ergebnis aus gemeinsamen Überlegungen steht (vgl. Gröning 2012: 9 ff.). Der Rat muss um die Sache des Ratsuchenden gehen und sich um dessen konkretes Anliegen, seine persönliche Lage drehen. Das allgemeine Hintergrundwissen der Mediziner, Fürsorgerinnen, Hebammen und Pflegerinnen sollte unter solcher Perspektive betrachtet mit dem individuellen Fall verbunden werden. Ein solches Vorgehen in der Beratung war schon damals eine Kunst. Gröning nennt es Beratungskunst, wenn Perspektiven der Lebensführung und Ideen für ein Leben, das die Person selbst schätzen kann, berücksichtigt werden. Dafür ist ein Zusammenspiel von Beraterischem Verstehen, von angemessenen Interventionen und der Fähigkeit zu Selbstreflexion nötig (vgl. Gröning 2011: 128; 2012: 9).

Diese Grundhaltung erfahrener Berater*innen ist den Ratsuchenden womöglich im Einzelfall begegnet. Sie gehörte aber nicht zu den Leitprinzipien der Beratungspraxis in der kommunalen Gesundheitsfürsorge des 19. Jahrhunderts.

²⁵ Diese Eingriffe wurden zu der Zeit häufig in privaten Wohnungen durchgeführt und von Angehörigen begleitet. Das betraf den Eingriff ebenso wie die Nachsorge.

Kommunale Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene – Durchmusterung und Gesundheitsbelehrung

Kommunale Beratungsangebote schärften die Ausgestaltung der Berufe und Professionalisierungsbestrebungen. Insbesondere für Medizin²⁶, Theologie sowie freie Bewegungen waren sie ein Instrument, sich besser voneinander abzugrenzen. Eingebunden in Institutionen kam der Krankenpflege und der Fürsorge in der neuen Ordnung eine Assistenzfunktion zu. Krankenschwestern führten z. B. im Rahmen der Psychopathenfürsorge oder anderer besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen Vorgespräche und schrieben Vorgutachten für die übergeordneten Mediziner (vgl. Roßberg 2006: 131). So entwickelten sich aus zunächst freiwilligen Fürsorgeangeboten, die mit der Zeit akzeptiert wurden, schnell Fürsorgestellen, die im Grunde den Charakter von Zwangsmaßnahmen hatten, in denen fehlerhaftes Gesundheitsverhalten verhindert werden und sogar behördlich gemeldet werden sollten. Ärztliche Behandlung wurde außerhalb der Fürsorge getragen.

Die Weimarer Republik war insgesamt geprägt durch neue Formen der Gesundheitsversorgung, die sich nicht mehr an Einzelne, sondern neuerdings an das ganze Volk richtete. Auf den oben genannten Berichten über die gesundheitliche Lage der proletarischen Schichten und der breiten Diskussion darüber setzt auch die Hygiene als neue eigene medizinische Disziplin auf. Als Gründer bzw. prominente Vertreter sind z. B. Alfred Grotjahn (1869–1931) oder Adolf Gottstein (1857–1941) zu nennen. Mit der Sozialhygiene²⁷, die eben um 1900 ihren Anfang findet, entstand ein eigener wissenschaftlicher Zweig an den Universitäten, der sich mit der Häufung von Krankheiten in bestimmten Gruppen der Gesellschaft und deren spezifischen Lebenslagen beschäftigte. Die dort gebildeten Sozialhygieniker hatten die Aufgabe, den Gesundheitszustand der verschiedenen Gesellschaftsschichten zu beobachten, zu dokumentieren und die sozialen sowie ökonomischen Faktoren zu ermitteln, die für das Auftreten spezifischer Erkrankungen verantwortlich waren.

²⁶ Ute Frevert rekonstruiert die Strategien der Mediziner im 18. und 19. Jahrhundert, durch die es ihnen gelang, eine Monopolisierung der Heilkunde zu ihren Gunsten zu erlangen. Dazu gehörte es, ihre Unterstützung der staatlichen Bevölkerungspolitik durch ihr spezialisiertes Wissen anzubieten. Ein Merkmal bildete das Universitätsstudium, von denen sowohl die Frauen im Allgemeinen und andere Heilberufe ausgeschlossen waren. Ein weiteres trugen dann Ausbildungsverordnungen, die Kompetenzbereiche beschränken (z. B. bei den Hebammen), bei (vgl. Frevert 1982: 177–210).

²⁷ Die Begriffe „Sozialhygiene“ oder „soziale Hygiene“ tauchten bereits Mitte des 19. Jahrhunderts in der französischen Hygienebewegung auf und wurden 1871/1872 insbesondere von Max v. Pettenkofer ins Deutsche eingeführt. Sie standen von Beginn an mit der Eugenikbewegung eng in Verbindung.

Mit dieser Sichtweise wurden unterschiedliche Bedeutungszusammenhänge verbunden und tragischerweise war es nicht die dialektische Betrachtung z. B. von A. Salomon und weiteren Reformer*innen, die durchschlagende Veränderungen bewirkten. Denn Salomons Erkenntnisse bezogen sich auf gesellschaftliche Verhältnisse und deren individuelle Bewältigung durch die davon betroffenen Menschen. Doch der Gesundheitsbegriff, der mittlerweile für die politische Steuerung Bedeutung hatte, bezog sich auf das Volk als Körper – und die Sorge galt nicht mehr dem Einzelnen und seiner individuellen Entwicklung.

Diese Lehre der Sozialhygieniker war schnell durchdrungen von biologistischem Denken und rassistischen Stereotypen. Die neu eingeführte kommunale, amtliche Gesundheitsfürsorge gehörte zu den Anwendungsorten dieser Wissenschaftsdisziplin, die auf den Grundlagen ihrer Erkenntnisse eine umfassende staatliche Gesundheitsaufklärung²⁸ für das ganze Volk forderte. In dem Zusammenhang gehörte die geplante „Durchmusterung“ der gesamten Bevölkerung zu ihren Aufgaben (vgl. Stöckel 2002: 65 ff.; Müller C. 1994: 220). In der Umsetzung bedeutete das für die einzelnen Fürsorger*innen zielgruppenbezogene Kontrolle, Erfassung und Unterstützung.

Die *Kontrolle* galt Gruppen, die gefährdet waren, z. B. an Geschlechtskrankheiten (z. B. Prostituierte) oder anderen Infektionen zu erkranken, und somit eine Gefährdung für ihre Mitmenschen darstellten.

Die *Unterstützung* wurde vor allem Kindern, Jugendlichen und Müttern zuteil (später biologisch wertvolle Gruppen), was als Investition in die zukünftige gesunde Gesellschaft gewertet wurde. Als Interventionsform der kommunalen Gesundheitsfürsorge bildeten sich mit der Zeit die kontinuierliche ärztliche Beobachtung gefährdeter Bevölkerungsgruppen, die frühzeitige Feststellung von Krankheitsanlagen bzw. -anfängen, und schließlich die hygienische Aufklärung, Beratung und Erziehung heraus (vgl. Baader, Peters 2018: 66 ff.).

Während die Krankenkassen einen Teil der Kosten übernahm, die Präparate wie Milch für Säuglinge finanzierten, fiel den Gesundheitsfürsorgerinnen die Verteilung, Kontrolle und „Gesundheitsbelehrung“ zu. Heute würde es wahrscheinlich unter dem Begriff Gesundheitsberatung oder Edukation laufen.

²⁸ Viele Gesellschaftsbereiche wurden in diese Gesundheitsaufklärung eingebunden. Beispielsweise entstanden über 500 sozialhygienische, medizinische und eugenische Filme in der Zeit, die der Öffentlichkeit zu verschiedenen Gelegenheiten und an unterschiedlichen Orten vorgeführt wurden. Auch die Hygieneausstellungen dienten diesem Zweck. Bis in die 1930er Jahre gab es dazu aber keine zentrale Steuerung, sondern wurde dezentral geplant und umgesetzt (vgl. Schmidt U.2002).

Der eugenische Denkstil hatte die Gesellschaft der Weimarer Republik schon vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten durchdrungen. Es ging bei der pronatalistischen Sozialpolitik in der Gesundheitsfürsorge um das hohe Ziel der „Verbesserung der Qualität der Bevölkerung“. Eugenik war modern und die ökonomische Begründung für die Geburtenkontrolle, nach dem Motto: weniger Geburten, dafür aber gesunde Kinder. Ulrike Manz untersuchte in ihrer Dissertation und Geschlechterforschung, inwieweit Vertreterinnen der Frauenbewegung (wie Helena Lange und Gertrud Bäumer) eugenische Vorstellungen mit emanzipatorischen Zielen verknüpft oder doch abgelehnt haben. Ihre Auswertungen über veröffentlichte Artikel dieser Frauen sagen, dass das Wohl des eigenen Volkes durchaus über dem Individuum stehe und es auch ihnen um die Förderung der „Wertvollen“ und der Verhinderung von „Minderwertigen“ (Manz, 2007:169) gehe. Es seien aber keine „grundsätzlichen rassenhygienischen Vereindeutigungen“ des späteren nationalsozialistischen Gedankengutes zu finden. Dennoch zeigt dies, wie sehr die Ideologie des gesunden Volkskörpers auf die Vorstellungen über angezielte Normen und Bedürftigkeit wirken, also wer es wert ist, dass ihm Hilfe, Unterstützung sowie Solidarität zukommt.

Der Denkstil der Eugenikbewegung besagt, dass das Leid vieler Einzelner eben nicht auf soziale Probleme verweist, sondern ein biologisches Bedrohungsszenario für den Volkskörper darstellt. Die minderwertige Masse bedroht die Gesundheit des Volkes im ökonomischen bzw. genetischen Sinn. Auf diese Weise wird auch soziale Ungerechtigkeit legitimiert und von der Pflege und Fürsorge durchgesetzt. „Der Anfang war eine Verschiebung in der Grundeinstellung, dass es bestimmte Leben gebe, die es nicht wert seien gelebt zu werden“, sagt der Mediziner Leo Alexander 1949 rückblickend.

Fürsorge und Pflege im Nationalsozialismus

Unter der politischen Führung der Nationalsozialisten wurden die Sozialmedizin und die entsprechenden Beratungsstellen um ihre wissenschaftliche und sozialetische Grundlage entleert (vgl. Hubensdorf 2005). Fortschritte, die der weniger gut situierten Bevölkerung und ihren Angehörigen im Fall von Krankheit, Alter, Invalidität und Unfall durch Fürsorge zugute kamen, fielen der beschriebenen Ideologie zum Opfer. Hygiene und die Beratungsstellen der Aufklärung oder auch die der „Belehrung“ wurden zur Sozialhygiene und mutierten schließlich zur „Rassenhygiene“. Nach Foucault wird durch Rassismus eine Zäsur zwischen dem, was leben, und dem, was sterben soll, errichtet. Außerdem dient der Rassismus dazu, das Töten anzuerkennen, denn „der Tod des anderen, der Tod der bösen Rasse, der niederen Rasse wird das Leben im allgemeinen gesünder machen, gesünder und reiner“ (Foucault 1999:297). Die über

die Gesundheitsfürsorge teilweise selbst gebildete und eingeführte Kategorie „minderwertig“ konnte so zu einer schwerwiegenden, teilweise tödlichen Konsequenz für die Betroffenen werden.

Damit wurde Pflege und Fürsorge ein gleichermaßen wichtiger und integraler Bestandteil der nationalsozialistischen Medizinverbrechen. Rund 350.000 bis 400.000 Menschen, die als „erbkrank“ galten, wurden während der NS-Zeit zwangssterilisiert. Die Akten in den Gesundheitsämtern dienten dabei häufig als Grundlage der dafür notwendigen Gutachten. Die Fürsorgerinnen, Hebammen und Pflegenden waren oft die Ersten, die den Abweichungen von der Norm in den Familien gegenüberstanden, sie bemerkten und vermerkten.

Die Krankenmorde in der Zeit des NS umfassten die systematische Ermordung von etwa 216.000 Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen. Gesundheitsfürsorge und Pflege leisteten großflächig Zuarbeit. Leistungen für die „erbgesunde Familie“ wurden durch die Parteiorganisation Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) aufgestockt und verteilt. Die NSV, die sich um den als wertvoll angesehenen Teil der Bevölkerung kümmerte, trat damit in Konkurrenz zur kommunalen Gesundheitsfürsorge, die zunächst weiter mit den übrigen Anspruchsberechtigten arbeitete. Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens ordnete schließlich alle Fürsorgerinnen und Hebammen dem zentralen Gesundheitsamt zu. Gesundheitsfürsorge wurde damit in den Dienst der Erfassung zur Vernichtung gestellt (vgl. Ebbinghaus 1987: 19–22, in Stöckel 2002: 74).

Machttheoretisch betrachtet Foucault die Zeit des Nationalsozialismus als Verbindung verschiedener Machttechniken:

„Der Nazistaat hat das Feld des Lebens, das er verbessert, schützt, absichert und biologisch kultiviert und zugleich das Recht des Souveräns, jemanden – nicht nur die anderen, sondern auch die eigenen Leute – zu töten, absolut zur Deckung gebracht“ (Foucault 1999: 43).

Gesundheitsfürsorge, Beratung zur Gesundheit waren demnach wichtige Instrumente, um die Ziele des Nazistaates zu erfüllen.

Veränderte Einstellungen zum Körper – und Politik

Änderungen des Zusammenlebens und neue Umgangsformen beschreibt Norbert Elias in seinem „Prozess der Zivilisierung“ (1939). Er beschäftigt sich mit Schriften des 16. und 17. Jahrhunderts und zieht daraus Ergebnisse, die sich auch im Sozialverhalten seiner Zeit zeigen lassen. Er beschreibt den Wandel des gesellschaftlich angemessenen Miteinanders im Vorrücken der Scham- und Peinlichkeitsschwellen. Essen, Trinken, Nase putzen, Spucken und auch der

Umgang mit Nacktheit und Sexualität bedürfen nach und nach eines neuen „zivilisierten“ Verhaltens. Seine Analyse zeigt die allmähliche Zurücknahme spontaner, unkontrollierter Gefühle und Aktionen zugunsten einer wachsenden Selbstkontrolle. Diese zunehmende Körperscham fällt auch auf diejenigen zurück, die sich beruflich mit Körperlichkeit beschäftigen müssen. Die Lohnwärt*innen haben so einen schlechten Status. Die Zivilisierung bedeutet: Differenzierung und Internalisierung der Affektkontrolle, höfliche Umgangsformen und rigoroser Selbstzwang. Der französische Historiker und Sozialtheoretiker Michel Foucault (1926–1984) begreift Selbstzwang als eine Form der Disziplinierung, die nicht als Einwirkung der Obrigkeit auf die Masse der Untertanen, also nicht von oben nach unten, sondern als Wirkung einer anonymen Machttechnologie fungiert. Sie setzte zuerst an den Rändern der Gesellschaft an (Psychiatrie, Klinik, Gefängnis, Kaserne, Schule) und durchdringt im Laufe des 18./19. Jahrhunderts die gesamte Gesellschaft.

Für das 19. Jahrhundert beobachtet er außerdem, wie die Organisation von und die Sorge um Leben in dieser Zeit ins Zentrum der Politik rückt. Politik richtet sich auf das Leben der Bevölkerung, insbesondere auf den Körper. Foucault beschreibt es als neue Machttechnik der Regierung und nennt sie „Biomacht“. Diese Form der Politik ist produktiv und auf Lebenssteigerung ausgelegt und impliziert eine ambivalente, ebenso fürsorgliche wie kontrollierende Form der Machtausübung. Sie findet an den Orten statt, an denen man sich um sich und andere sorgt und an denen es um den Körper geht. In Krankenhäusern, Fürsorgestellen, in Beratungsstellen in den intimsten Entscheidungen und Wünsche (zum Beispiel über Sexualpartner oder -praktiken) offenbart werden. Biopolitik und deren technische Anwendung, die Biomacht, richtet sich nicht an Rechtssubjekte, sondern an Menschen als Lebewesen, so Foucault, nicht an ein Staatsvolk, sondern an eine Bevölkerung oder Population. Biomacht beinhaltet „verschiedenste Techniken zur Unterwerfung der Körper und zur Kontrolle der Bevölkerung“ (Foucault 1977a: 167). Dementsprechend verbindet Biomacht bevölkerungspolitische Maßnahmen wie Hygienemaßnahmen, Geburtenkontrolle und die statistische Erfassung der Bevölkerung mit der Disziplinierung der Subjekte in der Schule, im Militär, aber auch in der Sexualität (Foucault 1977a, 1977b). Dabei operiert sie nicht primär über Verbote, sondern durch Förderung des Lebens. Gesundheit, Wohlstand sowie Sicherheit der Bevölkerung werden in den Mittelpunkt der Politik gestellt. Sie ist keine repressive Macht über, sondern eine Macht für das Leben und im Dienste des Lebens, eine „Macht zum Leben“ (Foucault 1977a: 166).

Pflege und Fürsorge nach 1945 – Zeit der Re-Education und Re-Orientation

In dieser Epoche, nach dem Zweiten Weltkrieg, nehmen die Professionalisierung der sozialen Arbeit und die der Pflege endgültig unterschiedliche Wege (vgl. Kapitel 2.4.), was sich auch auf die Entwicklung der jeweiligen Beratungsformate niederschlägt.

In Westdeutschland war man nach dem Zweiten Weltkrieg politisch gesteuerten, bevölkerungspräventiven oder auch zugehenden Beratungsansätzen gegenüber, die sich mit Gesundheit und Lebensstil befassten, zunächst misstrauisch und sie wurden nach den Erfahrungen im NS abgelehnt²⁹. Das deutsche Gesundheitswesen erhielt ein individualmedizinisches Fundament (vgl. u. a. Klemperer 2010: 10 ff.). Auch mit dem Wissen, dass Gesundheitsfürsorge mehr beinhaltet als die Durchführung medizinischer Vorsorgeuntersuchungen, ist es dennoch bei einer medizinisch-kurativ orientierten Vorsorge über die Krankenkassen geblieben. Die beschriebene gemeinsame Tradition, der enge Bezug der sozialen Arbeit zur Krankenpflege und umgekehrt, differenziert sich aus, u. a. weil die soziale Arbeit in diesem therapeutisch-naturwissenschaftlichen System nicht zu den Heilberufen zählt und so selten als eigenständiger sozialrechtlicher Akteur vertreten war/ist (vgl. Reinicke 1994).³⁰ Im Fürsorgebereich, nicht der Gesundheit zugeordnet, werden jedoch neben individuellen Hilfen auch Gemeinschaftshilfen geschaffen und aufgebaut. Die Mittel werden unter anderem für Verbände der freien Wohlfahrtspflege zur Verfügung gestellt (vgl. Sachße, Tennstedt, in Steinacker 2012: 52). Auch die Ausbildungsstätten werden wieder auf- bzw. umgebaut. Im NS zentralisiert, werden sie nach 1945 wieder an ihre ursprünglichen Träger übergeben und für die Pflege beginnt eine Zersplitterung der Schwesternverbände und Berufsorganisationen in verschiedene „freie“ oder „christliche“ Verbände, die auch in der Konstruktion der Pflegeausbildung in unterschiedliche Richtungen zogen. Die Funktionärinnen der Schwesternschaften mit NSDAP-Mitgliedschaft wurden zum Teil mit vorübergehendem Berufsverbot belegt, von Entnazifizierung kann in dem Bereich nicht die Rede sein. Viele kamen nach kurzer Zeit zurück in die Pflege (vgl. Wolff 2008: 255 ff.).

Die gemeinsamen Bemühungen um Bildungseinrichtungen für die neuen sozialen Frauenberufe, die noch vor und in der Weimarer Republik angestrebt wurden, entfernen sich unter den neuen Zielvorstellungen voneinander. Während die Bildung der Pflege abseits vom staatlichen

²⁹ Erst in den 1990er Jahren knüpfte die deutsche Sozialmedizin an internationale Entwicklungen an, öffnete Public-Health-Studiengänge und Versorgungsforschung fassten dann auch in Deutschland Fuß.

³⁰ Heute gilt der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Gesundheit zwar als allgemein bekannt, dennoch wird in der Forschung der Sozialen Arbeit oder der Pflegewissenschaft beklagt, dass diese selten interdisziplinär vertieft wird. Vgl. z. B. Franzkowiak 2003: 25 ff.; Bauer, Büscher 2008; Lippe, Reis 2020.

Bildungssystem weiter innerhalb von vielfach christlichen Frauengossenschaften (Mutterhäuser und Vereine) oder Gewerkschaften stattfand, gelang der sozialen Arbeit der Weg in die hochschulische und universitäre Bildung (s. u.).

Die Krankenpflegeausbildung blieb derweil der Medizin untergeordnet, welche zunächst weiter dem biomedizinischen Paradigma folgte. Das Krankenpflegegesetz von 1938 bildete mit kleinen Veränderungen noch bis 1957 die Grundlage für die Ausbildung. Nach unterschiedlicher Kritik aus Politik und Verbänden kam es zu einem weiteren Ausbau des Ausbildungsgesetzes, über den dann endlich 1963 auch das Lehrgebiet Psychologie, Pädagogik und Soziologie für die Pflegebildung erforderlich wurde. Erst 1985 (!) wurde noch weiter ausdifferenziert und es kamen Berufskunde sowie Staatsbürger- und Gesetzeskunde dazu (vgl. Wolff 2008: 263 ff.).

Die soziale Arbeit entwickelt derweil unabhängig davon unterschiedliche Schwerpunkte und Arbeitsfelder in der Pädagogik, Wohnen und Armut, ungleiche Lebensverhältnisse (vgl. Aner 2010: 35 ff.), die nur selten eng vernetzt mit der Pflege arbeiten³¹.

Deutschland war nach 1945 insgesamt beschäftigt mit der Bewältigung der Kriegsfolgen und eine soziale Infrastruktur wurde nur langsam aufgebaut. Es dauerte Jahre, bis es gelang, das Sozialwesen zu reorganisieren, wozu inhaltlich die zurückgekehrten akademisierten Emigrant*innen einen entscheidenden Beitrag geleistet haben. Bis dahin ist die Bevölkerung zu großen Teilen auf die Hilfsorganisationen aus dem Ausland angewiesen. Außerdem steuern der Westen und der Osten die Sozial- und Gesundheitssysteme nach anderen Prinzipien³². Im Gesundheitswesen im Westen³³ galt nach dem Krieg vor allem die demokratische Neugründung des Sozialversicherungssystems, das sich an dem Leitbild der Lebensstandardsicherung und sozialer Gerechtigkeit orientiert.

³¹ Sucht, Psychiatrie und Kinder/Jugend bilden im Kontext Gesundheitsversorgung weitere gemeinsame Handlungsfelder.

³² Die Soziale Arbeit in der BRD orientiert sich am Fürsorge- und Wohlfahrtssystem der Weimarer Republik, welches die Leistungen der öffentlichen Träger und der freien Wohlfahrtspflege regelt. Es gilt vor allem die von den Nationalsozialisten vorgenommenen Änderungen wieder rückgängig zu machen. In den vergangenen 12 Jahren war die Reichsebene für das Gesundheitswesen, die Jugendarbeit, Jugendpflege und Familienfürsorge zuständig; dies soll nun wieder dezentralisiert werden. Die Kommunen sind wieder mit zuständig für die Fürsorge und Wohlfahrtspflege und nicht nur von der höchsten Ebene gesteuert (vgl. Hering, Münchmeier 2007: 196 f.).

Anders als in der BRD waren in der DDR die Wohlfahrtsverbände verboten, eine Ausnahme bildet das Deutsche Rote Kreuz. Kirchen, die soziale Einrichtungen gründen, arbeiten unter verschlechterten Bedingungen. Die soziale Sicherung entwickelt sich auf der Basis des Sozialismus, mit einer eigenen Struktur der Institutionen (vgl. Führ, Furck 1998: 3 ff.). Das Sozialwesen der DDR versucht den Bürgern staatliche Leistungen zur Verfügung zu stellen, wie beispielsweise die Kinderbetreuung, das Wohnungswesen und Gesundheitsfürsorge.

³³ Vorliegend wird die westdeutsche Perspektive nachvollzogen. Es liegen nur wenige historische Forschungen über die historische Entwicklung besonders im Bereich der Pflege vor. Zu nennen sind Andrea Thiekötter 2006 und Steve Strupeit 2008.

Auch die Orientierung der Bevölkerung brauchte eine neue bzw. andere Richtung. Die sogenannte Re-Education der Alliierten in den Bereichen Bildung, Medien und Kultur hatte zum Ziel, autoritätshörige und rassistische Einstellungen, Handlungsweisen und Organisationen gezielt umzugestalten. Anders als die Krankenpflege (s. o.) waren die Pädagogik sowie die Sozialpädagogik von Beginn an mit einbezogen, da man in Erziehung und Erwachsenenbildung besonders geeignete Ansatzpunkte für die Umerziehung sah. Das Bildungssystem allgemein wurde zum Mittel der Entnazifizierung und der Umerziehung zur Demokratie. Uta Gerhardt spricht angesichts des therapeutischen Ursprungs des Begriffs von der „Konzeption des Gesunde-Anteile-Stärkens“ in den Bereichen Kultur, Politik und Wirtschaft (vgl. Gerhardt 2005: 43). Als „gesund“ wurden nun demokratische bzw. demokratiefähige Institutionen angesehen. In all diesen Bereichen galt es nun Situationen zu schaffen, die eine reflektierende, kritische und moralische Selbstbesinnung ermöglichten.

Emigranten, die die Verfolgung und Vernichtung überlebt hatten (wie z. B. Louis Lowy, Vern Dremel, Ilse Eden, Werner Böhm, Kurt Lewin oder Adorno), folgten den Anfragen der Alliierten und ließen sich aus den persönlichen Erfahrungen des totalen Terrors engagiert in das Bildungs- und Austauschprogramme einbinden, um an der Umerziehung und Demokratisierung der autoritätshörigen bzw. nationalsozialistischen Weltanschauung der deutschen Gesellschaft mitzuwirken. Letztendlich sollte es gelingen, die Vergangenheit auch auf Grundlage neu eingeführter hochschulischer Bildung aufzuarbeiten, die auch die Wissenschaftszugänge der Soziologie und Psychologie nutzte. Diese neue Reformbewegung sollte gesamtgesellschaftlich Wirkung entfalten (vgl. Braunstein, Link 2019).

Joachim Wieler u. a. befassten sich in den 90er Jahren mit der Rekonstruktion von Biografien der Emigrant*innen, die vor bzw. während des Krieges als Sozialarbeiter*innen gearbeitet haben. Ihre wissenschaftlich-historischen Arbeiten erfassten dabei hauptsächlich die Akteure in den USA, weil sich dort einige der Pioniere der sozialen Arbeit eine berufliche Zukunft aufbauen konnten. Wieler versucht den Einfluss dieser geflohenen Menschen auf die Entwicklung der amerikanischen Social Work nachzuweisen. Im Besonderen weist er aber auf die Wirkung der Emigrant*innen bei der Re-Education und Re-Orientierung in Deutschland hin, aber auch auf die Wirkung der eingebrochenen Erfahrungen in die soziale Arbeit ohne offizielle Programme, die seiner Ansicht nach zu wenig Bearbeitung in der deutschen Sozialforschung findet.

Eine vergleichbare Studie für die Pflegeberufe existiert bisher nicht. Und wenn auch ein Oral-History-Projekt der Größe nicht mehr möglich ist, da die Zeitzeugen bereits verstorben sind, so

gibt es doch einzelne Biografien und Archivmaterial, deren systematische Analyse aufschlussreich für die gezielte Weiterentwicklung der Pflege sein kann³⁴ und zudem eine späte Würdigung wäre. Beispielsweise zeigen Biografien emigrierter Krankenschwestern ihr hohes Engagement in der Bürgerrechtsbewegung in Amerika. Mit der persönlichen Erfahrung von Entrechtung und Entwürdigung begründen sie ihre Sensibilität für das Thema und das hohe Engagement für die Unterstützung von Bewegungen gegen Ungleichheit (vgl. Ulmer, E. 2020 Vortrag jüdisches Pflegemuseum Frankfurt)

Die kritisch-reflexive Aufarbeitung der Beteiligung von Fürsorge, Hebammen, Medizin und Pflege an den Verbrechen im Nationalsozialismus hat in Deutschland allerdings erst Mitte der 80er Jahre wirklich begonnen. Als Wegbereiterin einer innerdisziplinären, wissenschaftlichen Arbeit speziell für die Pflegeberufe in dieser Zeit soll hier im Besonderen Hilde Steppe genannt werden, die neben der Aufarbeitung der Beteiligung des Machtmissbrauchs an hilfebedürftigen und anvertrauten Menschen, an Krankenmorden und Sterilisationen auch die jüdische Krankenpflege in Deutschland vor dem Vergessen bewahrt. Ihre Forschungsmaterialien bilden das Archiv jüdischer Pflege in Frankfurt. Historische Pflegeforschung wird in Deutschland durch keine eigene Professur vertreten (wie in anderen Ländern üblich), dennoch sind über Steppes Vorarbeit etliche wissenschaftliche Arbeiten in dem Kontext entstanden. Eine aktuell hochinteressante Studie ist die Dissertation von Petra Betzien (2018). Sie forscht zum unterbeleuchteten „Täterinnen-Komplex“ im NS und nimmt dazu die dienstverpflichteten Krankenschwestern, die in Konzentrationslagern beschäftigt waren, in den Blick. Neben der dezidierten Beschreibung der verschiedenen Schwesternschaften und deren jeweiligem Pflegeethos arbeitet sie die pflegerische Praxis in den Konzentrationslagern auf. Darin begründet findet sie auch verschiedene Handlungsoptionen und Motivationen und beschreibt teilweise namentlich Täterinnenverhalten. Kleinteilig deckt sie daneben auch die Brüche zwischen der Weiblichkeitsideologie des NS und ihren tatsächlichen Handlungsvorgaben im und um den Dienst der Krankenschwestern auf. Damit bietet ihre Arbeit vertieft und detailreich Argumente, die sozialen und pflegerischen Berufe nicht weiter als einen im Wesen unpolitischen (oder haushaltsnahen) Dienst am einzelnen Menschen zu verstehen, sondern im Kern mächtig in der Interaktion mit Hilfebedürftigen. Auch entfaltet sie die Organisation der Konzentrationslager in Bezug auf die Anstellungen und Tätigkeiten der Pflegenden – und findet in den Abläufen auch dort Krankenschwestern in Funktionen mit Handlungsoptionen.

³⁴ Zum Beispiel das Archiv des Medizinhistorikerehepaares Wolff oder das ehemalige Hilde Steppe Archiv in Frankfurt, heute die Historische Sondersammlung der Sozialen Arbeit und Pflege der Universität Frankfurt.

Die weitreichenden Entscheidungen im beruflichen Umgang mit Gesundheit und Hilfebedürftigkeit, die Handlungsspielräume und Optionen erfordern, dass fachliches Denken und Handeln ethisch reflektiert und begründet wird — auch mit dem Ziel, die zentralen Inhalte der jeweiligen sozialen Berufe zu klären.

Die entsprechenden Bezugssysteme für eine derartige Entwicklung ändern sich nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Erkenntnis, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung hilft, den inhaltlichen Kern der neuen sozialen Praxis zu klären, ist sicherlich zu einem Teil auch auf den Einfluss der zurückgekehrten Akademiker*innen, neue Erkenntnisse aus der Psychologie und den Sozialwissenschaften sowie den bereichernden Austausch zwischen den Menschen unterschiedlicher Staaten und Kulturen nach dem Zweiten Weltkrieg zurückzuführen. Der Zugang und die Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Sozialwissenschaften machte deutlich, wie entscheidend die Bildung eines eigenen Wissenskorpuses einer eigenständigen Wissenschaftsdisziplin ist, um sich auch politisch Gehör und damit Einfluss zu verschaffen, aber auch um zu verstehen, welche gesellschaftlichen Veränderungen Konsequenzen zur Folge haben, die den professionellen Zielen der humanitären Dienstleistungsberufe entgegenwirken.

Bevor jedoch die unterschiedliche Entwicklung, die sich vor allem durch Eigenständigkeit und Akademisierung kennzeichnet, dargestellt wird, soll dieser historische Abschnitt nochmal zusammengefasst werden.

Zusammenfassung und Zwischenresümee

Die professionelle Ausgestaltung der Gesundheitsberatung hat verschiedene Anlässe und Entwicklungsstränge. Im Zuge von Industrialisierung und fortschreitender Modernisierung wurde der ganzheitliche Lebenskontext aus Alltagsleben, Arbeiten, Erziehen und Idealen aufgebrochen. Gesellschaftliches Handeln findet vermehrt in Institutionen statt, auch Beratung zur Gesundheit. Sie wird in erheblichem Umfang von den gesellschaftlichen Umbrüchen, Idealen, den sozialen und staatlichen Maßnahmen beeinflusst. Es sind die medizinische Policy zur Bekämpfung der zunehmenden sozialen und gesundheitlichen Verelendung, persönliche Erfahrungen, praktische Einsätze aus der Fürsorgearbeit, einzelne Pionierinnen, aber auch internationale Bewegungen in der Epoche, aus denen sich Beratungsinstitutionen entwickeln. Unterstützung und Ergänzung liefern Forschungsergebnisse und Erklärungsansätze aus der Medizin, der Theologie, der Soziologie, der Pädagogik, und der beginnenden Sozialpsychologie.

- Überschneidungen der sozialen Arbeit und der Pflege zeigen sich vor allem in der engen Verknüpfung von Gesundheit, Krankheit und sozialen Notlagen der Menschen. Schon im

19. Jahrhundert finden sich sozialwissenschaftliche als auch medizinische Studien, die diese Zusammenhänge aus empirisch erhobenen Daten beschreiben. Sie werden mit Forderungen nach politischer Steuerung und Reformen verbunden. Der Geschlechteraspekt stellt sich darin deutlich dar und wird zu einem Ansatzpunkt für Aufklärung und gesamtgesellschaftliche Reformen. Dass die Gesundheit der Bevölkerung keine Frage ist, die ausschließlich die Gesundheitspolitik alleine beantwortet, sondern alle Politikbereiche berührt, ist auch heute Stand der Forschung. Der Titel des diesjährigen Public-Health-Kongresses (2020) lautet „Politik macht Gesundheit“ und unterstreicht damit die Forderung der Expert*innen, dass alle Politikbereiche (und damit auch unterschiedliche Wissenschaftsbereiche) sich mit Gesundheit befassen sollten, um gesundheitliche Ungleichheit zu verringern.

- Die Interdependenz zwischen sozialer Arbeit und körperbezogener Arbeit ist ein eminent wichtiges Thema speziell der Frauenbewegung. Das Recht auf den eigenen Körper, auf Gesundheitswissen und selbstbestimmte Gesundheitspraktiken war schon damals ein zentrales feministisches Thema und wurde vor allem von der radikalen Frauenbewegung vertreten. Wir finden diese Debatten heute wieder z. B. um den § 218 SGB.
- Die Fürsorgerinnen aus der radikalen Frauenbewegung haben bedeutenden Einfluss auf die Institutionalisierung der freiberuflichen Pflege. Dennoch findet vor allem das bürgerliche Frauenbild Eingang in die Berufskonstruktionen der sozialen Dienstleistungsberufe und ist auch mehrheitlich Gegenstand der historischen Forschung. Nur wenige Arbeiten (wie Rübenstahl 2011, Gröning 2010 u.a.) beschäftigen sich mit den Diskussionen, Entwicklungslinien, Kontinuität und Brüchen, die dem radikalen Flügel der Frauenbewegung zugerechnet wurden und die sich selbst nicht der Wohlfahrt zurechneten, aber dennoch zur Gesundheit berieten (wie z. B. die Sexualberatungsstellen).
- Die Nähe zu vehement und engagiert vertretenen Themen und Handlungsfeldern erwächst häufig aus selbst erlebten biografischen Brüchen. Betrachtet man daraufhin die Biografien der Pionierinnen der sozialen Arbeit aus der Epoche, finden sich in ihnen wiederholt familiäre Pflege und Sorge, die als Zäsuren erlebt und beschrieben werden. Marie Baum beispielsweise unterbrach ihr Studium, um ihren Vater zu pflegen. Alice Salomons Vater starb an einer verschleppten Brustfellentzündung (vgl. Kuhlmann 2000: 51). Innerhalb weniger Jahre starben noch Salomons 14-jährige Schwester und ein Bruder (vgl. ebd.). Da Salomons Mutter nicht mehr in der Lage war, ihr sterbendes Kind zu pflegen, wechselten sich Salomon mit ihrer Schwester Käthe und einer Krankenschwester in der Pflege ab (vgl. ebd.).

Salomon beschreibt auch die Zeit danach als schwer, in der sie sich um ihre trauernde Mutter kümmern musste (vgl. ebd.). Minna Cauer pflegte ihren Sohn, der im Alter von zwei Jahren an Diphtherie starb, wie auch ihren sterbenden Mann. Marie Stritt hatte sechs jüngere Geschwister, die auch an unterschiedlichen Erkrankungen zu Hause starben. Frauen waren damals sowohl praktisch als auch selbstverständlich für familiäre Pflege verantwortlich und somit mit diesen Formen der körperlichen und seelischen Hilfebedürftigkeit und der entsprechenden Ratbedürftigkeit konfrontiert. Diese Erfahrungen, verbunden mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Zeit, prägen das Engagement der Pionierinnen. Auch die ehrenamtliche Netzwerk- und Vereinsarbeit brachte Pflege und Fürsorge wieder direkt vor Ort, zu den Familien. Darum waren sie konkret mit den Auswirkungen aktueller Lebensverhältnisse und auch früh mit Konsequenzen aus politischen Entscheidungsprozessen konfrontiert – in denen sie praktisch beraten haben. Bönisch stellt fest, dass sich auch heute vor allem Frauen in den sozialen Feldern nah um die Familien herum formieren, während Männer laut seinen Daten eher innerhalb von Institutionen beratend tätig sind (Bönisch 2014: 70). Sozialarbeiter*innen und Pflegende begleiten Familien so direkt, dass sie ungerechte und inhumane Begleiterscheinungen im gesellschaftlichen Wandel deutlicher als andere Berufe wahrnehmen können. Deswegen brauchen sie Instrumente und die Fähigkeit zur Kritik.

- Die Steuerung von Gesundheit wurde (und wird immer noch) mit politischen und gesellschaftlichen Ideologien verbunden. Bewegungen im 19. und 20. Jahrhundert formulierten Ideen, welche Veränderungen Macht entweder stabilisierten oder eben andere Machtverhältnisse bzw. mehr Gerechtigkeit für eine Gesellschaft hervorbringen. Die Frauenbewegung ist die entscheidende Bewegung, die damals das Wohlfahrtssystem begründet hat, u. a. indem sie die soziale Frauenrolle in den Familien in den Arbeitsmarkt in Frauenberufe transformiert hat. Die verschiedenen Frauenvereine und Flügel der Frauenbewegung hatten darüber innere Konflikte, Kämpfe und unterschiedliche Zielvorstellungen. Sie waren zudem nicht gefeit vor den Ideologien des Zeitgeistes. Auch unter den Feministinnen und in der Sexualberatung gab es z. B. überzeugte Eugenikerinnen (vgl. Manz 2007; vgl. Herlitzius 1995). Einige Gruppierungen stellten die Lohnarbeit vor den Geschlechtermachtkampf. Die Berufskonstruktion Frauenberufe ist darüber gelungen, die Geschlechterverhältnisse mit ungleichen Bezahlungen u. v. m. sind geblieben. Die Verberuflichung der Pflege gerät in der Zeit zwischen die aufstrebenden und miteinander konkurrierenden Professionen Medizin und Theologie, die je einen kleinen Teil – Körper und Seele – als Handlungsfeld an

sie delegieren. Die neuen Frauenberufe entwickeln sich auch aufgrund der verschiedenen Klassen, Ideologien und Leitbilder innerhalb der Frauenbewegung nicht durchgehend in das allgemeine Berufs- und Ausbildungswesen. Die Berufskonzeption der Frauen, die Ideologiekritik zu Gunsten der Anpassung bzw. aus strategischen Gründen abgewehrt haben, hält an ideologisch fundierten Funktionen und Denkstilen in den neuen Berufen fest. Der Aushandlungsprozess zur Rolle der Frau in Familie oder zur Gesellschaft und Sexualmoral findet auch innerhalb der Frauenbewegung kontrovers statt. Aber er findet statt (vgl. Rübenthal 2011) Denn die unterschiedlichen Leitvorstellungen trennen z. B. die Frauennetzwerke, die systematisch spezialisierte soziale Dienstleistungsberufe entwickeln wollten, von den Gruppen, die soziale Reformbewegung und Emanzipation im Ehrenamt in den Mittelpunkt stellten (vgl. Flessner 1995: 13).

- Männer und Wärterinnen aus dem proletarischen Milieu hatten keinen Zugang zu den neuen bürgerlichen Berufsorganisationen und wurden durch sie auch nicht geschützt. Das Verhältnis zwischen Arbeiterbewegung und Berufsorganisation bleibt (bis heute) ambivalent. Der aussichtsreiche Arbeitsmarkt durch den rasant wachsenden Bedarf an gebildeten Pflegenden veranlasste die Vorgängerinnen der modernen sozialen Arbeit, den Bereich der Gesundheitsversorgung als konkretes Arbeitsfeld zu betrachten. Zudem erhoffte man in dem Bereich sowohl Reformen und Frauenbildung vorantreiben zu können.
- Die Krankenpflege, für die ein heterogener Arbeitsmarkt (Lohnwärter*in, Ehrenamt, bürgerliche Dienstleistung) existierte, differenziert sich aus in eine eher bürgerliche und von Weiblichkeitsidealen geprägte Bewegung, die allerdings über diese ideelle Berufskonstruktionen die Pflege aus ihrem „schmutzigen Geschäft“ holte. Trotz gesteigerter Anerkennung blieben Arbeitsbedingungen und Lohn allerdings weiterhin schlecht und es kam zu starken Statusgruppen innerhalb der Berufsgruppe Pflege.
- Der entscheidende Bruch zwischen Pflege und Sozialarbeit ist in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg zu finden. Der Pflege gelingt es nicht (besonders im Westen), u. a. wegen der Verkürzung der Qualifizierung im Krieg, in der Ausdifferenzierung der Handlungsfelder wieder Anschluss an die begonnenen Erfolge der Pionierinnen zu bekommen, die eine akademische Ausbildung anstrebten. Gründe sind die zunehmende Orientierung der Pflege hin zur Naturwissenschaft, der Rückgang des konfessionellen Einflusses, einhergehend die Unterordnung unter die Medizin. Das verschließt Einrichtungen auch gegen den prägenden Einfluss der Bildung der rückkehrenden Emigrant*innen, die nachhaltig die Lehre an den Hochschulen, vor allem in der Pädagogik und Geisteswissenschaften prägen.

- In der Fürsorgearbeit war der Begriff „Beratung“ weniger gebräuchlich, man verwendete eher Begriffe wie „Unterstützung“, „Behandlung“ oder „pflegerische Fürsorge“ (vgl. Schubert, Rohr, Zwicker-Pelzer 2019). Die Beratungsformate der Zeit können ihren Grundströmungen zugeordnet werden und haben unterschiedliche Formate, die nicht alle unter Wohlfahrt eingeordnet werden können. Während die Erschließung der neuen Berufsfelder der bürgerlichen Frauen in der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitseinrichtungen zunächst im Wesentlichen in soziale Hilfsarbeit oder Assistenztätigkeit führte, ist die sozialreformerische Kraft der Beratungsangebote auch in der Frauenrechtsschutzbewegung, der Berufsberatung, Frauenstimmrechtsbewegung und aufklärender Beratungsarbeit zu finden (vgl. Gröning 2010: 139).
- Die Beraterbeziehung zwischen Fürsorge und Klient*in in den Gesundheitseinrichtungen und kommunaler Gesundheitsfürsorge war tief geprägt von Machtverhältnissen und Moral. Von der Fürsorge abhängig zu sein bedeutete in der Regel, fremdbestimmt zu sein und den persönlichen Wertvorstellungen der Fürsorger*innen entsprechen zu müssen, um Leistungen zu erhalten. Die Gesundheitsfürsorge war demnach eine Institution, die zwar auch soziale Ansprüche von Betroffenen vertreten konnte und erstmals auch Kulturen von staatlicher Gesundheitsförderung entwickelte. Sie war aber auch stark hierarchisch organisiert und von obrigkeitlicher Bewilligung und Zeitgeist bzw. persönlichen Leitbildern bestimmt. Die Leitbilder waren an die Weltanschauung der jeweiligen Institutionen gebunden. Fallergählungen und Selbstzeugnisse zeigen einen allgemeinen Trend, in dem soziale oder materielle Probleme oft undefiniert wurden und so Ratsuchende (im Sinne von Foucault) einem Machtmodell gegenüberstanden, die sich als individualisierende Macht herausstellt. Sie wurde sowohl im religiösen Kontext als auch in den staatlichen Institutionen als Seelen- und Gewissensführung konzipiert. Die Pastoralmacht kann so als eine Vorform der Gouvernamentalität verstanden werden, die in der Moderne eine wichtige Machtform darstellt und die Selbststeuerung des Handelns durch Individualisierung setzt.
- Beratung wird oft als eine Folge von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen verstanden. So argumentiert die historische Beschreibung dahin, dass, wenn Gesellschaften sich wandeln, wenn viele Menschen verunsichert oder irritiert sind, wird Beratung verstärkt oder zumindest allgemein als notwendig angesehen (vgl. Vossler 2005). Das veränderte Leben soll – am besten produktiv – bewältigt werden, Informationen sollen vom Experten zum Laien fließen und Neues muss angenommen und gelernt werden. Entwicklung – auch in

Richtung Anpassung – soll durch Beratung angestoßen und begleitet werden. Auch Beratung als Mittel zur Prävention, um Schaden zu vermeiden, wird als eine mögliche Absicht von Beratung festgehalten. Gröning kritisiert diese Darstellung als unvollständig. Sie weist auf die hohe Verknüpfung der Geschichte von Beratung mit den Disziplinen Medizin, der Psychologie bzw. des heilpädagogischen Systems hin (vgl. Gröning 2010b: 14). Im ausgehenden 19. Jahrhundert zeigt sich ein zeitliches Nebeneinander von einem auf die Professionalisierung verschiedener Disziplinen ausgerichteten Beratungshandeln und auf starke soziale Bewegungen. Vor allem der Frauenbewegung sind gegen Ende des 19. Jahrhunderts Beratungstätigkeiten zuzuordnen, in der Beratung zu mehr Teilhabe und Mündigkeit führen soll. An den Beispielen der drei Institutionen von Marie Stritt, Josefine Ley-Ratenau und Helene Stöcker erinnert und systematisiert Gröning unterschiedliche Beratungskonzeptionen, die sich darin eindeutig von den sozialen Hilfetätigkeiten und Fürsorge aus der Zeit abgrenzen lassen (vgl. Gröning 2010b 17 ff.). Demnach ist die Art und Weise, wie beraten wird, wer berät, in welchem Kontext, welchen Stellenwert Beratung einnimmt, zwar von gesellschaftlichen Entwicklungen und Bedingungen abhängig, aber auch von professioneller Interessenpolitik und gesellschaftlichen Konflikten.

20.–21. Jahrhundert

2.4 Zäsur Akademisierung – unterschiedliche Professionalisierungsprozesse von Pflege und sozialer Arbeit

In dem bis hier verfolgten historischen Rückblick wurde eine starke Prägung des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens durch Medizin und verschiedene Konfessionen deutlich, die auch ihre Wirkung auf die Beratungsformate hatte. Eine erst nach dem Zweiten Weltkrieg kontinuierlich einsetzende prägende lange Linie ist die Akademisierung, aber auch die Ökonomisierung, die nun nacheinander mit in die Betrachtung eingehen.

Akademisierung hat natürlich große Auswirkungen auf die Ausarbeitung des theoretischen Bezugsrahmens der sich überschneidenden Fachthemen im Gesundheitswesen, aber auch auf die Beteiligung an politischen Prozessen und die zu besetzenden Positionen im beruflichen Handlungsfeld.

Erste gemeinsame Ansätze zur Akademisierung

Tatsächlich war schon die Zeit vor den Weltkriegen bedeutsam für die Disziplinbildung der sozialen Gesundheitsfürsorge (vgl. Schneider et al. 2013: 17 ff.). Etwa zeitgleich mit den beruflich Pflegenden gründeten auch die Fürsorgerinnen Berufsverbände zur eigenen Interessenvertretung³⁵ und um sich an den öffentlichen Debatten beteiligen zu können. Frauen einen Zugang zur Bildung zu ermöglichen gehört zu den wichtigsten Zielen der Verbände. Zu einer Zeit, in der Frauen nur vereinzelt zum Studium zugelassen wurden, gründete z. B. die Pädagogin und Frauenrechtlerin Henriette Goldschmitt 1911 ein sozialpädagogisches Frauenseminar in Leipzig. Agnes Karll, die Krankenschwester und Gründerin der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands sowie der Säuglings- und Wohlfahrtspflegerinnen (kurz: BOKD oder B.O.), schrieb das Curriculum für die dortige „Ausbildung von Krankenpflegerinnen zu Oberschwestern und Oberinnen für soziale Arbeit an der Frauenhochschule in Leipzig“ (Bartholomeyczik 2017: 106; vgl. Elster 2000: 22). Das Studium richtete sich vor allem an Pflegende und Fürsorger*innen in Leitungspositionen. Nachdem diese private Hochschule nach dem Ersten Weltkrieg im Zuge der Inflation vorübergehend geschlossen wurde, änderte sie im Nationalsozialismus die Inhalte. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde sie dann schließlich ohne pflegerische Qualifizierung weitergeführt. S. Bartholomeyczik nennt noch weitere erste Versuche der Pflege zur Akademisierung bis nach dem Zweiten Weltkrieg (vgl. Bartholomeyczik 2017: 105 ff.). Die Form der eigenständigen und kritischen Auseinandersetzung über und innerhalb der Berufsverbände und der Frauenbewegung über die spezifischen Inhalte der Fürsorge und Pflegeberufe fand im NS ihr Ende und nach 1945 fand man nur langsam und in verschiedene Weise wieder Anschluss.

Kontinuierliche Auseinandersetzung um die Akademisierung nach dem Zweiten Weltkrieg

Nach 1945 konzentrierte sich die soziale Arbeit samt ihren Interessensvertretungen auf die Akademisierung und Professionalisierung, die nach zähem Ringen ab den 70er Jahren im Rückblick dann schließlich als gelungen bezeichnet werden kann, denn heute ist sie unbestritten eine universitäre Ausbildung.

³⁵ 1903 den Verband der Berufsarbeiterinnen der Inneren Mission, 1916 den Deutschen Verband der Sozialbeamtinnen (DVS), 1916 den Verein deutscher katholischer Sozialbeamtinnen (VKS). Die Berufsverbände unterstützen jedoch nicht die Forderung nach einer normalen Erwerbstätigkeit, sondern blieben dabei, die Liebestätigkeit, die Berufung, eben die ideelle Ausrichtung des Berufes in den Vordergrund zu stellen. Liebestätigkeit und übliche Anstellungsverhältnisse erschienen einer großen Gruppe der Akteurinnen wie ein Widerspruch in sich, obschon sie spätestens mit Gründung der AWO 1919 nicht mehr hauptsächlich bürgerlich besetzt und geführt waren.

Die Akademisierung der Pflege hingegen braucht gute 25 Jahre länger und verläuft noch lange schleppend. Diese Zeit kann daher als deutliche Zäsur in der aufeinander bezogenen Bildung der beiden Berufe betrachtet werden und die Folgen prägen Inhalte und gesellschaftliche Mitgestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. So setzt auch die disziplinspezifische wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Beratungstheorie und -praxis zu völlig unterschiedlichen Zeiten und dadurch beeinflussenden Zeitströmungen ein.

Akademisierung der sozialen Arbeit – mit Blick auf einige Entwicklungslinien von Beratung

Für die Vertreter*innen der Sozialen Arbeit galt, dass die Möglichkeit einer wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von sozialer Arbeit und Gesellschaft hilft, den Kern der Profession zu klären und damit ihre originären Handlungsweisen und Interventionen. Rückblickend und vor dem Hintergrund der historisch je spezifischen Gesellschaftsformation können im Klärungsprozess natürlich auch unterschiedliche Antworten gefunden werden. So analysiert und differenziert Hans Uwe Otto z. B. drei zentrale theoretische Ansätze: einen fürsorgewissenschaftlichen, einen kritisch/(neo-)marxistischen und einen modernisierungstheoretischen (vgl. Otto, Seelmeyer 2004: 36 ff.). Es lässt sich dennoch festhalten, dass sich die Soziale Arbeit in der Zeit, in der sie sich zu einer wissenschaftlichen Fachdisziplin etabliert, auch vom Duktus der reinen Fürsorge befreit. Sie versteht sich alsdann, eben im Unterschied zu den Pflegeberufen, auf Grundlage wissenschaftlicher, berufstheoretischer und erfahrungspraktischer Begründung nicht mehr als Assistenz der Medizin, sondern als eigene gleichberechtigte Profession mit einem eigenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Bedarfslagen und eigenen Interventionsmethoden. Beratung wird zu einer zentralen professionellen Handlungsintervention. Klinische Sozialarbeit wird später als Fachsozialarbeit zu einem eigenen Studienprofil und auf diese Weise wird ein Kernbereich des Gesundheitswesens für die soziale Praxis erschlossen.

Eine Ähnlichkeit zur professionellen Pflege bleibt trotz Akademisierung jedoch erhalten: die Nähe zum Alltag der Menschen, die sich bei beiden in einer gewissen „Allzuständigkeit“ ausdrückt. Für einen solch breiten Zuständigkeitsbereich ist es einer neuen Wissenschaftsdisziplin nicht möglich, für alle dort aufzufindenden Themen eigene Theorien zu generieren, die dann helfen, alle auftretenden Situationen zu bearbeiten oder zu verstehen. Daher sind weiterhin Erkenntnisse aus Bezugsdisziplinen wichtig, die dann jeweils für die soziale Arbeit übersetzt und fruchtbar gemacht werden können. Erkenntnisse aus der Psychologie, Psychotherapie, Soziologie, Pädagogik oder auch der Medizin fanden so Eingang in die Handlungskonzeptionen der

sozialen Arbeit. Wobei darauf geachtet werden musste, nicht wieder den eigenen Kern zu verlieren (vgl. Schütze 2000 u. a.).

Für die wichtige und hier im Fokus stehende Handlung soziale „Beratung“ lässt sich diese Gefahr in der Beratungskritik der 70er und 80er Jahre (vgl. Gröning 2016a: 17 ff.) aufzeigen, die gerade dort das zu enge Aufsetzen auf die Methodik der eben genannten therapeutischen Bezugssysteme als Verlust der eigenen Identität sieht. Denn damit werden die eigentlich disziplinbegründenden, wissenschaftlich herausgearbeiteten Ziele der sozialen Arbeit verfehlt, die da sind: Reflexivität, Mündigkeit und Selbstbestimmung.

Harald Ansen gehört zu den Kritikern im Beratungsdiskurs der sozialen Arbeit. Er verweist pointiert darauf, dass das *Soziale* in der Beratung in der sozialpädagogischen Diskussion ein vernachlässigtes Thema sei. In der Fachliteratur kritisiert er vor allem die psychologischen Beratungskonzepte bzw. sieht dort rein methodische Hinweise, die dann wie Rezepte veröffentlicht oder verwendet würden. Er selbst präzisiert das Spezifische an der sozialen Beratung, grenzt es von den anderen Disziplinen, die beraten, ab, indem er die Beratung systematisch von einer Theorie der Sozialen Arbeit her bestimmt (Ansen 2008). Er bezieht sich explizit auf die lebenswelttheoretisch begründete Soziale Arbeit nach H. Thiersch u. a. Thiersch selbst hat für diese Profession maßgeblich zur Überwindung des medizinisch-naturwissenschaftlich orientierten Beratungsbegriffs beigetragen (vgl. Thiersch 2002, vgl. Schramm, Frommann 1976 u.a.). Dem Professionalisierungsgedanken der Beratung selbst steht er allerdings kritisch gegenüber (vgl. Gröning 2016: 119).

Werden im aktuellen Wissenschaftsdiskurs Entwicklungslinien der Beratung in ihrem historischen Verlauf betrachtet, können damit unterschiedliche Ziele verfolgt werden. So können z. B. die Beratungsformate im Zeitgeist der Epochen rekonstruiert werden und die jeweiligen Methoden der Beratung auf das dahinterliegende Motiv schließen lassen (vgl. Gröning 2011). Oder, um sie als eigene Handlungsdisziplin zu verstehen, die über ein wissenschaftlich fundiertes Denk- und Handlungskonzept verfügt, schlägt Schubert (2015) vor, die Entwicklungen zu den wissenschaftlichen Grundaussagen zurückzuverfolgen. So möchte er den Wandel und die Lösung aus dem Schatten des ursprünglich therapeutischen Grundanliegens nachzeichnen. In der historischen Betrachtung differenziert er dabei drei Entwicklungsstränge: 1. den psychologisch-psychotherapeutischen, 2. den empirisch orientierten, psychologisch-pädagogischen und 3. den lebensweltlichen, sozialökologisch-transaktionalen und systemisch-kontextuellen Entwicklungsstrang. Jeder der genannten Entwicklungsstränge wird von einem anderen Verständnis von Beratung und unterschiedlichen Interventionen wie auch von einem unterschiedlichen

professionellen Selbstverständnis der Berater*innen getragen (vgl. Schubert, Rohr, Zwicker-Pelzer 2019: 3).

Gröning verfolgt über die Rekonstruktion von Entwicklungslinien der Beratung ebenfalls die Absicht, deren Professionalisierung zu beschreiben, aber will damit gleichzeitig auch einen Beitrag zur selben leisten (z. B. Gröning 2010; 2016). Sie rekonstruiert die Entwicklungslinien der Beratung so, dass sie als eigenständiges professionelles und pädagogisches Handeln verstanden werden, und entwickelt über den Rückblick vergleichend ihre Methodologie (2016). Dabei stellt sie konkret Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Theoretiker*innen für das Pädagogische in der sozialen Beratung heraus. Zum einen betont sie in der Entwicklung die zunehmende Bedeutung eines Anerkennungsverhältnisses (Honneth) der interagierenden Akteur*innen, das sie bei unterschiedlichen Pionier*innen³⁶ der modernen Beratung findet. Dann beschreibt sie in Abgrenzung zu den therapeutischen Professionen die Gestaltung eines besonderen Beziehungsraumes (ausführlicher kap. 3.5.2.4.) in dem das Pädagogische sich zeigt, weil es „Möglichkeitenräume“ eröffnet und es darin „um ethisches Tun geht“³⁷ (Gröning 2016a: 86). Ihre Entwicklungslinie folgt auch der sozialwissenschaftlichen Bildung und Forschung, die mit U. Oevermann (1981) und G. Rosenthal (1995) ein neues Fallverstehen in der Beratung ermöglicht und eine Orientierung am Einzelfall begründet statt eine Ordnungsfunktion.

Mit der Pflege kreuzen sich diese Diskussionslinien erst wieder zur spät gestarteten Akademisierung der Pflege und gewinnen an Bedeutung, als die Pflegeversicherung verabschiedet wird.

Als eigens aus der Sozialpädagogik entwickeltes Konzept gilt das Case Management (vgl. Wendt 2018; Thole 2011: 513). Mit Konstruktion des Pflegeberaters (2009) im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) wird dieses Konzept in die Diskussion um die Ausgestaltung dieser neuen Funktion, in die Steuerung von Pflegebedürftigkeit, eingeführt. Es ist vor allem auf W. R. Wendt zurückzuführen, der in der DDR aufgewachsen ist, dass die Methode³⁸ Case Management für das deutsche Gesundheitswesen nutzbar gemacht wurde. Wendt treibt damit die Theorieentwicklung in der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich voran und entwickelt des Weiteren eine Handlungsanleitung zur „Sorgeberatung“ (Care Counseling), wie er es nennt (vgl. Löcherbach 2009: 127).

³⁶ Anne Frommann, Thea Sprey, Hans Thiersch, Kurt Aurin und Gerhard Leuschner.

³⁷ Eine Professionsethik, in der es um gutes und gerechtes Leben geht (vgl. Kapitel Nussbaum).

³⁸ Später auch ein Organisationsprinzip.

Akademisierung Pflege – Überblick

S. Bartholomeyczik bezeichnet die Geschichte der Akademisierung der deutschen Pflege seit Beginn des 20. Jahrhunderts bis in die 1980er Jahre als eine Vorphase der Pflegewissenschaft, die durch „verpasste Gelegenheiten“ (Müller 1997: 11) gekennzeichnet ist. Neben den frühen Ansätzen der theoretischen Fundierung von „Krankenpflege“ (die vor allem von Mediziner*innen gestützt wurde), gab es nach 1945 tatsächlich recht schnell einzelne Anstöße, Pflege an den Hochschulen zu etablieren.³⁹ Die Alliierten sahen auch im Gesundheitswesen eine Institution, die zur Demokratisierung der deutschen Gesellschaft beitragen könnte. Es waren vor allem die verschiedenen Pflegeverbände, die diesem Ansinnen sehr kritisch gegenüberstanden (vgl. u. a. Fritz 1964; Bartholomeyczik 2017). Deren Vertreter*innen hatten damals die Vorstellung, die Pflege vor allem vor Ort auszubilden zu müssen, direkt in der Praxis, in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Den Beruf an die Universitäten zu bringen diskutierten sie als „den Beruf ver-theoretisieren“. Anders als bei der Bildung der Sozialpädagog*innen wurden die Einflüsse aus dem Ausland nicht breit diskutiert und fanden auch in der Ausbildung keinen Raum zur Entfaltung. Die sehr verengten Ausbildungsinhalte (s. o.) boten z. B. keinen Platz für die Einflüsse der neuen akademischen Wissenschaftsdisziplinen, wie oben bereits beschrieben wurde. Anstelle der angestrebten Akademisierung vor dem Krieg etabliert sich eine Ausbildung, die außerhalb aller anderen üblichen Ausbildungssysteme steht. Weder wurde sie in die duale Ausbildung überführt noch in das System berufsbildender Schulen integriert. Zudem stellten die vielen verschiedenen Schwersternverbände durch das Fehlen einer gemeinsamen nationalen Vertretungsorganisation eine Hürde für den Anschluss an die internationalen Organisationen dar – und damit an die internationalen Diskussionen und Entwicklungen der Berufsgruppe (vgl. dazu u. a. Wolff 2008: 258).

In den 70 Jahren war schließlich die Krankenpflege dann in einer Art Hochblüte der Funktionspflege angekommen, die gekennzeichnet war von Technik und Hygienegläubigkeit (vgl. Müller E. 2001: 11). Veränderung kommt erst durch die Einflüsse aus den US-amerikanischen und britischen Pflegemodellen zum Personenbezug (vgl. Peplau 1952; Orlando 1962; Leininger 1966; Henderson 1966), über die die pflegerischen Interaktionen langsam Eingang in die berufsfachlichen Diskussionen und Weiterbildungen in Deutschland fanden. So wurde auch das Potenzial der pflegespezifischen Beziehungsgestaltung sichtbar und als bedeutsam erkannt. Zumindest findet der Begriff Eingang in die berufsfachlichen Diskussionen. Bis heute existieren

³⁹ Zum Beispiel 1946 die Rockefeller Foundation aus den USA, die in Heidelberg ein College of Nursing unterstützen wollte. Weitere Übersichten finden sich bei Grauen 1988 und Müller 1997.

allerdings kaum Forschungsarbeiten, die sich der pflegespezifischen Beziehungsgestaltung zuwenden (vgl. Rös 2020). Der Wert der Beteiligung von Patient*innen an ihrer Versorgung, aber auch an der Entscheidung, wie sie versorgt werden wollen, kam jedoch damit in den Blick. Die Zusammenarbeit und die humanitäre Seite der Pflege-Patienten-Beziehung war bereits länger Thema in den angloamerikanischen Pflgetheorien (vgl. auch Meleis 1999, Benner 1984). Feministische Fragestellungen und eine eigene Pflegegeschichte neben der Medizingeschichte eröffneten über einige Veröffentlichungen den reflexiven Blick auf den Beruf und auch die internationalen Verbindungen konnten nun neue Perspektiven eintragen (vgl. Sticker 1960; Lersner 1955, Wittneben 1991 Bischoff, 1991 u.a.). Die Erkenntnisse aus Weiterbildungen hatten allerdings keine große Wirkung in der Breite oder politische Kraft, brachten jedoch Impulse zu einigen Praktiker*innen, die neue Strukturen suchten und Reformen in der von Ritualen und Funktionalismus geprägten Pflegepraxis anstoßen wollten.

Für die weitere Darlegung ab 1980 bietet sich nun die Systematisierung von S. Bartholomeyczik an, mit der sie sich an die Arbeiten von Alison Tierney (1994) anlehnt, welche so die 20 Jahre früher gestartete Pflegewissenschaft in Großbritannien⁴⁰ strukturiert. Bartholomeyczik findet ab 1980 drei Phasen der deutschen Akademisierung. Nur die erste ist bisher in der Pflegeforschung gut belegt. Für die Ausarbeitung der nächsten Phasen hat sie mit ihrer Systematisierung einen guten Anfang gelegt. Weitere Forschungen, die z. B. interne Strömungen, fachliche Diskurse und äußere Einflüsse zum besseren Verständnis differenzierter beschreiben, stehen noch aus.

- Phase 1 (1980–1990): Einzelne Pionier*innen⁴¹ starten Forschungsaktivitäten trotz fehlender institutioneller Anbindung an Wissenschaftsstrukturen gegen Widerstände unterschiedlicher Art. Unterstützung finden sie in kleineren Netzwerken Gleichgesinnter und durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe.
- Phase 2 (1990–2000): Während 1990 noch kein Pflegestudiengang existierte, waren 1995 erste Studienmöglichkeiten entstanden und zu Beginn des 21. Jahrhunderts konnten schon 50 Pflegestudiengänge gezählt werden, die mit mehreren Professuren versehen waren (vgl. Schaeffer 2011). Überwiegend wurden und sind sie an Fachhochschulen angesiedelt, wenige an Universitäten (vgl. Kälble 2001; Schaeffer 2011). Die Phase ist gekennzeichnet

⁴⁰ Tierney 1994: 162–164: The 1960s – Emergence: lone pioneers; The 1970s – Beginnings of collective activity; The 1980s – Growth of activity and infrastructure; The 1990s – Towards strategic development.

⁴¹ R. Reimann, E. Pinding, S. Bartholomeyczik, R. Schröck, A. Zeglin, M. Krohwinkel u. a.

durch den Aufbau akademischer Strukturen, Präzisierung von Inhalten und erste kollektive Aktivitäten zeigen sich.

- Phase 3 (etwa 2000): Beginn einer Konsolidierung. Forschung, besonders zur Langzeitpflege, entwickelt sich mit Drittmittelfinanzierung über die Reduktion auf Abschlussarbeiten hinaus. Strategien werden entwickelt, veröffentlichte wissenschaftliche Diskurse zu Methodologien und Methoden entstehen.

Der Anshub für die Akademisierung der Pflegeberufe gelang schließlich zum einen durch das reformorientierte Engagement der Pionierinnen, die über die grundsätzlichen Voraussetzungen für ein Studium verfügten und ihre Bildungskarrieren zum Teil im Ausland oder eben in anderen Disziplinen (im Wesentlichen in der Erziehungswissenschaft) begonnen hatten und ihr Wissen, öffentliches Engagement und Erkenntnisse eintrugen. Die zentralen Begründungsargumente zur Verankerung der Pflege in der Hochschule waren aber dennoch weniger ein prominenter Beitrag aus der Wissenschaft (wie u. a. die umstrittene und oft erwähnte Schrift 1992 „Pflege braucht Eliten“), sondern etliche Berufs- und gesundheitspolitische Anforderungen wie:

- die veränderten Morbiditäts- und Demografiestrukturen. Durch den in den 80er Jahren nicht mehr zu übersehenden demografischen Wandel rücken auch die veränderten Morbiditätsstrukturen der Bevölkerung in den Blick. Der Pflegebedarf stieg und damit der gesellschaftliche Auftrag an die Pflegeberufe, ihr Kerngeschäft auszuarbeiten. Mit der quantitativ zunehmenden Bedürftigkeit der Bevölkerung nach Pflege steigt auch die gesellschaftliche Verantwortung, mit der die Berufsgruppe nun konfrontiert ist. Qualitativ stellen die neuen chronischen Krankheitsverläufe (z. B. Diabetes oder insbesondere Demenz) ebenfalls neue Herausforderungen in der Versorgung. Zusammengenommen befördert es die Diskussion nach inhaltlich tieferer Qualifikation, zeigt also auf ein akademisches Professionalisierungserfordernis (vgl. Höhmann 2012: 319; Bartholomeyczik 1992; Steppe 2003).

„Die demographische Entwicklung und die Veränderung des Krankheitsspektrums mit der Zunahme chronischer, das heißt im traditionell medizinischen Sinne ‚nicht mehr heilbaren‘ Krankheiten, führt immer mehr zur Herausbildung von Pflegebedürftigkeit als eigenständigem Phänomen. Der Umgang mit diesem Phänomen führte auch zu so etwas wie einem Rollenwechsel in den Zuständigkeiten der beiden wichtigsten Berufsgruppen in diesem Feld: der Pflege und der Medizin.“ (Steppe 1994: 48)

Wenn es in dem Zitat von Hilde Steppe eher um die Emanzipation aus der ärztlichen Assistenz geht, bezieht es sich in der Herausarbeitung der Kernkompetenz aber auch auf andere

Berufsgruppen im Handlungsfeld der Versorgung. Vor dem Hintergrund der demografischen Wandlungsprozesse ist vermehrt gerontologisches Wissen gefragt, z. B. und das ganz drängend: Demenzwissen⁴².

- Veränderte Anforderungen der Medizin und der Ökonomisierung, die neue Techniken, Wissen und Steuerung erforderlich machten. Gründe, die in der Hochschule vor allem die Lehrer*innen- und Managerbildung nach vorne brachte.
- Die ehemals homogene Nachkriegsgesellschaft an sich war im Umbruch, Lebensweisen und Bevölkerung wurden vielfältiger und stellten das Gesundheitswesen vor neue Fragen. Dazu gehörte auch, dass die Rolle der Frau und die Konstruktion der Familie in der Gesellschaft wieder verhandelt wurde, in der Lebensgestaltung und Karriereerwartungen über die berufliche Pflege oder die alte Rolle der Frau als alleinig Sorgende in der Familie nur schlecht erfüllbar waren.
- Während nach dem Krieg eine große Anzahl Pflegepersonal, die für die Kriegskrankenpflege nur kurz qualifiziert waren, auf wenige Stellen drängte, wird ab den 60er Jahren der Nachwuchs für die Pflegeberufe knapp. Das Berufsformat, dessen Ausbildung und Arbeitsbedingungen sind unattraktiv geworden. Der Pflegepersonal-mangel wurde ab den 70er Jahren zum gesellschaftlichen und politischen Problem. (vgl. Kapitel 2)

Berufspolitisch wird die Akademisierung als *das* Mittel für eine Statuserweiterung erkannt und auch, um damit einen Machtzuwachs zu erreichen. Auf der dünn besetzten Akademiker*innen-seite geht es derweil darum, über eine wissenschaftliche Verarbeitung spezialisierter Themenkomplexe und Phänomene eine Entwicklung des eigenen Wissenskorpus, eine systematische Erweiterung der gesellschaftlich wichtigen bzw. originären Inhalte und Qualitäten der Pflegepraxis als humanistische Dienstleistung voranzutreiben. Auseinandersetzungen und Konkurrenzen um Themen und Positionen finden sich in der neu zu erschließenden Hochschullandschaft (vgl. Höhmann 2013: 316) genauso wie unter den Praktiker*innen der eigenen Berufsgruppe und den bereits professionalisierten weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen – Medizin und soziale Arbeit.

Kaum gelingt der Einstieg über neue Studiengänge in die Hochschulen, mussten sie durch die europaweite Forderung nach den dreistufigen, konsekutiven Bologna-Vorgaben (1999) für die

⁴² Die Literaturstudie zum Expertenstandard Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz stellte allerdings heraus, dass sich ausgerechnet die Pflegewissenschaft kaum wissenschaftlich mit der professionellen Beziehungsgestaltung beschäftigt hat. Das gilt sogar international. Die anderen Wissenschaften, die Soziologie, Pädagogik, Soziale Arbeit lieferten dafür eine breite Studienlage.

Studiengangsstrukturen wieder umgebaut werden. Aber nicht nur in der Hochschule forderten Reformen neue Strukturen, auch die Pflegepraxis (nach dem SGB XI, das DRG-System) im Gesundheitswesen benötigt neue Prozesse und Umdenken im klinischen Alltag und brachte etliche kleine Anpassungsqualifikationen für den Pflegeberuf hervor.

Bemerkenswert ist sicher neben der nun schwer überschaubaren Fragmentierung der neuen Qualifizierungen, dass Pflege und Betreuung nun auch voneinander getrennt werden, wobei die beziehungsorientierten Anteile der Pflege der Betreuung zugeordnet wurden. Dieser Anteil der Bildung landete bei den geringer Qualifizierten, da diese demnach nicht besonders hoch bewertet wurden.

Unter diesen Eindrücken konzentrierte sich die Mehrzahl der neuen Pflegestudiengänge auf Pflegemanagement und -pädagogik. Eine Engführung, über die nur Teilbereiche in die Akademisierung einbezogen wurden – keine Professionalisierung. Außerdem liegen nach wie vor unterhalb der akademischen Ebene Aus- und Weiterbildungen, die nicht sinnvoll an die begonnene Entwicklung angepasst sind (vgl. Schaeffer 2011). Der somatisch verengte Pflegebegriff der Pflegeversicherung hat sich zudem intensiv, aber negativ auf diese Pflegebildung ausgewirkt.

Beratung als eigenes professionelles, pflegespezifisches Handeln wurde erst Ende der 90er Jahre in den wissenschaftlichen Diskurs übernommen, wozu die Pflegeversicherung einen entscheidenden Anstoß gegeben hat. Veröffentlichungen über beratende Tätigkeiten in der Pflege vervielfachten sich in der Zeit von 1990 bis 2004 in den wissenschaftlichen Zeitschriften der Pflege (vgl. Darmann-Finck, Sahn 2006). Beratung als eigenes Lehrgebiet der Pflegewissenschaft existierte nur vereinzelt (z. B. ab 1999 in der FH Bochum). Auf spezifische Beratungskonzepte, die Begründungen und Erklärungen für die pflegerische Beratungspraxis lieferten, wird in Kapitel (3.5.4.) näher eingegangen.

Die Einführung des SGB XI in der Mitte der 90er Jahre spielt in der Geschichte der Akademisierung der Pflege eine zentrale Rolle, denn über sie erlebt die Pflegeforschung einen An Schub. Langzeitpflege soll danach im großen Umfang ein Gegenstand für die Wissenschaft werden. Dass Pflege und Pflegebedürftigkeit einer wissenschaftlichen Fundierung und Begründung bedarf, wird auch schnell erkannt, jedoch erst 20 Jahre später in das Gesetz aufgenommen. Die Gerichte teilten schon im Jahr der Einführung der Pflegeversicherung mit, dass die Klagen gegen die Begutachtungsverfahren und Einstufung in eine Pflegestufe unverhältnismäßig häufig waren. Für den Gesetzgeber deutete das auf ein noch nicht völlig durchdachtes Gesetz hin (vgl. Bienstein in Meißner 2017: 15).

Die steigende Prävalenz unterschiedlicher Demenzen erforderte neben den naturwissenschaftlichen Erkenntnissen der Medizin auch die Verbindung mit phänomenologischem Forschen, um eine angemessene Gestaltung der Versorgung und des Zusammenlebens mit dieser chronischen Erkrankung zu ermöglichen. Pilotprojekte z. B. in der Demenzbegleitung werden auf den Weg gebracht und wissenschaftlich begleitet. Seit 2009 existiert ein vom Bund gefördertes Forschungsinstitut zur Erforschung Neurodegenerativer Erkrankungen (DZNE), in dem unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen ihre Erkenntnisse zusammentragen, in denen die Pflegewissenschaft ebenfalls vertreten ist.

Auf der anderen Seite hat sich gerade die reduzierte Auffassung von Pflege im SGB XI bis 2017 insgesamt negativ auf die Pflegebildung ausgewirkt.

Die Bedeutung des Zeitpunktes der Akademisierung für die aktuelle Pflegepraxis ist in der Pflegewissenschaft mittlerweile auch Gegenstand der Fachdiskussion. Bettina Flaiz legte 2018 ihre Dissertation vor, die sich darin die professionellen Identitäten von Pflegefachpersonen systematisch vornimmt. In einem Ländervergleich (Australien/Deutschland) und u. a. auf dem Hintergrund der Habitus­theorie von P. Bourdieu arbeitet sie historisch zudem eine Prägung der beruflichen Identität von Pflegefachpersonen durch Medizin und den konfessionellen Einfluss heraus. Als weitere wichtig zu unterscheidende Prägung benennt sie den unterschiedlichen Beginn der Akademisierung in den Vergleichsländern. Sie belegt über ihre empirische Forschung, dass sich in der aktuellen Performanz der Pflegepraxis in den beiden Ländern eindruckliche Unterschiede wiederfinden lassen, gerade auch auf der Mikroebene. Im Interview vor dieselben ethischen Entscheidungen im Pflegealltag gestellt, sind z. B. sowohl die Begründungskompetenzen für das professionelle Handeln als auch die daraufhin getroffenen Entscheidungen selbst verschieden. Während z. B. die lange akademisch geprägten Pflegefachleute aus Australien im Wesentlichen analytisch begründen und mit Bezug zu den Grundlagen der Disziplin entscheiden, argumentieren die befragten Pflegefachleute aus Deutschland mehr aus persönlich-naivem Wissen (vgl. Flaiz 2018: 295 ff.)⁴³. Auch unterscheidet sich ihr Verständnis von Patientensicherheit und vor allem die ausgeprägtere koproduktive Beratungspraxis der Pflegefachleute mit den Patient*innen, um eine sichere Versorgungssituation zu erreichen.

⁴³ Flaiz schlägt vor, neben der Akademisierung auch noch den „punktgenauen“ Einfluss von Medizin und Religion präziser zu bestimmen. Für die vorliegende Arbeit lieferte der Rückblick auf das fokussierte Handlungsfeld Beratung zumindest erkennbare Bezüge. So ließ und lässt sich auch zeigen, wie Beratung im Rahmen der Professionalisierung selber zu Steuerungsinstrumenten der Disziplinen im gesellschaftlichen Wandel wurden und sind.

Diese Ergebnisse belegen zum einen eine mangelnde Durchdringung des zentralen Wissenskorporus in der deutschen Pflegepraxis in ethischen Entscheidungssituationen. Zum anderen lässt sich vermuten, dass ein ausgeprägter Bezug zum pflegerischen Proprium auch der Beratung bei Pflegebedürftigkeit von den Pflegefachleuten selbst mehr Raum eingeräumt würde.

Aber trotz all dem Wandel und der vielbeschworenen gesellschaftlichen Bedeutung fällt es der Pflege als Beruf schwer, sich fachlich professionell zu positionieren. Mit der verspäteten, aber neuerlich verstärkten Akademisierung kommt zwar ein Professionalisierungsschub, aber auch eine Spaltung der Profession. Damit unterscheidet sie sich von der Sozialen Arbeit. Verrichtungsbezogene und körpernahe Tätigkeiten werden in Institutionen und Familien oft unter schlechten Bedingungen durchgeführt und es kommt wenig vom Wissen der Akademiker*innen an.

Die wissenschaftlich gebildeten Pflegeeliten finden ihre Beschäftigung im Management und in Expertenfunktionen.

Beratung bildet sich als Auf- oder Ausstiegsprojekt heraus, wird aber nur am Rand über die Pflegewissenschaft weiterentwickelt.

2.5 Kontinuität und Brüche – zur gesundheitsbezogenen Beratung von sozialer Arbeit und Pflege

Es lassen sich über diese historische Betrachtung Brüche, Kontinuität sowie Interdependenzen der beiden humanistischen Dienstleistungsberufe zeigen.

Institutionalisierte Beratung

Eine gemeinsame Entwicklung zur Bildung von Beratung bricht nach dem Zweiten Weltkrieg in verschiedene Richtungen auf und die soziale Arbeit konsolidiert sich mit Beratung in Institutionen:

Nach dem Krieg ist in Deutschland vom „Erziehungsnotstand“ die Rede, der u. a. durch die abwesenden Väter bedingt war. Fürsorge sollte den Notstand lindern und so wurde z. B. die Erziehungsberatung ein wichtiger Zweig der sozialen Arbeit. Gesundheitsberatung, die über Pflegeberufe durchgeführt wurde, war darin nicht enthalten. Eine Wiederaufnahme der Konzepte des Beratungswesens der Weimarer Republik sollte im Westen im Gegensatz zum Osten nicht versucht werden. Ab 1953 wurden Jugendämter gesetzlich verpflichtet, Beratungsstellen

aufzubauen. Die Entwicklung eines wohlfahrtsstaatlichen Versorgungsmodells schreitet zunächst mit der besser werdenden Wirtschaftslage voran. Durch die oben genannten Einflüsse der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Entwicklungen in den USA auf die bundesdeutsche Wissenschaft, aber auch durch die Popularisierung psychotherapeutischen Gedankengutes in der breiten Bevölkerung im Rahmen der 1968er-Bewegung wird in dieser Zeit eine „Psychologisierung des Alltagslebens“ festgestellt. Die 60er/70er Jahre sind gleichsam eine Epoche der Konsolidierung von Beratung und des Beratungswesens. Es bilden sich Beratungseinrichtungen in öffentlicher und freier Trägerschaft mit differenzierten Beratungsangeboten wie Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Schuldnerberatung, Drogenberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung oder Telefonberatung. Dieser Prozess wurde durch verschiedene neue Gesetzgebungsverfahren begleitet (Jugendwohlfahrtsgesetz JWG 1961, Bundessozialhilfegesetz BSHG 1962, Kinder- und Jugendhilfegesetz KJHG 1991). Beratung wurde zur Pflichtaufgabe sozialer Dienste mit verbindlichen Standards für die Beratungsarbeit, die Finanzierungsstruktur und die Bedarfsplanung. Rehtien (2004) versteht diesen Prozess der Institutionalisierung als das „Materialisieren einer spezifischen gesellschaftlichen Funktion“ der Beratung, nämlich als Kitt zwischen dem Staat, der den rechtlichen Rahmen garantiert (Finanzierung), den Trägern (Arbeitgeber) sowie den Berufsgruppen mit spezifischer Qualifikation als auch der Wissenschaft (Ausbildungseinrichtung) und den Bürger*innen. Mit der Konsolidierung entsteht auch Kritik an dem Beratungsboom der Ämter. Indem sie vor allem der Normalisierung (Link, 2014) dient, bewege sie sich von ihren ursprünglichen Zielen der Reflexivität, Selbstbestimmung und Mündigkeit weg. Sie gehe wieder hin zu einer neuen „gouvernementalen Praxis“, die sich durch „Anrufungen“ zur Selbstoptimierung auszeichnet (vgl. Gröning 2016: 23 ff.).

Die Pflegeberufe sind an diesem Diskurs in den 70ern noch nicht mit einem eigenen Beitrag beteiligt. In den kommunalen Altenberatungsstellen oder auch in der Obdachlosenhilfe werden allerdings gerne Sozialpädagog*innen eingestellt, die auch in der Krankenpflege ausgebildet waren, da hier die körperliche Versorgung eine große Rolle spielt.

Rollen

Als Kontinuität kann sicher das Beharrungsvermögen verfestigter Rollenvorstellungen festgehalten werden. Pflege gilt zwar als qualifizierte und persönlich voraussetzungsvolle Tätigkeit, wird aber dennoch im Kern weiterhin als Hilfsberuf der Medizin oder mittlerweile auch der Ökonomie gesehen. Pflege wurde im 20. Jahrhundert als eine Tätigkeit angesehen, die nicht im

fachlich-helfenden Pflegen aufgeht, sondern bei der es darauf ankommt, persönliche emotionale und soziale Zuwendung zu geben und die deshalb eben auch zeitlich schwer einzugrenzen ist. Diesem Kernbereich der Pflege steht allerdings kein entsprechendes Curriculum oder Studium gegenüber.

Im 21. Jahrhundert ist die Pfllegetätigkeit zum Beruf geworden, neben dem auch noch ein Privatleben Platz haben muss. Die soziale Dienstleistung Pflege ist für die Fachkräfte und ihre Umwelt zwar in der Regel nicht mit einer Berufung verbunden, aber eben doch ein besonderer Beruf, der viel emotionalen und zeitlichen Einsatz verlangt. In einer Studie zu professionellen Pflegebeziehungen stellt C. Kumbruck (2009) heraus, dass der Beruf häufig so verstanden wird, dass er nur dann zur Befriedigung der Pflegenden ausgefüllt werden kann, wenn das Privatleben zurückgestellt wird, obschon es als notwendig empfunden wird. Sie stellt weiter fest, dass es vielen Pflegefachkräften trotz Privatleben angesichts der Bedürftigkeit mancher Patient*innen schwerfällt, pünktlich bei Dienstschluss zu gehen. Ebenso nehmen sie Fallbegleitungen in ihren Gedanken mit nach Hause, weil sie sich Sorgen darum machen. Laut Kumbruck ist Pflege somit für die meisten der befragten Pflegekräfte heute weiterhin mehr als ein „normaler“ Beruf und trägt immer noch Anteile von Berufung in sich. Interessant ist ihre Betrachtung des Gefährdungspotenzials in den so angelegten traditionellen Pflegebeziehungen. Denn insbesondere zum religiös legitimierten, institutionalisierten und verinnerlichten Dienstideal schließt sie:

„Die Gefährdung bestand darin, dass dieses in der Alltagspraxis der einzelnen Schwester zu einem Entmündigungssyndrom werden konnte: Wer sich selbst stets mit den eigenen Bedürfnissen zurückzunehmen hat, wird auch darin trainiert, die Bedürfnisse anderer Menschen fremd zu definieren.“ (Kumbruck 2009: 6)

Von den jüngeren Schwestern in ihrer Studie wird demgegenüber die Bedeutung der „Selbstpflege“ als Pendant zur Nächstenliebe thematisiert. Wie diese nun berufsbezogen reflektiert werden kann, ist nicht mehr Gegenstand ihrer Studie.

So stehen Pflegefachleute doch oft den widersprüchlichen Anforderungen der Dienstleistungsorganisation gegenüber, die auf der einen Seite die reibungslose Kunden- und Prozessorientierung fordert und auf der anderen Seite das Bild der „menschlichen Pflege“ in liebevoller persönlicher Zuwendung und Fürsorge implizit anbietet. Die Spannung dieser zum Teil gegensätzlichen Anforderungen verarbeiten die Pflegenden in der Regel über individuelle Techniken.

Foucault beschäftigt sich mit dem Konzept der Selbstsorge und dessen Techniken in unterschiedlichen Kontexten. Seine Überlegungen beginnen schon beim antiken Konzept der Selbstsorge, in der die kommunikative Selbstreflexion eine Technik der Selbstsorge ist. Im Kontext des Christentums wurde es seiner Ansicht nach überformt in ein „Sündenselbst“, in Geständnis,

Buße und Selbstentsagung. Wenn Foucault an einer anderen Stelle von den „Technologien des Selbst“ spricht, dann geht es für ihn um Praktiken, mit denen Menschen versuchen, sich zu entwickeln, zu bilden. Für ihn wird darüber ein persönlicher Transformationsprozess angesteuert (vgl. Foucault 1993: 26). Der Selbstsorgegedanke hat somit auch Transformation im Sinn. „Das Wichtigste im Leben und in der Arbeit ist, etwas zu werden, das man am Anfang nicht war“ (Foucault 1993: 15). Womöglich lässt sich sein theoretischer Rahmen für Selbstsorge (und die entsprechenden Techniken) und Transformation übertragen auf die Suche nach Selbstpflege der jungen Pflegenden. Dann ließe sich hier eventuell ein Bruch zeitlich markieren, indem die Generation der jungen Pflegenden in ihrem Zeitgeist die Rolle neu ausgestalten will.

Körperbezug

Eine weitere Kontinuität ist die Körperbezogenheit, die, wenn sie sich nicht therapeutisch an die Patient*innen wendet, weiterhin Pflege auch im Ansehen von den anderen Gesundheitsberufen unterscheidet. Beruflicher Aufstieg der Pflegenden wird in der Regel verbunden mit einem körperfernen Handlungsfeld, einem ohne körperliche Berührungen oder Kontakt zu körperlichen Ausscheidungen sowie ohne starke körperliche Belastung. Dass die körpernahen Tätigkeiten in bestimmte zeitabhängige Deutungen eingebettet werden müssen, damit sie gesellschaftlichen Wert erhalten, ist geblieben. Heute wird die nicht konfessionelle Pflege allgemein nicht mehr in die Nähe der Prostitution gestellt, aber als sehr einfache, körperlich harte, haushaltsnahe und nichtakademische Tätigkeit gedacht. Oder es lassen sich in der allgemeinen Wahrnehmung selbstlose Menschen auf diese schmutzige Tätigkeit ein, die demnach bereit sind, Opfer zu bringen, was sie in den Augen der Allgemeinheit ehrt, aber auf der Ebene keinen beruflichen Aufstieg ermöglicht. „Autonomy and empathy are cultural practices, not just ideas, and they are therefore quite literally embodied.“ (Lynn Hunt 1989: 586)

Dass der Umgang mit dem Körper nicht ausschließlich als gutes Handwerk beruflich auszuführen bzw. zu betrachten ist, das isoliert für die Akteure der individuellen Interaktion Bedeutung hat, zeigt sich auch in Diskursen verschiedener Wissenschaftsdisziplinen ohne Gesundheitsbezug. Die Historikerin Hedwig Richter beispielsweise vermutet in ihrer Auseinandersetzung u. a. mit Foucault, dass die Regierungsform Demokratie in einem engen Verhältnis zum menschlichen Körper steht (s. o.), da wesentliche Elemente moderner Demokratie wie Freiheit, Gleichheit oder Partizipationsmöglichkeiten ohne Schutz des Leibes nicht möglich wären. Sie verweist dabei auch auf Peter Blickle, der in seinen Forschungen zeigen konnte, wie Empörung gegen körperliche Erniedrigung die Menschen in der Geschichte immer wieder aufgebracht hat und damit stark zur Konstruktion der Menschenrechte beitrug. Richter widmet sich in ihrer

aktuellen Demokratieforschung (2019) der Frage, ob nicht in vielen Gesellschaften etwa das Problem inhumaner Körperregime wesentlicher für Demokratisierung ist als das häufiger diskutierte Problem sozialer Ungleichheit. Sie stellt dabei die These auf, dass erst veränderter Umgang mit dem Körper auch Veränderungen in den Herrschaftsregimen ermöglicht.⁴⁴

Der Exkurs in die wissenschaftlichen Überlegungen der historischen Forschung zu Körper und Gesellschaft unter dem Punkt Kontinuitäten wurde hier angeführt, um die seltene wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Körper außerhalb der Naturwissenschaft herauszustellen. Selbst in der Pflegewissenschaft, so stellte es die Arbeitsgruppe um den Expertenstandard Beziehungsgestaltung Demenz fest (Rös 2020: min 50–54), dass es in der Pflege wenig Studien gibt, die sich bei Demenz mit Interaktionen in Bezug auf die Körperpflege beschäftigen. Demnach wird in der Wissenschaft diese Form der Beziehungsgestaltung bzw. des Körperbezuges offenbar auch nicht so hoch bewertet und ist damit kein Feld, mit dem sich die junge Pflegewissenschaft Ansehen verschafft. Für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit ist die Körperorientierung dieser Disziplin jedoch besonders bedeutsam.

Teilung und Wiedervereinigung Deutschlands

Ein Bruch hingegen ist die Zweiteilung Deutschlands in Ost und West, in der das Sozial- und Gesundheitswesen unterschiedliche Wege genommen hat. Im Grunde kann von da ab nicht mehr von einem einheitlichen Traditionsmodell der Krankenpflege gesprochen werden. Denn von 1949 bis 1989 waren es zwei deutsche Staatssysteme, die Bundesrepublik Deutschland (BRD) und die Deutsche Demokratische Republik (DDR), die je über ein politisches System Einfluss auf die Konstituierung der Pflege, aber auch der sozialen Arbeit nahmen. Obwohl die Pflegeausbildung in der DDR einige Vorgaben bereithielt – u. a. eine Teil-Akademisierung –, die von den Berufsverbänden in der Bundesrepublik immer gefordert wurden, gab es nach der Wiedervereinigung keine Orientierung an diesen Ausbildungskonzepten. Die Vielfalt der Schwesternorganisationen in der BRD verhinderte zu der Zeit vermutlich eine Strukturierung der Ausbildung nach einheitlichen, verbindlichen Kriterien, die eine Integration in das Berufsschulsystem bedeutet hätte. Panke-Kochinke meint allerdings, dass in beiden deutschen Staaten trotz eindeutiger gesellschaftspolitischer, wirtschaftlicher und ideologischer Unterschiede das Selbstverständnis der Krankenpflege als Beruf in ihrem Kern ähnlich blieb (vgl. Panke-

⁴⁴ Hedwig Richter zeichnet dabei ebenfalls eine historische Linie vom 19. Jahrhundert bis heute nach. Dabei nimmt sie eine ungewöhnliche Genderperspektive ein und wendet Foucaults „düstere“ Geschichte der Disziplinierung in der Zeit der Aufklärung. Ihrer These nach war diese Disziplinierung durch die Auseinandersetzung der Frauenbewegung um Gewalt gegen Frauen auch eine Disziplinierung von Männlichkeit und damit eine Grundvoraussetzung für Demokratie (vgl. Richter 2020).

Kochinke 2003). Dennoch war die Wiedervereinigung ein Bruch, der im Besonderen für den Osten eine oft schwierige Neuorientierung bedeutete und deren Auswirkungen auf der Mikroebene, z. B. in der Beratungspraxis, wissenschaftlich noch nicht ausgedeutet sind. Gesundheitsfürsorge und -beratung nahm in der Erziehung und Bildung der DDR einen wichtigen Raum ein und war dort auch das zentrale fürsorgerische Handlungsfeld und stark in die politische Ideologie eingebunden. Die staatlich gesteuerte Sozialhygiene knüpfte inhaltlich in Teilen wieder an das Gesundheitsfürsorgemodell der Weimarer Republik an und gehörte elementar zum Ausbildungsprofil der sozialen Arbeit, die anders als im Westen schon in den 70er Jahren auf universitärem Hochschulniveau angesiedelt war. Monika Müllers (2006) qualitative Studie gibt einen Einblick in Berufsverläufe der Sozialen Arbeit über die zwei Gesellschaftssysteme hinweg. Der radikale gesellschaftliche Umbruch in Ostdeutschland nach dem Übertritt der DDR in die Bundesrepublik forderte die Sozialarbeiter*innen, die in der DDR ausgebildet worden waren, in besonderer Weise, wie Müller herausstellt. Das westdeutsche Modell beruflicher Sozialer Arbeit musste in den neuen Bundesländern institutionalisiert werden und die Akteur*innen hatten sich dort auch innerlich erstmal neu zu orientieren (vgl. Müller, M. 2006). Ähnlich erging es den Pflegenden im Gesundheitswesen. Hilfe- und Pflegebedürftige wurden in der DDR im häuslichen Bereich von Gemeindeschwestern, Hilfsorganisationen wie der Volkssolidarität und Einrichtungen der Betriebe versorgt, denen auch Beratungsaufgaben zur Gesundheit zufielen. Diese Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgung fielen nach der Wiedervereinigung weg und wurden durch die schrittweise aufgebauten Sozialstationen abgelöst. Die Finanzierung erfolgte einerseits über freie Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Kommunen als auch aus Bundesmitteln. Anstelle der zentralen staatlichen Gesundheitssteuerung tragen neu eingerichtete kommunale Gesundheitsämter nun diese Aufgaben. Von besonderer Bedeutung war es, den sozialrechtlichen Beratungsbedarf zu decken und sowohl die Kostenträger, Leistungserbringer und ärztlichen Zuweiser bzw. Gutachter als auch die Versicherten über die neuen gesetzlichen Regelungen zu informieren. Vom Bund unterstützt mussten die Kostenträger zudem ein Netz von Beratungsstellen und Kooperationsbeziehungen aufbauen (vgl. RKI 2009: 36 ff.).

SGB XI

Als weiterer Bruch muss auch die Zuweisung der Pflege in zwei unterschiedliche Sozialgesetzbücher interpretiert werden. Die Grundpflege wird dem SGB XI zugeordnet, die sogenannte Behandlungspflege dem SGB V. Zudem wird im Laufe der Umsetzung des neuen Gesetzes Pflege und Betreuung getrennt, wobei die Betreuung qua Qualifizierungsanforderung die nied-

rigere Bewertung erhält. Damit sind die Anteile, die besonders der professionellen Beziehungsgestaltung bedürfen, abgewertet. Die jeweiligen Ausführungsbestimmungen entfachten Diskussionen um ein Verständnis von Pflege und der darin enthaltenen Fürsorge.

Vor allem die psychischen und sozialen Aspekte bei Gesundheit, Krankheit und Alter sowie die Überschneidungen verschiedener Gesetzbücher und Akteure werden nun neu beleuchtet. Das Verhältnis zur sozialen Pflegeversicherung bleibt unter den beruflichen Akteuren ambivalent und bringt sie in neue Positionierungen zueinander. Diese Bewegungen gehen wieder mit Verschiebungen zwischen dem sozialen und krankheitsbezogenen Versorgungsbereich einher. Damit wird die Interdependenz der beiden Disziplinen in besonderer Weise herausgestellt.

2.6 Wirkungen der Pflegeversicherung auf das Handlungsfeld von Pflege und Sozialer Arbeit

Inhaltlich lässt sich der Wandel sicherlich besonders deutlich durch das veränderte Patientenbild kennzeichnen. Patient*innen werden in der Regel nicht mehr als passiv und unmündig wahrgenommen, sondern als aktiv und selbstbestimmt mitgestaltende Partner*innen. Das Ziel der Pflege ist laut aktuellem Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht mehr ausschließlich körperliche und seelische Fürsorge, sondern individuelle Bewältigungspotenziale und persönliche Stärken des Menschen zu fördern. Die bis 2019 gültige, etwas sperrige Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/pflegerin sollte diese Inhalte deutlicher herausstellen. Seit 2019 gilt als Berufsbezeichnung für alle Pflegeberufe, Altenpflege eingeschlossen, Pflegefachleute (Pflegefachmann/Pflegefachfrau). Pflege im Markt und in der Öffentlichkeit als Dienstleistungstätigkeit zu positionieren, bedeutete in der Folge für die Pflegefachleute auch Klientenwerbung, Belegsicherung, Personalentwicklung, Neugestaltung des Leistungsprofils des Unternehmens u. Ä. Das „dienende Verständnis“ hat in der Entwicklung und Diskussion um die Pflegeversicherung starke Veränderungen erfahren.

Also stößt die Verabschiedung des SGB XI eine Entwicklung an, die enormen Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Berufsgruppe Pflege hat, und berührt so auch die Funktionen der Sozialen Arbeit im sich überschneidenden Handlungsfeld.

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wird eine starke Verschiebung vom Sozial- zum Gesundheitswesen sichtbar. Da Pflegebedürftigkeit eng im Zusammenhang mit dem Alter⁴⁵ zu

⁴⁵ So wird es diskutiert und das zeigen auch die amtlichen Pflegestatistiken. Dennoch ist die Pflegeversicherung nicht – wie in anderen Ländern – auf ein bestimmtes Alter begrenzt, sondern gilt als Lebenslage unabhängig vom Alter des Pflegebedürftigen.

sehen ist, lässt sich das besonders im Feld der Altenhilfe nachvollziehen. Die Altenberatung der Kommunen wird nach Inkrafttreten des SGB XI wegen der verschobenen Position thematisch neu aufgestellt und bisher typische Alltagsthemen der alten Menschen (Einsamkeit, Teilhabe, Wohnen, soziale Begegnungen u. a.) rutschen ein Stück in den Hintergrund. Der in diesem Pflegeversicherungsgesetz vor allem medizinisch ausgerichtete Bedürftigkeitsbegriff im § 14 SGB XI (vgl. Kap. 2.9) ist zwar von Beginn an umstritten (vgl. Bartholomeyczik in Höhmann 2012: 319), dominiert aber die Umgestaltung im Sozial- und Gesundheitswesen rund um den neuen Versicherungszweig. Menschen mit Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung erhalten im großen Umfang mehr Zugang zu Pflegedienstleistungen. Die finanziellen Grundlagen für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen ändern sich und so auch die Einbindung der Sozialen Arbeit (vgl. Schweppe 2005: 338). Zudem beendet die Pflegeversicherung den Vorrang der Wohlfahrtsverbände, der bis dahin den größten Arbeitgeber für diese Berufsgruppe darstellt. Soziale Arbeit gerät dadurch unter Druck, ihr professionelles Profil im Handlungsfeld um die Altenberatung und Altenhilfe zu klären, denn es droht Konkurrenz durch verschiedene pflegerische Berufsgruppen. Die Altenhilfe ist allerdings nicht vergleichbar gut bzw. rechtlich so konkret gerahmt, wie es sich z. B. in der Jugendhilfe darstellt⁴⁶. Der Bereich ist zwar durch seine langen Wurzeln traditionsreich und begründet auf diese Weise etliche Stellen, denn gewöhnlich war die Altenberatung und auch die Altenbetreuung sowie die Organisation derselben in Kommunen und Wohlfahrtsverbänden fest in den Händen der Sozialen Arbeit. Seit aber die Betonung auf den körperlichen und medizinischen Belangen liegt sowie auf der sozialrechtlichen Klärung unter der neuen Steuerung, verändert sich der Bedarf und damit verändern sich auch die Besetzungsprofile. Dazu kommt, dass trotz des Wissens um die wachsende Bedeutung des Arbeitsfeldes die Altenhilfe in der Sozialen Arbeit dennoch immer noch als Randthema behandelt wird. Erkennbar wird es daran, dass altentheoretische Inhalte im Studium wie auch in Weiterbildungen wenig thematisiert oder nachgefragt sind (vgl. Kriecheldorff 2010: 72). Daher vermag die Basis oft nur wenig theoretisches Wissen in die Diskussion um ihre Daseinsberechtigung unter den neuen Bedingungen einzubringen, um ihre Position fundiert und fachbegründet zu verteidigen oder neu auszurichten. Öffentlich vorgetragene Begründungen werden auf diesem Hintergrund von den anderen Berufsgruppen eher als Sorge um

⁴⁶ Aus verschiedenen Fachkreisen und Initiativen (z. B. BASKO) wird ein Altenhilfegesetz für Sozialeleistungen gefordert, in dem z. B. Finanzen und die Rolle der Kommune für Planung, Koordination und Vernetzung festgelegt werden – analog zum Kinder- und Jugendhilfegesetz. Ein weiterer entscheidender Unterschied ist, dass in der Jugendhilfe die Förderung der Entwicklung der Person mit festgeschrieben ist und sich die Konzepte und Angebote deswegen auch konkret darum gestalten und aufbauen.

Bedeutungsverlust gewertet, als sich mit den Inhalten der jeweils anderen Position zu beschäftigen.

In den Pflegeberufen werden dagegen die gesetzlichen Veränderungen doch in die Entwicklung der Berufe aufgenommen. Die Intention der Gesetzgeber, hier einen An Schub für die Pflegeberufe zu bewirken, gelingt. In der Altenpflege verändert sich z. B. das Ausbildungscurriculum in der Weise, als dass „Betreuung“ als neue Kompetenz in ihr Profil aufgenommen wird. Alten- und Krankenpflege übernehmen bei der Ausführung des neuen Anspruchs die Methoden der sozialen Arbeit, wie z. B. das Case Management (vgl. Kap.3.1.3). In der direkten Folge erkennt Bloech genau hier einen einschneidenden Kontextwechsel vom Sozial- zum Gesundheitswesen, der sich nicht allmählich, sondern mit großer Geschwindigkeit vollzieht und auf das gesamte Arbeitsfeld wirke. Bloech nennt es eine „Degeneration der sozialen Arbeit“, die sich in der stationären Altenarbeit darin zeigt, dass Sozialarbeiter*innen zwar mehrheitlich über den Anspruch der Bewohner*innen auf soziale Betreuung eingebunden werden, dies aber als pflegerische Dienstleistung beschrieben und abgerechnet wird (vgl. Bloech 2012: 8).

So sind auch die Konflikte in der Praxis zu verstehen, die sich zwischen den Berufsgruppen auftraten. Statt einer Verbindung der Akteure und Ausarbeitung der jeweiligen Wissenskörper der Disziplinen entstehen Fronten und ein Kampf um Anerkennung der jeweiligen Kernkompetenzen. Mitarbeiter*innen in der sozialen Arbeit beschreiben in der teilweise scharfen Auseinandersetzung ihre Ansprüche u. a. darin, dass sie eine viel längere Tradition der Beratung haben (wie oben beschrieben) und daher das Feld alleine bestreiten müssten (vgl. Maus et al.: 2002: 13). Zudem würde das gesetzlich gesicherte Grundprinzip „ambulant vor stationär“ besonders von pflegerischen Professionen oder Sachbearbeiter*innen der Pflegekassen neuerdings ausschließlich medizinisch ausgelegt, was zu kurz greife. Information und Aufklärung über pflegerische Leistungen sowie deren Organisation begreifen nicht die Komplexität der Faktoren, die zusammenwirken und die erkannt werden müssten, um Selbstständigkeit im eigenen Wohnumfeld zu fördern. Eine rein medizinisch-pflegerische Altenhilfe arbeite demnach verengt. Die Pflegefachleute sehen in der Beratung der Pflegebedürftigen über Beschäftigte der Sozialen Arbeit dagegen vor allem die Defizite in der Einschätzung von Krankheitsverläufen und der Unkenntnis über körperliche Fähigkeiten und notwendige förderliche Unterstützung. Auf dieser Basis wären Pflegesettings weder sicher noch ausreichend planbar.

Eine soziale Arbeit, die sich in der Altenarbeit positionieren und professionalisieren will, muss es über den Ausbau der eigenen Kompetenzfelder tun. Dazu gehört alterstheoretisches, aber

auch gesundheitliches Wissen wie auch das Vernetzen mit den Berufsgruppen, die neue Akteure im Feld sind und bleiben.

Das sich neu entwickelnde Selbstverständnis der Pflegebranche, die neue Aufmerksamkeit auf Pflegebedürftigkeit sowie der Neuzuschnitt des Versorgungssektors irritiert andere Professionen auf dem Bauplatz der Pflegeversicherung. Sie sehen ihre Arbeitsplätze bedroht. Denn nach Inkrafttreten der zweiten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes 1996 wird der Sozialen Arbeit vom Gesetz her kein ableitbarer Berufsauftrag zugewiesen. Soziale Betreuung fällt bis zu diesem Zeitpunkt deutlich in die Kompetenz der sozialen Arbeit, da sie dafür fachlich besonders qualifiziert und ausgewiesen ist. Nach dem SGB XI können soziale Betreuungen aber auch von anderen qualifizierten Fachkräften übernommen werden. Das Gesetz legt sich im Text nicht auf bestimmte Berufsgruppen für diesen Leistungsbereich fest.

Das Curriculum des bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes, in dem Lernfelder, die eindeutig Aufgaben der sozialen Betreuung beinhalten, in die Studien- und Prüfungsordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers aufgenommen wurden (KDA 2002), weist hier eine ebenfalls passende Qualifikation aus. ‚Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung‘ ist mit insgesamt 300 Ausbildungsstunden im Lernfeld 2 im Rahmenausbildungsplan hinterlegt. Zur Empörung der Sozialarbeiterszene bringen ausgebildete Altenpfleger*innen und Krankenschwestern in diesem Gesetz neben ihren pflegerischen Fertigkeiten auch die Befähigung zur sozialen Betreuung mit. Im Verlaufe der daraufhin aufbrechenden Grabenkämpfe im internen Schnittstellenmanagement und auf der Verbandsebene entstehen zwischen Pflege und sozialer Arbeit für beide Seiten besondere Dynamiken. Neben der Betreuung geht es in der weiteren Entwicklung auch um das Case Management und die Beratung bei Pflegebedürftigkeit.

2.7 Prägende Einflüsse auf Inhalt und Beschäftigung der sozialen Arbeit im Kontext Pflegebedürftigkeit

Reformbewegung – WHO – Salutogenese

Einen erheblichen Bedeutungsgewinn erfuhr die gesundheitsbezogene soziale Arbeit durch die Ottawa-Charta, die im Rahmen des ersten Weltkongresses der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 entwickelt wurde und sich dem Geist der 1977 formulierten Philosophie von Alma-Ata verpflichtet sah, die wiederum den Fokus auf soziale Ungleichheit und die Herstellung von Chancengleichheit hält. Im gesellschaftlichen Hintergrund dieser internationalen Konferenzen stand, dass es schon seit Ende der 70er Jahre verstärkt Kritik an der Medikalisierung

und dem rein kurativ-biomedizinisch ausgerichteten Gesundheitswesen gab. Thomas McKeown (McKeown 1982) kritisierte z. B. krankmachende Einflüsse aus der Umwelt und dem Verhalten auf die Bevölkerung. Archibald Cochrane lieferte Veröffentlichungen mit seiner These von der inflationären Entwicklung der kurativen Medizin (Cochrane 1972; vgl. Badura, Ritter 1997). Die Ottawa-Charta führte eine Debatte zur Gesundheitsförderung ein, die sich entlang der Theorie von der Salutogenese entwickelt, eine Theorie, die neben Krankheit ein Modell der Gesundheit in mehreren Ebenen und Bedingungen setzt. So gelang prominent ein neuer Blick auf die Voraussetzungen von Gesundheit und damit eine Abkehr von der gängigen rein pathogenetischen Sichtweise. Wesentliche Orientierungspunkte lieferte auch Ivan Ilich mit seiner Kritik der Expertenmacht und seiner Forderung nach Übereignung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz an die bisher seiner Ansicht nach „passivierten Konsumenten“ medizinischer Dienste (vgl. Ilich 1979). Empowerment war das Schlagwort und bildete erstmal eine Vorlage für Programme der Gesundheitsförderung über Kassen und für Kommunen. Gesundheitspotenziale durch Autonomie und Selbsthilfe waren Kernthemen für die klinische Soziale Arbeit und für die Forschung über soziale Unterstützung im Quartier und damit ein An Schub für die soziale Arbeit.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 definiert Gesundheitsförderung

„als Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) weiter entwickelt worden: Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern.“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986)

Durch die Beeinflussung der Konferenzen von Ottawa und Jakarta definiert sich das Konzept Gesundheitsförderung fortan durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Strategische Schlüsselpunkte sind dabei die salutogenetische Perspektive, Empowerment und Selbstbestimmung sowie die Intersektoralität (vgl. Altgeld, Kickbusch 2012).

Die Soziale Arbeit war entlang des neuen, umfassenden Gesundheitsbegriffs und -auftrags der WHO also besonders gefordert, ihre Expertise im Gesundheitswesen einzubringen. Es gehört zum Wissensvorrat dieser Profession, dass die Voraussetzungen, mit belastenden Lebenssituationen erfolgreich umzugehen, sozial ungleich verteilt sind, wie auch die Möglichkeit, Wider-

standsressourcen gegen Stressoren zu bilden und soziale Netzwerke zu nutzen oder die entsprechende Beratung zu erhalten. Soziale Benachteiligung manifestiert sich u. a. in unzureichender bzw. fehlender unterstützender Beziehung. Diese Ungleichheit abzubauen gehört in den Aufgabenbereich der sozialen Arbeit. Es galt für die Kommunen Konzepte auszuarbeiten, die Sozialverhalten, Sozialverhältnisse und biopsychosoziale Ansätze verbanden. Settingansätze und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen sollten dann wieder zu einer stärkeren Zielgruppenorientierung führen und vor allem auch zugehende Leistungen anbieten. Dass dadurch auch Krankenkassen einen Beitrag zur *Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen* leisten sollen (§ 20 Abs. 1 SGB V), ist letztendlich auf diese Vorlage zurückzuführen. Empfehlungen der WHO sehen als Strategien, um diese Ziele zu erreichen, gemeindebezogene und interdisziplinäre Konzepte vor, die auf starke und dauerhaft gesicherte Zusammenarbeit zwischen Hausarzt*innen, Pflegefachleuten und Sozialarbeiter*innen setzen⁴⁷.

Diese frühen internationalen Reformideen der WHO, aber auch andere zahlreiche zivilgesellschaftliche Einzelinitiativen wie auch Teile der Protestbewegung der „68er“ stießen die Bundesregierung zur bekannten, umfassenden Bestandsaufnahme der mangelhaften psychiatrischen Versorgung an, die unter all dem eklatanten Mangel auch das Fehlen von psychosozialer Arbeit in und um die Psychiatrie anprangerte. Das Ergebnis mündete 1975 in die Psychiatrie-Enquete. Die Enquete war der Beginn einer grundlegenden Reform der psychiatrischen, sozialpsychiatrischen und pflegerischen Versorgung einer bestimmten, auf Pflege angewiesenen Bedürftigen Gruppe. Der Erfolg der psychosozialen Arbeit mit den Patient*innen zeigte sich schnell und führte in den 90er Jahren zu einer Personalverordnung in den psychiatrischen Einrichtungen, die sowohl das mehrdimensionale Krankheitsverständnis beschreibt als auch das multiprofessionelle Team vorschreibt (vgl. Kunze 1991 in Morys 2016). Es bedurfte jedoch noch einiger Reformen, bis diese Gruppe auch als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung erkannt wurde (vgl. Frenkel, Lebeda, Möller in Meißner 2018:190).

Eine weitere Gruppe, die für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung ist, sind alte Menschen. Pflegebedürftigkeit ist eng in Verbindung mit dem Alter zu sehen. Deswegen wird hier auch nochmal herausgehoben die Verbindung zur Altensozialpolitik ausgearbeitet. In dem Bewusstsein, dass Pflegebedürftigkeit in jedem Alter auftreten kann, wird hier jedoch ein Fokus gesetzt, weil diese Gruppe zentral für Entstehung und Entwicklung steht und sich deswegen auch der empirische Teil der Forschung in dem Feld bewegt. Altenpolitik, altersgerechte

⁴⁷ In Deutschland war das Jahrzehntlang nach Verabschiedung der Charta nicht umsetzbar. Gründe werden u. a. darin gesehen, weil das facharztzentrierte System darin eine Bedrohung seiner Existenz sah.

Dienste, besetzt von der Sozialen Arbeit, differenzierten sich in den späten 50er Jahren aus. Anschub leisten dazu auch private Vereine wie das Kuratorium deutsche Altershilfe (KDA), die zur Verbesserung der Versorgung alter Menschen in der Gesellschaft beitragen wollten, oder auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, indem er forderte (1957), dass neben materiellem und pflegerischem Auskommen auch die Zugehörigkeit und Funktion in einer Gemeinschaft zu fördern sei (vgl. Aner 2010: 35). Die Finanzmittel und den gesetzlichen Rahmen bildete dazu das Bundessozialhilfegesetz, in dem auch die Hilfe zur Pflege normiert wurde und fortan sowohl das Alter als auch die Pflegesituation in der Familie unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich unter ‚Lebenslage‘ läuft.

Bundessozialhilfegesetz (1961) – Hilfe zur Pflege und Altenhilfe

In der jungen Bundesrepublik der 50er und 60er Jahre wurde lange verhandelt und gestritten, welches die wesentlichen Punkte und Ausrichtungen in der Fürsorgepolitik sind. Leistungen, die Krankheit, Behinderung, Gesundheit oder Vorsorge vor Erkrankung betrafen, waren gesetzlich zersplittert und wurden in den verschiedenen Teilen der Republik von unterschiedlichen Trägern finanziert. Die Lage war unübersichtlich. Um der überlappenden Finanzierung der staatlichen Fürsorge eine einheitliche Ordnung zu geben und um ihr zudem die diskriminierende Position zu nehmen⁴⁸, wurde sie in Sozialhilfe umbenannt und mündete als soziale Sicherung schließlich in das Bundessozialhilfegesetz (BSHG 1961). Die *Hilfe zur Pflege* bekam dort einen eigenen Bereich innerhalb der Lebenslagen zugesprochen. Bei Pflegebedürftigkeit wird dort die individuelle Bedarfsdeckung grundgelegt und folgt damit einem anderen Auftrag als die Pflegeversicherung ab 1995. Jedoch wurde im BSHG keine klare Definition davon gefasst, was „Pflege“ beinhaltet und wie die Bedürftigkeit zu bestimmen sei. Das wurde in die Hand der kommunalen Träger der Sozialhilfe gelegt. Erstmals wird auch für besonders schwere Fälle eine kleine Summe an Pflegegeld (ca. 100 DM) für Angehörige eingeführt. Wobei auch hier verhandelt wurde, welche Ansprüche in welcher Höhe in das entstehende Bundesgesundheitsgesetz eingearbeitet würden, damit die künftigen Sozialhilfeempfänger womöglich nicht doch mehr Leistungen erhielten, als den Krankenversicherten in ihrem Anspruchskatalog zusteht. Im BSHG findet auf diese Weise das Nachrangigkeitsprinzip der Sozialhilfe seinen von nun an vorangestellten Platz im Gesetz. Der Leistungskatalog des neuen Gesetzes, das „im Zeichen des Wirtschaftsbooms“ (vgl. Föcking 2009) entsteht, beinhaltete auch einen Ausbau der Alten- und Krankenpflege sowie kostenintensivere Rehabilitationsmaßnahmen.

⁴⁸ In der Nachkriegszeit war klar, dass mittlerweile nicht nur die unteren Schichten bedürftig werden konnten und somit Nutzer der Fürsorge wurden.

Auch die Altenhilfe bekommt darin eine rechtliche Grundlage und wird, gegen den Widerstand des Deutschen Vereins⁴⁹, ebenso wie die „Hilfe zur Pflege“ in die „Hilfe bei besonderen Lebenslagen“ einsortiert. Der Gesetzgeber legte den Kommunen als örtlichen Sozialhilfeträgern somit eine Verpflichtung zur Altenhilfe vor. Das Anliegen, hier Exklusion einer Bevölkerungsgruppe zu vermeiden und Inklusionsbemühungen anzustellen, war originär sozialarbeiterisches Kerngeschäft. Alterseinsamkeit der damaligen Rentnergeneration galt als Massenphänomen (vgl. Hammerschmidt 2010: 22 ff.). Nach Föcking (2007) illustriert die „Altenhilfe“ des BSHG den ursprünglichen Idealismus vieler Fürsorgereformer*innen: Diese Hilfe (§ 75 in der Fassung von 1961) „soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu überwinden und Vereinsamung im Alter zu verhüten“. Auf dem ersten Fürsorgetag nach Verabschiedung des Gesetzes geriet der DV-Vorsitzende Muthesius laut Föcking geradezu ins Schwärmen:

„Bitte lesen Sie doch einmal diesen Abschnitt ganz für sich. Es weht ein neuer Geist aus diesen Bestimmungen. Es ist eine ungewöhnliche Formulierung, es ist wie eine Aufforderung an uns alle, den Fragen des Alters eine ganz neue Bedeutung beizumessen.“ (Föcking 2007: 331).

Mit Inkrafttreten des BSHG bildeten sich dann auch zügig Infrastrukturen zur Altenhilfe, vor allem die Wohlfahrtsträger. Allerdings sind diese mangels Konkretisierung sehr unterschiedlich aufgestellt. Alles in allem führte das neue Gesetz aber zu einer Ausdehnung der Sozialhilfeleistungen und -empfänger*innen nach 1961.

Ab Mitte der 70er Jahre treten schon wieder neue Anforderungen an die Kommunen und Träger der Sozialhilfe heran, die wieder zu anderen gesellschaftlichen Diskussionen führten. Sozialhilfe wird zum Notanker noch nicht da gewesener gesellschaftlicher Massennotstände (Boldorf 2007: 12), wie die Aussteuerung der Langzeitarbeitslosen aus der Sozialversicherung, die ungenügenden Altersrenten für Frauen sowie die fehlenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten für Alleinerziehende, die rasche demografische Entwicklung. Die Sozialhilfeträger rufen nach Entlastung und weisen auf die große Gruppe der alten, von Pflege betroffenen Menschen hin, die in den Bereich der Sozialhilfe fallen.

Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 hat die Sozialhilfeträger dann zunächst erheblich entlastet, die Hilfe zur Pflege aber nicht überflüssig gemacht, da die Versicherungsleistungen die tatsächlichen Kosten der Pflege keineswegs immer decken (vgl. Naegele 2014)

⁴⁹ Alter gehöre nicht zu den „schicksals- oder anlagebedingten Notständen“, passe also systematisch nicht unter die Hilfe in besonderen Lebenslagen; in einem besonderen Abschnitt „Altenhilfe“ müssten vielmehr alle im Gesetz verstreuten, also auch die gesundheitsfürsorglichen, pflegerischen etc. Hilfen, die alte Menschen betreffen, zusammengefasst und auf diese Weise die besondere Verpflichtung der Allgemeinheit gegenüber den Alten stärker betont werden; außerdem müsse die Kostenträgerschaft klar geregelt werden (vgl. Föcking 2007: 335).

Ökonomisierung

Nach dem Aufbau eines Wohlfahrtssystems in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in den 70er Jahren der zunehmende Personalbedarf sowie steigende Kosten festgestellt. Deswegen wurde spätestens ab den 80er Jahren über ein Einhegen des weiter ausdifferenzierten Wohlfahrtssystems nachgedacht. In den 1990er Jahren vollzog sich in Deutschland dann merkbar ein enormer gesellschaftlicher Wandel, der Stück für Stück die Wende beschreibt, die den Umbzw. Abbau des Wohlfahrtsstaates (vgl. Butterwegge 2014) bis zum Modell des aktivierenden Sozialstaates und der Agenda 2010 hervorbrachte (vgl. Müller et al 2006: 13 ff.). Diese ökonomische Neuausrichtung dringt in alle gesellschaftlichen Bereiche vor. Mit Einführen der Pflegeversicherung kann der Zeitpunkt festgehalten werden, an dem die Ökonomisierung definitiv und entscheidend Einfluss auf das Gesundheits- und Sozialwesen genommen hat. Ökonomisierung in dem gesellschaftlichen Bereich bedeutet nicht nur die Erkenntnis, dass es um Geld geht und eine Rationierung der Verteilung begrenzter Ressourcen vorgenommen wird, sondern es ist gleichsam eine Gleichstellung der Wohlfahrtsleistungen mit jeder anderen Art der Produktion. Wird das System jedoch gewechselt, wird auch die Logik und der Wert des Systems, in das gewechselt wird, übernommen. Ökonomisierungsprozesse können nach Kühn⁵⁰ (2004) dazu führen, dass nicht mehr die Versorgung der kranken oder pflegebedürftigen Menschen im Zentrum steht, sondern der wirtschaftliche Gewinn, der mit ihnen erzielt werden kann (vgl. Auth 2013: 412). Vorliegend wird unter Ökonomisierung im Gesundheitswesen ein Prozess verstanden und behandelt, der die Einführung effizienzorientierter Prinzipien in die Organisation von Pflegebedürfnissen und den Rückgang von öffentlichen Tätigkeiten rund um Pflegebedürftigkeit beschreibt. Aufgaben, die bis dahin in staatlicher Verantwortung lagen, werden in die freie Wirtschaft ausgelagert. Das beinhaltet eine Pluralisierung von Trägern rund um die Versorgung und beabsichtigt eine Konkurrenz und Dynamik zwischen den Anbietern auszulösen. Gleichzeitig soll damit eine Stärkung der Macht der Pflegebedürftigen als Verbraucher*innen durch die Gewährung von mehr Wahlfreiheit erreicht werden (vgl. Pfau-Effinger et al. 2008; Auth 2013).

Für die Soziale Arbeit drang damit ganz neues betriebswirtschaftliches Denken in ihre Arbeits- und Beratungsprozesse ein. Die Vorstellung, es benötige eine andere Disziplin, die die soziale Arbeit sozusagen wirtschaftlich berät und einhegt, ist womöglich auch entstanden, weil man davon ausgegangen ist, dass die im Wesen weiblich bestimmte soziale Arbeit nicht mit Geld umgehen kann und sich auch nicht dafür interessiert, was sie kostet (vgl. Seithe:2013).

⁵⁰ Verkehrung der Mittel-Zweck-Beziehung.

Wenn jedoch soziale Arbeit betriebswirtschaftlich wird, wird sie nützlich und verliert ihren eigenen Kern. Sie dient nicht mehr denen, die es am nötigsten haben (vgl. Seithe 2014). Effizienzorientierung führte zur Abänderung grundlegender fachlicher Standards. Die neue Ökonomisierung zeigte sich u. a. darin, dass die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in Module aufzuteilen war. Auf diese Weise wird die Frage gestellt, ob komplexe Versorgung, ein ganzheitlicher Ansatz, überhaupt nötig ist oder eventuell nicht doch schon ein Teil vom Ganzen ausreichen könnte. Professionelles Vorgehen, das die ganze Person in den Blick nimmt, wird auf diese Weise zerstückelt.

Für die Beratung bedeutet es auch, den Fall nicht mehr als Ganzes zu betrachten, sondern zu zerteilen in Diagnose, Prognose und Maßnahme. Die fachlich begründete Anwaltschaft, über die sich Sozialarbeitende für die Rechte von Benachteiligten einzusetzen haben, lässt sich ablösen durch eine Rhetorik der Aktivierung⁵¹ und verweist auf Selbstverantwortlichkeit. Die oben beschriebene „klassische“ Ambivalenz zwischen Hilfe und Kontrolle verschiebt sich qua neuen Auftrag in Richtung Kontrolle. „Soziale Arbeit stand folglich nicht länger mehr oder weniger solidarisch an der Seite von Benachteiligten, sondern sie saß ihrer Klientel jetzt stärker kontrollierend an der anderen Seite des Beratungstisches gegenüber.“ (Seithe in Müller C. , 2011: 2).

Die Ökonomisierung betrifft alle Bereiche, in der soziale Arbeit handelt. Im Kontext von Alter und Pflegebedürftigkeit liegt insoweit eine besondere Lage vor, als dieser bisher am Rand behandelte Bereich auch noch unter einem besonderen Handlungsdruck stand.

2.8 Pflegebedürftigkeit und Alter – Pflegeberatung in der Alterssozialpolitik

Ende 2017 waren in Deutschland 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. Das sind ca. 4 % der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Prognosen im Pflegereport der Bertelsmann-Stiftung 2020 prognostizieren, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 % steigt.

Auch wenn der Gesetzestext des SGB XI kein Einstiegsalter kennt, also Pflegebedürftigkeit per Gesetz keine Frage des Alters ist, zeigen die Zahlen, dass sich die Leistungen doch im Wesentlichen an alte Menschen richten: In der Altersgruppe 85–90 Jahre lag der Anteil der pflegebedürftigen Personen 2017 bei ca. 45 %. Ab 90 Jahre steigt der Anteil steil auf 71 %.

⁵¹ „Aktivierung“ gehört zum Kerngeschäft der Sozialen Arbeit, ist aber im Kern verändert, wenn sie unter dem Effizienzgedanken läuft bzw. der Terminus sinnhaft aus der Betriebswirtschaft entstammt.

Durch angeborene oder erworbene Behinderungen bzw. Erkrankungen können natürlich Kinder und junge Erwachsene genauso von Pflegebedürftigkeit betroffen sein. Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 lässt zudem die Gruppe der Menschen mit Pflegebedarf, der aus psychiatrischen Erkrankungen erwächst, steigen, sodass auch hier eine Verjüngung der Statistik zu erwarten ist. Die amtliche Pflegestatistik 2017 weist einen Anteil von 13,5 % der Pflegebedürftigen im Alter von 0 bis 59 Jahren aus. Angebote für diese Versichertengruppe sind nur zum Teil auf den Bedarf und die Bedürfnisse von Familien mit pflegebedürftigen Kindern oder von pflegebedürftigen jungen Erwachsenen ausgerichtet (Jacobs, Kuhlmeier: 164). Hier müssen sich weitere Angebote ausdifferenzieren.

Für die weitere Bearbeitung im Rahmen der vorliegenden Arbeit konzentriert sich der Blick jedoch auf die Nutzergruppe der alten Menschen.

Während es in den vorangestellten Erläuterungen um die Veränderung der Stellung und Position der Sozialen Arbeit geht, sollen nun die Beratungsinfrastruktur und die Beratungsinhalte näher betrachtet werden.

Pflegeberatung in der Alterssozialpolitik

Die Kommunen sind im Sinne des Sozialstaatsprinzips (Art. 20 Abs. 1 GG) Trägerinnen der Daseinsvorsorge (vgl. Hartmann 1997; Forsthoef 1973). Diese umfasst die Gewährleistung der Grundversorgung der Bürger*innen mit gemeinwohlorientierten⁵² Einrichtungen und zudem einen gerechten Zugang für alle Nutzer*innen dorthin. Die kommunale Altenhilfe ist ein Teil dieses Pflichtauftrags, der gesetzlich verankert ist. Gesetzliche Grundlage der dort angesiedelten Beratung für alte Menschen ist § 71 des SGB XII. Altenhilfe hat darin explizit das Ziel, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (§ 71 Abs. 1 SGB XII).

Das SGB XII weist dafür einen Leistungskatalog vor, der präventive und rehabilitative Maßnahmen, die Förderung gesellschaftlichen Engagements, Hilfen zum Wohnen und zur Inanspruchnahme altersgerechter Dienste, Leistungen in den Bereichen Kultur, Bildung und Geselligkeit sowie die Stützung bestehender sozialer Netze benennt. Dabei bilden die persönliche Beratung und Unterstützung den Schwerpunkt der aufgelisteten Hilfen. Beratung ist auch in

⁵² Im Sozial-, Gesundheits-, Bildungs- und Kulturwesen.

dem Kontext *das* Instrument der sozialen Arbeit. Selbstverständlich braucht es überhaupt Infrastruktur, also erreichbare Angebote, die der Integration und Unterstützung dienen, auf die Beratung ggf. verweisen kann.

An dieser Stelle soll nochmal herausgestellt werden, dass Altenhilfe einkommens- und vermögensunabhängig allen alten Menschen bei Bedarf gewährt wird (siehe § 71 Abs. 4 SGB XII). Damit unterscheidet sie sich nämlich von den anderen Leistungen für Ältere im SGB XII, wie der Grundsicherung im Alter (§§ 41–46) und der Hilfe zur Pflege (§§ 61–66), die dem Subsidiaritätsprinzip unterliegen. Die finanzielle Ausstattung der Altenarbeit ist vorrangig eine kommunale Aufgabe und damit ein Spiegel der jeweiligen Haushaltslage (vgl. Kriecheldorf 2010: 72). Vieles wird über Modellprojekte ausprobiert, die Entwicklungen anstoßen sollen, denen es aber an Nachhaltigkeit – auch an nachhaltiger Finanzierung fehlt.

Was sind aber „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen“, die es zu verhüten gilt, und um welches Alter genau handelt es sich?

Wann das Alter beginnt, ist im Gesetz nicht festgeschrieben. In diesem Punkt haben die Kommunen Gestaltungsraum, der in diesem wie auch in anderen Punkten unterschiedlich genutzt wird und sich folglich in den Ländern und Kommunen – auch je nach Finanzlage oder Interesse – stark unterscheidet. Die Kommunen kommen dem Beratungsanspruch entweder durch behördliche Beratungsstellen selbst oder durch die Beauftragung anderer öffentlicher, freigemeinnütziger, kirchlicher, privatgewerblicher und zivilgesellschaftlicher Anbieter nach. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde, wie oben erwähnt, die strukturelle Subventionierung der wohlfahrtsverbandlichen Altenhilfe aufgehoben (Walter Asam 2010: 59–74). Mit der Schaffung eines Pflegemarktes und den Mechanismen von Angebot und Nachfrage stand auch die Reichweite der kommunalen Altenhilfeplanung und Selbstverwaltung zur Diskussion. Mit der Strategie des Marktes steigt zwar die Vielzahl an Anbietern, Trägern und, wenn es gut läuft, auch der Möglichkeiten für die alten Menschen. Aber bei starker Ausdifferenzierung entgleitet der Verwaltung schnell auch der Überblick über die Angebote und Bedarfslagen, und damit die Steuerungsmöglichkeiten bei Fehl-, Über- und Unterversorgung, über zielgerichtete Beratung oder Infrastrukturplanung.

Die Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, stellen sich zudem vielschichtig dar und unterliegen der Vorstellung von allgemeinen Altersbildern sowie professionellen Leitbildern.

Leitbilder, Konzepte und Konflikte in der Gesundheitsfürsorge bzw. der klinischen sozialen Arbeit mit Blick auf Pflegebedürftigkeit

Katharina Hahn hat in ihrer Studie im Kontext migrationsbezogener Beratung mit Bezügen auf die Arbeiten von Schweppe (2005) und Zeman (1996) drei Leitbilder sozialer Altenarbeit beschrieben (2010: 83 ff.), die nicht nur die Versorgung, sondern auch die Altenberatung seit den 60er Jahren beeinflussen. In den 1960er/70er Jahren ist es das Bild des „betreuten Alters“, in den 1970/80er Jahren kommt das des „aktiven Seniors“ dazu. Das Leitbild des zu „gestaltenden Alters“ wird in den 1990er Jahren bedeutsam und findet sich auch in der Berichterstattung des dritten Altenberichts wieder (vgl. Kricheldorf 2010: 73).

Leitbilder bestimmen schon immer die Instrumente, Interventionen und Handlungsweisen der professionellen Arbeit (siehe Kap. 2). Das Leitbild des „betreuten Alters“ geht von einer Lebensphase aus, die im körperlichen wie im geistigen und seelischen Zustand des Menschen von Rückbau und Verfall gekennzeichnet ist. Altenarbeit, Altenplanung sowie die Beratung auf einer derartigen Hintergrundfolie beinhalten in der Folge vor allem Hilfemaßnahmen, Umsorgen oder auch die Planung von passiven, unterhaltenden Angeboten. In dem Kontext entstanden dann vor allem Altenbegegnungsstätten, die Programme aufwiesen wie geselliges Kaffeetrinken, Musikveranstaltungen für Gruppen oder ähnlich unterhaltende Vorträge.

Ein anderes Bild bietet die Sicht auf die „aktiven Senior*innen“. Den bekannten Rückzugs- und Abbauerscheinungen beim alternden Menschen sollte durch Aktivierung entgegengewirkt werden. Die angebotene Freizeitgestaltung beschäftigte sich sodann vor allem mit Motivation zur körperlichen oder geistigen Bewegung, wendete sich allerdings ausschließlich an altershomogene Gruppen. Alte (aktive) Menschen haben damit ihren eigenen Ort am Rand der Gesellschaft erhalten. Neben der Kritik an der Desintegration an diesen beiden Leitbildern (vgl. Zeman 1996: 42 ff.; Schweppe 2005a: 333) wird auch eine inhaltliche Standardisierung von Angeboten in der allgemeinen Planung beklagt. Entwicklung, Selbstverwirklichung oder sogar Produktivität im Alter sind nicht mitgedacht, vorgesehen oder gar eingeplant – werden demnach auch nicht beratend unterstützt. Die Errungenschaften einer heterogenen Gesellschaft, die Raum für Diversität und selbstgestaltete Lebensweisen hat, entfällt dann einfach in der Lebensphase Alter. Fachdiskurse in der sozialen Arbeit, die sich mit Bedarfslagen im Alter beschäftigten, forderten dann auch, dass sich die Vielfalt an Lebensformen im Alter auch in den Angeboten der Daseinsvorsorge oder Altenhilfe darstellen müsste (vgl. Schweppe 2005a: 334). Für die Beratungsstellen in der Altenhilfe bedeutet dies, eben keine „typischen Lebensentwürfe“ bei ihren Ratsuchenden vorab erwarten zu können, sondern auf sehr unterschiedliche Beratungsbedarfe

flexibel zu reagieren. Aus dieser Diskussion entsteht eine Wahrnehmung des Alters, das Schweppe (2005a: 334) mit dem zu „gestaltenden Alter“ umschreibt. Die Unterstützung der alten Menschen und Planung der Altenarbeit zielte nun auf Ermöglichung einer selbstausgestalteten und eigenverantwortlichen Lebensphase. Im Geist einer sich individualisierenden Gesellschaft sieht die soziale Arbeit ihren Auftrag in der Unterstützung alter Menschen bei der Bewältigung dieser gestiegenen Gestaltungsanforderungen im Alter. Denn hohe Anforderungen sind es allemal, wenn Lebensphasen von Rückblick und Bilanz ziehen gekennzeichnet sind, wie auch mit zunehmender körperlicher Einschränkung sowie einer Ansammlung oft kritischer Lebensereignisse, diese immer weiter nach vorne zu gestalten. Nutzer*innen der sozialen Alten- und Pflegeberatung wollen in der Beratung von ihrer individuellen Lebensrealität ausgehend Vorstellungen und Ziele des Alterns entwickeln, in die auch Pflege integrierbar ist. Der Biografiebezug spielt in diesem Leitbild eine herausgehobene Rolle (vgl. Schweppe 2005: 334).

In der praktischen Altenarbeit und auch in der Beratung sind alle vorgestellten Leitbilder anzutreffen. Das altenpolitische Leitbild und weiterhin oberstes Ziel aller Hilfen ist „ambulant vor stationär“. Das durchzieht im Grunde jede Pflegeberatung. Darin ist das Wissen eingelassen, dass die meisten Menschen im Alter in ihrem ihnen bekannten Wohnraum und Gegend so lange wie möglich verbleiben wollen. In der Regel ist dort das soziale, unterstützende Umfeld, die Erinnerung, die Verbindung mit einem möglichst selbstbestimmten Leben. Dazu kommt, dass Veränderungen angstbesetzt sind und da der letzte Umzug meist lange her, also ungeübt ist, ist der Hilfebedarf und damit die Abhängigkeit hoch. Natürlich spielen auch finanzielle Erwägungen bei der Einhaltung des Grundsatzes eine Rolle; so sind stationäre Aufenthalte und Versorgung in der Regel doch häufig deutlich teurer. Aber auch hier zeichnet sich ab, dass die Kosten der ambulanten Versorgung nicht nur im seltenen Einzelfall gleich hoch oder sogar teurer sein könnten. Eine Gefährdung dieses Grundsatzes wird aber vor allem darin gesehen, dass das notwendige unterstützende professionelle Personal für die Versorgung nicht vorhanden ist.

Die Pflege und Krankenkassen betonen die Notwendigkeit der Sozialraumgestaltung und der wohnortnahen Versorgung von Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Wie auf der einen Seite die kommunalen Leistungen der Altenhilfe, begründet mit dem § 71 SGB XII, bedarfsgerecht zur Verfügung stehen sollen, liegt auf der anderen Seite die Leistung der medizinischen Versorgung und Pflege sowie Maßnahmen zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen im Versorgungsbereich der Kassen und im SGB XI und V. Dass es sinnvoll ist, eine

Verknüpfung zwischen Pflege und Sozialraum stärker auszugestalten, wird auch im 3. Altenbericht (BMFSFJ: 2001: 238) betont. Gelungen ist es bisher an wenigen Stellen. Die Pflegestützpunkte sollten diese Verknüpfung erreichen (vgl. Kapitel 3.1.3).

Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement

Über die Veränderung der Lebenslagen der älteren Generation ändert sich auch die Selbstwahrnehmung und das Selbstverständnis. So gründeten sich beispielsweise Selbstorganisationen und Seniorenvertretungen außerhalb der etablierten Parteien, was es bisher so nicht gegeben hatte. Antrieb war einerseits das Interesse, die Altenhilfe zu unterstützen, da die Kommunen ohne Selbsthilfe und Ehrenamt nur eingeschränkte Angebote machen konnten, andererseits wurde man auch selbst politisch aktiv, um Verhältnisse aktiv mitzugestalten (z. B. Graue Panther).

So bildeten sich Zusammenschlüsse von Seniorenverbänden wie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation (BAGSO) und später wurden Selbsthilfebewegungen politisch z. B. über die NAKOS stark unterstützt. Dahinter steht auch die Absicht, die lückenhaften sozialen Dienste und Infrastruktur über Selbsthilfe zu füllen.

Organisierte Selbsthilfe und Ehrenamt haben im Bereich der Versorgung sowie der Rechte Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen eine wichtige Position und Stimme. Die BAGSO weist 2012, am internationalen Tag der älteren Menschen, nochmal auf den differenzieren Blick zum heterogenen Alter hin. Zwar zeigt sie auf Schutzlücken im Familien- und Sozialrecht, erklärt aber auch deutlich, dass die Aussage, ältere Menschen seien eine besonders von Rechtsverletzungen betroffene Bevölkerungsgruppe, auf die Allgemeinheit in Deutschland eben *nicht* zuträfe. Bedeutsam sei es allerdings für die wachsende Gruppe von pflegebedürftigen Alten und vor allem demenzkranken Menschen. Sie lebten in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis. Darüber hinaus weisen die Seniorenorganisationen darauf hin, dass die Studienlage über Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen defizitär ist. Es liegen Schätzungen vor, die von 5 bis 25 % von Gewalt betroffenen Pflegebeziehungen sprechen (vgl. Görge 2005). Das Vorliegen von Gewalt ist dabei unabhängig von der Versorgungsform (stationär, ambulant oder familiär). Die BAGSO fordert einen stärkeren, vor allem auch präventiven gesetzlich untermauerten Schutz, vergleichbar mit dem Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII).

Es sind vor allem zwei Gruppen, die im Kontext Pflegebedürftigkeit in der Diskussion um das SGB XI besondere Aufmerksamkeit erhalten. Das sind Menschen mit demenziellen Veränderungen und ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung – beide haben starke Vertreter*innen in der Selbsthilfe. Geprägt durch den medizinischen Blick auf Pflegebedürftigkeit ist zu

kritisieren, dass sie *sozialpolitisch* allerdings im Wesentlichen als Objekte der Versorgung betrachtet werden (Winkler 2008 in Graumann, Offergeld 2013). Damit bleibt diese Form der Sorge hinter der Entwicklung in der sozialen Arbeit und ihren Leitbildern zurück. Die mangelnde differenzierte Betrachtung spezieller Lebenslagen älterer Menschen, wenn sie chronisch erkrankt sind, und die geringe Wahrnehmung der Subjekte dahinter kann sicherlich auch auf diese Entwicklung bezogen werden. Ähnlich lautet auch die These von Graumann und Offergeld (2013: 187), die es als notwendig erachten, neben die medizinische und auch die pflegfachliche Sichtweise eine Expertise der lebensweltorientierten sozialen Arbeit zu stellen. Daneben steht es für die soziale Arbeit noch aus, breit zu realisieren, dass für die Arbeit mit Familien, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, ein ausreichendes Wissen zur Gerontologie oder über Krankheiten und deren Verläufe vorhanden sein muss, um auch hier Leitbilder zu entwickeln, aus denen neue Handlungsinterventionen entstehen.

Der DAK Pflegereport 2018 teilt derweil mit, dass die Bürger*innen in Deutschland pflegeerfahren sind. Nur 4 % der Bevölkerung geben in der Studie an, nichts über Pflege zu wissen (vgl. Klie 2018: 3). Die Bürger*innen verfügten über Erfahrungen im Familien- und Freundeskreis. Viele von ihnen seien auch unmittelbar in der zum Teil langjährigen Beteiligung an Pflegeaufgaben befasst. Als Quellen für dieses Wissen über Pflege werden aber nicht die Beratungsstellen angegeben, auch nicht das Internet, sondern der Austausch mit Nachbar*innen und Freund*innen.

2.9 Zusammenfassung – Bauplatz SGB XI

Die Diskussionen über das soziale Risiko Pflegebedürftigkeit begannen schon Ende der 60er Jahre (vgl. Paffrath 2008: 4). Mit den ersten Diskussionen um die Absicherung des „Pflegefallrisikos“ wurde parallel auch der zunehmende Pflegenotstand vor allem im ambulanten Bereich sichtbar und rückte in die öffentliche Aufmerksamkeit. Allerdings waren es zunächst die Kommunen und die Länder, die politisch diskutierten. Im Bund stand dazu noch nichts auf der politischen Tagesordnung. Die berufliche Vertretung der Pflege war schwach, die Akademisierung war noch nicht gelungen und so war sie in der Debatte wenig vertreten. Neben dem wachsenden Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal durch den Aufbau an Krankenhäusern, der Zunahme an chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung und der sich rasant verändernden Medizin wird als Grund für diesen Mangel auch der Wandel in der konfessionell orientierten Pflege beschrieben.

Die Diskussion um die Aufgaben, die nun in die allgemeine Verantwortung übernommen werden sollten, entwickelte sich deutlich in die Richtung, dass im Wesentlichen Pflegeverrichtungen in den Katalog der zukünftigen Dienstleistungen übernommen werden sollten. Mit dem Fehlen der Pflegevertreter*innen in den entscheidenden Gremien wurde die Pflege nicht in ihren vielen Dimensionen diskutiert und demnach auch nicht, wie diese Aspekte nun in die allgemeine Verantwortung übernommen werden könnten. Auf den Markt kam sie dann als eine auf Verrichtungen reduzierte Dienstleistung.

Die Dimensionen der Beziehung und Gestaltung von Pflegebeziehungen waren nicht Teil des Diskurses (vgl. Meyer 1996: 156 ff.) und damit auch nicht Teil der Gestaltung von Bildung und Beratung im Gesetzestext, wie in dieser Arbeit an späterer Stelle ausführlich entwickelt werden kann.

Dabei spielt die Vergeschlechtlichung in der Geschichte der Berufskonstruktion eine entscheidende Rolle. Die langsam in Gang gekommene Professionalisierung und die späte Akademisierung erschweren das Einbinden theoretischer, fachspezifischer Konzepte und Orientierungsrahmen.

Die historischen Ursprünge der Sozialarbeit, die auf die klassische Wohlfahrtspflege sowie die Ausbildung der Sozialhilfe zurückgehen, überschneiden sich damit in ihrem komplexen Auftragsfeld mit dem der Pflege, wenn es um Bedürftigkeit geht. Der mit der Pflegeversicherung einhergehende Professionalisierungsschub und Ausbau der Akademisierung der Pflege stellte von daher zunächst auch eine Bedrohung dar. Die theoretischen Konzepte der sozialen Arbeit, gerade in der Altenhilfe, wurden über die Verschiebung des Sozial- in das Gesundheitswesen auch von den Pflegeberufen übernommen.

Im Mittelpunkt der Debatte rund um die Pflegeversicherung standen zwar vor allem Fragen der Finanzierbarkeit der Pflegebedürftigkeit. Gespeist wurde die lange Diskussion jedoch aus vielen Richtungen und unterschiedlichen Akteuren, weil hier zentrale elementare Veränderungen in der Gesellschaft verhandelt wurden. Über die historische Herleitung anhand der Entwicklung der beiden zentral mit der Beratung bei Pflegebedürftigkeit befassten Professionen kann das exemplarisch begründet, sowie die darin enthaltene Spannung und Beharrungstendenz aufgezeigt werden. So zeigt sich dass Altersstrukturwandel, Sozialstaatskritik, Geschlechter- und Generationsbeziehungen sowie Zukunft der Arbeit den gesellschaftlichen Hintergrund der Pflegeversicherung bilden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass am Ende der Diskussion, mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung die bis dahin von der Gesellschaft getragenen Prinzipien der Solidarität, der Eigenverantwortung und der Subsidiarität in ein neues Verhältnis gebracht worden sind. Das bis dahin dominierende Prinzip der Solidarität wurde deutlich abgeschwächt, wohingegen die Prinzipien der Eigenverantwortung und Subsidiarität aufgewertet und neu ausgelegt wurden.

Es ging in den Debatten um dieses Gesetz also um weit mehr als „nur“ darum, die Versorgungssituation der Menschen mit Pflegebedarf zu verbessern.

Nachdem bis hierhin der Bauplatz, auf dem die Pflegeversicherung errichtet wurde, ausgeleuchtet ist und die Positionen der beiden beratenden Disziplinen, fest verwurzelt in ihrer Professionsgeschichte, beschrieben sind, wird weiterführend der Fokus auf die Entwicklung der Beratung nach Inkrafttreten des SGB XI verfolgt, oben als zweite Phase dieser Arbeit beschrieben.

3. Entwicklungslinien der Pflegeversicherung im Hinblick auf Beratung

Phase 2 – Beratung und Bildung im Verlauf der Anwendung des SGB11

Mit Inkrafttreten der sozialen Pflegeversicherung (PV) zählt die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ab 1995 zu den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und wird mit staatlichen Leistungen hinterlegt.

Die gerechte Verteilung der Mittel benötigt ein Verfahren zur Leistungsermittlung und dementsprechend ein Prüfsystem, das den berechtigten Zugang zu den Leistungen quantifiziert. Grundgelegt ist diesem System ein sozialpolitisch abgestimmter Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Definition von Bedürftigkeit bestimmt auch die Strategie und die Genehmigung der Mittel bzw. Leistungen, die innerhalb der Gesellschaft verteilt werden. Der 1995 gesetzlich gefasste Begriff der Pflegebedürftigkeit war von Beginn an umstritten.

Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI bis 2017: Pflegebedürftige waren nach § 14 Abs. 1 SGB XI:

„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen, oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Entscheidend für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit waren die Verrichtungen, bei denen ein Hilfebedarf festgestellt wurde.“

§ 14 Abs. 4 Nr. 1–3 SGB XI nannte dann 15 einzelne Verrichtungen der Grundpflege sowie zusätzlich weitere 7 Verrichtungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung. Die an der Formulierung nicht beteiligte Pflegewissenschaft lehnte ihn sofort ab, er sei zu verrichtungsbezogen und einseitig somatisch. Weder kognitive noch kommunikative Einschränkungen, aus denen Bedürftigkeit nach Pflege und Betreuung zur Bewältigung des Alltags entstand, waren mit bedacht. Die Kritik wurde mit Zunahme der akademischen Entwicklung und der Pflege-theorien deutlicher und die daraus resultierende ungleiche Behandlung der Bürger konnte zunehmend auch wissenschaftstheoretisch begründet werden (vgl. Moers, Schaeffer 2006: 16). So wurde auch das Bundesverfassungsgericht angefragt, das eine weitere verfassungskonforme Auslegung 1998 aber ablehnte. Man sah hier keine Verstöße gegen das Grundgesetz. Vor Gericht wurde vor allem über die Anwendungssicherheit und die Gesetzesklarheit entschieden. Das Bundessozialgericht rügte in dem Zusammenhang jedoch, dass Aufsichts- und Betreuungsbedarf bei geistig behinderten Menschen in der Verrichtungsorientierung nicht enthalten ist. Die

Absicht, die Bereitschaft zur häuslichen Pflege zu stärken und damit der beschlossenen obersten Leitlinie „ambulant vor stationär“ zu dienen, sei damit verfehlt. Anders verhalte es sich bei den Menschen, deren Pflegebedürftigkeit sich auf rein somatische Erkrankungen beziehe. In dem Urteil des BSG (1998) wird sogar der erste Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung kritisiert (vgl. Kap. 3). Die Berichterstattung stelle anhand der Zahlen nicht die reale Begutachtungspraxis dar und nehme die Ungleichbehandlung vor allem behinderter und altersverwirrter Menschen nicht wahr (vgl. BSG-Urteil 26.11.1998, B3P13/97).

R. Richter beschreibt es so:

„Während von fachwissenschaftlicher Seite der einzuschätzende Hilfebedarf pflegebedürftiger Menschen auf einem differenzierten Menschenbild beruht, wird auf der anderen Seite seine ‚Verrechtlichung‘ in der Sozialgesetzgebung unter anderem verknüpft mit einer ökonomischen Feinsteuerungsaufgabe und der Verteilung knapper Mittel. Mit anderen Worten: Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI war so eng gefasst, weil vermeintlich für dieses Sozialsystem keine weiteren Mittel zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit aufgebracht werden konnten“ (Enquete-Kommission 2005, in Ronald Richter 2018: 63).

Ein weiterer Effekt des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeigte sich darin, dass sich die Angebote im Dienstleistungsbereich Pflege dennoch mit ihren Leistungen an diesem umstrittenen Begriff orientierten. In der Umsetzung bedeutete das, dass die Bedarfslagen nicht vorwiegend fachlich bestimmt wurden und danach ihre Handlungsabläufe daran ausrichteten, sondern an dem aus der eigenen Disziplin heftig kritisierten Begriff. Selbst methodische Grundlagen wie die Pflegeplanung oder Dokumentationen übernahmen die Auflistung der Verrichtungen aus dem Leistungskatalog und dominierten damit die Praxis bis in Prozesse auf der Mikroebene (vgl. Bartholomeyczik et al. 2001).

Mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz 2002 wurden zusätzlich die (gedeckelten) besonderen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI eingeführt. Dies geschah vor allem durch den Einfluss der starken Selbsthilfeverbände wie der Alzheimerhilfe, die immer wieder nachdrücklich vorlegten, dass die Hilfebedarfe bei Menschen mit Demenz weder über den Pflegebedürftigkeitsbegriff, aber vor allem bei dem Begutachtungsverfahren nicht berücksichtigt sind. Die gesetzlich festgelegten ‚Verrichtungen des täglichen Lebens‘ und die hauswirtschaftliche Versorgung beinhalteten nicht die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung, die die Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen kennzeichnet. 2008 wurden diese Leistungen erhöht. 2013 trat das Pflegeneuausrichtungsgesetz in Kraft, nachdem die Versicherten ohne reguläre Pflegestufe eine zweite Begutachtung zur eingeschränkten Alltagskompetenz durchlaufen konnten und damit den Zugang zum Pflegegeld oder Pflegesachleistungen erhalten.

Die Pflegewissenschaft legte rund 10 Jahre nach Einführung des SGB XI einen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor, der auf pflegewissenschaftlicher Grundlage formuliert wurde und fast 20 Jahre später endlich Eingang in das Gesetz fand.

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. (§14 SGB XI)

In diesem ab 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff werden die Verrichtungsbezogenheit sowie der starke Zeitbezug (die sogenannte Minutenpflege) so gut wie aufgegeben. Während es in der alten Fassung darum ging, die Bedürftigkeit daran festzumachen, wie viele Minuten eine Pflegekraft benötigt, um die Verrichtungen aus dem Leistungskatalog zu erbringen bzw. zu unterstützen, geht es im Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017 um den Blick auf den Pflegebedürftigen. Es gilt als bedürftig zu erfassen, was der Mensch zur Erhaltung seiner Selbstständigkeit benötigt und welche Fähigkeiten zur eigenständigen Bewältigung zu fördern oder zu kompensieren sind.

Sind sozialstaatliche Leistungen erstmal beschlossen, müssen sie für alle potenziellen Nutzerinnen und Nutzer erreichbar sein. Deswegen haben die Bürger*innen einen Anspruch darauf über diese Leistungen, und den Zugang zu diesen Leistungen, Information und Beratung zu erhalten. Weil es bei gesamtgesellschaftlicher Solidarität um den Ausgleich von ungleichen Verhältnissen und den allgemeinen Willen, die gemeinsame Sorge für Hilfebedürftige in bestimmten Lebenslagen geht, muss eine gerechte Verteilung der vorhandenen Mittel gewährleistet werden, die möglichst transparent sein muss. Darum ist von Beginn an unbestritten, dass im neuen Sozialgesetzbuch schon Formen für Information und Transparenz über den Zugang zu den Leistungen in Paragrafen festgelegt und beschrieben werden.

Zudem beinhaltet die Zuteilung von Mitteln aus der Solidargemeinschaft ein Mindestmaß an Qualität der Versorgung. Damit ist auch die Pflege im häuslichen Bereich keine reine Privatsache mehr. Neben den Pflegebedürftigen selbst sind deren Familien und andere Angehörige Adressat*innen und Nutzer*innen dieser neuen Bildungs- und Beratungsleistungen. Sie werden in den politischen Diskussionen zu (weiblichem) Pflegepotenzial oder zu „nicht professionellen Pflegepersonen“. In Anbetracht des zunehmenden Pflegepersonal mangels (s. o.) sollte das SGB XI auch in der Weise steuernd wirken, dass familiäre Pflege gestärkt wird. Durch Bera-

tung und Kurse soll auch die Qualität der familialen Versorgung gesichert oder gesteigert werden. Weiterhin dient diese strukturierte Nähe (Hausbesuche) zu den pflegebedürftigen Situationen auch der Erfassung des eigentlichen Anspruchs und Bedarfs. Der Gesetzgeber formulierte eine gemeinsame Verantwortung aller Akteure in der Pflege, auch der Gesellschaft, und umschreibt eine Notwendigkeit der Weiterentwicklung einer neuen Kultur der Hilfe, § 8 Abs. 1 SGB XI. Die Konzeption der Pflegeversicherung geht also davon aus, dass die Qualität der Pflege in einem gelingenden Zusammenwirken von familiärer Hilfe, beruflich erbrachter, professioneller Begleitung sichergestellt wird. Dabei wird den Pflegekassen ein „Sicherstellungsauftrag“ zugewiesen, § 69 SGB XI.

Bei der zunächst festgeschriebenen Beratung und Bildung in der damals neuen Sozialversicherung handelt sich also um vom Gesetzgeber vorgeschriebene Orientierungs- und Lenkungsverfahren, die zum einen Zuständigkeiten klären sollen (wer ist zuständig für Sorge und Pflege?), zum anderen aber auch manifeste Kontrollfunktion ausüben.

Um grundsätzlich das Ziel einer qualitätsgesicherten Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu erreichen, werden verschiedene Qualitätsparameter zur Geltung gebracht. Einmal sind es die allgemeinen Prinzipien und Zielsetzungen des SGB XI, also das Prinzip der Menschenwürde, der Selbstbestimmung und der Selbstständigkeit, und andererseits die allgemein anerkannten Wissensstände der „Medizin und Pflege“, §§ 11, 69 SGB XI. Die Qualität für Pflege und Versorgung zu sichern stellte sich jedoch schon alleine deswegen als problematisch heraus, da die Professionalisierung der Pflege noch nicht so weit vorangeschritten war, als dass dafür schon Standards oder andere nationale Orientierungen vorlägen. Was gute oder auch nur ausreichende Pflege in den unterschiedlichen Settings, vor allem in der Langzeitpflege sein kann, musste nun wissenschaftlich evaluiert und beschrieben werden.

Das wirkt sich natürlich auch auf die entsprechende Kontrolle oder Beratungsformate aus. Im Rahmen der regelmäßigen Zugänge und Einsichten in häusliche oder stationäre Pflegesituationen werden ggf. Qualitätsprobleme sichtbar, denen mit Interventionen wie Beratung begegnet werden soll.

Im Folgenden werden die Paragraphen zum Thema Bildung und Beratung nach ihrem chronologischen Auftreten im SGB XI aufgelistet. Zudem wird ihre Veränderung verfolgt und damit ihre Entwicklung und Einflüsse darauf deutlicher.

3.1 Die Bausteine für Beratung und Bildung – Entwicklung und Einordnung

3.1.1 § 37 Abs. 3 – vom Pflegeeinsatz zur Beratungsbesuch

Gesetzestext (Stand 2020):

„Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 SGB XI beziehen, haben gemäß § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI

- bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
- bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen.

Darüber hinaus haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sowie Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen.

Ein Anspruch auf Beratung besteht ebenfalls für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die nach § 45a Absatz 4 SGB XI regelmäßig bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrages für die Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag umwidmen (Umwidmungsbetrag). Sofern ein ambulanter Pflegedienst Sachleistungen bei dem bzw. der Pflegebedürftigen erbringt, besteht für diesen Personenkreis keine Verpflichtung zum Abruf des Beratungsbesuchs.

Bezieher von Leistungen nach § 43a SGB XI sind wie Kombinationsleistungsbezieher zu behandeln. Damit gilt für sie – ebenso wie für die anderen Pflegebedürftigen, die auch Sachleistungen nach § 36 SGB XI von einem ambulanten Pflegedienst beziehen – dass ein Recht zum Abruf der halbjährlichen Beratungsbesuche besteht, nicht aber die Pflicht hierzu.“

Eine Besonderheit dieses Paragraphen ist, dass *Beratung* im Kontext der pflegerischen Tätigkeit hier tatsächlich das erste Mal gesetzlich gefasst ist. Formuliert wurde die Leistung zunächst als „Pflegeeinsatz“, gemeint ist eine diffus gehaltene Form der Beratung durch Pflege(fach)kräfte⁵³. Es handelt sich um einen Pflichteinsatz, der von den Versicherten regelmäßig abgerufen werden muss, um Sanktionen (z. B. Leistungskürzung oder Leistungsentzug) zu vermeiden. Damit kann man ihn als Form der „Zwangsberatung“ bezeichnen (vgl. Grieshaber 1996). Nach den Angaben der amtlichen Pflegestatistik haben 2018 fast die Hälfte (47,1 %) aller Leistungsbezieher*innen (entspricht 1.736.432 Menschen) diese verpflichtenden Beratungsbesuche in Anspruch nehmen müssen, da sie sich für den ausschließlichen Pflegegeldbezug entschieden haben.

Entwicklung des § 37 am Fallbeispiel

An einem Urteil des Bundessozialhilfegerichts vom 24.07.2003 (Az. B3P 4/02R) lässt sich sowohl die Entwicklung dieses Paragraphen nachvollziehen als auch die Ambivalenz deutlich

⁵³ Die Bestandsaufnahme 2010 fragte nach der Qualifikation der Durchführenden und stellte fest, dass auch Arzthelferinnen die Besuche durchführten.

machen, die diese Form der verpflichtenden Beratungsbesuche, mit anschließender Sanktion bei Pflegebedürftigkeit, beinhaltet.

Verhandelt wurde vor dem Sozialhilfegericht die Klage einer 47-jährigen Frau mit Down-Syndrom, die seit ihrer Geburt von ihren Eltern gepflegt wurde. Die Urteilsbegründung zeigt auf, dass diese Frau schon ihr gesamtes Leben bei den Eltern lebte und dort bis 2003 gepflegt wurde. Mit Einführung der Pflegeversicherung erhält die Familie Pflegegeld für die Pflegestufe 1 und hat damit laut § 37.3 SGB XI einen halbjährigen Pflegeeinsatz anzufordern. In den ersten Jahren der Pflegeversicherung sind die Kosten des zunächst einfach „Pflegeeinsatz“ genannten Beratungsbesuches von den Versicherten selbst zu tragen. Diese Art der Finanzierung des Einsatzes wurde schon im ersten Bericht⁵⁴ zur Pflegeversicherung (1997, *BT-Drucksache*, 13, 9528) kritisch betrachtet und wurde deswegen ab 1999 von den Pflegekassen übernommen⁵⁵, um die bis dahin wenig vorhandene Akzeptanz der Inanspruchnahme durch pflegende Familien zu erhöhen.

Im genannten Verfahren vor dem Bundessozialgericht dreht es sich um die Rechtmäßigkeit der Sanktionen der zuständigen Pflegekasse, welche die Pflegegeldzahlungen an die Versicherte eingestellt bzw. gekürzt hat, weil der halbjährige Pflegeeinsatz (Pflicht-Beratungseinsatz) nicht abgerufen wurde. Dem Urteil kann entnommen werden, dass die Pflegebedürftige mehrfach zum Abruf des Einsatzes aufgefordert wurde:

„Mit Schreiben vom 2. September 1998 wurde sie von der Beklagten [= Pflegekasse] nochmals auf die Notwendigkeit des halbjährlichen Abrufs eines Pflegeeinsatzes hingewiesen. Daraufhin erwiderte der Vater der Klägerin, der Zustand seiner Tochter sei unverändert [wahrscheinlich unverändert zur Begutachtung durch den MDK]. Sie bedürfen keiner Ratschläge eines Pflegedienstes. Seine Ehefrau, die die gemeinsame Tochter versorge, verfüge über langjährige Erfahrung. In der Folgezeit rief die Klägerin dennoch zum 10. Oktober 1998 erstmals einen Pflegeeinsatz ab, wobei der beauftragte Pflegedienst zu dem Ergebnis kam, dass die häusliche Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung der Klägerin durch ihre Eltern in umfassender Weise sichergestellt sei. Der Aufforderung der Beklagten, für das erste Halbjahr 1999 [also 6 Monate später] erneut einen Pflegeeinsatz abzurufen, kam die Klägerin nicht nach. Mit Schreiben vom 1. Juli 1999 kündigte die Beklagte an, das laufende Pflegegeld ab 1. August 1999 um 25 vH, dh um 100,00 DM, zu kürzen. Der Vater der Klägerin erklärte daraufhin, die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs am Arbeitsplatz der Klägerin sei ausreichend. Einen Kontrollbesuch in seiner Wohnung lehnte er dagegen ab.“ (Bundessozialhilfegericht vom 24.07.2003 Az. B3P 4/02R).

⁵⁴ Der Berichtsauftrag geschieht gemäß § 10 Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI): Das Bundesministerium für Gesundheit hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von drei Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und der Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung zu berichten

Daraufhin kürzte die Pflegekasse das laufende Pflegegeld wie angekündigt und wies darauf hin, dass die Kürzung nicht von der Verpflichtung entbinde, auch künftig halbjährlich einen Pflegeeinsatz abzurufen. Der Vater klagte gegen die Sanktion und bezog sich dabei u. a. auf das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung, die er mit dieser Zwangsberatung missachtet sieht. Die Klage des Vaters verlief letztendlich nach vier Jahren einschließlich Berufung und Revision erfolglos.

In der Urteilsbegründung ist zum einen die zunehmende Präzisierung des § 37 nachzuverfolgen. So wird beispielsweise 2001 das Gesetz dahingehend geändert, dass ein Ort der Beratungsbesuche festgelegt wird, nämlich in der Häuslichkeit. Außerdem wird hier der Pflegeeinsatz als *Beratungstätigkeit* formuliert. Der Vater der Klägerin belegt in seinem Schreiben, dass er das Vorgehen des Pflegedienstes zum Pflegeeinsatz als „Eindringen in seinen persönlichen Schutzbereich“ empfindet; diese Beratung könnte doch auch am Arbeitsplatz der Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Er beruft sich dabei auf den Schutz der räumlichen Privatsphäre durch Art. 13 I GG. Auch die Zustimmung der Pflegebedürftigen, Zutritt zur Wohnung zu geben, sei nur unter Zwang zustande gekommen, da sie eben nur so ihren Leistungsanspruch geltend machen könnte. Er sieht in den Pflegeeinsätzen vor allem Kontrolle und Störung. Ein Hilfe- oder Unterstützungsangebot ist für ihn in seiner Situation offensichtlich nicht erkennbar.

Die Kontrollfunktion in diesem Pflegeeinsatz ergibt sich aus der Konzeption der Leistungsvergabe bei häuslicher, familiärer Pflege. Vonseiten des Staates wurde den Pflegekassen die Kontrollfunktion überlassen. Es galt zu prüfen, ob die Ehrenamtlichen und Familien ein Mindestmaß an Qualität⁵⁶ in der Pflege halten können. Später wird in den vielen Präzisierungen des Paragraphen dafür die Formulierung gefunden, „nach wissenschaftlich anerkannten Qualitätsstandard zu pflegen“. Haben sich die Familien entschieden, die Pflege selbst durchzuführen, müssen sie nachweisen, dass die Mittel der Solidargemeinschaft sachdienlich eingesetzt werden. Verfassungsrechtlich ist diese gesetzliche Verpflichtung, Einsicht in die häusliche Pflegesituation zu nehmen, also korrekt. Demgegenüber steht ganz im Gegensatz dazu allerdings das Empfinden des Vaters im vorgestellten Fall. Die Verletzung der gemeinsamen Wohnung wird vom Gericht als verhältnismäßig angesehen. In der Begründung des Urteils wird formuliert, dass die Beratungseinsätze der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege dienen, die es eben genau dort zu prüfen gilt. Die Pflegefachleute, die die Beratungseinsätze durchführen, sehen sich nun mit einem Grundkonflikt konfrontiert, der sie mit einem doppelten Auftrag ver-

⁵⁶ Qualität ist ein schwieriger Begriff, denn was die Qualität eigentlich umfasst, bleibt unscharf.

sieht, der zum Teil gegenläufige Ziele verfolgt. Hier ist es zum einen das Ziel, den Pflegebedürftigen zu schützen und das Handeln der Pflegepersonen zu prüfen, auf der anderen Seite das Vertrauen des pflegenden Angehörigen zu gewinnen, um ihn zu beraten und zu entlasten. Oder im Sinn der Familie advokatorisch zu handeln, auf der anderen Seite die Beratung vor Ort in der Wohnung vorzunehmen, was von der Familie als Rechtsbruch verstanden wird.

Diese Spannung ist für die soziale Arbeit bereits in anderen Handlungsfeldern beschrieben. Gröning sieht diesen Grundkonflikt schon seit dem 19. Jahrhundert in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Sie beschreibt die Spannung zwischen Fürsorge und Beratung, von Heilung und Hilfestellung, von Kontrolle und Selektion (vgl. Müller, Mollenhauer 1965). Sie nennt es damals wie heute eine beratungswissenschaftliche Herausforderung, die sich sowohl auf den inneren wie den äußeren Rahmen des Beratungsprozesses auswirkt (vgl. Gröning 2010: 23).

2001 wird eine weitere Änderung des Wortlautes im SGB XI § 37 vorgenommen. Aus „Pflegebedürftige [...] sind verpflichtet, [...] einen Pflegeeinsatz [...] abzurufen“ wird nunmehr: „Pflegebedürftige [...] haben [...] eine Beratung [...] abzurufen“. Damit wird die Absicht verfolgt, klarzustellen, dass wesentlicher Zweck des Einsatzes die *Beratung* und nicht die *Kontrolle* ist. Es bleibt allerdings dabei, dass es bei dem Besuch um die Überprüfung der Pflegesituation geht. Kenntlich gemacht wird es daran, dass das Gesetz weiterhin Sanktionen hinterlegt.

Die individuelle Situation, die der Vater als Ausnahme von der Regel gewertet haben will, da sich an der Situation seiner Tochter, die von den Eltern über Jahrzehnte gepflegt wird, nun über 6 Monate nichts ändert, wird nicht als solche akzeptiert. Die Begründung ist, dass sich auch bei dauerhaft behinderten Menschen die Situation ändern kann, wenn z. B. die Pflegeperson nicht mehr in der Lage sein sollte, die Pflege im erforderlichen Maße durchzuführen.

Aus nicht weiter ausgeführten Gründen endet die familiäre Versorgung 2003, die pflegebedürftige Tochter zieht in ein Heim für Menschen mit Behinderung. Als Betreuer war zu Beginn der Klage (1999) der Vater bestellt, zur Zeit der Urteilsverkündung (2003) ist dann aber die Cousine der Klägerin als Betreuerin dokumentiert.

Aus dem Urteil ist nicht zu erkennen, warum das häusliche Pflegesetting geändert wird, und auch nicht, warum die Betreuung wechselt. Sicher ist, dass es sich um ein einschneidendes Ereignis im Leben der Familie handeln muss. Weiterhin kann geschlossen werden, dass der erste Pflegeeinsatz zumindest in seiner Wirkung nicht so überzeugend war, als dass die Familie diese Form der Beratung regelmäßig zur Unterstützung angefordert hatte. Mängel wurden zu keinem Zeitpunkt dokumentiert.

Qualitätssicherungsbesuch und Beratung als Beitrag zur Qualität

Der § 37 Abs. 3 SGB XI sollte ein Instrument sein, das zur Qualitätssicherung der Pflege beiträgt und zudem einem Missbrauch des Pflegegeldbezugs ohne adäquate Gegenleistung entgegenwirkt. Die gebräuchliche Bezeichnung „Qualitätssicherungsbesuch“ unterstreicht, dass es um die Feststellung bzw. Sicherstellung der Pflegesituation geht. Zwar stellt der MDK das offizielle Kontroll- bzw. Gutachterunternehmen der Selbstverwaltung, das die Einschätzung der rechtmäßigen Verwendung der eingebrachten Mittel und Leistungen durch die Sozialversicherung vornimmt, aber auch der § 37 Abs. 3 SGB XI dient klar diesem Zweck. Bei dem Besuch, der in der Regel durch Pflegefachkräfte durchgeführt wird, sollte jedoch nicht die Kontrolle der Pflegeleistungen der familialen Pflege im Vordergrund stehen. Es wird viel eher davon ausgegangen, dass dieser Beratungseinsatz eine Leistung für die Pflegenden ist, in dem weitere Hilfestellungen angeboten werden. Demnach gehört er zur allgemeinen Sozialberatung (SGB I § 14), der Auskunft und Beratung zugerechnet wird. Aber tatsächlich besteht für den*die Pflegeberater*in immer dann, wenn festgestellt wird, dass die häusliche Pflege nicht ausreichend durchgeführt wird, bereits Pflegeschäden aufgetreten sind oder eine sogenannte gefährliche Pflegesituation vorliegt, eine Mitteilungspflicht an die Pflegekasse.⁵⁷ Diese kann die Zahlung von Pflegegeld einstellen, sodass ein ambulanter Pflegedienst oder die stationäre Pflege als Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden muss. Damit ist der Einsatz sanktionsbewehrt.

Zum Zweiten obliegt dem Qualitätsbesuch auch die Feststellung des Bedarfes an (weiteren) Dienstleistungen. Oft ist diese „Qualitätsberatung“ regelhaft verknüpft mit einem sowieso in der Pflege involvierten Pflegedienst. Auf diese Weise zusammengefasst, stellt sich im Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 auch eine Verbindung zwischen Beratung und Verkauf sowie zwischen Beratung und Sanktion dar. Diese Dimensionen sind allerdings grundsätzlich in der Beratung nicht zu verbinden – zumindest dann nicht, wenn man Beratung als Beistandsbeziehung versteht (vgl. Gröning 2015: 228). In einem lebensweltlichen Verständnis von Pflegeberatung steht daher auch weniger die Frage nach Qualität der Pflege im Vordergrund, sondern die des gelingenden Alltags unter den Anforderungen, die die Pflege an die Beratungsnutzer stellt (vgl. Büscher in Jakobs: 2018: 127 ff.).

⁵⁷ Den Einzelheiten der Mitteilung muss der Versicherte jedoch seine Zustimmung geben.

Bestandsaufnahme nach 15 und nach 24 Jahren § 37 SGB XI Beratungsbesuche

Kritik zum Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI kam früh und stellte sowohl einen Sicherungseffekt als auch das heterogene Angebot, die teilweise gegenläufigen Anliegen des Einsatzes wie auch die Vergütung in Frage (vgl. Grieshaber 1996: 17 ff.; Klie 1998: 37 ff.; González-Campanini, Blume, Neuber 2001; Büscher, Oetting-Roß 2016). Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) 2001 wurde darauf reagiert und daher Veränderungen vorgenommen. Neben der Umformulierung von vormalig ‚Pflegeeinsätze‘ in ‚Beratungsbesuche‘, um den Kontrollcharakter zu entschärfen, gab es auch Änderungen im formalen Verfahren zwischen Kostenträger und Leistungserbringer. Die Pflegedienste waren nunmehr den Pflegekassen gegenüber verpflichtet, die Durchführung der Beratung zu bestätigen und nicht mehr nur „sichergestellte“ oder „nicht sichergestellte Pflegesituation“ anzukreuzen. Stattdessen waren die Beratenden nun angehalten, der pflegebedürftigen Person zuerst die gewonnenen Erkenntnisse über Verbesserungsmöglichkeiten zur häuslichen Pflegesituation mitzuteilen, um diese dann mit ihrem Einverständnis an die Pflegekasse weiterzuleiten. Die Beratungsbesuche erhielten so inhaltlich die Ausrichtung auf Prävention. Der Gesetzgeber wollte aber auch über diese neue, formale Vorgabe eine Beteiligung der Pflegeperson erreichen, die eindeutiger auf Unterstützung ausgerichtet ist. Beratungsverhältnisse, so weit zumindest war man sich einig, benötigen Vertrauensräume. Vertrauensräume bieten ein Rechtsverhältnis. Die rechtlich vorgeschriebene Beteiligung der Pflegeperson schuf damit im ungleichen Machtverhältnis etwas demokratischere Verhältnisse. Insofern ist in der gesetzlichen Vorgabe der (zumindest formalen) Beteiligung auch als ein Schutz der Integrität der Pflegebedürftigen zu verstehen.

Eine Forschergruppe stellt allerdings fest:

„Auch wenn diese Maßnahme zu einem Nachlassen der Kritik an den Beratungsbesuche geführt hat, so vermochte sie jedoch nicht das Problem zu lösen, dass das Kontrollempfinden sowohl auf Seiten vieler Pflegebedürftiger als auch im Selbstverständnis vieler Pflegefachkräfte nach wie vor vorhanden war“ (Büscher 2010: 8).

Diesem interessanten Befund ließe sich entnehmen, dass das angestrebte Ziel, die Qualitätssicherung der häuslichen Pflege durch die Beratungseinsätze nach § 37, vor allem auf der Ebene der gelingenden beraterischen Haltung sowie der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Leistungsanbietern zu suchen ist.

Damit stünden sowohl Selbstverständnis, Rolle und Beziehungsgestaltung zur Disposition.

Die in Auftrag gegebenen Evaluationen zur Überprüfung der Wirkung des Paragraphen legen andere Schwerpunkte. Büscher et al. legten 2010 eine empirische Bestandsaufnahme der Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI vor⁵⁸. Die Forschergruppe stellte fest, dass diese Besuche in der Regel durchschnittlich 20 bis 30 Minuten dauerten und es äußerst selten zur Feststellung der sogenannten „nicht sichergestellten Pflege“ kam. Verbesserungsvorschläge zu häuslichen Pflegesituationen und die Einleitung von Maßnahmen erfolgen sogar nur in weniger als 5 % der Fälle (vgl. Büscher et al. 2010: 3).

Deutlich im Gegensatz dazu nannten die befragten Pflegefachleute, dass sie durchaus häufiger auf Situationen trafen, in denen die Pflege nicht sichergestellt war. Jedoch zöge eine derartige Meldung an die Pflegekasse womöglich den Verlust eines Kunden nach sich, bzw. eine negative Meldung an die PV nach den Besuchen spräche sich bei potenziellen Kund*innen herum, was ökonomische Nachteile auf dem Markt ergäbe (vgl. Büscher et al. 2010: 21).

Weitere Erkenntnisse aus der Bestandsaufnahme 2010 weisen darauf hin, dass die beratenden Pflegefachpersonen in der direkten Zuweisung dieser Beratungstätigkeit an ihre Berufsgruppe eine berufspolitische Aufwertung erleben. In dem Zusammenhang wird es allerdings als kritisch angesehen, dass die Ausstattung mit Interventionsmöglichkeiten, um die Pflegesituation besser auszugestalten, dennoch nicht gegeben sei, da die Beratung zwar möglich sei, nicht aber z. B. die selbstständige Verordnung der notwendigen Hilfsmittel zur Verbesserung oder Erleichterung der Pflege, eben nur die Feststellung und Weitergabe an verordnungsbefähigte Professionen. Grundsätzlich wurde die gesetzlich übertragene Verantwortung trotzdem sehr ernst genommen. Implizit interpretierte die Forschergruppe aus den Schilderungen der beratenden Pflegefachleute allerdings auch den Aspekt, einem möglichen Missbrauch des Pflegegeldes entgegenwirken zu müssen. So gab es z. B. die Aussage, dass diese Beratungsbesuche helfen, die Kosten innerhalb der Pflegeversicherung zu senken, oder dass eine Funktion der Besuche darin bestünde, dem Missbrauch des Pflegegeldes entgegenzuwirken (vgl. Büscher 2010: 31). Sowohl in der Betrachtung der notwendigen zu verschreibenden Hilfsmittel als auch in der Einschätzung der gerechtfertigten Ausgabe der Geldleistung sehen sich die beratenden Pflegefachpersonen in der eingeschränkten Rolle derjenigen, die „Meldung machen“, Informationen

⁵⁸ Vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales gefördertes Projekt zur „Qualität und Beratung in der ambulanten Pflege und den Beratungseinsätzen nach § 37,3 SGB XI“ Fragebogenerhebung über die Geschäftsstellen der Pflegekassen in den Projektregionen Essen und Märkischer Kreis (N = 5.453), Fragebogenerhebung bei Pflegediensten in Essen und dem Märkischen Kreis (N = 27), Leitfadengestützte Interviews mit Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräften in Essen und dem Märkischen Kreis (N = 14), Fragebogenerhebung bei pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen in Essen und dem Märkischen Kreis (N = 423), Leitfadengestützte Interviews mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen in Essen und dem Märkischen Kreis (N = 10).

weitergeben, diese aber selbst nicht weiter in Handlung überführen können. Professionelle Intervention ist, so der Eindruck, nur eingeschränkt möglich. Dabei bewegen sich alle Akteure, auch die Pflegebedürftigen, im Rahmen der rechtlichen Regelung im § 37 Abs. 3 SGB XI, ohne eine einheitliche Vorstellung darüber zu haben, was die inhaltliche Gestaltung dieser Beratungsbesuche angeht. Auch die Reaktion der Pflegekassen auf die Ergebnisse der Beratungsbesuche, so besagt es die Bestandsaufnahme 2010, fällt sehr unterschiedlich aus und lässt keine einheitlichen Handlungsabläufe erkennen.

Während Beratung seit 2008 im SGB XI über den neu eingefügten § 7 zwar weiter ausgebaut wurde, wie auch die Infrastruktur zur Beratung über die Pflegestützpunkte, blieb die soziale Praxis und die politische Beschäftigung der Pflichtberatungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI trotz dieser Ergebnisse zunächst unverändert.

Eine 2020 veröffentlichte umfangreiche Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI greift dann auch Aspekte der § 37-Abs. 3-SGB XI-Einsätze auf (IGES 2020: 173 ff.). Unterschiede in der Durchführung zeigen sich zu den vorhergegangenen Studien vor allem in der Einsatzzeit. Während die Ergebnisse der Studien 2010 in der Regel 20–30 Minuten angaben, wird 2020 eine Dauer von durchschnittlich 68,3 Minuten genannt (vgl. IGES: 175). Diese enorme zeitliche Steigerung wird auch darauf zurückgeführt, dass die verschiedenen Beratungsformate der finanzierten Pflegeberatung (mit unterschiedlichen Zeitbudgets) vermutlich vermischt angeboten werden. Einige der Pflegeberater*innen haben mehrere Qualifikationen oder sozialrechtliches Wissen, sodass sie das Format des Qualitätsbesuches verlassen und in die Versorgungsplanung oder andere Hilfen einsteigen. Der Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI beabsichtigt ein präventives Angebot zu sein, beinhaltet aber weiterhin am stärksten die Funktion der Kontrolle der Sicherstellung der Pflege, was die Themen dieser Besuche auch prägt.

Allerdings werden Pflegegeldkürzungen wegen nicht abgerufener Pflichtberatungen oder direktes Eingreifen in unsichere Pflegearrangements nur sehr selten eingesetzt. Im Jahr 2018 gab es lediglich 11.385 solcher Fälle, das sind etwa 0,8 % der Pflegegeldbeziehenden (vgl. IGES: 185). Die Zahlen für nicht sichergestellte Pflege schwanken in den Angaben stark. Werden die Angaben der befragten Pflegeberater*innen in der Studie hochgerechnet, beläuft es sich auf 6,4 % der § 37-Abs. 3-Einsätze. Diese Zahlen stehen den deutlich geringeren Angaben der Pflegekassen oder der Pflegegeldbezieher*innen in der Studie gegenüber. Nur 0,9 % der Pflegegeldbezieher*innen teilen mit, dass bei ihnen eine nicht sichergestellte Pflege festgestellt wurde. Zudem kannte nur die Hälfte dieser Menschen die Gründe für diesen Befund. Die Berater*innen nennen überwiegend die Überlastung der pflegenden Angehörigen als Grund oder

fehlende Wohnraumanpassung, fehlende Hilfsmittel sowie eine Ablehnung der Pflege durch die pflegebedürftige Person als Grund einer nicht sichergestellten Pflege (IGES 2020: 177 ff.). Die Diskrepanz zwischen gemeldeten nicht sichergestellten Pflegesituationen und den über die Pflegeberater*innen wahrgenommenen liegt zum einen daran, dass die Pflegebedürftigen ihre Zustimmung zur Meldung an die Kasse geben müssen. Häufig ist das dann nicht mit der Erwartung von Unterstützung verbunden, sondern mit der Sorge, die pflegebedürftige Person würde dann woanders untergebracht. Auf der anderen Seite steht die Sorge der Pflegeberater*innen, die bei Pflegediensten beschäftigt sind und fürchten, durch diese Meldungen Kund*innen zu verlieren.

An diesen Zahlen und der Interpretation stellt sich die Spannung zwischen Beratung und Kontrolle bzw. Schutz und Marktinteressen in den § 37-Abs. 3-SGB XI-Einsätzen dar.

Die Pflegeberatung selbst, als Leistung der Pflegeversicherung, gerät aktuell auf den Prüfstand. So wird 2019 beispielsweise die bayrische Staatsregierung durch die SPD-Fraktion aufgefordert, ein Konzept für ein Qualitätssiegel Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu erstellen und anschließend bayernweit zu etablieren (vgl. 06.02.2019 Drucksache 18/279). Die Etablierung des Qualitätssiegels und die Erarbeitung entsprechender Kriterien sollen analog zu den „Pflegeberatungs-Richtlinien“ des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen erfolgen. Auch Evaluationen zu den Beratungseinsätzen finden per Gesetz (PSG III) ab 2017 regelmäßig alle drei Jahre statt, Berichterstattung zum § 37 und § 7a SGB XI erstmalig 2020. Dabei stellt sich für das gesetzlich ausgewiesene Instrument der Qualitätssicherung ebenfalls die Frage, auf welche Weise die Qualität dieser Leistung selbst qualitativ zu bewerten und damit der Beratungsnutzer zu schützen ist.

Qualitätsempfehlungen für den § 37 Abs. 3 SGB XI nach 23 Jahren der praktischen Umsetzung

Der Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 gehört zu den ersten qualitätssichernden Instrumenten in der ambulanten Pflege im Rahmen des SGB XI. Der Begriff Beratung ist dabei unspezifisch und in der Regel funktional. Beratung wird lange in der Qualitätsdebatte dementsprechend unscharf verwendet, in verschiedenen Zusammenhängen mit Qualität und Sicherung verbunden und über den somatischen Pflegebedürftigkeitsbegriff eng geführt.

Es stellt sich auch die Frage, wie es um die Rahmung und Kontrolle der Qualität in der Qualitätssicherung selbst bestellt ist. Eine Anwendung auf das „Qualitätsinstrument“ Beratungsbesuch § 37 Abs. 3 SGB XI findet sich über die Gesetzgeber erst spät. Betrachtet man, dass dieser

Paragraph schon seit 1994 Bestandteil des Leistungskatalogs der sozialen Pflegeversicherung ist, gibt es relativ wenige einheitliche Standards, Qualitätssicherungsmaßnahmen und empirische Untersuchungen. Bemängelt wurde in der vorhandenen Literatur auch, dass die Potenziale der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI, wie beispielsweise das Präventionspotenzial, nicht ausgeschöpft werden (vgl. Büscher et al. 2010a; Büscher, Oetting-Roß 2016).

2017 hat der GKV-Spitzenverband mit § 7a Abs. 9 SGB XI den gesetzlichen Auftrag erhalten, dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre (erstmalig zum 30. Juni 2020) einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vorzulegen, der über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen sowie über die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 berichtet (s. o.). Erst im Mai 2018 wurden erstmals Empfehlungen, und damit das Ziel eines einheitlichen Rahmens für die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI entwickelt und angestrebt. Die Konsensfindung zu diesen Empfehlungen hat sogar noch länger gedauert als die Erstellung der Richtlinien zur Pflegeberatung nach § 7 SGB XI, obwohl dieser Paragraph deutlich später in das Gesetz eingeführt wurde. Die Richtlinien für den § 37 Abs. 3 SGB XI beschreiben Kriterien der Qualitätssicherung an den Elementen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hierzu zählen Ort der Durchführung, Einsatz geeigneter Kräfte, Beratungsverständnis, personale und fachliche Kompetenz, Inhalte und Vorgehen bei nicht sichergestellter Pflege. Diese Kriterien werden in den Empfehlungen praktisch ausgeführt. Als theoretische Orientierung nimmt sich die Empfehlung den 2016 entwickelten Qualitätsrahmen des Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) für die Beratung in der Pflege (vgl. Kapitel 3.5.2.3). Eine weitere theoretische Fundierung über eine Orientierung hinaus oder regelmäßige Fallbesprechungen bzw. Supervision der Beratungsbesuche, wie es bei den Beratungen nach § 7a SGB XI vorgesehen ist, ist in dieser Qualitätsanforderung nicht enthalten.

Die beratenden Personen sollten eine pflegefachliche Grundausbildung haben, Berufserfahrung und über „personale Kompetenz“ verfügen, was bedeutet, dem Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen empathisch und offen gegenüberzutreten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat darüber hinaus für 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse beschlossen. Seit 2020 entwickelt das ZQP, erneut in einer Perspektivenwerkstatt und im Anschluss an den Qualitätsrahmen für die Beratung, ein Assessmentinstrument zur weiteren Strukturierung des Beratungsprozesses. Über den Einsatz des Instruments sollte es gelingen, den Beratungsbedarfs konkreter zu identifizieren sowie Präventionspotenziale aufdecken. Des

Weiteren soll durch Nutzung eines standardisierten Instruments ein einheitliches Qualitätsniveau angezielt werden.

Zusammenfassung und Bewertung des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI

§ 37 Abs. 3 SGB XI wurde zunächst als Pflegeeinsatz eingeführt, um die familiäre Pflege abzusichern. Der Kontrollbesuch wurde sowohl von Pflegegeldbezieher*innen wie auch von Pflegefachleuten ambivalent aufgenommen. Auf der einen Seite erhält die Beauftragung, spezifische pflegefachliche Beratung bei Pflegebedürftigkeit durchzuführen, erstmals eine gesetzliche Grundlage. Zudem haben nun Pflegefachleute regelmäßig Zugang zu familiären Pflegearrangements und sind so theoretisch in der Lage, Gefahrensituationen, die z. B. aus Unkenntnis in komplexen Pflegesituationen entstehen, zu erkennen und präventiv zu handeln. So nimmt die Pflegeversicherung starken Einfluss auf die Veränderung des Aufgabenprofils der professionellen Pflege. Auf der anderen Seite zeigt sich mit den neuen Anforderungen an die Berufsgruppe neben vielerlei Aufbruch aber auch eine gewisse Orientierungslosigkeit, bezogen auf die neuen beruflichen Rollensegmente. Mit neuen Herausforderungen entstehen nicht automatisch gleich Positionen, Haltungen und professionell begründetes Handeln. So entstehen automatisch Spannungen, da sich die Beratung an zwei unterschiedliche Adressaten wendet: einmal an den Pflegebedürftigen, bei dem es darum geht, ihn zu schützen und zu prüfen, ob ihm über seine selbst gewählte Pflegeperson die Pflege zukommt, die seinem Bedarf und Bedürfnissen entspricht. Auf der anderen Seite steht es der pflegenden Angehörigen, die gerade kontrolliert wird, zu, sich vertrauensvoll an die Beratende zu wenden, selbst Fragen zur Pflege und Unterstützung zu stellen. Dies ist eine schwierige Position, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Spannungen werden auch in den beiden unterschiedlichen Evaluationen (s. o.), die im Abstand von fast zehn Jahren geführt wurden, darstellbar. Die kontrollierende Rolle in den Pflegearrangements bedeutet eben auch, Einfluss auf die Leistungen an pflegebedürftigen Menschen auszuüben. Das steht gegen die Rolle eine*r (selbstlosen) Unterstützer*in in Hilfelagen. Gleichermaßen spannungsvoll ist das Verhältnis zwischen dem*der Expert*in, der*die Leistungen zur Pflege empfiehlt, aber diese Dienstleistungen gleichzeitig selbst zum Verkauf anbietet. Das erzeugt Paradoxien in Beratungssituationen.

Die Marktabhängigkeit zeigt sich in der sozialen Praxis dieser Beratungsbesuche. Gerade in den ersten Jahren nach Einführung wurde sie als Neukundengewinnung in die Strategien der ambulanten Dienste eingeplant, und das wird sie – regional unterschiedlich – immer noch. So werden sie z. B. von Unternehmensberatern als Werbegespräche für die „lukrative Verhinderungspflege“ angepriesen. Unter ökonomischen Aspekten ist das Handeln der Pflegedienste gut

zu begründen, schließlich ist ein Vergütungssatz von rund 20 Euro (ab 2019 erhöht auf 50 Euro) für eine spezialisierte Pflegefachkraft ein Minusgeschäft für jeden ambulanten Anbieter. Eine andere Entwicklung zeigt sich unter der zunehmenden Verknappung von Pflegefachleuten in der ambulanten Versorgung. In der Folge werden diese Beratungseinsätze von den verpflichteten Pflegegeldbezieher*innen zwar nachgefragt, aber von den Pflegediensten immer wieder abgelehnt. Die Dienstleister sind nicht mehr auf Kundenakquise angewiesen, sondern vielmehr auf Personalsuche. Versicherte müssen daher länger suchen, um ihrer Verpflichtung nachkommen zu können. Gerade in ländlichen Gegenden gibt es mehr Nachfrager als Angebote, gerade für komplexe Pflegen.

Diese unterschiedlichen Erwartungen, Rollenspannungen und Paradoxien müssen reflektiert werden, um in den individuellen Einsätzen tatsächlich unabhängige Beratung für die jeweilige Situation anbieten zu können. Die kurze und ohnehin nur freiwillige Qualifikation zur Durchführung des § 37 Abs. 3 SGB bietet vor allem Wissen über Sozialversicherungsleistungen an. In Verbindung mit profunden pflegefachlichen Kenntnissen förderte das aber eher schnelle Problembeschreibungen und sofortige Problemlösung anstelle von Wissen und Zeit für Vertrauensaufbau und individuelles Fallverstehen. Das unterstützt dann allzu häufig rasche, unterkomplexe Erklärungsversuche für die vorgefundene Situation. Manchmal führt das dann in die verengte Beurteilung „Überlastung der Pflegeperson“, eine Bewertung, welche die Pflegeberater*innen in der Evaluation 2020 (IGES 2020: 178) im Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 als häufigste Ursache für nicht sichergestellte Pflege angaben.

Sozialpädagogisches Fallverstehen und entsprechend auch eine Diagnostik durchzuführen sind jedoch immer auch Beziehungsgeschehen. Dass die professionelle Beziehungsgestaltung so gut wie kein eigener Gegenstand der Pflegeforschung ist, wurde oben bereits vorgetragen. Jedoch werden in den Interaktionen mit den Familien ja dennoch *immer* Beziehungen gestaltet. Gerade in der Pflege kommen Menschen sich sehr nahe. Selbst wenn es direkt im Beratungsbesuch nur selten zu pflegetechnischen Handlungen kommt, werden laut genannter Evaluation fast die Hälfte der Beratungsbesuche von Pflegediensten durchgeführt, die zu einem großen Teil auch selbst mit der Behandlungspflege in den Familien beauftragt sind. Im Pflichtberatungsbesuch suchen Pflegefachleute Strategien und Methoden, die Spannungen der unterschiedlichen Aufträge, die in der Beziehung wirken, aufzulösen. So lässt es sich auch deuten, dass die theoretische Auseinandersetzung zur Beratung nach Inkrafttreten des SGB XI in den Fachzeitschriften enorm zunimmt (vgl. Darmann-Fink, Sahn 2006: 288). Hier fehlt nun aber die breite akademi-

sche Basis und somit die Möglichkeit der fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung. Während die soziale Arbeit nach dem Krieg den alten Fürsorgebegriff ablösen musste, um ihren gesellschaftlichen Auftrag auf dem Boden des neuen Grundgesetzes zu gestalten, blieb die Pflege zunächst ein Assistenzberuf (vor allem der Medizin) und die Beratung eine Tätigkeit, die nebenbei erbracht wurde. Die soziale Arbeit musste dagegen für ihre zentrale Interaktion Beratung einen Rahmen formulieren und theoretisch fundieren, um ihre Tätigkeit rechtlich und fachlich zu begründen. In der Pflege ist die Beratungstätigkeit eine Aufgabe, die sie aus einem persönlichen oder familienähnlichen (schwesterlichen/mütterlichen) Selbstverständnis der Zuwendung erledigen. Der gesetzliche Auftrag wird erstmals über das SGB XI § 37 Abs. 3 SGB XI so deutlich geschaffen und benötigte ab diesem Zeitpunkt ein inhaltliches Fundament, wobei zeitgleich auf der anderen Seite der Pflegebegriff gerade durch die alte Fassung in der Pflegeversicherung eine Verengung auf Verrichtung zementiert und alle Tätigkeiten, die im Wesentlichen auf Beziehung beruhen, im Laufe der Zeit der Betreuung zugeordnet werden. Die Begründung einer eigenen Ausgestaltung ist nun vor allem das Vorantreiben der Emanzipation von einem Assistenzberuf der Medizin zur Profession mit eigenem Wissenskörper sowie den Anschluss an die internationalen Entwicklungen, als Gegengewicht gegen die Deprofessionalisierung.

Im Rahmen der Reformen des SGB XI werden dann zwar neue Pflegeberater*innen-Formate und Positionen geschaffen und seit 2015 erhält der Pflichtberatungsbesuch, gestärkt durch die Pflegewissenschaft, eine deutlichere Ausrichtung hin zur Prävention und Unterstützung. Die Qualifizierungsanforderungen in Bezug auf Beratung für den § 3 Abs. 3 SGB XI wurden jedoch nicht geändert. Der Besuch bleibt weiterhin auch sanktionsbewehrt.

Die Auseinandersetzung mit Beratung und dem Proprium der Pflege sowie ihrem Wissenssystem geschieht im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit vor allem in der Auseinandersetzung mit der Ökonomie, weniger mit der Demokratie, wie es für die soziale Arbeit zu Beginn wichtig war.

Über das Schaubild (Abb. 1) lässt sich nochmal in einer Übersicht darstellen, welche Entwicklung der § 37 Abs. 3 SGB XI in den vergangenen 25 Jahren genommen hat. Zudem zeigt es hier, wie sich eine Funktion von Beratung im komplexen sozialen System der Pflegeversicherung herausbildet. Zunächst ist der Charakter der Qualitätskontrolle, die Absicherung der Sozialversicherungsleistungen groß. Beratung ist dabei eher ein unspezifisches Unterstützungsangebot während des sehr gering vergüteten sogenannten „Pflegeeinsatzes“. Relativ schnell wird

klar, dass dieser Einsatz eine wichtige Funktion erfüllt, die mit der Wahrnehmung als und Ausrichtung auf Qualitätskontrolle ihr Ziel verfehlt. Mit dem Einblick in die individuellen Pflegesituationen in den Familien findet sich das Ausmaß der individuellen und komplexen Bedarfslagen. Der Beratungsaspekt und die Chance, Einblick in die privaten Pflegesituationen zu bekommen, sowie der präventive Aspekt werden deutlich betont und gestärkt. Auch der Einfluss der starken Selbsthilfe- und Bürgerbewegungen zeigt sich in diesem Paragraphen, indem nun die Beratung einen besonderen Stellenwert bei den benachteiligten Gruppen (speziell Demenzinitiativen) erhält. Der Beratungsanspruch wird für ihre Ansprüche ausgebaut, sodass sie ihn nutzen können, um auf ihre bisher nicht bedachten Bedarfe aufmerksam zu machen, und so auch mehr Unterstützung erhalten. Beratung soll im weiteren Verlauf nun auch helfen, um auf Problemlagen im Gesundheitssystem hinzuweisen. Dafür steht im Hintergrund der zur gleichen Zeit entwickelte § 65b und die dort verortete unabhängige Patientenberatung.

Die Einführung der neuen Beratungsstrukturen (§ 7a; § 92c) unterstreicht zwar eindeutig den Wert der Beratung, bringt nun aber auch andere beratende Berufsgruppen in die Positionen, die Probleme bei Pflegebedürftigkeit, die im Grunde im System entstehen, über die individuelle Fallsteuerung durch das System zu lenken. Der § 37 Abs. 3, der vor allem eine pflegebezogene Beratung ist, wird dabei allerdings weniger aufgewertet, bekommt aber mit der Einführung der neuen Beratungsstrukturen über die Pflegeberater*innen und die Pflegestützpunkte eine weitere Aufgabe, nämlich die der Zuweisung, bleibt damit ein funktionales Angebot und wird schließlich als Kitt zwischen den Fragmenten im komplexen System festgeschrieben.

§ 37 Abs 3 SGB XI - Entwicklung

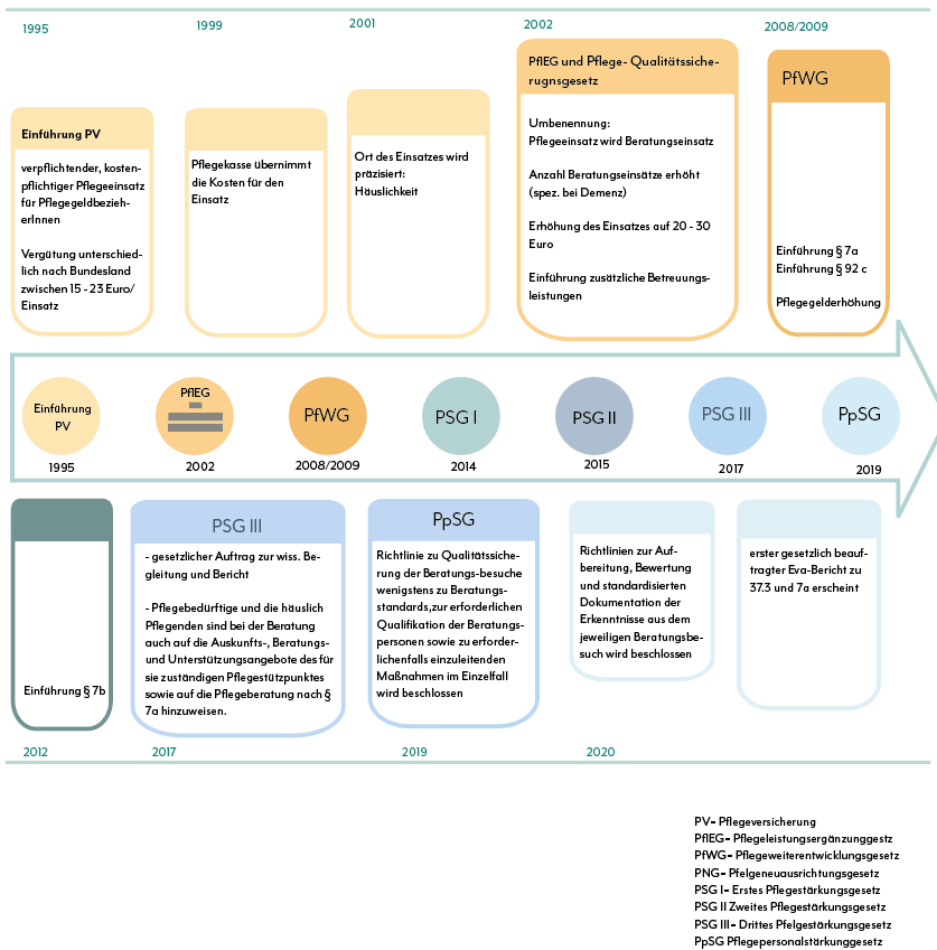


Abb. 2 Entwicklung §37 Abs. 3 SGB XI eigene Darstellung

3.1.2 § 45a SGB XI Pflegekurse – Qualifizierung und Qualitätssicherung

Die Pflegekurse werden eng mit der Beratung bei Pflegebedürftigkeit verbunden, besonders wenn es individuelle häusliche Schulungen sind. Daher gelten sie in der vorliegenden Dissertation ebenfalls als Baustein der Beratung im SGB XI. Zudem nimmt diese Dissertation die Perspektive der pädagogischen Beratung ein. Aus dieser Sicht ist Beratung dann gut, „wenn sie in Prozesse der Bildung, Selbstbildung und in Lernen mündet, also auf Mündigkeit ausgerichtet ist“ (Gröning 2012: 212).

„(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse

sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.“ (§ 45 SGB XI, Stand 2020)

Der ursprüngliche Gesetzestext zu den Pflegekursen wird über die Jahre der Anwendung nicht wesentlich verändert. Dennoch lässt sich eine Entwicklung über die 25 Jahre PV nachzeichnen. Um die Veränderung sichtbar zu machen, wird ein Ausschnitt der öffentlichen Darstellung der Pflegeversicherung als Perspektive gewählt. So wird mittels der kontinuierlichen Berichterstattung ein Überblick über 25 Jahre Kommunikation und Einbindung der Kurse in die gesamte Versorgungsplanung ermöglicht. Gemeint sind die gesetzlich verankerten fortlaufenden Berichte zur Entwicklung der Pflegeversicherung. Mittlerweile liegen sechs dieser Berichte vor, die mit der Überlegung betrachtet werden, welches Ziel, welchen Inhalt, welche Bedeutung und welchen Raum der § 45 SGB XI innerhalb dieser Berichte erhält. Die Berichte folgen dem gesetzlichen Auftrag an die Bundesregierung, den Deutschen Bundestag regelmäßig über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu informieren. Sie geben also vor allem einen Überblick über die Zahl der Leistungsbezieher*innen, die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung. Sie bieten in keiner Weise detailgenau Auskunft über das Angebot der Pflegekurse. Aber indem der Berichtsfaden Pflegekurse herausgehoben wird, können in knapper Form Rückschlüsse auf ein dort grundgelegtes Verständnis von Bildung der Familien bei Pflegebedürftigkeit gezogen werden. Weitere Perspektiven über diese Berichte hinaus in die Praxis hinein liefern danach Evaluationen über die Umsetzung von Pflegekursen.

Entwicklung des § 45 SGB XI: Pflegekurse für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche im Spiegel der Berichterstattung

Pflegekurse für pflegende Angehörige sind parallel zum gerade vorgestellten § 37 Abs. 3 direkt seit Einführung des neuen Gesetzbuches 1995 im SGB XI gesetzlich verankert. Eingeordnet wird diese Leistung unter der Rubrik Qualität und damit begründet, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern, sie zu stabilisieren und zu fördern. Rothgang (1995) wunderte damals, dass hinsichtlich der Pflegequalität im Pflegeversicherungsgesetz etliche relevante Einzelrege-

lungen für die *professionelle* Pflege getroffen werden. Unterbelichtet sei dagegen der Versorgungsbereich, in dem *Laien* pflegen, was damals wie heute die weitaus größte Anzahl der Pflegebedürftigen ausmacht. Seiner Ansicht nach leisten die Pflegekurse nach § 45 SGB XI einen Beitrag zur Steigerung der Pflegefähigkeit (vgl. Rothgang, Fachinger 1995: 89). Neben der theoretischen Wissensvermittlung in den oben beschriebenen Beratungsbesuchen § 37 Abs. 3 SGB XI sollte auch praktische Anleitung in Gruppenkursen oder im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen erfolgen. Anders als der § 37 Abs. 3 SGB XI ist es kein Pflichtangebot für die sogenannte Laienpflege, sondern soll von den Pflegebedürftigen und den betroffenen Angehörigen oder Ehrenamtlichen gewünscht und beantragt werden. 1997 wurde zwar von den Grünen im Bund der Antrag auf eine Verpflichtung zur Teilnahme an solchen Kursen eingebracht und politisch diskutiert, aber von den anderen Parteien abgelehnt (vgl. Irmingard Schewe-Gerigk, 1996). Die erste Formulierung der Gesetzgeber konnte von den Pflegekassen als „Kann-Angebot“ für das Vorhalten von Kursen gelesen werden. Um dem Angebot mehr Bedeutung zu verleihen, wird ihnen 2001 eine Verpflichtung, Pflegekurse anzubieten, in den § 45 geschrieben. Die Pflegekassen haben daraufhin unentgeltliche Pflegekurse für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche vor Ort vorzuhalten, die Kenntnisse zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege und Betreuung vermitteln. Denn, so heißt es im ersten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung, durch diese Schulungen, die im Einzelfall auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden sollten, könnten Defizite in der häuslichen Pflege weitgehend vermieden werden. Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung hierfür rd. 20 Mio. DM aufwenden (vgl. Erster Bericht zur Pflegeversicherung Drucksache 13/9528). Zum Berichtszeitpunkt sind in der Hauptsache noch Gruppenkurse außerhalb der Häuslichkeit gemeint, seltener individuelle Einzelschulungen in den Familien. In diesen Gruppenveranstaltungen sollen nicht nur Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pfl egetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind, sie sollen vielmehr auch zur Unterstützung bei körperlichen und seelischen Belastungen sowie zum notwendigen Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander dienen.

Ohne näher ins Detail zu gehen, erwähnt der erste Bericht auch die Planung von Modellprogrammen zur Qualifizierung von Pflegepersonal, Ärzten und pflegenden Angehörigen (Erster Bericht, 1997: 40). Im Blick sei für diese zukünftigen Qualifizierungsangebote dabei „das ganze Spektrum der Pflegeleistungen“.

Ein eigener Bildungsanspruch für pflegende Angehörige, der ihnen mehr als die Position einer für den Einzelfall gut ausgebildeten, nicht zu sehr belasteten Ressource zuspricht, ist aus dem Bericht nicht herauszulesen.

Verfolgt man nun die Darstellung der Leistung durch den § 45 durch die sechs Berichte zur Entwicklung der Pflegeversicherung weiter, zeigt sich eine kontinuierliche Beschäftigung mit den Pflegekursen, vor allem in den ersten drei Berichten (1997, 2001, 2004). Geführt wird der § 45 unter der Rubrik Qualität als Instrument zur Sicherung der häuslichen Pflege sowie zur Entlastung pflegender Angehöriger. Trotz geringer Annahme vonseiten der Nutzer, die allerdings, wenn sie gefragt werden, das Angebot positiv bewerten, finden sich im Verlauf dennoch nur marginale Veränderungen des vorliegenden Paragraphen, um darüber Steuerungsfunktion zu übernehmen.

Anders als im vorher ausgeführten § 37 Abs. 3 SGB XI ist die Debatte zu dieser freiwilligen Leistung auch weniger kritisch. Die politische Beschäftigung in den Parlamentsdebatten dreht sich nur selten um den Inhalt oder den Einbezug der Lebenswelt der Betroffenen, sondern darum, dass sie zu wenig nachgefragt wird und aus diesem Grund – ähnlich wie bei den anderen entlastenden Angeboten – einfach die Bekanntheit erhöht und der Zugang erleichtert werden muss, damit der Nutzen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erreicht wird, obschon Beiträge zur Diskussion um den grundlegenden Inhalt durchaus vorlagen, wie beispielhaft das Plenarprotokoll 1996 mit der Ausführung von Christa Lörcher belegt, die dort u. a. ein Curriculum fordert, das sowohl bildungstheoretisch fundiert wird als auch Reflexionen und persönliche Entwicklung anstößt:

„§ 45 des Pflegeversicherungsgesetzes z. B. ermöglicht Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, die von den Pflegekassen unentgeltlich angeboten werden sollen. Wie viele Pflegende haben solche Kurse besucht? Was wird gelehrt? Welche Lernerfolge haben diese Kurse? Gibt es ein Curriculum für Pflegekurse, das beitragen kann zur psychischen und sozialen Stabilisierung der Pflegeperson, zur Vorbereitung und Verarbeitung belastender Situationen – ein Curriculum, das Reflexionen anstößt und Möglichkeiten aufzeigt, wie Entlastung und Deeskalation in kritischen Situationen versucht werden kann? Bei der Fachtagung im März sagte Professor Andreas Kruse, Universität Greifswald, daß er gern bereit wäre, an einem solchen Curriculum zu arbeiten – ein Mann, der große Erfahrung in Forschung und Lehre für diesen Bereich mitbringt. Warum nutzen wir das nicht? Bündnis 90/Die Grünen wollen Pflegekurse verpflichtend machen. Ich glaube nicht, daß das der richtige Weg ist. Wer nicht dazulernen will, wird auch nicht unter Zwang lernen. Ich halte es für sinnvoller, die Rahmenbedingungen so attraktiv zu machen, daß die Kurse von möglichst vielen Pflegepersonen angenommen werden, z. B. durch die Möglichkeit einer Ersatzpflegekraft während der Kurszeit.“(Lörcher C. Plenarprotokoll 13/145)

Veränderungen erfährt der § 45 SGB XI über (geringe) Konkretisierung und eine minimale Qualifizierungsanforderung der Leistungsanbieter seit 2007⁵⁹ und 2015, als die Forderung nach Prävention in den Pflegekursen eingeführt wird. Eine Weiterentwicklung dieser Leistung zeigt sich im Verlauf vor allem in der Einbettung in spezielle Orte dieser Lernangebote sowie in einer diagnosebezogenen Spezifizierung der Kursangebote. Und auch hier soll eine Leistungsberatung direkt innerhalb der Kurseinheiten eingeführt werden.

Im ersten Bericht zeigt sich noch eine eher diffuse Vorstellung von Pflege und Lernen sowie eine mögliche, aber in vielen Fällen bzw. bei vielen Familien auch verzichtbare Leistung zur Verbesserung der Qualität.

Im zweiten (1998–2000) und besonders im dritten (2001–2003) Bericht wird die Darstellung zum Sinn und Zweck der Kurse konkreter. In der Berichtszeit folgt dann auch die Änderung von der Kann- zur Soll-Vorschrift – allerdings zunächst immer noch keine Muss-Vorschrift. Die Erkenntnisse der vorausgegangenen fünf Jahre Umsetzung hatten gezeigt, dass besonders die Kurse in der Häuslichkeit stärker nachgefragt werden und sie das Potenzial in sich tragen, die individuellen, oft prekären Situationen zu erreichen sowie diese ganz praktisch mitzugestalten. Verhandelt wird im Bericht nun ein Format, das *individuelles* patientenbezogenes Lernen ermöglicht, womit neben den bisher in der Hauptsache angebotenen Gruppenkursen die Schulungen im häuslichen Umfeld stärker betont werden und – so die Absicht – durch die Sollvorschrift dieses Kursformat in das Blickfeld der Pflegekassen gerückt wird. Diese Änderung war Teil des zum 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG).

Anfang der 2000er Jahre bekommt das Angebot Pflegekurs nach § 45 SGB XI auch in der Pflegefachpresse mehr Aufmerksamkeit, und Modellprojekte wie das Patienteninformationszentrum (PIZ) (vgl. Abt-Zeglin 1999, 2002, 2016) werden rund um den Pflegekurs initiiert und evaluiert. Das mag zum einen daran liegen, dass die sozialen Dienste in den Anfangsjahren der Pflegeversicherung mit der enormen Veränderung gerade im ambulanten Sektor und dem Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur das bisher kaum bekannte Format der Pflegekurse nicht ausreichend im Blick hatten⁶⁰. Zum anderen gab es mit der Veränderung im Versorgungverhalten der Kliniken einen neuen Bedarf. Die Ökonomisierung im Klinikbereich in Form des fallpauschalierten Abrechnungswesens DRG (Diagnosis Related Groups) nahm Fahrt auf. Ziel

⁵⁹ Empfehlung zur Qualifizierung zum*zur Pflegeberater*in nach § 45a. = 3 Tage = 24 UE, die sowohl Sozialrecht, Grundlagen der Pädagogik, Grundlagen der Kommunikation und Methodik und Didaktik beinhalten sollen.

⁶⁰ Pflegekurse gab es schon vor der Pflegeversicherung.

war eine Kostenreduktion bei gleichbleibender Versorgungseffizienz. Damit wurden die Liegezeiten in den Kliniken verkürzt, weil die stationären Aufenthalte für die Kassen höhere finanzielle Aufwendungen bedeuteten als die ambulante oder familiäre Versorgung. Die Folge war eine Veränderung der Patientenströme am Übergang zwischen den Institutionen und den Familien (vgl. Gröning 2011). Patient*innen wurden in anderen, früheren Stadien der Versorgungsbedürftigkeit in die ambulante und familiäre Versorgung entlassen. Neben den vielen neuen, häufig auch technischen hohen Anforderungen verschwand zudem auf diesem Weg die sozialkompensatorische Funktion, für die die Kliniken bis dahin auch oft standen. Neue Anforderungen erforderten neues Wissen⁶¹. Die Kurse wurden als ein möglicher Ort des Lernens identifiziert, aber dennoch weiterhin selten in Anspruch genommen. Die rasanten Veränderungen im Handlungsfeld Pflege, schnellere Abläufe, Digitalisierung, ein sich wandelndes und sich ausdifferenzierendes Berufsbild u. Ä. setzten zunehmend ältere Pflegende in der letzten Berufsphase unter Druck, weiterhin vollständig am Arbeitsprozess teilzunehmen. Pflegekurse und Pflegeberatung boten womöglich die Chance, das reiche Erfahrungswissen der Pflegefachleute einzubringen und zu nutzen (vgl. Emme v.d.Ahe 2014). Das Gesamtbild der Inanspruchnahme zeigt zwar eine geringe Zunahme, aber dennoch keine steilen Kurven im Bericht.

Im dritten Bericht (Berichtszeitraum 2001–2003) wird das Konzept ‚Kompetenz‘ breit eingeführt, wenn über ‚noch zu entwickelndes‘ bzw. ‚notwendiges Wissen‘ oder ‚Befähigung zur Pflege‘ berichtet wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Demenz⁶². Anwendung findet das Konzept auf die (eingeschränkte) Alltagskompetenz bei Menschen mit Demenz oder wird bezogen auf die Förderung von Kompetenzwerkstätten und -zentren der Health Professionals, um Fachkompetenz zur Versorgung bei Demenz zu generieren und zu sammeln.

Der vierte Bericht (2008, Berichtszeitraum 2004–2006) nimmt im Schwerpunkt u. a. die Pflegeinfrastruktur in den Blick. Die Kurse nach § 45 werden in diesem Bericht nicht mehr explizit erwähnt und als Leistung auch nicht isoliert aufgelistet. Allerdings wird der Aufbau von Kompetenz und Patientenorientierung samt Patienten- und Angehörigeninformation in der Versorgung chronisch Kranker bedeutsam. In dieser Verbindung erscheinen an unterschiedlichen Stellen, meist modellhaft, auch Schulungen für Ehrenamtliche und pflegende Angehörige (vgl. z.B. EDE-Curriculum). Die Förderung und Feststellung des Kompetenzzuwachses wird ausgedehnt auf weitere Diagnosen chronischer Krankheiten, die häufig zur Pflegebedürftigkeit führen.

⁶¹ „Blutige Entlassungen“ und Drehtüreffekte waren häufig genutzte Schlagworte.

⁶² Gerade Verbände wie die Alzheimergesellschaft, die sich mit Demenz beschäftigen, kritisieren die Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Unterversorgung dieser zu versorgenden Bevölkerungsgruppe.

Schulungen und Kurse für pflegende Angehörige werden nun zielgerichteter auf spezifische Bedarfsgruppen ausgerichtet und, so kann der Bericht gelesen werden, u. a. in den neu entstandenen Kompetenzzentren oder in den Patienteninformationszentren angeboten. Für die Versorgungsforschung bleibt der Schwerpunkt Demenz zentral. Auf der Suche nach Leuchtturmprojekten wird auch die Evaluation und den Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierungen ausgeschrieben. Zwar wird es im Bericht nicht explizit herausgehoben, aber das Vorhaben, eine Zusammenstellung und Evaluation der Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für in der Versorgung engagierte Personen und beteiligte Berufsgruppen vorzunehmen, betrifft auch die Pflegekurse nach § 45 SGB XI.

Im fünften Bericht (2011⁶³, Berichtszeitraum 2007–2010) gewinnt die Patientenorientierung an Bedeutung und damit auch die Beteiligung vor allem chronisch kranker Menschen an ihrer eigenen Gesunderhaltung u. a. über Kurse, die Informationen und Schulung zur Prävention beinhalten.

Im sechsten Bericht (Berichtszeitraum 2011–2015), nach Etablierung der Pflegestützpunkte bzw. einer flächendeckenden Beratungsinfrastruktur, wird für die Kurse vor allem der sozialräumliche Zusammenhang angeführt. Pflegekurse werden als ein möglicher Bezugspunkt im Netz der niederschweligen Beratungsleistungen aufgelistet. Gruppenkurse und individuelle häusliche Schulungen werden in das Bündel der Pflegeeinsätze und Beratung einsortiert und dienen dem Ziel, die häusliche Pflegequalität zu sichern.

Inhalte, die in der Regel angegeben werden, sind z. B. Bewegungsabläufe bei der Pflege so auszuführen, damit die körperliche Belastung möglichst gering bleibt (vgl. BMG 2016: 115). Gelehrt werden soll darüber hinaus, welche unterstützenden Angebote es gibt und wie sie genutzt werden können (vgl. Schneekloth 2017: 64). Der Austausch zwischen vergleichbar von familialer Pflege Betroffenen wird allgemein als entlastend angesehen und so empfohlen. Ein theoretisch fundierter Bildungsbegriff, der sich an den ganzen Menschen wendet, ist weiterhin nicht auszumachen.

⁶³ Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den gesetzlichen Auftrag, ab dem Jahr 2011 nicht mehr im Abstand von zwei, sondern von vier Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu berichten.

Bildungsverständnis – „Lernen“ im Pflegekurs

Nachdem der Faden § 45 SGB XI (Pflegekurse) als ein Baustein der Versorgung aus der Berichterstattung herausgehoben wurde, soll er nun an einigen Stellen exemplarisch näher betrachtet werden, um dem grundgelegten Verständnis von Lern- bzw. Bildungsangeboten in der Pflege in der Pflegeversicherung nachzugehen.

Im ersten Bericht sind die Pflegekurse dem Kapitel Qualitätssicherung zugeordnet. An dieser Stelle verbleiben sie auch im Wesentlichen. In der knappen Beschreibung zum Inhalt, der in den Kursen gelernt werden kann und soll, findet sich ein Verständnis von Pflege als Verrichtung: Ist die Handlung des Laien unsicher, wird sie im Kurs angeleitet; damit scheint „die Pflegesache“ dann offenbar sicher:

„Durch eine intensive Schulung der Pflegepersonen können Defizite in der häuslichen Pflege weitgehend vermieden werden. Weitergehende Maßnahmen zur Qualitätssicherung [als die eben genannten Pflegeein-sätze und Kurse] bei der häuslichen Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen sind aus Sicht der Pflegekassen nicht erforderlich.“ (BMG 1997:44)

Eine zweite Deutung der Pflege (die beraten/gelernt werden soll) wird eröffnet, wenn der Bericht im Weiteren auf die öffentliche Diskussion⁶⁴ zur Gewalt in der häuslichen Pflege eingeht:

„Einzelne Pressemeldungen über Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich rechtfertigen keine anderen Beurteilung. Hierbei handelt es sich nicht um ein spezifisches Problem der Pflegeversicherung. Gewalt in der Familie gegenüber Angehörigen gab es schon vor Einführung der Pflegeversicherung und nicht nur gegenüber Pflegebedürftigen. Im Grunde geht es um eine gesamtgesellschaftliche Problematik: Wie gehen Familien insbesondere mit ihren Alten, Kranken, Behinderten, Gebrechlichen und allgemein mit Schwächeren (z. B. auch mit Kindern) um? Welche Wertvorstellungen für ein geordnetes, menschenwürdiges Miteinander gibt es und wie können hier evtl. notwendige Korrekturen erreicht werden? Die Pflegeaufgabe ist sowohl für den Pflegenden als auch für den Gepflegten regelmäßig mit erheblichen physischen und psychischen Anstrengungen und Belastungen verbunden. Sie erfordert Zeit und Opferbereitschaft. Die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem ist häufig auch eine besondere innere Beziehung und durch ein Abhängigkeitsverhältnis gekennzeichnet. Aufgrund dieser sensiblen Ausgangslage ist es schwer, verlässliche Zahlen und Fakten über das Ausmaß an gewaltsamen Übergriffen in Pflegebeziehungen zu erhalten. Bei den in der Presse dargestellten Fällen handelt es sich letztlich um Einzelfälle und nicht um Massenphänomene. Es liegen keine Erkenntnisse vor, daß in Sachen Einzelfällen das von der Pflegeversicherung bereitgestellte? Pflegegeld die Gewaltanwendung begünstigt oder dazu beiträgt, daß eine Pflegeperson eine Pflege übernimmt, die sie nach und nach überfordert und dann von Lieblosigkeit, Börsartigkeit bis hin zur Gewaltanwendung begleitet wird. Diese bedauerlichen Einzelfälle dürfen nicht dazu verleiten, allgemein die Qualität der Pflege durch ehrenamtliche Pflegepersonen in Zweifel zu ziehen. Insbesondere sollte den Familienangehörigen nicht von vornherein mit Mißtrauen begegnet werden. Die Pflege ist meist sehr zeitaufwendig, mühsam und verlangt in hohem Maße persönliches Engagement. Wer dazu bereit

⁶⁴ Nach Veröffentlichungen des ersten Altenberichts 1993 wurde öffentlich bekannt und breit diskutiert, dass es zu Aggressivität gegenüber Alten und schwerpflegebedürftigen Menschen kommt, deren Ursache laut Bericht vorwiegend darin liegt, dass sich die Pflegepersonen überfordert fühlen. Es folgen Presseberichte mit Überschriften wie „Wegen Pflegeversicherung: Immer mehr Gewalt gegen Ältere“ (BILD am SONNTAG vom 27. Oktober dieses Jahres, S. 4) oder „Die Pflegeversicherung hat die Situation noch verschärft“ (STERN 46/96, S. 166) oder „Gewalt gegen ältere Menschen nimmt zu“ in der Frankfurter Rundschau (28. Oktober 1996, S. 22).

ist, hat in aller Regel eine gute Grundeinstellung zum Mitmenschen sei ein hohes Pflicht- und Verantwortungsbewußtsein gegenüber dem Pflegebedürftigen. Die Förderung der ehrenamtlichen Pflege muß auf einer Wertschätzung der aufopferungsvollen Tätigkeit aufbauen und darf nicht Mißtrauen in den Vordergrund schieben. Unstreitig ist, dass die Pflegekassen alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nutzen müsse, um Fälle von Gewalt in der Familie der Pflegebedürftigen aufzudecken und im Einzelfall auf eine Verbesserung der Versorgungssituation des Pflegebedürftigen hinzuwirken. Auch behandelnde Ärzte, Angehörige oder Nachbarn sind aufgefordert, nicht zu schweigen, sondern zu helfend und ihr Wissen über Gewalt den zuständigen Stellen mitzuteilen. Es wäre falsch anzunehmen, Fälle von Gewalt in der Familie ließen sich durch weitere gesetzliche Regelungen im Bereich der Pflegeversicherung ausschließen.“ (Erster Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung Deutscher Bundestag – 13. Wahlperiode Drucksache 13/9528: 44 und 45)

Die Zeilen belegen eine Vorstellung von Pflege in der Familie, die eine Haltung idealisiert, in der sich vor allem eine Bereitschaft zum Opfer zeigt. Grundlegende Gedanken, die sich im Text nicht finden lassen, sind zum Beispiel, dass Lernen auch bedeutet, familiäre Pflege und Sorgertätigkeit erst biografisch in Lebensverläufe einzubinden. Denn die Fähigkeit dieses Einbindens stellt sich nicht schlagartig in dem Moment ein, in dem die Aufgabe plötzlich ansteht. Damit einher gehen Dynamiken der Familienmitglieder untereinander, die wahrgenommen, verstanden und jeweils individuell beantwortet (also gelernt) werden müssen.

Die breite Ausführung über Pressemeldungen zur Gewalt in der häuslichen Pflege, die Einbettung in das Kapitel Qualitätssicherung und der Anschluss an die Pflegekurse zeigt, dass durchaus weitere Dimensionen diskutiert wurden. Das lässt sich auch in den Plenarprotokollen nachvollziehen. Diese Positionen finden jedoch keinen konkreteren Eingang in den ersten Bericht. Gewalt entsteht, so die vorgelegte Lesart, über schlechte Menschen und Beziehungen, offenbar nicht durch schlechte Strukturen oder Bedingungen. Der Gesetzgeber appelliert hier nur an die individuelle Verantwortung und erklärt sich damit selbst aus der Verantwortung einer weiteren qualitativen Ausgestaltung heraus.

Gewalt ist jedoch ein Ausdruck sozialer Prozesse, ist ein Zusammenwirken von strukturellen Bedingungen und individuellen Handlungsweisen (vgl. Heitmeyer: 2012). Das ist auch Anfang der 90er Jahre wissenschaftlich schon hinlänglich belegt. „Die Meinung, zivilisierte Menschen seien zu solchen Formen der Grenzüberschreitung und zur Rücksichtslosigkeit nicht fähig, ist eine Illusion“ (Schmidtbauer 1992: 108). Gewalt gegenüber hilflosen Menschen entsteht in sozialen Dynamiken. Das ist hinreichend über historische Erfahrungen und Experimente (vgl. z. B. Milgram-Experimente oder jüngere Forschungen zu Verhalten in sozialen Netzwerken) geklärt (vgl. Eastman 1991). Gründe für Gewalt in Pflegebeziehungen sind vielfältig und liegen nicht ausschließlich im häufig angeführten Belastungsdiskurs (vgl. Vollhardt 1999; Stuhlmann 1995; Hirsch 1999, 2002; Hagen Björn 2001; Bundesministerium Frauen Familien und Jugend 2009; Brendebach 2000). In einer Studie des KFN (Görgen et al. 2009) werden zum ersten Mal

Unfairness und Unentrinnbarkeit als gewaltbegünstigende Faktoren von Pflegesituationen benannt „Die Konzeption von Gewalt gegen Pflegebedürftige im häuslichen Kontext folgt dem Bild der „Pflege mit zwei Opfern“ und blendet sozioökonomische Faktoren, innerfamiliäre Entwicklungsaufgaben und die Familiendynamik in der pflegenden Familie aus“ (Gröning 2011b).

Gröning eröffnet mit einem gendersensiblen Ansatz und verschiedenen empirischen Forschungen zudem einen neuen Diskurs in der Gewaltforschung in Pflegebeziehungen. Sie geht darin ebenfalls nicht davon aus, dass Gewalt in Pflegebeziehungen grundsätzlich ein Ausdruck von Belastung und Verstrickung ist. Differenziert nimmt sie die Aspekte Geschlecht und Familie in den Blick:

„[...] erst die Vergeschlechtlichung der häuslichen Pflege und ihre offene oder heimliche Deklaration als ‚Frauensache‘ in Belastungsdilemmata mündet, beziehungsweise diese verschärft, weil die Frauen mit der Pflegeverantwortung von der Familie und der Gesellschaft allein gelassen werden, die familiäre Pflege weder gesellschaftlich noch familial wertgeschätzt wird und sich Entwicklungen hin zur Missbilligung des alten Menschen und zu seiner Bewertung als Störer in der Familie und als Last nachweisen lassen“ (Gröning 2011:79).

Ihre Kritik am Belastungs- und Modernisierungsdiskurs geht dahin, dass der Kontext Familie in der Gewaltforschung zu wenig beachtet wird. Probleme und gewaltauslösende Faktoren (Belastungen) scheinen dann immer vom Pflegebedürftigen und seinen Einschränkungen und Bedürfnissen auszugehen und beziehen sich zudem häufig auf „Pflegeduale“. Konflikte unter Angehörigen z. B. um ungleiche Verantwortungsaufteilung für die pflegebedürftige Person, Isolation einer Pflegeperson innerhalb der Familie u. Ä. werden als Gründe für Gewalt nicht beachtet oder diskutiert.

Unter dieser Perspektive greifen dann die Bildungsangebote Pflegekurse, die häusliche Pflege settings sichern und verbessern sollen, aber dem oben genannten, bescheidenen Bildungs- und Pflegeverständnis folgend zu kurz. Praktische Handgriffe, Tipps zur Leistungsbeantragung, Entlastung und Austausch in dem Rahmen im Format der Selbsthilfe sind durchtränkt und reduziert auf Entlastungsgedanken. Es erfordert einen umfassenderen Bildungsbegriff, um häusliche Versorgungssituationen mit Kompetenzen auszustatten. Um u. a. gewaltpräventiv wirken zu können, müssen Reflexionsräume geöffnet werden, die innerfamiliäre Gerechtigkeit und das Allein-gelassen-Werden der Pflegepersonen besprechbar machen. Bloße Informiertheit reicht für die anspruchsvolle Situation „Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in Familien“ nicht aus. Das genau wird aber als Ziel der Pflegekurse im Gesetz formuliert. Das deutlich schlichtere Ziel, das die aktuelle Gestaltung der meisten Pflegekurse anstrebt, ist aber die Anpassung der Teilnehmer*inne an die neue Situation in der Familie. Die folgenden Evaluationen im nächsten Kapitel unterstreichen diese These. Es geht nicht um die Mitgestaltung einer sich verändernden

Gesellschaft, ein Potenzial, das in der Breite angebotene Bildungskurse sicherlich haben könnten. Reformen bringt das Format Pflegekurs, das auf Verrichtung und entlastende Dienstleistungsangebote fokussiert, wie es aktuell oft vorzufinden ist, allerdings nicht hervor.

Evaluation Pflegekurse nach 10 Jahren Pflegeversicherung

Um den Blick wieder aus der Berichterstattung hinauszuhoben und hinein in die praktische Umsetzung zu schauen, sollen nun systematische und strukturierte Beobachtungen aus der Praxis dazugenommen werden. Evaluationen und Erkenntnisse aus Modellprojekten spannen eine weitere Dimension hinter den Berichten auf.

2002 startete die Stadt Hamburg eine Befragung zum Thema Pflegekurse, um einen Überblick über das Angebot zu erhalten (vgl. Globalrichtlinie 2002). 468 Einrichtungen (einschließlich 20 Pflegekassen) wurden befragt, ob sie Pflegekurse anbieten bzw. eine Einrichtung benennen könnten. Es konnten lediglich 28 Pflegekurse in den unterschiedlichsten Institutionen benannt werden. Der größte Anbieter von Pflegekursen waren ambulante Dienste. Neben 21 allgemeinen Pflegekursen standen weitere vier krankheitsspezifische Pflegekurse (Demenz, Apoplexie). Darüber hinaus befanden sich noch Kurse in Planung. Ob die genannten Pflegekurse auch tatsächlich durchgeführt wurden, war nicht festgehalten. Allerdings wurde davon ausgegangen, dass nicht alle angegebenen Pflegekurse regelmäßig durchgeführt wurden. Vertragliche Voraussetzungen erforderten u. a., dass eine Mindestanzahl pflegender Angehöriger von acht Personen eingehalten wurde. Kritisch bewertet die Studie den Rahmen, in dem die Kurse angeboten wurden. In der Regel sei der Zeitrahmen im Volkshochschulformat von 1,5 Stunden an zehn bis zwölf Abenden gestaltet. Die Pflegekurse wiesen einen streng pflegerisch-verrichtungsorientierten Ansatz auf (vgl. Globalrichtlinie 2002).

Erst zehn Jahre nach Einführung dieser Leistung⁶⁵ legt das Deutsche Institut für Pflegeforschung e. V. (DIP) 2005 erstmals eine bundesweite Studie über das Unterstützungsangebot Pflegekurse vor. Die Untersuchung basiert auf den Daten und Einschätzungen von 320 Teilnehmern und 41 Kursleitern aus verschiedenen Einrichtungen in ganz Deutschland. Schulungskonzepte wurden ebenfalls strukturiert analysiert sowie Expert*innen befragt. Die umfassenden Ergebnisse zeigen, dass der Übergang zur Pflege von Angehörigen selten durch ein passendes Lernangebot von Pflegekursen begleitet wird. Der wissenschaftliche Leiter der Untersuchung, Prof. Weidner, zieht als Fazit: „Die Pflegekursangebote sind den Betroffenen meistens nicht

⁶⁵ Das Format Pflegekurse existierte schon vor Novellierung der Pflegeversicherung und wurde bis Einführung der PV über die Krankenkassen getragen.

bekannt, zu unspezifisch, thematisch zu eng und bieten kaum Hilfe bei psychischen Belastungen und Konflikten in der Familie.“ (Pressemitteilung Deutsches Institut für Pflegeforschung Homepage 2005). Zudem stellt der Bericht fest, dass valide Zahlen über nachgefragte oder tatsächlich durchgeführte Pflegekurse sowie die absoluten Ausgaben der Kassen durch Pflegekurse nicht existieren. Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bezogen auf die Ausgaben für das Jahr 2002 belaufen sich auf 10,8 Mio. €, was einem Anteil an den Gesamtausgaben der Pflegekassen von 0,1 % entsprach (vgl. Dörpinghaus 2006: 240). Das Deutsche Institut für Pflegeforschung (DIP) sieht in seiner Forschung überdies, dass die Unterstützung der Pflegekurse durch die Pflegekassen nur gering vorhanden ist sowie eine Zusammenarbeit von Kassen und Leistungserbringern ebenfalls kaum zu erkennen war. Dörpinghaus et al stellen daher fest, dass Koordinationsstellen für Pflegekurse fehlen (vgl. Dörpinghaus 2006: 214). Der Befund deckt sich mit den Hamburger Daten vier Jahre vorher: Sowohl das Angebot an Pflegekursen als auch deren Nachfrage ist allgemein sehr gering (Dörpinghaus 2006: 234).

In 20 Jahren Umsetzung der Pflegeversicherung gab es (bis 2015) für die Pflegekassen keine klare gesetzliche Verpflichtung, Kurse anzubieten; zudem wurden die Angebote auf die unterschiedlichsten Leistungsanbieter, Institutionen und Orte verteilt. Dadurch fehlten auch eindeutige Informationsmöglichkeiten auf Seiten der Pflegekassen oder der potenziellen Nutzer*innen der Angebote. Die Verantwortung für Durchführung und Struktur der Kurse wurde über Rahmenverträge verhandelt und dort möglichst einheitlich festgeschrieben. Kursanbieter wie Krankenhäuser, Familien- und andere Bildungsstätten, Vereine, Sanitätshäuser oder ambulante Tagesstätten erhalten detaillierte Vorgaben über Gruppenkursinhalte, Dauer, Teilnehmerzahl, Qualifikation der Kursleiter*innen, Vergütung und Leistungsabrechnung. Pflegekurse können auf diese Weise zwar relativ einheitlich angeboten werden, sind allerdings nicht den sehr heterogenen und vielfältigen Lebenssituationen angepasst. Außerdem, so lauten u. a. die Ergebnisse einer regionalen explorativen Studie 2004, durchgeführt von der Universität Bielefeld, in der Pflegekurse und Angehörigenbildung in Bildungseinrichtungen befragt wurden, bleibt durch die sehr dichten, „thematisch überfrachteten“ pflege- und verrichtungsorientierten Vorgaben wenig Zeit für den Gruppenprozess sowie die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer*innen (Gröning 2006: 10).

Knapp zehn Jahre später weist eine Studie der Techniker Krankenkasse aus, dass es weiterhin lediglich 14 % (vgl. Bestmann et al. 2014: 13; Verheyen 2014: 14) der pflegenden Angehörigen sind, die einen Pflegekurs besuchen. In deren Veröffentlichung werden ebenfalls vielfältige

Gründe dafür angeführt: Zum Teil wissen die Angehörigen immer noch wenig von diesem Angebot, fühlen sich zu erschöpft oder können den Pflegebedürftigen nicht allein lassen. Pflegen und sorgen Angehörige schon über längere Zeit oder eventuell nicht zum ersten Mal, sind sie hin und wieder der Meinung, das Wichtigste schon durch „Versuch und Irrtum“ selbst erlernt zu haben. Jedoch bestätigen die Teilnehmer*innen der Pflegekurse immer wieder, dass die Teilnahme ein großer Zugewinn ist (BMG 2014: 107).

In der Barmer Versichertenbefragung 2018 stellt sich heraus, dass 20,6 % der Befragten diese Angebote überhaupt nicht kennen (Rothgang, Müller 2018: 143). Die Inanspruchnahme fällt mit 0,7 % noch geringer aus, als die oben genannten Studien ausweisen. Der Barmer Bericht weist aber auch auf andere Befragungen hin, deren Erkenntnisse auf eine hohe Ergebnisqualität bei den Nutzer*innen solcher Kurse schließen lassen. Beispielsweise geben 84 % der pflegenden Angehörigen an, dass ihnen die Teilnahme an den Kursen im Anschluss die fortgeführte Pflege erleichtert habe (Schneekloth et al. 2017: 64). Tatsächlich würden nach den Hochrechnungen aus der Barmer Versichertenbefragung 2018 rund 430.000 (17,4 %) der Hauptpflegepersonen gerne einen Pflegekurs besuchen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den organisatorischen Aufwand⁶⁶ daran gehindert. 10.000 (0,4 %) der befragten Versicherten geben an, dass sie negative Erfahrungen mit Pflegekursen gemacht haben. Welcher Art diese waren, wird im Bericht allerdings nicht ausgeführt. Rund 311.000 (12,6 %) der Hauptpflegepersonen würden gern individuelle Kurse in der Häuslichkeit in Anspruch nehmen, ihnen fehlen aber die passenden Angebote. 8.000 (0,3 %) gaben an, mit diesem individuellen Format bislang negative Erfahrungen gemacht zu haben (vgl. Rothgang, Müller 2018: 144). Der Bericht stellt die Schwierigkeit der zeitlichen Vereinbarkeit für die Angehörigen nochmal deutlich heraus. Interessant ist auch die Aussage im Bericht, dass die Pflegeseminare, die über mehrere Tage stattfinden und zum Ziel haben, dass sich die Pflegenden nicht selbst überfordern, weniger genutzt werden und zudem bei Nutzung auch seltener positiv bewertet werden.

Dazu lassen sich gut die Ergebnisse eines über 12 Jahre laufenden Modellprojekts der Universität Bielefeld in NRW, Schleswig-Holstein und Hamburg anschließen. In dem Modellprojekt „Familiale Pflege“⁶⁷ wurden die Pflegekurse (sowohl Gruppen- als auch Einzelkurse) in das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser implementiert, weil dort häufig Pflegebedürftigkeit ihren Anfang findet bzw. eine Schlüsselposition für die Wahrnehmung von Hilfe- und Pfl-

⁶⁶ Beaufsichtigung für Pflegebedürftige finden

⁶⁷ 2005–2018 in Kooperation mit der AOK RL/Nordost und Hamburg.

gebedürftigkeit in der Familie darstellt. Die Kurse werden nach einem bildungstheoretisch fundierten Curriculum gestaltet und die Kursleiter*innen vorher sowie begleitend über wissenschaftliche Weiterbildungen dazu qualifiziert. Evaluationen fanden ebenso kontinuierlich statt wie die regelhafte Begleitung und Beratung der sogenannten Pflegetrainer*innen wie auch die Leitungen der Modellkliniken. Nach 13 Jahren Umsetzung wurde das Erfolgsmodell in den genannten Bundesländern in die Regelversorgung übernommen, allerdings ohne wissenschaftliche Begleitung, Beratung, Evaluation und Qualifizierung.

Der Ansatz, „schwieriges“ Verhalten von Angehörigen nicht, wie meist üblich, als Belastungskrise einzustufen, sondern vielmehr als Ausdruck von Übergangskrisen, die mit vielen Ängsten und Unsicherheiten einhergehen (vgl. Filipp 1995), findet sich in den Pflegekursen wieder. Es wurde das Erlernen von Pflegepraktiken angeboten und geübt, aber im Kurs ist auch genügend Zeit vorgesehen und es werden ausreichend didaktische Angebote gemacht, die Rolle als pflegende*r Angehörige zu reflektieren und zu lernen. In diesem Zusammenhang wurde z. B. ein Rollenmodell grundgelegt, das die Rolle der Pflege als Statuspassage im Lebenslauf versteht. Danach baut sich die Rolle schrittweise zunächst auf und entwickelt sich danach in Richtung Institutionalisierung (vgl. Gröning 2011: 5) Die Evaluationsergebnisse des Modellprojekts zeigen eine sehr gute Annahme und stetige Zunahme der Kursangebote der familialen Pflege sowie sehr gute Bewertungen der Angehörigen (Gröning 2018:7)

Zusammenfassung

Pflegekurse sind von Beginn der Pflegeversicherung an ein wichtiges freiwilliges Angebot für pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende. Im Verlauf von über 20 Jahren ist es aber nicht gelungen, dieses Bildungsangebot für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen gesetzlich zu stärken. Deswegen ist – außer in Modellversuchen über die Modellzeit – keine Infrastruktur um diese Leistung gewachsen, die sich als stützend im Versorgungsverlauf erweisen kann. Erst 2015 werden Pflegekurse zu einer „Mussleistung“ für die Pflegekassen. Sie bleiben allerdings einsortiert in das Bündel von Beratung und Qualitätssicherung im Format fachlich angeleiteter Selbsthilfe.

Mit dem Zuwachs an Beratungsangeboten wächst auch eine entsprechende Beratungsinfrastruktur, obschon diese teilweise unverbunden und schwer zu überschauen ist. Neue dringende Bedarfe wie z. B. die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, soziale Absicherung für Pflegepersonen usw. werden sichtbar, die eine komplexe Leistungsberatung erforderlich machen. Die Beschäftigung mit Bildung verschwindet aus der inhaltlichen Diskussion. Statt Lerneffekte von

Bildungsangeboten näherer Forschung zu unterziehen, werden wissens- und diagnosespezifizierte Kursangebote vorangetrieben. Das bedeutet, dass gewonnene Erkenntnisse nicht die Konsequenz haben, verändernd auf die weitere inhaltliche Ausgestaltung des § 45 SGB XI zu wirken. Die Bemühungen, das Angebot zu stärken, gehen in die Richtung, mehr Beratung zur Annahme der Angebote zu fordern. So bleibt die Veränderung jedoch ausschließlich auf struktureller Ebene.

Der von den Kassen zu Beginn des SGB XI gerahmte Inhalt, an dem sich die Leistungsanbieter von Pflegekursen in der Vergangenheit orientiert haben, bleibt mit kleinen Aktualisierungen unverändert, obwohl sich die starren verrichtungsorientierten Module und umfangreichen Richtlinien der Pflegebasiskurse in den Rahmenvereinbarungen nicht bewährt haben, wie die verschiedenen Evaluationen gezeigt haben, und sie zudem selten angehörigorientiert gestaltet werden. Die Reformen ziehen gehen damit an der Grundstruktur dieses Bausteins vorbei.

3.1.3 § 7a Pflegeberatung

Die gründliche Überarbeitung der gewachsenen und unübersichtlichen Beratungsinfrastruktur war eines der Kernanliegen der Pflegereform 2008. Am Ende stand das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, in dem es darum ging, die Belange der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auch über den Ausbau der Beratung besser zu bedienen. Mit der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI wird eine neue Leistung eingeführt, die über den bisherigen Beratungsauftrag der Pflegekassen gemäß § 7 SGB XI hinausgeht.

Mit dem zum 1. Januar 2009 neu eingeführten § 7a erhalten alle Personen, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen, einen einklagbaren Anspruch auf *individuelle* Beratung und Hilfestellung durch eine*n Pflegeberater*in. Beraten wird zur Auswahl und Inanspruchnahme von allen bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Damit bindet sich das Versorgungsmanagement mit individueller komplexer Fallberatung zusammen. An diesem Ort könnte es mit den Beratungen sowohl aus dem Kontext SGB XI, SGB V und SGB XII (§ 4) zusammenkommen. Für die Erbringung sind die Kranken- und Pflegekassen verantwortlich. Sie können diese Leistung aber auch an Dritte delegieren.

Nach zehn Jahren Wirken der Pflegeversicherung auf das Gesundheitswesen gab es eine Vielzahl von Leistungsanbietern in der veränderten Versorgungslandschaft, die in die Verträge der

der PV eingebunden waren: ausdifferenzierte ambulante Pflegedienste, niederschwellige Beratungsangebote, haushaltsnahe Dienstleistungen, Hausärzte, Fachärzte, geriatrische Kliniken, Gerontopsychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen, Wohnberatungsstellen u. v. m.

Viele der Leistungen laufen unkoordiniert nebeneinanderher, werden zum Teil gleichzeitig oder für einige versicherte Anspruchsberechtigte überhaupt nicht erbracht. Zudem sind die Leistungsangebote im Land nicht flächendeckend aufzufinden (vgl. DAK Pflegereport 2018: 1). Von daher konnte dem Gesundheitswesen in Bezug auf Pflegebedürftigkeit eine teils massive Über-, Unter- sowie Fehlversorgung attestiert werden (vgl. Lang 2007: 330). Auf diese Weise werden Versorgungsbrüche provoziert, die sich zu Ungunsten der Versorgungs- und Lebensqualität der Betroffenen auswirken können. Das Leitmotiv „ambulant vor stationär“ kann schon deswegen nicht gehalten werden, weil die Betroffenen keinen Überblick über die mögliche Gestaltung des ambulanten Versorgungssettings gewinnen können. In der Folge werden die vormals formulierten Ziele der Pflegeversicherung in Teilen verfehlt. Im Rahmen von Projekten in Modellkommunen konnte jedoch nachgewiesen werden, dass bei guter Koordination von individueller Beratung und wohnortsbezogenen Leistungsangeboten z. B. die Heimunterbringungen um ca. 40 % reduziert werden konnte (vgl. Blinkert, Klie 2008: 22).

Damit der Einzelne das richtige Maß und die passende Leistung für sich in Anspruch nehmen kann, wird im unübersichtlichen Versorgungsgefüge eine komplexe, koordinierte Beratungsstruktur erforderlich. Darüber bestand in den Reformdiskussionen Einigkeit zwischen den Versicherungsanbietern und politischen Parteien. Rechtliche, versorgungsbezogene, Umfeld- und alltagsbezogene Leistungen sind bei oft vielschichtigen Bedarfslagen Pflegebedürftiger nicht mehr über einfache Entscheidungen zu erreichen. Das waren sie sicherlich noch nie, aber die Anbieter von Unterstützungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit stellten sich nie unüberschaubarer dar. Über die bisher angebotene punktuelle Beratung und individuelle Informationen wird nun auch der Bedarf an weitergehender Begleitung sichtbar und erforderlich. Der dargelegte Sachverhalt zeigt auf die Einführung der vermittelnden Funktion „Case Management“ in die Versorgungslandschaft rund um Pflegebedürftigkeit. Ein Konzept, das aus der sozialen Arbeit für die Begleitung vom Menschen mit komplexen Problemlagen entwickelt wurde und international schon Erfolge vorweisen konnte.

§ 7c Beratung wird als Aufgabe der Pflegestützpunkte formuliert

Für solch umfassende Anliegen sind örtliche Beratungsstellen erforderlich, die fallbezogenen Pflegeberatung durchführen, auf die nun alle gesetzlich Versicherten Anspruch haben (s. o.),

sobald sie einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben. Zum Aufbau einer neuen, klaren sowie miteinander kooperierenden Beratungsinfrastruktur, in der das Case und Care Management umgesetzt werden kann, wird eine Anschubfinanzierung bereitgestellt, wobei bundesweit ca. 4000 solcher Beratungspunkte angestrebt wurden. Für privat Versicherte wird die Pflegeberatung durch das Unternehmen „COMPASS Private Pflegeberatung“ angeboten. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) vom 1. Januar 2017 erhalten nicht nur die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch pflegende Angehörige oder weitere Personen einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung, wenn der*die Betroffene zustimmt.

§ 92 c: Pflegestützpunkte

Als Organisationsform für die Erbringung dieser Leistungen empfahl der Gesetzgeber in § 92c SGB XI die Errichtung von sogenannten Pflegestützpunkten und formulierte umfassende Anforderungen an deren Ausgestaltung, innerhalb derer das Case Management sowie das Care Management durchgeführt wird. Aber auch die sonstigen gesetzlichen Beratungsangebote des SGB XI (§ 37 Abs. 3 oder § 45) können über diese neue Struktur angeboten werden. Pflegestützpunkte sollen den Angebotsdschungel durchschaubar machen, indem sie möglichst wohnortnah ein umfangreiches Beratungs- und Unterstützungsangebot zur Verfügung stellen und dazu *alle* relevanten Beratungsangebote unter einem Dach vereinen. Der gesamte Anspruch auf Pflegeberatung soll demnach in den neu eingeführten Pflegestützpunkten umgesetzt werden können, diese sollen zudem aber gem. § 92c Abs. 2 SGB XI neben den Pflegeeinrichtungen und den privaten Pflege- und Krankenversicherungen vor allem auch die für die Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zuständigen Stellen, also die kommunalen Träger einbinden.

Pflegestützpunkte werden seit dem 1. Juli 2008 sukzessive in fast allen Bundesländern errichtet und haben neben den oben genannten Funktionen den Auftrag, alle vorhandenen Unterstützungsangebote zu erfassen und miteinander zu vernetzen.

Diese gesetzlich neu eingeführte Form der Pflegeberatung im § 7a SGB XI beschreibt die Aufgaben und das Verständnis des Case Managements im Kontext von Pflegebedürftigkeit als

- Ermittlung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung „der Feststellung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“,
- Erstellung eines Versorgungsplans, der die „gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ erfasst,

- Steuerung des Versorgungsplans. Auf die Durchführung soll zum einen hingewirkt, zum anderen die Durchführung auch überwacht werden. Bei besonders komplexen Fallgestaltungen soll der Hilfeprozess ausgewertet und dokumentiert werden.

Zu den niedergelegten Anforderungen an die Pflegeberatung in § 7a Abs. 1 Satz 2 gehört also die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans sowie die Hinwirkung auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen sowie seine Überwachung und Anpassung. Individuelles Fallmanagement ist demnach keine einmalige, sondern eine auf einen längerfristigen und mehrmaligen Kontakt hin ausgelegte Unterstützung und Beratung (vgl. Klie 2011: 52).

Die Pflegestützpunkte und diese als Ort der Umsetzung des Case Managements finden viel Zuspruch, aber auch heftige Kritik. Auli (2009: 163) sieht die Bedeutung des Case Managements im Gesetz sehr wohl, weist daneben aber auch auf die andauernde Schwachstelle, nämlich die fehlende Neutralität der so gebauten Beratungsinfrastruktur hin. Denn die Konstruktion, diese anspruchsvollen komplexen Beratungsangebote an die Kostenträger, nämlich die Pflegekassen bzw. die Kommunen zu binden, sei nicht wirklich unabhängige Beratung zu nennen. Ähnliche Kritik kam im Vorfeld vor allem von den Wohlfahrtsverbänden und vom Verbraucherschutz, welche zudem die eigenen, bereits vorhandenen Beratungsstellen in diesem Konzept zu wenig eingebunden sahen.

Im Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz war bis kurz vor Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen, dass Pflegestützpunkte genauso wie die Pflegeberatung flächendeckend implementiert werden sollten. Im Referentenentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes stand noch die Anforderung, einen Pflegestützpunkt pro 20.000 Einwohner*innen zu errichten. Auf der Grundlage dieser Vorgaben waren ursprünglich auch § 7a (Pflegeberatung) und § 92c (Pflegestützpunkte) aufeinander abgestimmt. Zustimmung fand dann aber der Beschluss, dass Pflegestützpunkte nur von den Pflege- und Krankenkassen einzurichten sind, sofern die zuständige oberste Landesbehörde das bestimmt. Abstimmungsprobleme zwischen schon vorhandener Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten lagen auf der Hand. Der Gesetzesentwurf war zudem nicht auf den Fall ausgerichtet, dass es Regionen ohne Pflegestützpunkte gibt. Letztendlich haben sich nach Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt alle Bundesländer dazu entschieden, Pflegestützpunkte zu errichten. Die dabei gemachten Vorgaben, die in der Regel auf der Landesebene zwischen dem zuständigen Landesministerium, den Landesverbänden der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden ausgehandelt wurden, unterscheiden sich allerdings in

Ausstattung, Angebot und Qualifikation. Die Bundesländer legen nun unterschiedliche Pflegestützpunktkonzeptionen vor, die sich nur sehr schwer miteinander vergleichen lassen und die Rat- und Hilfesuchenden erneut vor große Probleme stellen (vgl. Tebest, Stock 2013). Bundesweit existieren zurzeit statt der angestrebten 4.000 ca. 500 Pflegestützpunkte.

Andere Bedenken formuliert Auli (2009: 1663 ff.) in Bezug auf die vorgehaltene Qualifikation der Mitarbeiter*innen in diesen Institutionen. Mit der Aufgabe des Fallmanagements und der Bestimmung des Ortes der Durchführung hängt die Frage zusammen, welcher Berufsgruppe diese Aufgabe zukommt. In § 7a SGB XI werden Pflegekräfte, Sozialversicherungsangestellte oder Sozialarbeiter*innen genannt. Nun könnte man noch das damit zu verbindende Versorgungsmanagement dazunehmen (§ 11 Abs. 4 SGB V), in dem der Gesetzgeber aber keine deutliche Stellungnahme für eine der beteiligten Berufsgruppen trifft. Sowohl soziale Arbeit im Feld Gesundheit, Sozialversicherungsfachleute wie auch Pflegefachleute oder Mediziner*innen erlangen innerhalb ihrer primären Ausbildung nur in Teilen das nötige Wissen oder die Techniken zum Fallmanagement. Der Gesetzgeber fordert daher für die Pflegeberatung eine Zusatzqualifikation, die vom Spitzenverband der Pflegekassen 2008 zu entwickeln war.

Pflegestützpunkte sind seither in der Regel interprofessionell besetzt. Mitarbeitende haben überwiegend einen Abschluss in Pflege, Sozialer Arbeit oder im Sozialversicherungswesen, sind aber selten alle an einem Ort vertreten. Fehlende Qualitätsanforderungen zur Durchführung des Case Managements sind entsprechend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 9 Satz 3 SGB XI zur Qualifikation der Pflegeberater*innen vom 29. August 2008 von den Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte über eine zusätzliche Weiterbildung zu erfüllen. Kritisch bemerkt wird, dass diese Grundvoraussetzung zwar oft hochwertig ist. Dennoch bedarf es oft weiterer Qualifizierungen, um Menschen in besonderen (nicht seltenen) Problemlagen individuell beraten zu können. Genannt werden z. B. die Beratung bei Demenz, Verwahrlosung oder im interkulturellen Kontext.

Die Einrichtung der Pflegestützpunkte wurde ambivalent verfolgt. So gab es Perspektiven, die sie aus ihrer Sicht als Bedrohung bestehender Strukturen betrachteten. Genauso waren sie aber auch verbunden mit großen Hoffnungen (vgl. Welti 2009: 130 ff.), endlich eine gemeinsame Institution der Pflegeberatung zu initiieren, die Vernetzen ermöglicht und damit ein Verschmelzen mit den bestehenden Beratungsstrukturen. Immerhin waren sie eine Antwort des Gesetzgebers auf die überdeutlich gewordene unübersichtliche Lage des entstandenen Pflegemarktes für die Nutzer*innen. Zudem wurde nun im Pflegegesetz eine neue, lang eingeforderte Form der

Beratung festgeschrieben, die eine individuelle Begleitung der komplexen Anliegen ermöglichte und auf die übereinanderliegenden Bedarfe der verschiedenen Gesetzbücher einging. Auf der anderen Seite pflanzte die eng formulierte Anschubfinanzierung wieder eine völlig neue, starre Struktur in die bislang in unterschiedlicher Qualität entwickelten regionalen Konzepte ein.

Die Evaluation des neuen Konzepts sollte, im Gegensatz zu den bisherigen Beratungsbausteinen, zeitnah stattfinden.

Ergebnisse von Evaluationen der Pflegestützpunkte in den Bundesländern

Der Spitzenverband der Pflegekassen veröffentlichte 2011, also schon zwei Jahre nach Inkrafttreten der Reform, die Ergebnisse seiner Analyse (vgl. Klie, Frommelt, Schneekloth 2011).

In der Gesamtbewertung wird der angestrebte Anstoß zu einer neuen Beratungsstruktur mit der Möglichkeit des Fallmanagements über die gewonnenen Erkenntnisse als gelungen belegt. Grundsätzlich wird auch die Stärkung der Leistung Pflegeberatung gesehen, wobei festgehalten wird, dass diese den Nutzer*innen immer noch weitgehend unbekannt ist. Deswegen wird ein großer Entwicklungsbedarf darin gesehen, den Zugang bekannter und leichter zu gestalten.

Bedeutsam ist auch der Abschnitt der Evaluation, der darstellt, dass es selbst den unterschiedlichen Pflegekassen häufig schwerfällt, Unterscheidungen der einzelnen Beratungsformate in der Praxis vorzunehmen. Die angeschlossenen Prozesse sind demnach recht unterschiedlich, wie auch die Ausgestaltung der Konzepte für die Pflegestützpunkte. Sie gelten in dieser Evaluation als schwer miteinander zu vergleichen.

Zu dem Schluss kommt später auch eine 2016 erschienene Studie aus der Reihe der WISO Veröffentlichungen der Friedrich-Ebert-Stiftung (Kirchen-Peters 2016). Das Forscherteam beschreibt eine große Diversität in der Ausgestaltung, den Rahmenbedingungen sowie in der Beschreibung der Beratungstätigkeit in den Pflegestützpunkten. Die Vergleichbarkeit in Qualität und Angeboten mittels übergreifender Studien darzustellen stellt sich als nicht einfach heraus. Unterschiedlich wird beispielsweise gehandhabt, ob Hausbesuche bei Familien mit Pflegebedarf regulär in das Angebot der Pflegestützpunkte aufgenommen sind oder nicht. Die Forschergruppe rät, diese unbedingt zu ermöglichen. Eine Erbringung der Beratung in Form von Hausbesuchen ist nach ihren Erkenntnissen ein wichtiges Qualitätskriterium, z. B. wenn es um eine Senkung von Zugangsbarrieren geht (Kirchen-Peters 2016: 32).

Festgehalten wird, dass die Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen das Beratungsformat Fallmanagement auf der Einzelfallebene für Pflegebedürftige mit komplexem Versorgungsbedarf tatsächlich notwendig macht. Darin entscheidet die Qualität des Zusammenwirkens zwischen Kommunen und Pflege- bzw. Krankenkassen über ein abgestimmtes Case und Care Management über den Erfolg. Die Qualifikation der Mitarbeiter*innen ist auch in dieser Studie ein wichtiges Thema. Es wird unter der Perspektive der Zusammenarbeit von Kommune und Pflegekasse beleuchtet, dass die wichtige Zusatzqualifizierung zur Durchführung des Case Managements nur für die Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte gefordert wird. Ist jedoch die Aufgabe der Beratung zwischen Kommune und PV personell geteilt, gilt die Anforderung nicht für die Mitarbeiter*innen der Kommune. Dabei gehen die Empfehlungen zur Weiterentwicklung davon aus, dass nur fachlich anspruchsvolle und qualitätsgesicherte Beratung auf der Basis sozialarbeiterischer und pflegerischer Grundausbildung inklusive Zusatzqualifikationen im Case und Care Management mit quartiersbezogener und regionalspezifischer Kompetenz zukünftig die häusliche Versorgung auch bei komplexem Hilfebedarf sichern kann. Regional vorgefundene Doppelstrukturen in der Beratung führen dabei nicht nur zu Ressourcenverschwendung, sondern zu Konkurrenz zwischen Anbietern statt zur Kooperation im Feld. Damit beschäftigt sich ein Artikel über die Berliner Koordinierungsstelle „rund ums Alter“ näher (Wissert 2004: 29). Die Auswirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes werden darin unter den Aspekten von Machtausübung und unterschiedlichen professionellen Kulturen auf Beratungsstandards analysiert. Das Erleben von Konkurrenz in der Beratungspraxis in Verbindung mit der theoretischen Analyse von Machtdiskursen deckt nochmal auf, dass institutionalisierte Beratungsangebote für dieselbe Nutzergruppe und mit verschiedenen Kernkompetenzen als ein Kampfplatz im (De-)Professionalisierungsprozess erfahren werden.

Auch wenn die Nutzer*innen der Beratung dem Angebot in der Regel gute Unterstützung bescheinigen, ist der Zulauf zwei Jahre nach Einführung nicht groß. Unterschiedliche Quellen beschreiben, dass die geringe Nutzung dem eigentlich hohen Bedarf nicht angemessen sei. Die Angaben zur Inanspruchnahme speziell von Case Management durch Pflegestützpunkte schwanken zwischen Anteilen von 2 % (Schmidt, Kraehmer 2016) und 9 % (Michell-Auli et al. 2010).

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen untersuchte 2016, wie der allgemeine Zulauf zu Pflegeberatung (alle Angebote) nach Nutzergruppen darstellbar ist. Im Ergebnis sind Pflegebera-

tungsstellen 55,6 % der 40- bis 85-Jährigen in ihrem Wohnort bekannt. Von dieser Gruppe nutzen allerdings nur 11,6 % das Angebot, wobei es von 55- bis 85-Jährigen häufiger besucht wird als von der jüngeren Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen. Männer und Frauen nutzen die Pflegeberatung im gleichen Umfang. Niedrig gebildete Personen nutzen das Angebot häufiger als Personen mit hohem oder mittlerem Bildungsgrad (vgl. Nowossadeck 2016). Die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte liegt bundesweit nach Berechnungen der Barmer Pflegekasse 2017 (Barmer Pflegereport 2017) unter denen der anderen Beratungsorte.

45 % der Beratungen werden durch die Pflegekasse direkt geleistet, 61 % der Beratungen durch den Pflegedienst und ca. 20 % besuchten die Pflegestützpunkte. Auch hier lässt sich ein Ringen im Feld um Hoheiten und Räume ausmachen. Barbara Steffens (Gesundheitsministerin NRW) beschreibt eine Verbesserung der Situation derjenigen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, seit es die Leistungen der Pflegeversicherung gibt. Aber seitdem ist auch die Gestaltungsmacht der Kommunen, Pflegebedarfe in der Umsetzung zu planen, eingeschränkt und auf die Pflegeversicherung verlagert. Daher stünden den Kommunen nur noch begrenzte Möglichkeiten der Beratung und Steuerung zur Verfügung. Sie sieht das Problem der starren Strukturen im zentralistischen System der Pflegekassen (Steffens 2007:10) .

Mit den Erkenntnissen des Barmer Pflegereports 2016 erklärt der Präsident des BPA (Bundesverband privater Anbieter sozialer Leistungen) Bernd Meurer dagegen das Konzept der Pflegestützpunkte aus Sicht der Barmer als gescheitert. Damit ist nicht die Inanspruchnahme gemeint, sondern weil sich daraus keine dem Bedarf entsprechenden Strukturen entwickelt haben, obwohl die (Pflegestützpunkte) PSP die zentrale Stelle der Netzwerkarbeit darstellen sollten. Die Qualität der individuellen Pflege hänge aber, so zeige der Report, weiterhin vom unterschiedlichen regional vorhandenen Angebot ab, nicht vom individuellen oder regionalen Bedarf: „Der Pflegereport bestätigt unsere jahrelange Kritik am Konzept der Pflegestützpunkte. Sie sind kein niedrighschwelliges Angebot, das eine flächendeckende Beratung gewährleisten kann.“ Er plädiert dafür, Pflegeberatung zu stärken und sie zu einer regelhaften Leistung auszubauen. Der BPA habe bundesweit über 3.000 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausgebildet. Über diese und die Pflegedienste seien niedrighschwellige mobile und häusliche Angebote und Unterstützungsleistungen für alle Versicherten in der Fläche möglich. (vgl. Jacobs, 2016)

Studien zur Arbeit der PSP zeigen eine hohe Akzeptanz der Angebote (vgl. Michell-Auli et al. 2010; Schmidt, Kraehmer 2016), verweisen aber auch auf die fehlende Unterstützung durch Akteure der Gesundheitsversorgung (Schmidt, Kraehmer 2016).

Ein Steuerungselement, um das umkämpfte Feld dennoch weiter nach Bedarfen zu gestalten, ist die Idee der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, ab 2018 *Modellkommunen Pflege* auszuschreiben. Damit würde die Absicht verfolgt, die Rolle der Kommunen zu stärken und so angeschoben einen ganzheitlichen, wohnortnahen und sozialräumlichen Beratungsansatz zu erproben, der vorhandene Strukturen weiterentwickelt.

Werden die Mitarbeiter*innen nach den Fragen und Themen gefragt, mit denen die Nutzer*innen der Beratung kommen, sind die zentralen Probleme gerade alter Menschen häufig Einsamkeit und damit einhergehend oft die schleichende Verwahrlosung. Die Analyse des Friedrich Eberst Stiftung (2011: 24) stellt fest, dass die häufigsten Fragen, mit denen sich die Nutzer*innen an die Pflegestützpunkte wenden, sich in fast zwei Drittel aller Fälle um die Finanzierung von Hilfen in den verschiedenen Leistungsbereichen drehen. Fragen entstehen zur Begutachtung und zu Widersprüchen gegen erteilte Bescheide. Passend zur Lage der häufigsten Versorgungssettings dominieren auch die Fragen zur Organisation einer häuslichen Versorgung (57 %). Fragen zur Organisation einer Heimunterbringung liegen mit rund 20 % viel seltener vor und passen daher ebenfalls zu den seltener gewählten Versorgungsformen. Damit wird der PSP vor allem von den Menschen aufgesucht, die Unterstützung zur Sicherung der häuslichen Versorgung suchen. Eingebunden in die Fragen kommen die Nutzer*innen der Beratung aber auch mit Themen, die verdeckt unter den gestellten Fragen liegen oder aus denen die Fragen generiert werden. Hier geben die befragten Mitarbeiter*innen vor allem das Thema Demenz an, der als häufiger Gegenstand der Beratung aufgezählt wird. Alltagsmanagement und Versorgung spielen auch bei anderen chronischen Erkrankungen, die im Verlauf oft zur Pflegebedürftigkeit führen, eine Rolle. Die Gestaltung und Anpassung des Wohnraums für die Versorgung wird ebenfalls häufiger thematisiert, wie auch der Einsatz technischer Hilfsmittel.

3.2 Beratung als Qualitätssicherungsinstrument

Ausgangslage Qualitätssicherung in der Pflege

Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit wurde verpflichtend im Pflegeversicherungsgesetz festgeschrieben (vgl. § 69, § 80, § 113 SGB XI). Seither wird in der Fachliteratur verstärkt über den Stand und die Sicherung der Qualität in Pflegesituationen und Einrichtungen diskutiert und publiziert (vgl. Harries et al. 1995: 13; Görres et al. 2006, 2003; Ollenschläger 2007; Gröning 2004; Jacobs et al. 2018 u. a.). Auch gab es etliche gesetzgeberische Unternehmungen (zuletzt im PflWEG und im PSG I und II), um Verfahren zu entwickeln, durch die ein Schutz pflege-

bedürftiger Menschen vor unsachgemäßer Pflege gewährleistet und eine Verbesserung der Pflegequalität erreicht werden sollte. Zudem mussten Mechanismen im Versorgungssystem gefunden und installiert werden, die den Missbrauch der zur Verfügung gestellten Mittel (Versicherungsleistungen) verhindern können.

Die Begriffe Qualität in der Pflege oder Qualitätssicherung wurden bis zur Normierung der Pflegeversicherung fachwissenschaftlich oder gesetzlich kaum erwähnt (vgl. Bieback 2004: 61 ff.). 1994 taucht der Qualitätsbegriff im Sozialhilferecht in § 93 Abs. 2 BSHG (jetzt § 76 Abs. 1 SGB XII) dann erstmals auf (vgl. Büscher et al. 2018). Es geschah im Zeitgeist der neuen Steuerung, als im SGB XI die Begriffe Qualität und Qualitätssicherung verwendet wurden. Definiert sind sie darin aber nicht näher. Was für die Pflege nicht weiter verwundert, denn zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung existierte auch noch keine etablierte fachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Langzeitpflege, deren Erkenntnisse die näheren Regelungen zur Qualität innerhalb der Pflegeversicherung hätten untermauern oder leiten können. Lediglich im Heimgesetz (1974) gab es schon gesetzlich festgeschriebene Regelungen, die ‚Sicherheit‘ genannt werden konnten, weil es den Schutz von hilfebedürftigen oder alten Menschen zum Inhalt hatte. Bis dahin firmierten sie aber nicht unter dem Begriff Qualitätssicherung und zudem war die häusliche Pflege- und Betreuungssituation darin überhaupt noch nicht enthalten. Es wurden im Heimgesetz auch keine Rechte oder Ansprüche ausgeführt, sondern formuliert ist lediglich der Schutz des leiblichen, geistigen und seelischen Wohls der Bewohner*innen (vgl. Büscher, Igel, Wingenfeld 2018: 37 ff.).

Ab 1995, als die Pflege als eigenständiger Bereich im Sozialversicherungssystem festgeschrieben wurde, war es demnach erstmals erforderlich, explizite Regelungen zur Qualität in der Pflege zu treffen und entsprechende Definitionen zu entwickeln. Allerdings war der Gegenstand der Qualitätssicherung durch den eng geführten, somatisch bestimmten Begriff der Pflegebedürftigkeit nur sehr begrenzt.

Ein weiteres Erfordernis, um Qualität und Sicherheit zu definieren, ergab sich dadurch, dass mit der Pflegeversicherung ein Pflegemarkt geschaffen wurde. Möglichst schnell sollte eine neue flächendeckende Pflegeinfrastruktur geschaffen werden, um den Bedarf an Pflege zu decken. So stieg die Zahl der Pflegedienste von ca. 4.000 im Jahr 1992 auf rd. 11.700 im Jahr 1996 (vgl. Deutscher Bundestag 1997). Im vollstationären Bereich standen ca. 8.000 zugelassene Pflegeheime im Jahr 1996 etwa 4.000 aus dem Jahr 1992 gegenüber. Die Zahlen stellen sich 2015 dann nochmal größer dar: So sind es laut Statistischem Bundesamt 13.300 ambulante

Pflegedienste und 13.600 Pflegeheime (vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Angesichts der Geschwindigkeit, Anzahl und bald unübersichtlichen Lage der Neugründungen von Anbietern für Pflegeleistungen schienen Bemühungen zur Bestimmung und Sicherung der Pflegequalität auf dem neuen Markt dringend geboten.

In den frühen 1990er Jahren ist tatsächlich für die meisten Pflegefachleute diese Art der Diskussion um die Qualität ihrer Tätigkeit und Interaktionen auf unterschiedlichen Ebenen neu⁶⁸. Während in der Wirtschaft bekannt ist, dass sich die Elemente Wettbewerb und Qualitätssicherungsinstrumente aufeinander beziehen, beginnt in der Pflegebranche erst die Diskussion über die Auswirkung solcher Bezüge. Über die Konstruktion der Pflegeversicherung werden Prinzipien und Steuerungselemente des Marktes als „Humandienstleistung“ (vgl. Spieß 2001: 5; Burger, Johne 1994) eingeführt und so ist das Thema Qualitätssicherung nicht nur ins Gesetz, sondern ab dann auch in den pflegefachlichen Diskurs eingeschrieben. Das verändert die Praxis. Die somatisch verengten Qualitätskriterien prägen und steuern fortan Pflegestrukturen bis auf die Mikroebene, bis in die Kerninteraktionen zwischen Pflegenden und zu Pflegenden.

Die Auseinandersetzung um die Qualität der Pflege wurde allerdings zu der Zeit nicht vorrangig fachlich-inhaltlich geführt, sondern war unter den dargelegten Umständen vor allem getrieben von der Notwendigkeit, rechtliche Normen zur Qualitätssicherung zu entwickeln⁶⁹.

Qualität, wie auch immer sie ausdifferenziert wurde, musste nun im sensiblen Bereich der Interaktion in der pflegerischen Versorgung, in Institutionen und im häuslichen Umfeld gesichert

⁶⁸ Im Rahmen der langsamen Akademisierung und der angestrebten Professionalisierung der Pflegeberufe entwickelte sich Anfang der 90er Jahre zwar schon eine Qualitätsdiskussion – sie erreichte aber nicht die breite Basis. Einige Einrichtungen entwarfen in einzelnen Organisationen Arbeitsablaufbeschreibungen und hausinterne Pflegestandards in Qualitätszirkeln, in denen das individuelle (Erfahrungs-)Wissen der Pflegekräfte zu bestimmten Abläufen oder Techniken zusammengefasst und aufeinander abgestimmt wurde. Schon 1992 gründete sich ein freiwilliges Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Im Gegensatz zum Vorgehen der Qualitätszirkel basieren die dort entwickelten *Nationalen Expertenstandards* auf einer wissenschaftlichen Grundlage. Dort werden bis heute in der Regel umfassende internationale Literaturrecherchen und -analysen betrieben und die Standards vor ihrer Veröffentlichung modellhaft und freiwillig implementiert. Die Forderungen der PV förderten die Entwicklung der Expertenstandards enorm. Der erste nationale Standard widmet sich auch einem großen Problem bei Pflegebedürftigkeit: dem Dekubitus (Druckgeschwür). Die Durchdringung der Praxis mit dem Wissen der Expertenstandards dauert jedoch sehr lange und ist weiterhin nicht vollständig gelungen.

⁶⁹ Sehr bald stellt sich unter diesen Voraussetzungen der Reformbedarf der PV dar, der sich 2002 im Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) von 2002 wiederfindet. Parallel zu diesen gesetzlichen Entwicklungen gab es eine Vielzahl weiterer politisch initiierten Bestrebungen, die Versorgungsqualität in der Langzeitversorgung zu verbessern, in der weniger die Normsetzung als die inhaltliche und konzeptionelle Entwicklung der Pflegequalität im Vordergrund stand. Zu denen ist die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ/BMG 2010; Sulmann 2011; Igl, Sulmann 2017) eine Art Selbstverpflichtung grundlegender Rechte. Zudem fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Expertenstandards für die professionelle Pflege zu zentralen Qualitätsrisiken durch das DNQP. Weiter zu nennen ist die Rahmenrichtlinie zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe 2006 und Gütesiegel

werden. Welche komplexen Sachverhalte nun qualitativ zu bestimmen waren, zeigt sich u. a. daran, dass Pflege in diversen Zusammenhängen in Anspruch genommen wird. So ist die familiäre oder professionelle Pflege oft in Mischformen vorzufinden, die Expert*innen durch die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen (Geld-, Sach- oder Kombinationsleistungen) vor unterschiedliche Qualitätsprobleme stellen. Die Qualität der Interaktion zwischen Pflegefachleuten, pflegenden Angehörigen und den zu Pflegenden – als im Grunde zentraler Inhalt der Tätigkeit – lässt sich dabei aus den Vorgaben des SGB XI schwer bestimmen – oder gar standardisieren.

Diskussionen und Instrumente

Im ausgehenden 20. Jahrhundert entwickelte sich eine rege Diskussion rund um die Qualität der Versorgung Pflegebedürftiger (vgl. Igel, Klie 2002; Schiemann et al. 2016; Hasseler, Stemmer 2018). In deren Verlauf entstehen zunehmend Instrumente, um Pflegequalität zu messen, oder es werden Vorgehensweisen zur Qualitätssicherung in der Praxis erprobt.⁷⁰ Was genau nun die angestrebte Qualität ist, bleibt allerdings weiter Diskussionsgegenstand (vgl. Hasseler, Fünfstück 2015; Stemmer 2018). Kühnert (2009) nennt die zur Verfügung gestellten Definitionen meist vage und unverbindlich. In der Regel wird auf den nicht weiter konkretisierten „Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse“ verwiesen. Oder, so schließt Kühnert (2009: 126), es findet eine Beschränkung auf formale Merkmale wie die Eignung einer Dienstleistung für einen bestimmten Zweck statt, die inhaltlich sehr unterschiedlich auslegbar ist. Damit bleibt in der etablierten Qualitätssystematik Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Fokus auf die Struktur und die Prozesse gerichtet. Das Ergebnis ist für Interpretationen der individuellen Situation offen.⁷¹ Wissenschaftliche Arbeiten nach dem PSG II nahmen diese und ähnliche Kritik auf⁷². Andere Vorschläge zur Systematisierung wären aus Kühnerts Sicht, Qualitätssicherung

⁷⁰ Die konkrete Ausgestaltung von Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Langzeitpflege wurde an die Selbstverwaltung aus Kostenträgern und Leistungserbringern delegiert, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität vereinbarten (vgl. Igl 2007). Der Selbstverwaltung kommt auch in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI eine besondere Bedeutung zu. In diesen Verträgen werden verschiedene Aspekte mit Relevanz für die Qualitätssicherung vereinbart. Dazu gehören die Inhalte der Leistungen, Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, der personellen Ausstattung sowie der externen Qualitätssicherung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK).

⁷¹ Kühnert merkt in ihrem Aufsatz (2009: 129) zudem an, dass die Festlegung auf das Drei-Dimensionen-Strukturkonzept nach Donabedian selbst auch keine fachliche Begründung für seine Eignung im Grundsatztext findet.

⁷² Das PSG II (2015) übertrug durch den § 113 SGB XI den Vertragsparteien die Verantwortung, ein indikatorengestütztes Verfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitversorgung zu beschreiben. Seither wurden relevante Kennzeichen/Merkmale für Qualität in der Pflege identifiziert und 2018 veröffentlicht (vgl. Jakobs et al. 2018).

so zu verstehen, dass im Gesetz verankerte Leitprinzipien zur Umsetzung kommen sollten, indem Mittel und Anreize zur Umsetzung zur Verfügung gestellt würden. Kühnert (vgl. ebd.) nennt Prävention und Rehabilitation, denkbar wäre auch psychosoziale Unterstützung und soziale Teilhabe. Weiter entwickelt Kühnert das Dilemma der Vereinbarung, dass Maßstäbe und Grundsätze der Qualitätssicherung nicht in die Hände unabhängiger Forschung gelegt wird, sondern in die Hände der Kostenträger und Leistungsanbieter (vgl. Kühnert 2009: 133).

Eine weitere Perspektive auf Qualitätssicherungssysteme wird in den Diskurs eingeführt (Gröning 2004). Die Blickrichtung geht nun auf die Dynamiken von Macht und Ideologien, die in Institutionen der Versorgung wirken. Neue Steuerungsmodelle und Qualitätsprojekte stellen so gesehen eine Gefahr für die jeweiligen Führungseliten dar. Mit diesem Fokus zeigt sich, dass Qualitätssysteme oft die Funktion erfüllen, die bestehende Hierarchie unberührt zu lassen und eben nicht die Strukturen zu hinterfragen, aus denen im Grunde jedes Qualitätsproblem entspringe. Gerade in hierarchischen Organisationen, wie sie im Gesundheitswesen oft vorzufinden sind, fügen sich Dokumentationen und Standardisierungen immer dann gut ein, wenn sie „Sündenböcke“ ausmachen. Auf diese Weise werden Fehler in einer Organisation systematisch identifiziert und personalisiert, wodurch die Organisation in ihrer Logik gestärkt, aber nicht in ihren bestehenden Strukturen in Frage gestellt wird. Für komplexere Sichtweisen sowie tiefgreifende Veränderungen und auch Kritik schlägt Gröning reflexive Formen der Qualitätssicherung in der Versorgung vor, wie Qualitätszirkel, Fallbesprechungen und Supervision (vgl. Gröning 2004: 224 ff.).

Die aktuellen Publikationen bringen in der Diskussion um Qualitätssicherung vermehrt auch die ethische Dimension nach vorne (vgl. Büscher, Klie 2013; Hasseler, Görres, Fünfstück 2013; Lederer, Meyer 2018). So heißt es z. B. im Pflegereport 2018 mit dem Schwerpunkt Qualität in der Pflege „Vertrauensaufbau und Beziehungsgestaltung als pflegesensitive Outcomes zu definieren, rückt den sozialen Auftrag pflegerischer Arbeit stärker in den Fokus“ (Burston, in Lederer und Meyer 2018: 19).

Moralvorstellungen, Haltungen und die Fähigkeit, Beziehungen zu gestalten, haben direkte Auswirkungen auf Pflegequalität und werden ausschließlich durch Angebote, in denen reflexive Formate Akzeptanz finden, besprechbar. Zu den ethischen Dimensionen zählt auch die Position, die Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in der Erfassung von Pflegequalität abzubilden⁷³.

⁷³ Meyer verweist dabei als ethischen Rahmen beispielhaft auf den ANA Ethikkodex 2015.

Seit den geschilderten Anfängen der Qualitätsdebatte haben sich mittlerweile etliche Ansatzpunkte für die Qualitätsentwicklung in der Pflege identifizieren lassen. Der Beratung und Anleitung wird dabei ebenfalls eine Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und damit eine erhebliche Bedeutung für die Qualität zugemessen (vgl. Hasseler et al. 2013). Zudem nimmt Beratung in den Nationalen Expertenstandards der Pflege (DNQP) jeweils eine eigene Strukturebene ein.

Mit der Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland entfaltet auch die Qualitätsdebatte um die Pflegequalität mehr Dimensionen, greift Wissen der Bezugsdisziplinen (z. B. Lebensweltbezug) auf und wird eben nicht mehr nur normativ getrieben. Auch wenn Beratung als Leistung bei Pflegebedürftigkeit ebenfalls ausdifferenziert, ausgebaut und geordnet wird, bleibt sie in der Praxis dennoch weiterhin oft unspezifisch, wird weiter einfach als Beitrag zur Qualitätssicherung betrachtet (vgl. Hasseler, Stemmer 2018: 35). Dabei lässt sich oft nicht erkennen, welches Konzept von Beratung hinter dem Angebot steht.

So stehen die Prinzipien der Sozialberatung, die im Wesentlichen auf Information und Auskunft beruhen, in den Institutionen fast zufällig oder in Personalunion neben wegweisendem (Case Management) und anwaltschaftlichem Handeln. Hin und wieder finden sich auch Formate, in denen psychosoziale Beratung angeboten wird, und nur vergleichbar wenig Stellen, die den beraterischen Beziehungsraum zur Förderung von Entwicklung und Entscheidungshilfen oder als Beistand verstehen. Beratung in der Pflege weist daher selbst Bedarf an konzeptioneller Entwicklung und Forschung auf. Wird Pflegeberatung nur so verstanden, als würde sie den Beratungsnutzer*innen die Komplexität der Angebote reduzieren, ist die Komplexität, die der Beratung selbst innewohnt, verkannt.

Pflegeberater*innen, die diese Entwicklung, Konjunkturen, unterschiedlichen Bezugsrahmen und Anforderungen kennen, können die Funktion, in der sie tätig werden, besser bestimmen. Das ist deswegen so elementar, weil sie sich so erst in ihre Rolle einfinden, diese entwickeln und reflektieren, aber eben auch kritisieren können.

3.3 Qualifikationsanforderungen

Qualifikation als ein Kriterium für Qualität in der Beratung

Wenn Pflegeberatung als eine zentrale Intervention eingesetzt wird, um die Versorgungsqualität zu sichern, setzt das auch voraus, dass eine entsprechende Befähigung vorliegt. Um durch Beratung einen Beitrag zur Qualität in der individuellen pflegerischen Versorgung zu leisten,

ist es daher erforderlich, dass die Beratenden neben viel Fachwissen für das Verstehen und Einschätzen der komplexen Lebenslagen bzw. Pflegearrangements qualifiziert sind und zudem in der Lage, sind Beratungsprozesse professionell zu gestalten.

Für rund 3,4 Millionen Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen besteht theoretisch ein Anspruch auf Beratung in dieser Lebenslage. Darüber hinaus sehen weitere große Bevölkerungsteile dieser Situation in naher Zukunft entgegen und haben ebenfalls einen Anspruch, sich mit fachlich guter Beratung auf verschiedenen Ebenen auf diese Lebensphase vorzubereiten.

Die Qualifikationen, um bei Pflegebedürftigkeit beratend tätig sein zu dürfen, blieben aber zunächst ähnlich unbestimmt wie die Rolle der Berater*innen selbst. Diese Unbestimmtheit ist womöglich auch auf dem Hintergrund zu erklären, dass sich zum Zeitpunkt der Einführung des SGB XI Beratung schon in allen Bereichen der Lebenswelt ausgebreitet hatte und somit zu einem unspezifischen Unterstützungsangebot wurde (vgl. z. B. Elzer, Skiborski 2007: 167). Obendrein war das Gesundheitswesen geprägt durch kontinuierliche und rasche Veränderungen im Wandel des Versorgungssystems, was für Unsicherheiten und eine gewisse Orientierungslosigkeit bezüglich der Anforderungen für eine Beratungsqualifikation sorgte, die sich auf Pflegebedürftigkeit spezialisierte. Für die Konstruktion einer angemessenen Beratungsqualifikation fehlten, wie oben ausgeführt, theoretische und konzeptionelle Fundierungen, Kompetenzbeschreibungen, Kenntnisse über Beratungsanlässe und ihre Differenzierung und Abgrenzungen, systematisch gesammelte Erfahrungen z. B. über angemessene Zeitkorridore und klare Rahmenbedingungen, Konflikte etc. Erst im Verlauf der 25 Jahre Umsetzung, Reformierung und Entwicklung der SGB-XI-Leistungen zur Beratung wurden Stück für Stück Qualifikationen herausgebildet und in Richtlinien gefasst.

Sowohl der Ausbildungs- als auch der Weiterbildungsmarkt reagierten, ebenfalls im Verlauf der Zeit, mit verschiedenen fragmentierten Qualifikationen zur Pflegeberatung und Betreuung auf unterschiedlichem Niveau. Die erste von der GKV ausformulierte Richtlinie für die Erbringung der Leistung erhielt der § 45 SGB XI. Grundvoraussetzung für Kursleiter*innen war damals eine dreijährige Pflegeausbildung, zwei Jahre Berufserfahrung und eine 24-UE-Weiterbildung mit Inhalten zur Pädagogik, Didaktik sowie zum Verfahren und zu Leistungen der Pflegeversicherung. Für Lerntheorien, um die praktischen Einheiten vorzubereiten, gab es kaum Platz im knappen Curriculum. Allerdings wurde ein Pflegepädagogikstudium, das sich Anfang der 90er Jahre an den Fachhochschulen etablierte, zum Teil äquivalent anerkannt. Auf Grundlage dieser Qualifikation blieben die Kurse aber auf pflegetechnische Unterweisungen reduziert (vgl. Dörpinghaus, Weidner 2006; Gröning 2006: 231 ff. u. a.).

Weitere Richtlinien für die Qualifikation entstanden ab 2008 mit der Funktion des*der Pflegeberater*in nach § 7a und der neuen Ausrichtung auf Grundlagen des Case Managements. Damit lag der Schwerpunkt dieser Qualifikation auf der Steuerung durch das komplexe Sozialsystem zur Versorgungssicherheit, meistens bezogen auf einzelne Personen oder Familien. Über eine Qualitätsrichtlinie für die Ausgestaltung des Pflichtberatungsbesuchs wurde zwar zeitgleich ebenfalls beraten, aber letztendlich erschien diese erst 2018. Ein einheitlicher Rahmen, der sich wissenschaftlich fundiert und fachspezifisch über alle Beratungsleistungen der PV spannt, auf welchen sich die Pflegeberater*innen beziehen konnten, wurde 2016 erstmals formuliert (vgl. ZQP 2016). Bis dahin war bereits allgemein bekannt und wissenschaftlich belegt, dass die institutionalisierte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie die Pflegekurse § 45 SGB XI in höchst unterschiedlicher Weise und Qualität, auf der Grundlage heterogener beruflicher Grundqualifizierungen, umgesetzt wurden (vgl. Dörpinghaus, Weidner 2006; Büscher et al. 2010; Klie et al. 2012; Kirchen-Peters, Nock 2014; Michell-Auli, Strunk-Richter, Tebest 2010).

Der Gesetzgeber forderte schließlich die Kassen auf, allgemeine Richtlinien und Qualitätsrahmen für die Leistungserbringer der Beratung zu formulieren und auch regelmäßig wissenschaftlich zu begleiten, um ein einheitliches Angebot zu gewährleisten, wie auch Synergien sowie Vernetzung in der Beratungslandschaft zu bewirken. Mittlerweile liegen für alle Bausteine Richtlinien zur Qualität und Qualifikation vor. Zuletzt hat der GKV-Spitzenverband 2018 die Empfehlungen zur Qualifikation der Pflegeberater*innen nach § 7a SGB XI aktualisiert.

Für jede Pflegeberatungsleistung gelten zunächst die beruflichen Grundqualifizierungen von Pflegefachkräften, Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen und Sozialversicherungsfachangestellten als an sich schon sehr heterogene Basisvoraussetzung. Daran schließen sich Qualifikationen in unterschiedlicher inhaltlicher Tiefe für die jeweiligen oben genannten Beratungsleistungen im SGB XI an. Die Qualifikation zum*zur Pflegeberater*in nach § 7a SGB XI ist mit 400 Stunden und einem Pflegepraktikum die umfassendste zusätzliche Weiterbildung der GKV-Richtlinien für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit und orientiert sich am Case Management. Sie ist explizit auch für die § 37-Abs. 3-Einsätze anwendbar. Das dort ausgewiesene Beratungsverständnis verweist nicht auf theoretische Grundlagen, sondern ist auf Orientierung und Steuerung im komplexen sozialen System angelegt und somit als funktionale Beratung konzipiert.

Die Richtlinien verweisen jedoch strukturell und inhaltlich auf den Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege (ZQP 2016), in dem auch ein Kompetenzprofil formuliert ist (vgl. Abb. 2) und auf mögliche unterschiedliche theoretische Fundierungen hingewiesen wird.

In Anlehnung an die Beschreibungen des Deutschen Qualifikationsrahmens⁷⁴ (DQR) liegt die Qualifizierung zur Pflegeberatung auf Niveaustufe fünf bis sechs. Demnach wird die Beratung der Pflege in dem Qualitätsrahmen als ein eigenes, komplexes und spezialisiertes Handlungsfeld eingeordnet.

Auf dieser Grundlage wird im Bildungsbereich gleichsam davon ausgegangen, dass diese pflegebezogenen Beratungsformate die fachlich richtige und vor allem die selbstständige professionelle Einschätzung der Situation beinhalten, in denen auch über das weitere Vorgehen innerhalb der Interaktion Beratung entschieden werden muss. Das unterstreicht die Eigenständigkeit und Verantwortung der Akteur*innen in einem Prozess, in dem sie z. B. auf einer *fachlichen* Grundlage entscheiden, ob sich eine weiterführende Information, eine Fertigkeiten vermittelnde Schulung oder eine lebensweltlich ausgerichtete Beratung als nächste Intervention anschließt. Beratung ist somit auch für die Pflege keine Tätigkeit, die neben der ‚eigentlichen‘ professionellen Pflegetätigkeit nur auf Grundlage einer persönlichen Kompetenz durchgeführt wird, sondern ein eigener Prozess, der einen fachwissenschaftlich ausgearbeiteten Begründungsrahmen braucht. Zudem handelt es sich um einen Prozess, aus dem die Bedarfslage direkt in und aus der Interaktion fachlich erschlossen wird. So gelesen ist diese Intervention auf der Grundlage einer Qualifikation entstanden, die aus so viel Eigenständigkeit begründet ist, dass sie nicht von einer anderen Berufsgruppe in Auftrag gegeben werden kann, um verengt vor allem deren Ziele (z. B. Therapiecompliance) zu erfüllen.

Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) unterscheidet zwei Kompetenzkategorien: „Fachkompetenz“, unterteilt in „Wissen“ und „Fertigkeiten“, und „Personale Kompetenz“, unterteilt in „Sozialkompetenz und Selbstständigkeit“.

Der Qualifikationsrahmen für die Beratung in der Pflege (vgl. Büscher et al. 2016) nimmt diese Systematik auf und stellt die über Qualifikationen zu erreichende Beratungskompetenz wie

⁷⁴ Der DQR ist ein Instrument zur Einordnung der Qualifikationen des deutschen Bildungssystems. Er soll zum einen die Orientierung im deutschen Bildungssystem erleichtern und zum anderen zur Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen in Europa beitragen. Um transparenter zu machen, welche Kompetenzen im deutschen Bildungssystem erworben werden, definiert er acht Niveaus, die den acht Niveaus des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) entsprechen.

folgt (Abb. 3) schematisch dar. Alle Elemente im Kreis zeigen Aspekte, die über Qualifizierungen in der Pflegeberatung angesprochen, aufeinander bezogen und entwickelt werden sollen, um eine Handlungskompetenz zur Beratung als Schlüsselkompetenz in der Pflege auszubilden.

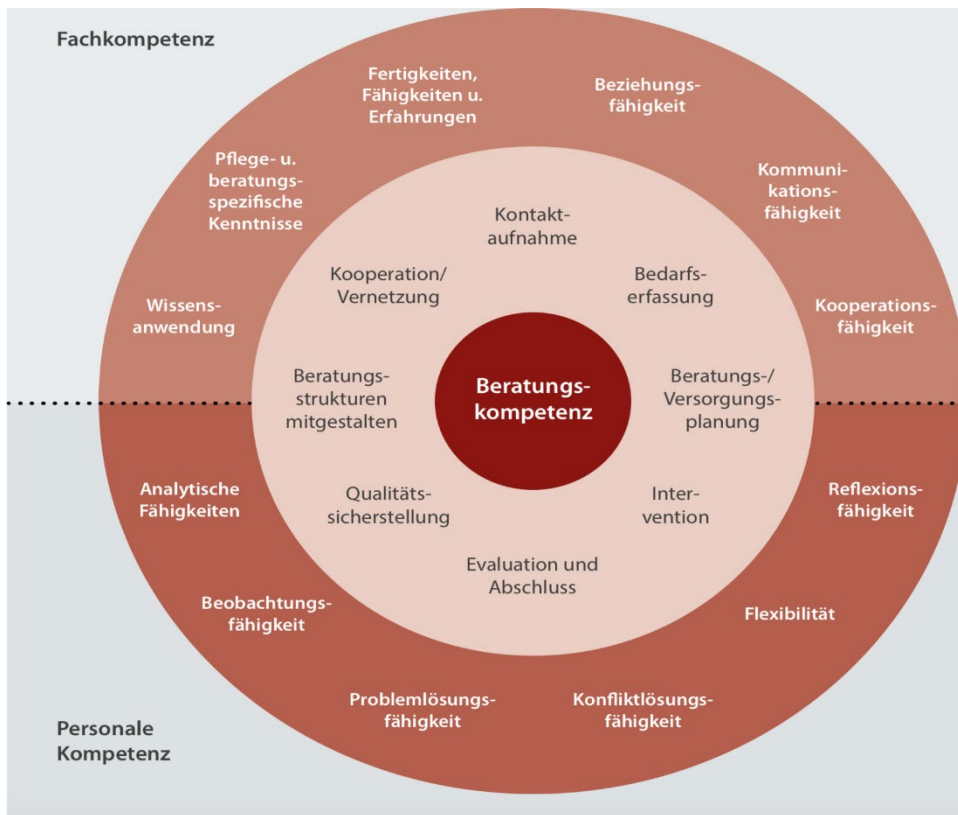


Abb. 3: aus dem Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege (Büscher et al. 2016: 21): Kompetenzprofil Beratungscompetenz

„Bisher sind Weiterbildungen in erster Linie an der Vermittlung von Wissen und weniger an der Förderung von Handlungskompetenz orientiert“ (Büscher et al. 2016: 19), wird im Qualitätsrahmen resümiert und so auf weiteres Entwicklungspotenzial für aktuelle Qualifizierungen hingewiesen.

Zwischenfazit und Leerstellen im Qualifizierungsbedarf mit Blick auf Aspekte der sozialpädagogischen Beratung

Der Überblick über Entwicklung und Konjunktoren der Beratungsbausteine konnte zeigen, dass den Beratungsleistungen zunehmend eine bedeutende Rolle in der Umsetzung der PV zugekommen ist. Weiterhin wird sichtbar, dass sich die Ausrichtung auf die Steuerungsfunktion durch das komplexe soziale System mit den Jahren zunehmend schärft. So sind auch die jüngsten Qualifizierungsanforderungen und Richtlinien der GKV (vgl. GKV 2018; GKV 2019) zu verstehen, welche Anforderungen auf darauf zugeschnittene Kompetenzen festlegen. Die Ziele,

die über diese Beratungsbefähigungen erreicht werden sollen, hängen vom dort eingeschriebenen Beratungsverständnis ab.

Die GKV weist dort aus, dass Expert*innen für die Beratungsleistungen qualifiziert werden, die Orientierung geben, wenn in Versorgungsfragen bei Pflegebedürftigkeit eine Wahl zu treffen ist, wenn Systemlücken zu überbrücken sind und Akteure der Versorgung miteinander verbunden werden sollen. Die Aufgabe der Expert*innen ist demnach, die Lage einzuschätzen, für die Versicherten die Übersicht über angemessene Versorgungswege zu behalten oder sie erstmalig zu schaffen. Das gilt im Besonderen für die Qualifikation zum Pflegeberater bzw. zur Pflegeberaterin nach § 7a SGB XI. Für die Grundqualifikationen kommen unterschiedlichen Berufe in Frage (s. o.). Diese heterogenen Berufszugänge verbreitern das Spektrum der Wissensangebote für die Pflegeberatung und bieten so je anders gelagerte Schwerpunkte – aber auch unterschiedliche in der Grundausbildung vermittelte Beratungsverständnisse und -traditionen. Geht es um diese berufliche Vielfalt über eine Qualifizierung mit dem eng gefassten Auftrag, der Empathie voraussetzt, jedoch im Wesentlichen die sachlichen, technischen Fragen im festgestellten Hilfebedarf der Pflegebedürftigen klären soll. So werden die verschiedenen Pflegeberater*innen zu ausgewiesenen Lots*innen qualifiziert, die fachkundig und zugewandt Wege durch den Dschungel des Gesundheitswesens weisen.

Neben den heterogenen beruflichen Grundvoraussetzungen sind die geforderten Beratungsqualifikationen für die Leistungen des SGB XI auch noch in einzelne Fragmente strukturiert, die über den Beratungsanlass (§ 37, § 7, § 45 SGB XI) das Ziel der Beratung schon festlegen. Pflegeberatung wird also nicht als eigenständiger Professionsbereich gedacht, wie der Qualitätsrahmen (vgl. Büscher et al. 2016) für die Pflegefachleute es vielleicht nahelegen könnte, da sich die Richtlinien explizit auf diesen Rahmen beziehen.

Mit Fragmentierung ist gemeint, dass die spezialisierten Qualifizierungen die Berater*innen zu unterschiedlichen Beratungsanlässen befähigen und zulassen. Der jeweilige institutionelle Kontext und Auftrag – und damit die Aufteilung der Problemlagen – wirkt sich auf die Beratungsziele und damit unvermeidlich auf das Beratungsverständnis aus. So ist die Qualifizierung für den § 7 SGB XI auf das Case Management ausgerichtet und kann auch zugehend arbeiten. Wenn es auch in unterschiedlichen Formen der Umsetzungen zu finden ist, verfolgt das Case Management in der Regel das Ziel, für individuelle Bedarfslagen möglichst passende, meist externe Hilfen zu integrieren und zu vernetzen. Dazu gehört auch die Vermittlung von Informationen zu Leistungen oder fachjuristischen Fragen. Zum anderen bietet die Qualifizierung die Möglichkeit, in der allgemeinen oder speziellen (z. B. spezialisiert auf Demenzberatung)

Sozialberatung der Kassen oder Pflegestützpunkte bzw. in den Kliniken tätig zu sein. Auch hier geht es um eine Sachberatung, die sich im Wesentlichen auf die Informations- und Wissensvermittlung konzentriert. Die Beratungshaltung ist in der Regel streng problem- und lösungsorientiert.

Die ausschließlich zugehenden Qualitätsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI verlangen keine eigene Qualifizierung, legen sich aber in der Richtlinie auf die Ausführung durch „Pflegerkräfte“ fest. Zu den Kompetenzen bleibt die GKV in der Richtlinie zum § 37. 3 SGB XI selbst vage,

„Pflegerkräfte einzusetzen, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfes des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Dies betrifft beispielsweise das Wissen über demenzielle Erkrankungen oder die besonderen Belange von Kindern sowie zum subjektiven Belastungserleben pflegender Angehöriger. Die eingesetzten Beratungspersonen müssen in der Lage sein, entsprechend der individuellen Situation und des Umfeldes der bzw. des Pflegebedürftigen zu beraten.“ (GKV 2019: 3)

verweist aber grundsätzlich für alle Richtlinien der Beratungsleistungen auf den Qualitätsrahmen des ZQP. Weiter legt sie den Inhalt auf die Sicherstellung, Stabilisierung und Prävention fest mit dem Ziel, die familiäre bzw. häusliche Pflege weiter zu ermöglichen. Auch hier ist die Lotsenrolle angelegt, allerdings mit geringerer Reichweite. Die Interventionen werden in der Richtlinie als „Kurzinterventionen“ bezeichnet, weiterer Bedarf ist mit Verweisen an die Pflegeberater*innen nach § 7 oder Kurse nach § 45 vorgesehen, die dann oft eine andere Person erfüllen muss. Die Orientierung oder Steuerung durch das System ist im § 37 Abs. 3 SGB XI auf Information, Hinweise und Kurzinterventionen begrenzt. Auch Begleitung ist in dieser Richtlinie nicht enthalten. Es handelt sich um eine möglichst kontinuierliche Beobachtung und darum, punktuelle Entlastungen zu finden. So soll Überlastung vermieden werden, um die Pflege über Angehörige weiterhin sicher zu gewährleisten und eine Institutionalisierung der Pflege möglichst zu vermeiden. Wird die Lage komplexer, muss ein anderes Beratungssetting mit entsprechender Qualifikation gewählt werden. Das Ziel der Beratung ist somit auch in diesem Format schon gesetzt.

Für die Qualifikation zu den Pflegekursen nach § 45 SGB XI ist die Anforderung des GKV-Spitzenverbandes weiterhin eine knappe 24-UE-Weiterbildung, die vor allem dazu befähigen soll, bei Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden Wissensdefizite vor allem in Pflegetechniken zu beseitigen. Das Angebot wird als Schulung bezeichnet. Mittlerweile liegen jedoch verschiedene Pflegekurs-Curricula vor (vgl. Emme von der Ahe 2014; Familiäre Pflege 2018), die weit mehr als die Kompetenz zur Anleitung von Pflegeverrichtungen oder Sozialleistungen verlangen. Über unterschiedliche wissenschaftlich begleitete Modellprojekte ist der Bedarf an ausführlicheren Qualifikationen (vgl. familiäre Pflege 2018; Anshub45 Emme v. der Ahe

2010) belegt, dort wird unter anderem auch Beratungskompetenz für die Kursgestaltung gefordert.

Jedem dieser Beratungselemente wird eine positive Wirkung im Feld der Pflegeberatung bestätigt. Das belegen die oben genannten Evaluationen und verschiedene Studien (vgl. Kunstmann, Sander 2012: 187). Tatsächlich entsprechen problemlösende Ansätze den Strategien der Pflegebedürftigen sowie deren pflegenden Angehörigen, wenn sie vor akuten Problemen im Alltagsmanagement bei Pflegebedürftigkeit stehen.

In der Evaluation der Pflegeberatungen gaben 79,9 % (n = 1.767) der Befragten an, dass für sie wichtige Themen und Probleme zu Antragstellung, Vermittlung, Hilfsmitteln etc. angesprochen wurden. Trotzdem fällt auf, dass weniger als die Hälfte (45,2 %) der Ansicht waren, dass sie die Themen der Beratung ein Stück weit selbst bestimmen konnten (vgl. IGES 2020: 211).

Leerstellen

Leerstellen in den Qualifikationen werden sichtbar, wenn man neben dem in dieser Weise erfolgreichen Case Management die Erkenntnisse der sozialpädagogischen Forschung zur Intervention Beratung heranzieht. In dieser Disziplin existiert schon eine lange wissenschaftliche Tradition, in der Familien mit Unterstützungsbedarf beraten wurden und Ergebnisse dazu interpretiert wurden. Denn tatsächlich stellt die Familie in Deutschland real die größte Gruppe der Unterstützer bei Pflegebedürftigkeit. Versteht man Pflegebedürftigkeit nun als Entwicklungsaufgabe im Lebensverlauf, wie es die Erziehungswissenschaft in der Universität Bielefeld vorschlägt (vgl. Gröning et al 2012, Kunstmann, Sander et al 2012), entsteht ein übertragbares Handlungsfeld und ein sinnvoller Zugang zum Wissenskorporus der sozialen Arbeit und der pädagogischen Beratung.

Auch die soziale Arbeit beobachtet und trifft Individuen und Familien mit sozialen Problemen direkt vor Ort, versteht jedoch theoretisch grundsätzlich, dass diese in einem engen Zusammenhang mit Sozialstruktur, gesellschaftlichen Positionen und Kulturen stehen. Auch in der sozialpädagogischen Beratung erhoffen sich Ratsuchende oft direkte Ratschläge, Hilfen und Anleitungen, um in der aktuell belastenden Situation schnell besser klarzukommen. Der Anspruch der sozialpädagogischen Beratung zielt allerdings auf die Förderung der Bewältigungskompetenz der Ratsuchenden, zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe, ohne ihnen scheinbar naheliegende Problemlösungen abzunehmen oder sie, sollte es sich als komplex darstellen, gleich an Institutionen weiterzureichen. Der jeweilige Beratungsschwerpunkt ergibt sich aus der Situation des*derjenigen, der*die die Beratung nutzt. Gemeint ist seine*ihre Lage, nicht das isolierte Problem.

Es wäre aus dieser Perspektive gesehen demnach ein Unterschied, ob ein pflegender Angehöriger Beratung zur Hilfsmittelnutzung bei bestehender Harn- und Stuhlinkontinenz benötigt, der in einem sozialen Brennpunkt lebt und durch die notwendige kontinuierliche Unterstützung des Pflegebedürftigen in der Nacht auch noch bedroht ist, einen Arbeitsplatz im Schichtdienst zu verlieren, oder ob es in der Beratung tatsächlich vor allem um die Anleitung zur korrekten Anlage/Anwendung des gleichen Hilfsmittels in der Nacht geht. Auch integriert sich nicht automatisch und gleichzeitig z. B. mit Auftreten des Schlaganfalls der Ehefrau eine Pflegebeziehung neben die schon vorhandene und lange geübte Ehebeziehung. Es entstehen zunächst Konflikte, Übergangskrisen, die erkannt und bewältigt werden müssen.

Und schließlich geht es bei dem Eintritt in die Lebenswelt von Hilfebedürftigen auch immer wieder um das ethische Problem, dass es doch hin und wieder abzuwägen gilt, ob das Prinzip der Allparteilichkeit in Familien abzulegen ist und z. B. ein Mandat für den*die Hilfebedürftige*n zu übernehmen ist. Das kann auch bei Pflegebedürftigkeit bedeuten, konkret Schutz vor Schaden, Gewalt und Vernachlässigung einzuleiten.

Aus den Auseinandersetzungen in der Beratungsforschung ist dazu bekannt, dass es in der sozialpädagogischen Beratung auch Spielräume gibt, dass Alltagstheorien den Umgang der Berater*innen mit den Ratsuchenden steuern. Erkannte Problemlagen werden immer auch auf persönlichen Erfahrungen und Einstellungen interpretiert (vgl. Kasakos 1980: 20 ff.). Die Belastungen aus den Übergangskrisen können dann pathologisiert werden. Das bedeutet, Verhaltensweisen, Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken, soziale Verhältnisse oder auch die individuelle Ausgestaltung der Pflegebeziehungen werden als krankhaft gedeutet. Dann entsteht der Eindruck, die Familien schaffen die notwendige und eigentlich machbare Anpassung nicht, weil sie falsch geplant oder gar falsch gelebt haben.

Für das Ausleuchten solcher Spielräume und das unbewusste Anwenden solcher Alltagstheorien bedarf es in der über Qualifizierung angestrebten Beratungskompetenz bei Pflegeberater*innen auch einer ethischen Orientierung, die Alltagstheorien und auch die Machtverhältnisse, die alle Bildungs- und Beratungsbeziehungen begleiten, reflektiert. Eine ethische Haltung ist jedoch im Qualitätsrahmen (Abb. 2) nicht als konstituierendes Element enthalten und wird hier deshalb als Leerstelle gekennzeichnet.

Eine weitere Leerstelle betrifft die Rollenklarheit der Berater*innen.

Das Selbstverständnis in der Rolle der Berater*in ist für die Beratung hoch relevant. Daher ist die Rollenklarheit ein wichtiger Aspekt für die Qualifizierung wie für die Beratungskompetenz.

Denn wenn sich die Beratenden vor allem als fachliche Expert*innen betrachten, wird die Beziehung zu den Ratsuchenden eher asymmetrischer gestaltet sein. Die Ratsuchenden wären in dem Sinn lediglich die Hilfeempfänger*innen. Verstehen sich die professionell Beratenden dagegen eher als Beistand, Begleiter*in oder Moderator*in, zeigt sich ein anders Profil und wird eine andere Rolle entwickelt. Loth (2003: 256 ff.) spricht von einer Beratungskompetenz des *Beisteuerns* in Beratungen, die dann als Prozess gestaltet sind und deren Ziel somit nicht durch den Auftrag der Institution schon vorher festgelegt sein kann.

Damit die Berater*innen einen ethisch reflektierten Standpunkt an der Seite der Ratsuchenden in den Prozessbegleitungen einnehmen können (vgl. Kunstmann, Sander 2012: 205) und sozialpädagogische Beratungen anbieten können, bedarf es in den Qualifizierungen ergänzend:

- einer ethischen Fundierung in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit,
- der Rollenentwicklung und Rollenklarheit,
- des Wissens über Entwicklungsaufgaben, um Entwicklungskrisen in pflegenden Familien zu verstehen,
- der Empathie und Beratungsfähigkeit, um auch die verdeckten Probleme bei Pflegebedürftigkeit erfassen zu können,
- des sozialtheoretischen Wissens, um Armutslagen in Familien erkennen und verstehen zu können und sie nicht über Alltagstheorien einordnen zu müssen,
- einer expliziten Geschlechter- und Kultursensibilität.

Insgesamt beinhalten diese Ergänzungen auch, das Bewusstsein dafür zu stärken, dass Pflegeberatung zur sozialen Sicherheit der Familien beiträgt, nicht nur zu einzelnen gelungenen Pflegehandlungen. Damit wäre eine Beratung konzipiert, die durch ihre familiensensible und lebensweltorientierte Tätigkeit nicht vorrangig für ein Durchgleiten durch das Versorgungssystem sorgt oder für Anpassung im Falle von Pflegebedürftigkeit, sondern mit dieser Beratungskompetenz wäre der*die Pflegeberater*in in der Lage, die Spannung, in die er*sie selbst durch den Lebensweltbezug unweigerlich mit der Rationalität des Sozialsystems gerät, nicht gegen sich oder die Ratsuchenden zu wenden, sondern zu lernen, diese kritisch anzusehen.

So befähigt wäre Pflegeberatung für die Ratsuchenden eine Institution, die in Übergangskrisen Orientierung in die eigene Mündigkeit hineingibt. Für die Beratenden selbst ergibt sich damit die Möglichkeit, am Umbruch von traditionellen Ordnungsvorstellungen zu arbeiten und bestehende Verhältnisse zu verbessern und nicht nur zu erhalten.

Das bedeutet, dass die Ziele der Beratung nicht vorher festgelegt sind, sondern im Beratungsprozess gemeinsam erarbeitet werden. Allgemeine Ziele von sozialpädagogischer Beratung in Familien sind die Förderung der Individualität, Reflexionsfähigkeit, Verantwortlichkeit, Teilhabe und Selbstbestimmtheit. Über Beratung, nicht über Leistungen, können individuelle Spielräume der Ratsuchenden erweitert werden. Das kann durch die Eröffnung neuer Sichtweisen oder die Erarbeitung alternativer Handlungsmöglichkeiten erreicht werden. Ziel kann aber natürlich auch eine Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe angesichts vielfältiger Möglichkeiten sein. Auch gibt es Vertreter*innen, die zudem die Stärkung der Bindung sowie die Reflexion der Bindungsdynamik in der Beratung anstreben (vgl. Kämpfe 2019: 254).

Um das Beratungsangebot für die Ratsuchenden darüber hinaus auch verständlich und transparent zu machen, reicht es nicht, offengelegte Bedarfe unter die Angebote der jeweiligen Paragraphen zu strukturieren und aufzuteilen. Die Probleme der Ratsuchenden lassen sich nicht unschädlich so lange umdefinieren, bis sich die vorhandenen institutionellen Lösungen irgendwann anwenden lassen. Letztendlich ist doch der Blick für den Fall als Ganzes sowie das Beratungsverständnis hinter den Angeboten entscheidend und bestimmt damit auch das weitere methodische Vorgehen. Die „Vermischung“ der Beratungsangebote, die der IGES-Bericht (2020: 152) in seiner Analyse vermutet, gibt schon einen Hinweis darauf, dass sich zwar die gesetzliche Rahmung und womöglich auch die Interventionen in den Beratungssituationen ändern, die Beratungswirklichkeit in den Familien und vor Ort bleibt aber dieselbe. Deswegen changieren die Pflegeberater*innen zwischen vorgefundenem Bedarf, institutionellen Vorgaben, Leistungsvorgaben und traditionellen Erwartungen.

In dieser Lesart ist es eben nicht, wie im Bericht vermutet wird, in der Hauptsache eine fehlende Klarheit der Angebote, sondern vermutlich stellt sich dieser Balanceakt in der Weise dar, dass sich die Berater*innen den Spielraum nehmen, um die Situation je nach persönlichen Möglichkeiten zu bewältigen.

Qualifizierungen zur Pflegeberatung und Professionalisierung der Pflege

Ausdifferenzierung

Die Verabschiedung der Pflegeversicherung ist von besonderer Wichtigkeit für die Entwicklung der Beratung in der Pflege, da sie definierte Beratungsaufträge geschaffen hat. Beratung wurde konzeptionell direkt in die Versorgungsangebote integriert. Auch wenn sie sich durch den starken Bezug auf Leistungsberatung nicht ausschließlich an die Pflege richtet, bildeten sich hier Räume, in denen sich mit der zunehmenden Professionalisierung und Akademisierung

ein neu zu gestaltendes Handlungsfeld aufat. Beispielsweise mussten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit schnell Pflegegutachter*innen bestellt werden und fachliche Sachverständige, die fähig waren, Gutachten und Umsetzung der Pflege zu beurteilen. Zu Beginn wurden dafür noch mehrheitlich Mediziner*innen eingesetzt, die die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit für den MDK erfüllten. Das zeigte einmal mehr irritierend deutlich, wie unklar die Eigenständigkeit des Berufes zu diesem Zeitpunkt noch war, und wies zudem auf die Betonung der Krankheitsorientierung vor anderen Dimensionen der Pflegebedürftigkeit hin. Mit der Zeit wurden neben den eben genannten Qualifizierungen zu den Beratungsleistungen der PV noch Fort- und Weiterbildungen zum Pflegesachverständigen und zum Gutachter entwickelt und angeboten. Auch in diesen Zusammenhängen wird zur Pflegebedürftigkeit beraten. Diese Bildungsformate variieren je nach Weiterbildungsanbieter und sind – anders als die genannten Richtlinien – auch bundesweit nicht einheitlich geregelt.

Beratung als Aus- oder Aufstiegschance

Die Beratungseinsätze und andere beratende Funktionen werden im Verlauf immer häufiger auch als Möglichkeit erkannt, ältere Pflegefachleute mit den kurzen zusätzlichen Qualifikationen im Beruf zu halten. Immerhin beklagen laut der NEXT-Studie 2003 60 bis 90 % der Pflegenden die Schwere der körperlichen Arbeit im Pflegeberuf. Darüber hinaus wird festgestellt, dass Pflegekräfte mit zunehmendem Alter immer weniger soziale Unterstützung von den Kolleg*innen und Führungskräften erhalten (Hasselborn, Tackenberg, Müller 2003: 49). Neben den vielfältigen Belastungen in der ambulanten Pflege werden von älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonders die körperlich belastenden Arbeitsbedingungen, die Nacht-/Schichtarbeit bzw. der Wechsel von Dienstzeiten und die mangelnde Möglichkeit zum Tätigkeits-/Belastungswechsel genannt (vgl. Büscher 2010; Emme von der Ahe 2014). Eine Tätigkeit, die Berufs- und Lebenserfahrung voraussetzt und keine oder nur kleine Qualifizierungen verlangt, wie Beratungseinsätze es vorsehen, ist daher für viele ein Ausweg vor dem Abstieg und ohne aus dem Beruf aussteigen zu müssen.

Die Weiterbildung zum Case Manager, bisher mehrheitlich für die Soziale Arbeit angeboten, wird nun bedeutsam für Pflege- und Krankenkassen wie auch für Pflegefachleute, die in die Sozialberatung oder das Entlassungsmanagement der stationären Einrichtungen wechseln. Diese „bettfernen“ Funktionen sind Aufstiegschancen für Pflegefachleute und werden als Karrieremöglichkeiten angesehen, die nun in Bereiche der Institutionen führen, die sonst nur mittels Studium erreicht werden, oder sogar eine Selbstständigkeit ermöglichen. Nicht selten reichen Pflegefachleute, die im Kontext Beratung bei Pflegebedürftigkeit beschäftigt sind, eine

Ausbildung an die andere, um das sozialrechtlich komplexe Feld gut beraten zu können. Welche Beratungsleistungen nach der Interaktion zur Abrechnung kommen, ist dann jeweils abhängig von der Qualifizierung der Beratenden, vom Bedarf des Ratsuchenden oder auch welche Leistung der Pflegeversicherung bei der einzelnen Familie noch abrufbar ist (vgl. IGES 2020). Die Begleitung aus einer Hand ist bei den verschiedenen Beratungsformaten und oft unklaren Beratungsaufträgen also kaum zu leisten. Die Aufspaltung in Teilgebiete oder Module lässt sich in der Beratungspraxis mit den Familien in komplexen Problemlagen, wie oben schon problematisiert, aber auch kaum durchhalten.

Hier bleibt daher reichlich Raum, der unter persönlicher Zuwendung läuft und in keiner abrechenbaren Leistung darstellbar ist. Der Gedanke, dass sich Umbruchsituationen in Lebensverläufen in Teile stückeln lassen, widerspricht dem Kern von Beratung und verweist die Pflegefachleute wieder auf ihre alte Tradition der selbstlosen Helfer*innen und entzieht sich so der Professionalisierung.

Beratung bei Pflegebedürftigkeit in Ausbildungen im Zeitverlauf des SGB XI

Die Grundausbildungen der Pflegeberufe ermöglichen den Zugang zu den Qualifizierungen. Auch hier sind Veränderungen der Ausbildung in Bezug auf elementare Bildung zur Beratung durch eine neue Wahrnehmung zur Pflegebedürftigkeit festzustellen:

Über eine historische Lehrbuchanalyse für die grundständige Pflegeausbildung, die sich über den Zeitraum 1907–1970 erstreckt, stellt Hackmann (2019) verwundert fest, dass Beratung bis dahin in der grundständigen Pflegeausbildung kaum thematisiert wird. Die wenigen von ihr gefundenen Seiten beschäftigen sich mit Aufklärung oder Belehrung, z. B. in Ausnahmesituationen wie Isolation bei Infektionen (vgl. Hackmann 2020: 105). Beratung bei Pflegebedürftigkeit kommt überhaupt nicht vor. Tatsächlich findet auch die Pflege beim älteren Menschen erst ab den 60er Jahren Einzug in die Lehrbücher, nachdem die Bevölkerungsgruppe der Älteren, die ja vor allem von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, wahrnehmbar wächst. Als eine Strategie gegen den oben beschriebenen Pflegenotstand der 50er Jahre wird die Altenpflege als ein eigenständiger Ausbildungszweig eingeführt. Pflegebedürftigkeit wird alsdann vor allem in diesem Feld verortet. Im ersten bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz (2000), nach Einführung der Pflegeversicherung, wird Beratung bei den Aufgaben der Altenpfleger*innen mit aufgezählt.

Seit über diesen Gesetzestext „Beratung“ als fester Bestandteil im pflegerischen Handlungsfeld normiert wurde, folgen tatsächlich auch Veränderungen in den Ausbildungscurricula. In der

Ausbildung und den Prüfungsordnungen zum Krankenpflegegesetz 1985 wurden in der dreijährigen Ausbildung zwar schon Lehrinhalte wie Kommunikation, Gesprächsführung und Umgang mit Angehörigen genannt. Jedoch wurden, nachdem man nun genauer in dieses Handlungsfeld sah, die mangelnden Aktivitäten der praktisch Pflegenden in dieser Richtung häufig angemahnt (vgl. Müller-Mund et al. 2000; Sunder, Segmüller 2017). Ende der 90er Jahre spricht Korthaase(1997) ganz generell von einem Missverhältnis zwischen Berufsbildung, Beruf und beruflicher Karriere in den pflegerischen Berufen:

„Die Berufsausbildung bereitet nicht adäquat auf die spätere Berufstätigkeit vor. Zum Teil ist die berufliche Tätigkeit unterhalb der teilweise sehr umfassenden Ausbildung, zum Teil ist die Ausbildung nicht ausreichend. So sind die Ausbildungsgänge häufig veraltet und bilden meist nur in sehr engen Berufsbildern die keinen weiteren Karriereaufbau zulassen“ (Korthaas,1997: 15)

Das lässt sich auch auf die Beratung und Bildung im Kontext Pflegebedürftigkeit beziehen. So ist beispielsweise die Krankheitslehre und damit medizinisches Wissen über die Ausbildung sehr ausgeprägt, während Lehrinhalte im theoretischen Teil der Ausbildung kaum vorkommen, die dazu befähigen, Familien in biografischen Wendepunkten (wie es das Eintreten von Pflegebedürftigkeit ja darstellt) mit helfenden Gesprächen zu begleiten. Zudem ist die Ausbildungspraxis dadurch gekennzeichnet, dass schon in der Lehrzeit Lücken der fehlenden Fachpersonen ersetzt werden müssen. Die schnelle medizinische Entwicklung bringt einen immer dichteren Arbeitsalltag für die Pflege, in der die Praxisanleitung vielfach unsystematisch bleibt (vgl. BMBF 2014: 175). Pflegebezogene Anleitung und Beratung wird dort deswegen nicht als Kernthema praktisch präsentiert. Die berufliche Sozialisation prägt aber in dieser Zeit am stärksten (vgl. Knelange, Schieron 2000; Müller-Mund et al. 2000).

Im reformierten Krankenpflegegesetz von 2003 schließlich wird die Befähigung zur Beratung doch explizit genannt. Im § 3 wird unter anderem als Ausbildungsziel wie folgt beschrieben:

„[...] nach dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

[...]

c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,

[...]“

Die Rahmenlehrpläne (2019) für den theoretischen und praktischen Unterricht in der generalisierten Pflegeausbildung sehen Beratung nun eindeutig als Kernhandlungsfeld vor. Der Lehrplan sieht den Aufbau von Kompetenzen vor. Dabei stehen im dritten Ausbildungsdrittel komplexe Beratungssituationen mit zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen im Mittelpunkt. Supervision und kollegiale Beratung werden dort als selbstverständliche Elemente der Ausbildung festgeschrieben (vgl. Ammende et al. 2019: 55).

Zusammenfassung

Es gab ab den 90er Jahren verstärkt unterschiedliche Impulse, die Beratung als eigenständiges pflegerisches Handlungsfeld in den Blick zu rücken und auszubilden. Der demografische Wandel und damit die Anpassung der Berufsgruppen auf neue Bedarfe gehörte dazu, wie auch die Akademisierung, in der nun begonnen wurde, pflegerische Interaktionen systematisch zu beobachten und zu beschreiben. Edukation und Beratung in der Pflege wurden eigene Forschungsthemen, wenn auch im Verhältnis zu den Feldern Management, Pädagogik und Versorgungsforschung doch eher randständig. Den stärksten Impuls für die Integration der Beratung in die Aus-, Fort und Weiterbildung gab die Entwicklung der Pflegeversicherung.

Pflegeberatung ist heute auch im Qualifizierungs- und Ausbildungsbereich nicht leicht zu überblicken oder inhaltlich zuzuordnen. Zwar wird diese professionelle Intervention heute deutlich als Kern der pflegerischen Tätigkeit fachwissenschaftlich belegt und wird in der Ausbildung vermittelt. Auch wurden Funktionen in ambulanten und stationären Einrichtungen konzipiert und gelten als unverzichtbar (Entlassmanagement, familiäre Pflege, Pflege und Sozialberatung). Im Regelbetrieb der Pflegeplanung und im Pflegeprozess dauerhaft verankert ist Pflegeberatung jedoch nicht bzw. mit bescheidenen Qualifikationen auf Teilbereiche begrenzt.

Bezieht sich Pflegeberatung speziell auf die abrechenbare Leistung der Pflegeversicherung, werden mittlerweile meistens zusätzliche Qualifizierungen vorausgesetzt. Diese dienen der Qualitätssicherung und sind Voraussetzung, um mit den Pflegekassen Rahmenverträge schließen zu können, die so erst eine Abrechnung ermöglichen.

Lerntheoretisch fundiertes pädagogisches Wissen, um Anleitungssituationen zu gestalten, bleibt in Weiterbildungen marginal und wird von den Kassen nur selten und wenig gefordert. Der Zugang zu Qualifizierungen ist über verschiedene pflegerische Grundqualifikationen möglich und (meist) Berufserfahrung Voraussetzung. Für viele Beratungsleistungen, die vor allem

die pflegebezogene Versorgung betreffen, reicht die Pflegeausbildung aus. Beratung war jedoch lange weder in der Theorie noch in der Praxis der Pflegeberufe Kernelement der Ausbildungsinhalte.

Da die Beratung bei Pflegebedürftigkeit das ganze Spektrum pflegerischer Expertise, sozialrechtliche Kenntnisse, sozialtheoretische Kontextualisierung, die Fähigkeit der Netzwerkarbeit und Kenntnisse über familiale Dynamiken umfasst, ist die Unterteilung in kleine Abrechnungseinheiten, die in bescheidenen Weiterbildungen erlernbar sind, unangemessen und von einer umfänglichen Professionalisierung des Handlungsfeldes Beratung in der Pflege kann daher nicht gesprochen werden.

In der Beratungspraxis wird in zwei Richtungen gehandelt. Während Beratende auf der einen Seite versuchen, mit den jeweils erworbenen Kompetenzen Bedarfe zu erkennen und Hilfe zu leisten, bearbeiten sie auf der anderen Seite „den Fall“ nach anrechenbaren Modulen, um ihre Leistungen abzurechnen. Hier öffnen sich oft wieder die alten Räume, in denen professionell Tätige in altruistischen Handlungen und privatpersönlichen Beratungshaltungen den Nutzer*innen gegenüberstehen.

Mit Normierung der Pflegeversicherung wurde Beratung bei Pflegebedürftigkeit gesetzlich erstmals Auftrag der beruflichen Pflege und so differenzierten sich neben und aus dem anfänglichen Qualitätssicherungsbesuch weitere Funktionen aus, zu denen die genannten Qualifizierungen eine breit verzweigte Beratungsinfrastruktur vorfanden bzw. sie erst anschoßen.

3.4 Beratungsinfrastruktur bei Pflegebedürftigkeit

Über Jahrzehnte stabil bleibende Zahlen zeigen, dass vor allem Familien und andere Bezugspersonen für Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Umfeld sorgen. Laut Bundesstatistik 2018 waren in Deutschland 3,41 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig. 76 % davon wurden zu Hause versorgt, 1,76 Millionen wiederum allein durch Familienangehörige (vgl. Destatis 2018). In der Hauptsache erbringt diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe weiterhin der weibliche Teil der Bevölkerung.

Dass die Anforderungen, vor welche die Pflegepersonen damit gestellt werden, vielfältig sind, viele Dimensionen des gesellschaftlichen Lebens betreffen und zudem tatsächlich gelernt und auch kompetent beraten werden müssen, wurde als grundsätzlicher Tatbestand erst im Laufe der Umsetzung der PV wahrgenommen. Diese verzögerte Klärung beinhaltete auch, dass es in

der Unterstützungsleistung Beratung nicht nur um die Leistungsansprüche geht oder um einfache pflegerische Handlungsanleitungen. Sie betrifft Wendepunkte in Lebensläufen, komplexe Prozesse, Entscheidungen über Ausmaß und Ausgestaltung von Pflegesituationen, die viele Beteiligte in der Pflege eines einzelnen Menschen anbelangen und damit auch Geschlechterrollen radikal in Frage stellen. Es betrifft auf der Ebene der Personen und der Familien nicht nur Pflegewissen und -handlungen oder Krankheitswissen, sondern auch Arbeits- und Wohnverhältnisse, die Fähigkeit, die neue Situation in der Familie zu verhandeln und zu integrieren und Veränderungen gemeinsam zu vollziehen.

Gespeist werden diese über Jahre gesammelten Erkenntnisse auch über Impulse aus verschiedenen Beratungsangeboten, deren Präsenz in der Bundesrepublik stetig wächst. Mittlerweile wird sogar von einer eigenen *Beratungslandschaft* gesprochen, der wiederum ein undurchsichtiger *Pflegedschungel* (z. B. Suhr 2017; Dohmeyer 2020) an Leistungen gegenübersteht.

Eine Vielzahl an fest etablierten Beratungsangeboten

Das ZQP konnte 2015 über eine systematische und umfangreiche Recherche 4500 Beratungsangebote identifizieren (vgl. ZQP 2016: 3). Die Anbieter sind neben kommunalen Beratungsstellen und Pflegestützpunkten auch Pflegedienste, sonstige Freie Träger oder Wohlfahrtseinrichtungen. Zudem halten alle Pflegekassen entweder intern feste Pflegeberater*innen vor oder schließen Verträge mit selbstständigen Pflegeberater*innen, die sich wiederum über eigene Büros auf diese Tätigkeit und Gutachten spezialisieren oder die Beratung nebenberuflich ausüben. Verbraucherschutz, Vereine oder Selbsthilfegruppen bieten Beratung bei Pflegebedürftigkeit an. Pflegegutachter*innen beraten selbstständig; zusätzlich werden sie von den Familien oder vom Sozialgericht beauftragt, und der Medizinische Dienst hält in einigen Bundesländern (Bayern) selbst Beratungsstellen für Fragen rund um Pflegebedürftigkeit vor. Außerdem finden sich etliche Informations- und Beratungsportale im Internet oder werden zeitweise Sendeformate in Rundfunk und Fernsehen angeboten, die Pflegebedürftigkeit informativ oder als Austausch zwischen Expert*innen und Betroffenen in den Mittelpunkt stellen. Telefonische Informationshotlines werden kurzfristig nach Sendungen oder auch dauerhaft in den Kommunen oder landesweit freigeschaltet. Auch Pflegekurse sind in vielfältigen Institutionen und Formaten zu finden. Insbesondere durch die Corona-Pandemie werden Online-Angebote vermehrt ausgebaut.

Häufig werden Angebote als Modellprojekt gestartet, jedoch nach der Modellphase, unabhängig vom Ergebnis, selten in die Regelversorgung überführt. Denn oft sind sie nur als Anschlag für die Entwicklung neuer (Markt-)Strukturen in der Region gedacht.

Die Situation ist mit den Jahren genauso vielfältig wie unübersichtlich geworden und es bedarf wieder eigener Modellprojekte, um sowohl für Professionelle als auch für Nutzer*innen einen Überblick über das regionale oder auch überregionale Beratungsangebot zu erhalten.

Um ein differenziertes Bild der sogenannten Beratungslandschaft und deren Entwicklung zu bekommen, sollen hier nur einige Modellprojekte, neue Funktionen und Institutionen knapp vorgestellt werden:

Modellprojekte

– Projekt KoNAP

2017 wurden NRW gemeinsam mit den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung das Projekt KoNAP (KompetenzNetz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung NRW) ins Leben gerufen. Träger dieser Landeskoordinierungsstelle ist die Verbraucherzentrale NRW in Kooperation mit der Paritätischen – Gesellschaft für Soziale Projekte (GSP) und der LAG Selbsthilfe NRW. Beteiligt waren 36 Kontaktbüros der Pflegeselbsthilfe (KoPS), verteilt auf sechs Träger, die mit einer dualen Förderung vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und den Pflegekassen finanziert wurden. 21 KoPS befanden sich in Trägerschaft des Paritätischen NRW, zehn in Trägerschaft der Alzheimer Gesellschaft. Weitere Träger waren Kommunen, das Deutsche Rote Kreuz (DRK), die Alexianer und der Verein Leben-Wohnen-Begegnen e. V. in Spenge (vgl. Heuel 2019).

Mit der Implementierung des Projektes sollte es Ratsuchenden sowohl über eine Internetplattform als auch über eine landesweite Hotline ermöglicht werden, einen schnellen Überblick über sämtliche Angebote in NRW rund um das Thema „Alter und Pflege“ zu erhalten, und Pflegeberatungsstellen sollten durch Fortbildungsangebote unterstützt werden. Die Einrichtung einer Beratungshotline zum Thema ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte wurde ebenfalls als wichtig betrachtet. Gleichzeitig konnten dort Kontaktbüros errichtet werden, die wiederum selbst die Pflegeselbsthilfestrukturen in NRW anstoßen sollten. Das Projekt KoNAP ist Ende 2018 beendet worden. Die Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe haben eine Bewilligung der Förderung für drei Jahre (bis 2020) erhalten. Weitergeführt werden das Onlineportal (www.pflegewegweiser-nrw.de) und im reduzierten Umfang das landesweite Telefon sowie die Beratung zu ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften.

Brückenfunktionen, die zu Beratungsangeboten führen, aber wiederum selbst niederschwellig informieren oder beraten, werden innovativ entwickelt und eingeführt. Die Qualität und Reichweite der Angebote unterscheidet sich stark.

– Familiengesundheitspflege

Von 2004 bis 2008 wurde vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ein Modellprojekt erprobt, das sich an einen von der WHO entwickelten familien- und gesundheitsorientierten Ansatz zur Stärkung der Gesundheit in der Bevölkerung anlehnt. Das Konzept nennt sich so schlicht wie umfänglich Familiengesundheitspflege. Es hat keine spezielle Ausrichtung auf Pflegebedürftigkeit, sondern richtet sich auf die gesamte Lebensspanne der Mitglieder einer Familie und umfasst Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Prävention, der Rehabilitation, der pflegerischen Versorgung bei Krankheit sowie der Begleitung und Betreuung in der finalen Lebensphase. Eine wichtige Intervention ist die Beratung in den Familien.

2009 gründete der DBfK mit Förderung der Robert Bosch Stiftung das Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege in Berlin. Es fungierte als Koordinations- und Beratungsstelle für die Gesundheitsversorgung von Familien und wurde drei Jahre gefördert. Die in einer zweijährigen Weiterbildung qualifizierte Familiengesundheitspflegerin/-hebamme berät dort zu allen Gesundheitsfragen, unterstützt bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung und vermittelt zwischen Hausarzt und anderen Gesundheits- und Sozialberufen. Die Familiengesundheitspflege setzt über präventives Aufsuchen, Begleiten, Beraten, Unterstützen direkt in den Familien an und soll vor allem vulnerablen Personen, Gruppen und Familien den Zugang zu Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens ermöglichen. Über das Konzept sollten bestehende Versorgungslücken geschlossen und negative Auswirkungen auf die Gesundheit durch soziale oder wirtschaftliche Benachteiligung in einer Familie bekämpft werden. Die Beratung verfolgt damit den Ansatz des Case- und Care Managements. Trotz guter Ergebnisse fanden sich keine ökonomischen Mittel über die Modellphase hinaus und konnten sich nicht breit in der Versorgungspraxis etablieren. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse werden in laufende interdisziplinäre Studiengänge, die sich vor allem mit kommunalen Versorgungssettings beschäftigen, eingespeist (vgl. HSG Bochum). Ab 2020 wird zudem ein interdisziplinärer Studiengang in der Universität Witten/Herdecke eingerichtet, über die u. a. kommunale Health-Center mit Beratungsfunktionen als Beitrag zur kommunalen Gesundheitsversorgung angeschoben werden sollen (vgl. Schnepf 2019: min 30 ff.).

Neue beratende“ Funktionen bei Pflegebedürftigkeit

– Pflegelotsen

Schleswig-Holstein führt 2019 als Projekt den Pflegelotsen ein. Initiiert wurde diese neue Funktion vom Unternehmensverband Nord gemeinsam mit der AOK NordWest, dem Verband der Ersatzkassen e. V. (VdEK) und dem Landessozialministerium. Die über 6 Stunden zur *Beratungslandschaft* geschulten Mitarbeiter*innen lotsen die betroffenen Kolleg*innen durch den *Pflegedschungel* und helfen ihnen, die passenden Ansprechpartner*innen zu finden. Der Berufsverband DBfK kritisiert das neu geschaffene Angebot „betrieblicher Pflegelotse“ in Schleswig-Holstein besonders in Bezug auf die Qualifizierung: „Was zunächst wie eine gute Lösung klingt, folgt der immer wieder gleichen Haltung: in der Pflege spielt Kompetenz eine nachgeordnete Rolle – Hauptsache, die Kosten bleiben niedrig.“ Der DBfK verweist auf das international von der WHO bewertete Profil der Occupational Health Nurses, die als größte Gruppe der Gesundheitsfachberufe, die an den Arbeitsstätten eingebunden sind, vorgestellt werden, das jedoch in Deutschland weder bekannt ist noch große Akzeptanz findet (Stellungnahme DBfK 2019).

– Pflegetrainer*in

Ein „Brückenprojekt“ völlig anderer Reichweite und Qualität ist das **Modellprojekt familiäre Pflege**, das über zwölf Jahre unter wissenschaftlicher Begleitung in drei Bundesländern⁷⁵ durchgeführt wurde und dort 2019 schließlich in die Regelversorgung überführt wurde. (ausführlicher in Kapitel 6)

– Pflege Ko-Piloten

Dieses 2019 neu konzipierte Projekt ist als ein zugehendes Angebot gedacht, das bei einer neu aufgetretenen Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege die Anfangsphase eng begleitet. Der Pflegebevollmächtigte Westerfellhaus führt im Konzept die Formulierung „frühzeitige vertrauensvolle Beratungsbeziehung“ ein (Westerfellhaus 2019), die er u. a. mit dem Paradigmenwechsel im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff begründet und mit der er die Veränderung deutlich machen will. Der Einsatz der Pflege Ko-Piloten soll ein eigener Leistungsanspruch für Menschen sein, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, und den § 37 Abs. 3 SGB XI über diese Begleitung ersetzen. Die speziell dafür qualifizierte Fachperson soll unabhängig vom

⁷⁵ Plus Berlin Brandenburg. Dort werden die theoretischen Grundlagen übernommen und in eine eigene Umsetzung „Pfiff“ übertragen.

MDK oder den Pflegekassen handeln und beraten. Diese Funktion ist noch nicht eingeführt oder erprobt. Eine wissenschaftliche Begleitung ist geplant. Zum Zeitpunkt der vorliegenden Dissertation liegen keine weiteren Informationen über Qualifizierungsvoraussetzungen vor. Die Funktion beschreibt zwar inhaltlich eine Beistandsbeziehung, hat aber das erklärte Ziel, die steigenden Ausgaben der PV durch diese Form der Prävention zu drosseln. Widerstand kommt aktuell von den freiberuflichen Pflegeberater*innen, die vor Doppelstrukturen warnen und lieber die Einsätze nach § 37 Abs. 3 und § 7a SGB XI gestärkt sähen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberatung e.V. online Stellungnahme März 2020) .

– Advanced Care Planning (ACP) bzw. Behandlung im Voraus planen (BVP)

Dabei handelt es sich nur bedingt um eine Beratungsfunktion, die sich speziell auf Pflegebedürftigkeit bezieht. Grundlage ist der § 132 im SGB V, der die gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase regelt und sich dabei im Wesentlichen an alte Menschen und Menschen mit Behinderung wendet. Wegen der starken Überschneidung sowohl der Beratungsnutzer*innen als auch der Beratenden findet diese Beratungsform hier dennoch Erwähnung. Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung ist eine staatliche Anerkennung als Heilpädagog*in, Erzieher*in oder Pflegefachkraft sowie eine 48-UE-Zusatzqualifikation. Das Advanced Care Planning (ACP) selbst ist ein Prozess, der die Werte, Überzeugungen und Präferenzen einer Person in Bezug auf die zukünftige Gesundheitsversorgung (persönliche Pflege und Fürsorge/medizinische Therapien) in gemeinsamen Gesprächen in den Blick nimmt. Ziel ist es, so zu einer versorgungsrelevanten und medizinischen Entscheidungsfindung zu gelangen und diese – soweit möglich – bereits im Voraus zu planen. Für den Fall, dass diese Person in der Zukunft nicht mehr entscheidungsfähig ist, kann der verfügte Therapie- und Versorgungsplan anhand des festgehaltenen Prozesses leichter gesteuert werden. An dem Prozess sollen Betroffene, Angehörige und relevante Akteure des Gesundheitswesens beteiligt sein. Gesteuert wird es durch eine regionale Koordinationsinstanz. Menschen sollen durch einen organisierten Kommunikationsprozess dabei unterstützt werden, künftige Behandlungsentscheidungen zu antizipieren sowie für den Fall zu planen, dass sie einmal nicht mehr in der Lage sind, selbst entscheiden zu können (vgl. Lebeda, Sunder, Schieron 2020). Die Umsetzung des ursprünglich in den Vereinigten Staaten entwickelten Projekts unterscheidet sich hierzulande allerdings von anderen Ländern, vor allem durch die gesetzliche Rahmung bzw. die jeweils national und kommunal vorliegende unterschiedliche Struktur des Gesundheitswesens. Es handelt sich um ein gestuftes Vorgehen je nach Lebenssituation und soll die Standard-Patientenverfügung ergänzen, gewissermaßen eine Patientenverfügung 2.0 darstellen.

Das Verfahren wird in Deutschland vielfach kritisch gesehen (vgl. Abt-Zegelin 2019:) nennt es „menschenfeindlich“, da es ihrer Ansicht nach Pflegende für eine spezielle Form der Sterbegepräche nur knapp ausbilden will. So sollen Altenheimbewohner*innen möglichst bald nach Einzug ein Gespräch zu einer Patientenverfügung angeboten werden (Gleiches gilt auch für behinderte Menschen in Heimen) – dazu liegen Prozessschritte, Dokumentationsformulare u. Ä. vor. Um als Gesprächsbegleiter*in in diesen Prozessen zu fungieren, ist eine kurze Fortbildung nachzuweisen. Kritisch merkt Abt-Zegelin an, dass sich diese sogenannte „gesundheitliche Versorgungsplanung“ dabei nur an institutionalisierte Menschen in Umbruchsituationen richtet. Auch dieses Beratungsformat ist eine Art Case Management, die organisatorisch durch eine bestimmte Lebensphase führen soll. Positiv bewerten Palliativexpert*innen verschiedener Gesundheitsberufe den bezahlten Gesprächsraum der Möglichkeiten bietet das Tabu Sterben ein Stück aufzubrechen und diesen Lebensabschnitt auf diese Weise mit zu gestalten. Dafür eine gesonderte Funktion einzurichten, die von den sonstigen professionell erbrachten pflegenden und sorgenden Tätigkeiten abgespalten und damit aus dem Blick genommen werden, verwundert. Auch hier wird Beratung als Systemfunktion eingesetzt, damit der Prozess glatt ineinanderlaufen kann.

Institutionen:

– Unabhängige Patientenberatung Deutschland - UPD

Die UPD gGmbH wurde 2007 vom Verbraucherzentrale-Bundesverband (vzbv), dem Sozialverband VdK Deutschland (VdK) und dem Verbund unabhängige Patientenberatung (VuP) gegründet. Der Spitzenverband der GKV leistete eine Anschubfinanzierung für das Modellprojekt, das nach vier Jahren in die Regelversorgung überführt wurde und so auf Dauer angelegt und finanziell gesichert ist. Das dort umgesetzte Beratungsformat erfüllt die Anforderungen an eine unabhängige Verbraucherberatung und leistet gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Die Beratungsleistungen sind für Ratsuchende kostenfrei. Neben dem Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken, sollen systematisch Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Dafür bietet die UPD ein regelmäßiges öffentliches Monitoring an. Eine Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung muss ihre Neutralität und Unabhängigkeit nachweisen, um finanziell gefördert werden zu können. Seit 2016 steht die UPD allerdings in der Kritik, da die

Übernahme der gesamten Beratungsleistung für Kassen- und Privatpatienten an eine Tochterfirma des Gesundheitsdienstleisters⁷⁶ Sanvartis ging, der selbst Geschäftspartner der Krankenkassen ist. Da ein großer Teil der Finanzierung der UPD durch Fördermittel der Kassenverbände geleistet wird, aber eine große Zahl der Beratungsleistungen sich gegen die Bescheide der Kranken- und Pflegekassen richten, wurden Proteste laut. Marie-Luise Dierks und Ralf Rosenbrock, zwei Mitglieder aus dem wissenschaftlichen Beirat der Patientenberatung, traten ebenfalls aus Protest 2015 zurück.

Die Patientenberatung ist keine Pflegeberatungsstelle, erhält aber regelmäßig Anfragen zur Rechtmäßigkeit und zu Bescheiden sowie zu Beratungen der Pflegekassen (vgl. jährlich veröffentlichter Patientenmonitor der UPD).

– Pflegestützpunkte

Diese Funktion wurde bereits in Kapitel 3 ausgeführt. Der § 7cSGB XI umfasst die Regelung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Aktuell existieren 430 Pflegestützpunkte in Deutschland. Die Angebotsstrukturen sind regional unterschiedlich. (vgl. IGES 2020: 3ff)

– Patienteninformationszentrum (PIZ)

Das Konzept Patienteninformationszentrum wurde 1995 nach dem Vorbild des amerikanischen Modells der „Patient-Learning-Center“ entwickelt, das in den USA zu der Zeit auch nur an wenige Krankenhäuser angeschlossen war. Heute zählt es dort zu den allgemeinen Qualitätskriterien in den Kliniken. In Deutschland starteten das Märkische Klinikum in Lüdenscheid und der ambulante Pflegedienst Sprenger in Lippstadt ein ähnliches Konzept, initiiert durch den ersten universitären pflegewissenschaftlichen Studiengang in Witten/Herdecke. Sie wurden als Modellprojekte von der Robert Bosch Stiftung unterstützt und durch die Uni Witten begleitet und evaluiert. 1999 wurde im Lüdenscheider Krankenhaus das erste „Patienteninformationszentrum“ (PIZ) in Deutschland eröffnet, gleichzeitig etablierte sich ein Netzwerk in Vereinsform, das edukative Aktivitäten mit Patient*innen und ihren Familien in Deutschland bündeln sollte. Heute existieren in Deutschland, ohne Anbindung an eine Hochschule, mindestens 30 Standorte, an denen Fachpflegende nach den Prinzipien der Patientenedukation Angebote machen (vgl. Website Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. | Juli 2020).

⁷⁶ Sanvartis in Duisburg, ein Unternehmen, das auch für Krankenkassen tätig ist.

In den PIZen stehen u. a. Tools zur Selbstbildung der Patient*innen, die sich zu ihren Krankheiten oder zur Pflege informieren wollen, kostenfrei zur Verfügung. Die deutschen PIZen stehen in der Regel unter pflegerischer Leitung und sind in unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung angesiedelt. Im Krankenhaus werden sie gerne in Verbindung mit dem Entlassmanagement gebracht, da dies über die Möglichkeiten verfügt, eine Verbindung zum SGB-XI-Bereich zu schaffen. Dort bieten sie dann Pflegekurse nach § 45 an oder organisieren häusliche Einzelschulungen. Expert*innen für spezielle gesundheitliche Bereiche entwickeln zudem patientengerechte Angebote, Broschüren, Schulungsprogramme, Patientenfilme und Evaluationskonzepte. Die Erfahrungen und Evaluation zu den PIZen stellen die Arbeit als erfolgreich dar. Aber der Durchdringungsgrad in der Versorgungslandschaft ist weiterhin gering und die Finanzierung nur selten sicher (vgl. Website Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. | Juli 2020).

Zusammenfassung

Während der dynamischen Entwicklung des Pflegemarktes nach Einführung des SGB XI entfaltet sich Beratung bei Pflegebedürftigkeit zu einem professionellen Handlungsfeld der Pflegeberufe und wird in vielen Bereichen zur abrechenbaren Dienstleistung. Beratung erfüllt dabei oft eine Brückenfunktion, indem sie lückenhafte Versorgungsplanungen ausgleicht. Es differenzierten sich etliche spezialisierte Leistungsangebote und Funktionen im Beratungskontext aus. Die Bildungserfordernisse zur Ausübung dieser Tätigkeiten sind verschieden. Einige sind so spezialisiert, dass sie direkt in diese Lücken implementiert und somit verengt zum Füllstoff qualifiziert werden. Damit bleibt das vorhandene, lückenhafte System bestehen. Häufig übernimmt Beratung zudem eine steuernde Funktion, notwendigerweise auch durch die Beratungslandschaft selbst.

Dabei ist es sowohl für Beratungsnutzer*innen als auch für die professionellen Akteure schwer, das bereitgestellte Beratungsangebot inhaltlich einzuordnen. Einmal weil die Qualifikationen, Anforderungs- oder Stellenprofile sehr heterogen sind, und zum Zweiten setzen sie vielfach nur punktuell ein und sind dann oftmals auch nur als zeitbegrenztes Projekt vorhanden, häufig genau so lange, wie Mittel aus der Anschubfinanzierung vorhanden sind. Damit ist die Integration in die Lebenswelten, eine Profilschärfung, inhaltliches Kennenlernen und Unterscheiden sowie verlässliches Verankern im Versorgungssystem nicht möglich.

Die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen treffen vielfach mit ihren komplexen Problemlagen auf die teilweise inhaltlichen oder zeitlich begrenzten Angebote. Isolierte,

zweckbestimmte und punktuelle Beratungsfunktionen (wie z. B. der Pflegelotse mit seinem abgesteckten Handlungsrahmen) stehen dann zwar mit einem gut sortierten Angebot für ihren Bereich da, in dem sie eine gewisse Übersicht und damit Steuerung anbieten können. Letztendlich liegen aber im „Herauskämmen“ der einzelnen Anliegen aus einem komplexen Knäuel an Fragen und Bedarfen, ohne jedes Fallverstehen, Gefahren für den Einsatz und die Wirkung von Beratung. Auf diese Weise drohen nämlich die individuellen Probleme und Lebenslagen der Ratsuchenden nur in die Pfade der vorhandenen, dem Lotsen bekannten, verengten Beratungsangebote gesteuert zu werden und nicht umgekehrt. Im Sinne des Ratsuchenden und mit einem völlig anderen Beratungsverständnis wäre es angemessener, wenn erst das Verstehen individueller Problemlagen der Ratsuchenden die passende Intervention in der Beratung auslöst. Im Idealfall verfügt die Pflegeberaterin selbst über die Kompetenz, diese dann auch einzusetzen.

Die Modellprojekte mit wissenschaftlicher Begleitung geben – zumindest während ihrer Laufzeit – noch Auskunft über den Inhalt ihrer Beratung und einzelne veröffentlichen eine systematische Auswertung der Beratungsergebnisse (vgl. Schiller C. 2018, UPD 2018). Allgemein kann man aber sagen, dass über die tatsächliche Beratungspraxis in der Regel wenig bekannt ist (vgl. Klie et al. 2012; Kirchen-Peters 2014, ZQP 2016). Im Grunde ist damit auch die Qualität dem Zufall überlassen und die Entwicklung wird ohne Qualitätsargumente dem Markt überlassen, der einer eigenen Logik folgt und mit lukrativen Aspekten überzeugt.

Standards und Prinzipien

Mittlerweile existieren Standards und ein Qualitätsrahmen zur Orientierung (Kap. 3.5.2.3.). Standards für Beratungsprozesse sind vor allem Instrumente der klassischen Expertenberatung. Beratungsformate jedoch, die grundsätzlich als Prozess und oft als Beistandsbeziehung angelegt sind, wie es die sozialpädagogische Beratung ist, werden im Gegensatz dazu an allgemeinen Beratungsprinzipien und deren Vorliegen bewertet, weil der Beratungsprozess sich nicht von Expertenseite im Einzelnen festlegen lässt (vgl. Bahrenberg 2002; Giesecke et al. 2007). Als allgemeine Prinzipien wird häufig Freiwilligkeit genannt und Entscheidungsfreiheit, Verbleib der Verantwortung des Ergebnisses beim Ratsuchenden, Gleichheit von Ratsuchenden und Berater*innen (vgl. Engel, Sickendiek 2006; Giesecke 2007; Mader 1999; Dewe, Scherr 1990). Zu den Prinzipien zählt aber auch das Herstellen einer wertschätzenden Beziehung (vgl. Rogers 1972). Diese Grundlagen werden dann auf die jeweilige Beratungspraxis übertragen, reflektiert und auf diese Weise die Praxis weiterentwickelt.

In der fachwissenschaftlichen Debatte wird die Pflegeberatungspraxis über solche theoretisch fundierten Orientierungsrahmen wenig diskutiert und weiterentwickelt, oder selbst wenn, durchdringen sie die Praxis nicht.

Die langsame oder teilweise auch sehr leise fortschreitende fachspezifische Entwicklung der Beratung in der Pflege ist auch ein Effekt der zögerlichen Professionalisierung und Akademisierung. Denn zielführende Beratung benötigt nicht nur einen politischen Auftrag (z. B. im SGB XI) und Rahmenbedingungen (Finanzierung, Beratungsräume, Qualifikationen), sondern sie braucht auch eine theoretische Grundlage, auf der Beratung bei Pflegebedürftigkeit fachlich weiterentwickelt und auf welche die Beratungspraxis reflektiert werden kann. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen haben dabei noch andere Wissenszugänge, um die komplexen Bedarfslagen und gesellschaftliche Zusammenhänge bei pflegebedürftigen Menschen zu verstehen.

Diese geringe ‚akademische Widerständigkeit‘ hat dazu beigetragen, dass sich zunächst Beratungsangebote nach den Regeln der Ökonomie, fachlich wenig gebremst, auf die Beratungsnachfrage gesetzt haben.

Das gilt auch für den Markt der Weiterbildungen. Denn es werden selbstverständlich vorrangig Fort- und Weiterbildungen gebucht, die vor allem Beratungsmethoden oder Gesprächsführung lehren und anerkannte Qualifikationen anbieten. Zeitaufwendige Weiterbildungen stören den Betriebsablauf der pflegepersonell sehr eng besetzten Versorgungseinrichtungen. Wenn Pflegeberater*innen so ausgestattet Beratungssettings gestalten, werden es schnell reine Dienstleistungsgespräche, oder wenn es darüber hinausgeht, läuft es über privatpersönliche Zuwendung.

Dazu kommt eine gewisse Abwehr aus der Pflegepraxis, die ihre Tätigkeit nicht in andere Beratungssituationen übertragen und damit vergleichen will. Als Begründung wird die Besonderheit der Beratungssettings in der Pflege genannt, die häufig als gekennzeichnet durch ihre „ad-hoc“-Situation (vgl. Abt-Zegelin 2016; Büscher 2018; Büker 2019) beschrieben werden. Ein Rückgriff auf pädagogische Beratungskonzepte zur Gestaltung der Beratungssituationen wird zwar genutzt, gilt in der pflegewissenschaftlichen Szene jedoch oftmals als im Alltag nicht praktikabel (vgl. Abt-Zegelin, 2016: 4 ff.). Zudem werden sie nur kurz vermittelt und inhaltlich so nur zu einem Teil durchdrungen (vgl. Fritz Schütze 2002). Beratungsanlässe stellen sich im Pflegealltag ja tatsächlich häufig handlungsbegleitend dar, und so gehen dabei nicht selten verschiedene Pflegeinterventionen und -praktiken ineinander über, die jeweils unterschiedliche Beratungsebenen beinhalten können. Pflegenden verstehen sich selbst als die Berufsgruppe, die

das „Handwerk“ der Pflege vermittelt und berät. Nicht reflektiert werden die Bestimmungsstücke der Pflegekunst, die mehr als reine Techniken verwendet und über ein eigenes Fallverstehen verfügt. Pflegeinterventionen sind immer auch Interaktionen, die die Identität aller Beteiligten berühren. Deswegen ist ein fachspezifischer Beziehungsaufbau in Pflegeinterventionen wichtig, ein Verstehen und Erkennen auf verschiedenen Ebenen. Dann erst können reflektierte und geübte Schritte der Intervention erfolgen, um Pflegeberatung angemessen und differenziert zu gestalten.

Der hohe und immer weiter wachsende Bedarf an Pflegepersonen, die als Dienstleistung Verrichtungen durchführen, hat durch den lange gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit somatischem Schwerpunkt sicher auch zu einer Fehlentwicklung in der Ausarbeitung der Beratung bei Pflegebedürftigkeit geführt. Schilderungen wie: „*Der Pflegedienst kommt in die Haushalte, steigt über die Müllberge, gibt die Insulinspritze und geht wieder*“, wie es eine Pflegetrainerin beispielhaft im Modellprojekt familiäre Pflege über die ambulante Versorgung berichtet hat, ist sicher ein drastisches Bild. Es trifft bei Weitem nicht in allen ambulanten Versorgungssituationen zu. Dennoch dient es dazu, die Zerteilung der Pflege in Fragmente zu beschreiben, die sich eben auch während der Bildung einer Beratungsinfrastruktur zu Pflegebedürftigkeit finden lässt.

Die Pflegeberatung ist jedoch, wie beschrieben, nicht nur der Berufsgruppe Pflege „im laufenden Betrieb“ vorbehalten, sondern wird von unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt. Abgekoppelt von der körperlichen Versorgung, ist sie dann in der Regel mit Sprechzeiten versehen, also in weniger offenen Settings als „ad hoc“. In den Grundausbildungen dieser Berufsgruppen erweisen sich meist für Beratungskonzeptionen als Basis insbesondere klientenzentrierte Theorien und Theorien der Verhaltenstherapie (vgl. Schröder 2007: 53) oder auch Ansätze, die sich auf die systemische Theorie stützen (vgl. Zwicker-Pelzer in Schubert 2019). So sind die meisten klassischen Theorien, auf die sich solche Beratung im Gesundheitswesen bezieht, in gewisser Weise einseitig, weil sie im Kontext psychischer Erkrankung entstanden sind.

Für die vorliegende Arbeit ist es von Interesse, welche Orientierungsrahmen ganz konkret in der Beratung von Pflegebedürftigkeit wirksam werden und auf welche theoretischen Grundlagen sich die hier fokussierten Disziplinen stützen. In der Konsequenz werden bestimmte wissenschaftliche Positionen für die Pflegeberatung weiterentwickelt und andere liegen gelassen.

3.5 Orientierungsrahmen und theoretische Fundierungen der Pflegeberatung

Übergeordnet lassen sich nach Ansicht der Autorin drei große Grundorientierungen herausarbeiten, aus denen sich die deutsche Gesundheits- und Pflegeberatung aktuell konstituiert. Zu nennen ist die Verbraucher- bzw. Konsumentenberatung, die Gesundheitsförderung und als Drittes das Sozialrecht. Bezugnehmend auf diese Orientierungen nutzen oder entwickeln die hier fokussierten Wissenschaftsdisziplinen ihre Theorien, aus denen sie ihr professionelles Beratungshandeln begründen.

Orientierungen

Mit dem Begriff Orientierungen sind hier professionelle Ausrichtungen gemeint, aus denen sich u. a. aktuelle Leitbilder für Handlungskonzepte speisen. Sie müssen immer wieder reflektiert und weitergeführt werden, da sie gesellschaftlichen Wandlungsprozessen unterliegen. In der sozialpädagogischen Arbeit wurden zudem seit ihrer Verwissenschaftlichung verschiedene Paradigmen über Theorien ausgearbeitet, die als zeitbegrenzte Normen die beruflichen Haltungen im professionellen Handeln prägen und so geeignet sind, den professionellen Akteuren Orientierung zu bieten. Für die Beratung nimmt aus diesem Fundus die Theorie der Lebenswelt schon länger eine herausragende Stelle ein (vgl. Thiersch 1992, 1995), worauf in Kapitel 4.1.3 ausführlicher eingegangen wird. Auch Leitbilder und ihre Veränderungen bezogen auf Alter wurden im Kapitel 2 und 3 bereits im Kontext der sozialen Arbeit dargelegt und deren Einfluss auf die professionellen Interventionen aufgezeigt.

In der Pflege lassen sich ebenfalls Leitbilder u. a. unter dem Einfluss von Theoriebildung im Verlauf der Zeit voneinander abgrenzen. Elke Müller stellte beispielsweise in ihrer Dissertation zu Leitbildern in der Pflege verschiedene Perspektivwechsel in den pflegerischen Schwerpunktsetzungen fest (Müller 2001: 50 ff.). Sie sieht noch Ende der 60er Jahre eine Organbezogenheit in den Pflegefach- und Lehrbüchern, die sich erst mit den Jahren zum Krankheits- bis hin zum Personenbezug in den beschriebenen Pflegekonzepten veränderte. In den 90er Jahren wird dazu passend von einem Paradigmenwechsel gesprochen, der das gewandelte Verhältnis von einem paternalistischen zu einem partnerschaftlichen Pflege-Patienten-Verhältnis beschreibt. Die Patient*innen galten demnach früher aufgrund ihrer Einschränkungen durch Erkrankungen als passiv, die Krankheit war führend. Ihr daraus resultierendes Bedürfnis wurde als ein die ganze Person betreffendes verstanden, der eine Rundumversorgung zustand, in die sie sich fallen lassen konnte, sollte oder musste. Die notwendige Versorgung wurde allein von der Pflege erkannt, geplant und erbracht. Pflege-theorien, die vor allem aus dem angloamerikanischen Raum

ab Mitte der 70er Jahre in Deutschland Eingang in die Diskussion fanden, bestimmten das Verhältnis dann aber konkreter und sie differenzierten schließlich auch Bedürfnisse und Handlungsstrategien (vgl. Müller 2001: 49). Heute steht die Pflege zwar immer noch hilfsbedürftigen Menschen gegenüber, die dabei aber auch selbstbestimmt sind.

Solche Orientierungen, durch gesellschaftliche Leitbilder und Theorien der Fachdisziplinen geprägt, bilden auch den Rahmen der Beratungskonzepte bei Pflegebedürftigkeit und gestalten die Interventionen der Pflegenden darin mit aus. Allerdings lösen sich diese Orientierungen nicht übergangslos ab und treten nacheinander auf. Sie überlappen sich, verschwimmen und lösen auch Verunsicherung aus. Eine grundlegende Neuorientierung löste die Verabschiedung des SGB XI aus.

3.5.1 Kundenorientierung – Selbstbestimmung – Verbraucherschutz

Die Einführung des SGB XI gilt als der Startschuss für die Ökonomisierung des Pflegeverhältnisses und stellt es ab dem Zeitpunkt in einen neuen Rahmen mit neuen Machtverhältnissen. Für die professionellen Akteure im Gesundheitswesen löste das eine erhebliche Irritation der bislang gültigen Orientierungen aus, da ihre professionellen Interventionen erst eingepasst oder sogar neu konzipiert werden mussten. Die zu versorgenden Patient*innen waren nun nicht nur selbstbestimmte Personen, sondern auch Kunden, eigenverantwortlich ausgestattet mit gesetzlich zugesicherten Wahlmöglichkeiten (§ 2 Abs. 2–4 SGB XI) und der Erwartung an sie, die Fähigkeit aufzubringen, sich innerhalb des Versorgungsangebotes, unter Zuhilfenahme von guter Beratung, zurechtzufinden sowie kundig zu entscheiden.

Mit der Entscheidung, für die Steuerung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit ein neues Marktsegment zu eröffnen, wurde also auch eine weitere Dimension der Beratung in der Pflege erforderlich.

Um die Facetten dieser Neuorientierung für die Beratenden bei Pflegebedürftigkeit besser zu beleuchten, soll sie folgend nochmal aufgefaltet werden. Dazu wird zunächst ein knapper Überblick gegeben, auf welchem Ideenhintergrund das SGB XI Pflegebedürftige in die neue Rolle als Kund*innen, Verbraucher*innen, Leistungsnehmer*innen brachte. Im nächsten Schritt brauchen Konsumenten die Möglichkeit der Wahl und Angebote, also einen Markt. Erst dann stehen sie vor Entscheidungen, die eventuell mit Beratung gefördert werden müssen. Auf einem Markt ist der pflegebedürftige Kunde Gefahren ausgesetzt, die ihm vorher unbekannt waren. Mit dieser Erkenntnis wird Verbraucherschutz und Verbraucherberatung auch auf Pflegeleistungen angewendet.

3.5.1.1 Die Pflegeversicherung ändert das System

Die Pflegeversicherung ändert das System, aber nicht die Geschlechterverhältnisse, bricht mit den Prinzipien des deutschen Sozialrechts und eröffnet ein neues Marktsegment.

Systemumbau und Geschlechterverhältnisse

Mit der Ökonomisierung erhält das bisher gültige Versorgungssystem eine neue Ordnung, gewohnte Strukturen werden umgewälzt. Wird ein System umgebaut oder neu installiert, verändern sich für die beteiligten Akteure in der Regel auch deren Rollen, in denen sie sich sodann neu orientieren müssen. Im Pflegearrangement des traditionellen Wohlfahrtsstaates in Deutschland ist die Hauptverantwortung für die Pflege überwiegend den Ehefrauen, Partnerinnen, Töchtern und Schwiegertöchtern in der Familie zugefallen. Das deutsche Sozialsystem hat diese geschlechtsspezifische Arbeitsteilung durch die staatliche Förderung des sogenannten Ernährermodells maßgeblich gefestigt (vgl. Janczyk, Rudolph in Schmidt K. 2017: 13 ff.; Michalitsch 2013). Obschon der gesellschaftliche Wandel während der Konstruktion der Pflegeversicherung die Geschlechterverhältnisse radikal in Frage stellte, ging es bei den Bemühungen um eine umfassende neue Regulierung von Pflege und Sorge dennoch nicht um das Ziel einer geschlechtergerechten Umverteilung oder Anerkennung bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit. Vielmehr verfolgt das SGB XI das Ziel einer „möglichst geräuschlosen Anpassung“ an bekannte Betreuungsarrangements, resümiert dazu Diana Auth⁷⁷ in einer Studie, in der sie die Systeme zur Gesundheit bzw. Sorge sowie ihre Herausforderungen in Schweden, Großbritannien und Deutschland miteinander vergleicht (vgl. Auth 2017). Wenn es also im Folgenden um die gesetzlich festgeschriebene Selbstbestimmung geht, handelt es sich vor allem um die finanziellen Aspekte im Sinne einer Kaufentscheidung. Auch die Ausgestaltung der neuen Rollen im System bezog sich dementsprechend verengt im Wesentlichen darauf, die Dimensionen der Marktlogik in einen Zuständigkeitsbereich zu integrieren. Die Reproduktionsarbeit wird weiterhin gering geschätzt und darin enthaltene Geschlechterdifferenzen unsichtbar gemacht. Die daraus resultierende weiter zementierte geschlechterspezifische Ungleichheit wird durch individualistisch-ökonomische Erfordernisse plausibel gemacht. Michalitsch verwendet den Begriff „geheime Gouvernementalität“ für eine Regierungstechnik, die zwar ausblendet, jedoch implizit immer voraussetzt, dass die Gesellschaft auf „freiwilliger“ Reproduktion beruht (vgl. Michalitsch 2013: 27 ff.). Zur Verdeutlichung sollen an dieser Stelle nochmal Zahlen genannt

⁷⁷ Auth hält in der Studie den Fokus auf die Pflegenden. Sie unterscheidet die „informelle“ und die professionelle Pflege und beschreibt in dem Feld die Zunahme des Wissens, den Zuwachs an Bildung, aber auch die Prekarisierung der Arbeit und Rahmenbedingungen (Fortschrittsprozess und Prekarisierungstendenz).

werden, die seit Einführung des SGB XI relativ stabil bleiben und sagen, dass 70 % der pflegebedürftigen Menschen zu Hause, von den Familien und im Wesentlichen von deren weiblichen Mitgliedern versorgt werden(DeStatis 2020) .

Richtungsentscheidungen und neue Prinzipien in der Sozialpolitik

Die Haupttrichtungsentscheidungen, die schließlich die Eckpfeiler für diese Systemreform fest-schrieben, fielen 1992, als zwischen den Varianten **(a)** Finanzierung aus dem allgemeinen Steu-eraufkommen (u. a. favorisiert von den Grünen) oder **(b)** Finanzierung durch Versicherte (So-zialversicherung oder private Vorsorge) in Form von Beiträgen (CDU/CSU und SPD sowie FDP) abgestimmt wurde. Die Sozialversicherungslösung behielt am Ende die Mehrheit. Dies geschah durchaus auch unter dem Einfluss der Wiedervereinigung⁷⁸ .

Im deutschen Sozialrecht galten bis zu dem Zeitpunkt überall die *Bedarfsdeckung* und das *Sach-leistungsprinzip*, eine Ordnung, die mit der Sozialstaatskritik allerdings bereits unter Druck stand (vgl. Kapitel 1.1). Da die Konstruktion der Pflegeversicherung auch zum Ausbau einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur und zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen sollte, wurde nun das Argument ins Feld geführt, dass diese Leistungsformen nicht geeignet seien, die Konkurrenz unter den zukünftigen Leistungsanbietern zu fördern. Reine Sachleistungen könn-ten demnach zur Schwächung des Kostenbewusstseins und zum Abbau der Eigenverantwor-tung der Nutzer*innen sowie zu einem mangelhaften Wettbewerb unter den zukünftigen Leis-tungsanbietern führen. Wenn es aber bei geeigneten Qualitätskontrollen (vgl. Kapitel 3.1.1.) nur noch Geldleistungen gäbe, könnten die Betroffenen immer selbst ihre Pflegeleistung bei den Anbietern einkaufen. Es würde sich ein Preis durch Angebot und Nachfrage bilden und dadurch ein normales Produzenten-Konsumenten-Verhältnis entstehen⁷⁹ . Insgesamt würde eine

⁷⁸ Im Juli 1990 wird der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland vollzogen. Ein Schritt auf dem Weg zur staatlichen Einheit ist der Staatsvertrag über die Wirtschafts-, Währungs- und *Sozialunion* zwischen der Bundesrepublik und der DDR. Gleiche Lebensverhältnisse in Ost und West zu schaffen ist Anfang der 1990er Jahre vorrangiges **Ziel** der Sozialpolitik. Um diese Einheit zu finanzieren, sind große finanzielle Anstrengun-gen notwendig. Die Sozialleistungsquote steigt von 30,7 % im Jahr 1989 auf 34,1 % im Jahr 1994. Um den bundesdeutschen Sozialstaat zu „übertragen“, müssen in den neuen Bundesländern die entsprechenden Ein-richtungen und Regelungen, sozialpolitische Akteure (Träger der Krankenversicherung) erst neu gebildet. Die ehemaligen DDR-Bürger müssen in das bundesdeutsche Sozialsystem und in die soziale Marktwirtschaft ein-geführt werden. Zudem wird zeitgleich Sozialpolitik im vereinten Europa diskutiert (vgl. Seiler 1991).

⁷⁹ Hinter dieser Argumentation liegt das von Adam Smith entwickelte Marktmodell, das besagt, dass sich bei freiem Zugang aller Anbieter und Nachfrager nach bestimmten Gütern zum Markt ein Gleichgewichtspreis herausbildet, der dem realen Wert des Gutes entspricht. Ist das Angebot größer als die Nachfrage, muss der Preis sinken, damit alle Güter verkauft werden können. Verhält es sich umgekehrt, also die Nachfrage ist größer als das Angebot, dann steigt der Preis. Der gewollte weitere Effekt ist der, dass in dem Fall neue An-bieter auf den Markt drängen, weil höhere Gewinnerwartungen winken. Dieser Mechanismus der Konkurrenz bei freier Preisbindung sorgt nach Smith für die optimale Steuerung des wirtschaftlichen Geschehens. Er be-wirkt die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung. Staatliche Eingriffe, Regulierung sind dabei Störungen des Mechanismus (vgl. Geller et al. 2004:10).

derartige Form der Leistungsnachfrage die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen stärken und zudem eine individuelle Leistungserbringung ermöglichen. Diese Formulierungen passten in gewisser Weise sogar zu den damals neu etablierten Pflegeleitbildern, obwohl auch die Vertreter*innen der Pflegeverbände an der Diskussion nicht beteiligt waren.

Die andere Seite führte ihre Argumente eher in traditionellen, fürsorgenden Denkfiguren vor. Sachleistungen seien sehr wohl eben „sach“-gerechte Leistungen, nämlich insofern, als den Pflegebedürftigen nur finanziert wird, was von Expert*innen (damals vor allem die Ärzt*innen) für notwendig gehalten wird. Bei einer vorgeschlagenen Geldleistung an Versicherte hingegen befürchtete man unsachgemäße Leistungsverwendung. Das Geld könnte für anderes als die Pflege verwendet oder gar von Angehörigen beansprucht werden. Vertreter der Geldleistung (SPD) betonen hier aber die angestrebte Wahlfreiheit des einzelnen Versicherten, Leistungen entsprechend seinen individuellen Präferenzen nachzufragen. Außerdem würden Anreize zu kostengünstigen Leistungen gesetzt, was wiederum die Konkurrenz der Anbieter und deren Angebot fördere. Die CDU befürwortete am Ende der Debatte, einen Mix aus beiden Alternativen für die ambulante Pflege zu ermöglichen und somit den Versicherten Geld- oder Sachleistungen zur Wahl zu stellen. Die Haltung, die das Gesetz dem Bürger gegenüber einnimmt, was seine Berechtigung und Fähigkeit zur Selbstbestimmung angeht, ist dadurch nicht eindeutig. Die neue Rolle des wählenden Konsumenten auf einem konkurrierenden Sozialmarkt wird jedoch klar.

Auch das Bedarfsdeckungsprinzip wurde aufgegeben und durch ein Budgetprinzip abgelöst. Die Grundversorgung bei Pflegebedarf sollte darin abgesichert sein, sodass die Finanzierung ausschließlich unterstützenden Charakter in dem neuen „nachfrageorientierten Sektor“ hatte (Geller, Gabriel 2004: 9). Das bedeutet, die soziale Pflegeversicherung ist so konzipiert, dass sie nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Aufwendungen erstattet. Gemeinhin wird dafür das Prinzip der „Teilkasko-Versicherung“ als Erklärung angeführt. Das trifft es allerdings nicht ganz. Denn es verhält sich bei Teilkasko ja in der Regel so, dass ein vertraglich vereinbarter Selbstbehalt (Eigenanteil) vom Versicherten selbst zu tragen ist (entweder jährlich oder pro Schadensfall). Dieser wird als absoluter oder prozentualer Anteil gesetzlich festgelegt. Darüber hinausgehende Summen werden von der Versicherung bezahlt. Bei der Pflegeversicherung hingegen ist es umgekehrt. Es wird nur eine Grundversorgung bis zu einer bestimmten Höhe gewährt, alles darüber hinaus zahlt der Versicherte aus eigenen Mitteln privat. Die Prinzipien der Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sind somit stark am Konzept der Subsidiarität und am eingegrenzten Finanzrahmen orientiert. Im Falle der

festgestellten Pflegebedürftigkeit und sofern es zur professionellen Hilfe keine Alternative gibt, werden Familieneinkommen mit zur Kostendeckung herangezogen. Falls diese nicht vorhanden oder durch die private Übernahme von Pflegeaufwendungen aufgebraucht sind, müssen die Betroffenen wieder auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zurückgreifen. Strünck (2000) nennt diese damals neue Konstruktion im Sozialrecht „Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung“ und beklagt hier eine Abkehr vom Solidarprinzip im Sozialversicherungswesen der Bundesrepublik. Im Jahr 2019 steht diese Finanzierung wieder prominent in der Diskussion. Vertreter der SPD, ver.di oder auch der Sozialverband Deutschland (SoVD) fordern für die Zukunft der Pflege eine Vollversicherung bzw. eine Zusammenführung der Kranken- mit der Pflegeversicherung zur Bürgerversicherung.

Um den vorgesehenen finanziellen Rahmen zu halten, wurde die Zahl der leistungsberechtigten Personen eingeschränkt, indem für den Leistungsbezug ein gesetzlich definierter Grad an Pflegebedürftigkeit festgestellt werden musste. Unterhalb dieser Grenze gab es keinerlei Anspruch auf Leistungen aus der neuen Versicherung (vgl. Kap. 3.1.)

Systemlogiken und Spannungsverhältnisse

Um dem Markt Entwicklung und Steuerung zu ermöglichen, wurde der bisherige Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege zugunsten einer gesetzlich verankerten Gleichstellung von gemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern von Pflegediensten und Einrichtungen aufgegeben (vgl. Kap. 2.2.7.). Gleichzeitig erhielten alle Pflegeeinrichtungen einen gesetzlichen Rechtsanspruch auf Abschluss von Versorgungsverträgen unabhängig vom konkret vorliegenden Bedarf. Das Zusammenwirken dieser Elemente sollte „einen geschlossenen Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindern, neuen, innovativen Leistungsanbietern den Zugang zum Pflegemarkt offen halten und so den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen fördern“ (BT-Drs. 505/93, S. 136).

Gegner dieser Konstruktion sahen darin die Fortsetzung der seit den 80er Jahren begonnenen Auflösung staatlicher Monopole und der Privatisierung öffentlicher Unternehmen (vgl. z.B. Dämmert 2009). Wie schon in den Infrastrukturbereichen Strom, Bahn und Telekommunikation regiere nun ein marktregulativer Staat auch die sozialen Lagen der Menschen. Die Sozialpolitik würde so selbst von Vermarktlichungsstrategien erfasst, statt Menschen vor den Gefahren des Marktes zu schützen (vgl. Nullmeier 2004: 459 ff.). Diese Kritiker der Einführung einer marktwirtschaftlichen Steuerung betrachteten das neue Gesetzbuch unter den bisherigen Siche-

rungs- und Versorgungsaspekten und wiesen auf den Abbau des Sozialstaates hin. Textpassagen im Gesetz, in denen es heißt, Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sollen dabei „die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen“ unterstützen und fördern und „auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hinwirken“ (§ 8 Abs. 2 SGB XI), galten für sie als beschönigende Umschreibungen für eine unzureichende Absicherung des Pflegerisikos. In der Folge rechneten sie mit wachsendem Kostendruck und einer massiven Deprofessionalisierung in der Versorgung anstelle der angestrebten Professionalisierung in der Pflege (vgl. Gerlinger, Röber 2012).

Neben den kritischen gab es auch andere Stimmen, die durchaus auch im sozialen Bereich marktwirtschaftliche Steuerungen präferieren und darin eine gelungene Anpassung an die Modernisierung sehen. In dieser Lesart könne das SGB XI vielfältige Möglichkeiten zur Entwicklung von Konzepten im reformbedürftigen Gesundheitswesen eröffnen, die darauf abzielen, professionelle Hilfen und Beiträge aus dem familiären Umfeld produktiver miteinander zu verbinden (vgl. Evers 1998: 7 ff.).

Und es finden sich in der Tat einige Veröffentlichungen, die die Wahlmöglichkeiten und den Zugang zum Markt für die Realisierung lebensraumorientierter Konzepte mit Einführung der Pflegeversicherung als entscheidende, Innovationen fördernde Veränderung beschreiben. Die Wahlmöglichkeit der Versicherten führe zur Entwicklung einer größeren Vielfalt an Hilfeformen für eine ebenso an Vielfalt reicher gewordene Gesellschaft (vgl. Pankoke, Nikielski 1995). Auch hebe erst die Wahlmöglichkeit den Patienten auf die Ebene eines geschäftlich gleichwertigen partnerschaftlichen Verhältnisses mit den Pflegeleistungsanbietern (vgl. Gellert, Gabriel 2004: 44 ff.).

Mit der Normierung des SGB XI stehen nun Logiken des Marktes und des Wettbewerbs in Spannung mit denen der Sorgearbeit in den Familien sowie mit staatlichen Regulierungsmechanismen (vgl. Gellert, Gabriel 2004: 14 ff.). Während in der Gesellschaft laut Gellert und Gabriel in der Regel die innerfamiliäre Solidarität die Steuerung von individuellen Sorgehandlungen übernimmt und auch die berufliche Pflege sich oft an familiärer oder religiöser Solidarität orientierte, folgt die Marktlogik anderen Grundregeln. In dieser muss Pflege wirtschaftlich, mit definierten Zielen und abrechenbaren Positionen ausgeführt werden. Der Staat greift in der Regel bürokratisch ein und reguliert über Konditionalprogramme (vgl. Luhmann 1973: 99). Systemtheoretisch gedacht ist das Ziel die Stabilisierung der vorgegebenen Struktur. Institutionelle Beratung wird in dieser Gemengelage und in dem Verständnis daher als ein bedeutendes

Instrument eingeführt, um diese Mechanismen zu erklären, verdaulich und miteinander kombinierbar zu machen.

Vertreter u. a. der kritischen Marburger Schule rufen allerdings nicht zur Anpassung, sondern zur Vorsicht und zu neuen Reformen auf. Sie sehen in der Veränderung keine geschlossenen Systeme, sondern ein neoliberales Projekt, das in alle politischen Felder wirken will. Die Analyse der Situation führt z. B. Hans Ulrich Deppe (2002 in Wild et al 2007) zu dem Ergebnis, dass die Marktlogik als Steuerung für Gesundheit der Versorgung der Menschen Leid verursacht und sich eben nicht schadlos verbinden lässt, sondern sie einfach durchdringt und der Alternativen entgegengehalten werden müssten. Während seiner medizinsoziologischen Beschäftigung mit Gesundheitssystemen sei eine seiner wesentlichen Erkenntnisse, dass Gesundheit oder Krankheit, also auch Pflege, niemals den Charakter einer Handelsware annehmen kann. Deppe begründet seine Aussage u. a. mit den Besonderheiten der nicht einzutauschenden „Handelsware“ Gesundheit. Der Patient als Konsument auf dem sozialen Markt befinde sich durch seinen Hilfebedarf in einer Position der Unsicherheit und Schwäche, der Abhängigkeit in Verbindung mit Angst und Scham. Zudem beschreibt er den gesellschaftlichen Umgang mit Kranksein und den daraus resultierenden Hilfe- und Pflegebedarf als spezielle Intimsphäre, die in der bürgerlichen Gesellschaft immer als ein abgeschirmter Kern des Privaten behandelt wird. Diese Betrachtung widerspreche der geforderten Transparenz eines funktionierenden Marktes und erzeuge so nur Fehler (vgl. Deppe in Wild 2007: 9 ff.).

Marktlogik – neue Rollen – Vertrauensbeziehungen

Als weitere Besonderheit gilt die notwendige praktische Bezogenheit auf den Einzelfall, seine Einzigartigkeit und die dadurch entstehenden individuellen Ermessensspielräume für die professionellen Akteure. Deppe beschreibt am Beispiel der medizinischen Behandlung eines hilfsbedürftigen Patienten, dass diese Bezogenheit auf eine Person besonders unsicher, sensibel und anfällig dafür ist, dass der Druck des Marktes in die Interaktion des Professionellen hineinwirkt. Geld, Konkurrenz, juristische Absicherung, Karriereabsichten und Existenzängste hätten ein Leichtes, Einfluss auf Einzelentscheidungen für bestimmte Maßnahmen zu nehmen, ob beabsichtigt oder unbewusst (vgl. Deppe 2002: 10 ff.).

Die Gesundheitswissenschaftlerin Anja Dietrich untersuchte im Zeitraum von 1996 bis 2005 systematisch den Diskurs über den sogenannten mündigen Patienten im Deutschen Ärzteblatt (vgl. Dietrich 2006). Sie analysiert kritisch, welche Konsequenzen Vermarktlichung und die veränderten Patientenrollen für die Ärzteschaft in der Beziehungsgestaltung haben bzw. welche

Schlüsse sich daraus für die eigene Positionsbestimmung von Ärztinnen ziehen lassen. Neben Machtverschiebungen, Sorge um Status und beruflicher Identität zeigt auch sie, ähnlich wie Deppe (2002), dass das Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis keinen abgeschotteten Schutzraum darstellt, sondern multiplen Einflüssen von angrenzenden und übergeordneten Interaktionsfeldern unterliegt, deren Themen und Zielrichtungen in die Ärztinnen-Patientinnen-Beziehung transportiert und dort mit verarbeitet werden.

Die als notwendig und oft als selbstverständlich betrachtete Vertrauensbeziehung in Gesundheits- und Pflegefragen gerät durch die Marktlogik unter Verdacht und bedarf der Kritik sowie der professionellen Gestaltung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Reform grundlegend war und mit dem SGB XI nicht etwa das Sozialsystem nur um eine Säule ergänzt wurde.

Mit der Entscheidung, Marktlogiken in das Versorgungssystem der Pflege einzuführen, werden die alten Leitbilder und die darin enthaltenen Rollen der Akteure erschüttert und teilweise sogar radikal in Frage gestellt und neue Rollensegmente müssen integriert werden. Die gesellschaftlichen Geschlechterrollen im Kontext Pflege und Sorge werden jedoch tradiert. Die Geschlechterverhältnisse transformieren sich in der Modernisierung zwar, der hierarchische Charakter bleibt jedoch gesichert (vgl. Michalitsch 2013; Pühl 2009: 107 ff.).

In diesem enormen Wandlungsprozess öffnen sich Gestaltungsräume für innovative oder vorher steckengebliebene Entwicklungen, in denen z. B. Menschen, die auf Hilfe in der Pflege angewiesen sind, mehr Mitsprachemöglichkeiten erhalten und die Interaktionspartner*innen sich so neu zueinander positionieren. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden in der Wahrnehmung vieler Anbieter über diese Veränderung vom passiven Rezipienten helfender Dienstleistungen zu anspruchsvollen und bewussten Konsumenten. Dadurch wandelt sich auch das innere Verhältnis der Interaktionspartner*innen zueinander von einer asymmetrischen Expertenbeziehung hin zur kollaborativen Beziehung. Verbunden damit wird nach Kundenzufriedenheit, Alternativangeboten und Wahlmöglichkeiten gefragt. Praktisch gehen allerdings Sorge und Ökonomie nun eine nur schwer trennbare Verbindung ein, was für die Beratungsbeziehungen Konsequenzen hat.

Wenn vor allem die Logik des Marktes führend neu in die Sorge-Verhältnisse eingetragen wird, ohne die ethische Fundierung und Orientierung der Disziplinen daraufhin auszuarbeiten, tun sich bisher unbekannte Fallen auf. Tatsächlich ist die erste Pflegereform hauptsächlich von

ökonomischen Instrumenten durchsetzt und deswegen die Umdeutung vom Patienten zum Kunden sehr stark wahrgenommen, diskutiert und als neue Rolle vorrangig ausgestaltet worden. Beratung bei Pflegebedürftigkeit nimmt daher nun auch die Kundenorientierung auf.

Für die professionelle Beratung sind sowohl die neuen Rollen als auch die darin enthaltenen, veränderten Verhältnisse in der Beziehung bedeutsam. Sowohl Rollenklärung als auch Vertrauensräume in der Beziehung konstituieren Beratung elementar.

3.5.1.2 Verbraucherschutz – Gegenmacht

Auf einem Markt begegnen sich Anbieter und Kunden und wird z. B. Kundenzufriedenheit zur zentralen Entscheidungsgröße. Der souveräne, mündige Patient wird Maßstab für die Schwerpunktsetzung in der Versorgung, zumindest solange es sich für den Anbieter lohnt. Wofür der Kunde sich entscheidet oder was er dabei gutheißt, hat sich als sinnvolle Versorgungsstruktur qualifiziert, so die Logik. Der Kunde „bestellt“ eine Pflegeleistung in dem Bewusstsein, dass er diese mit Geld bezahlt. Diese Haltung und Neubestimmung ändert die Mentalitäten wie auch das Selbstverständnis der Interaktionspartner im Gesundheitswesen. Pflegende werden Anbieter und Dienstleister – Pflegebedürftige sind die Nachfrager und Nutzer mit individuellen Ansprüchen an die gelieferten Produkte. Das bis dahin vorherrschende Verhältnis Pflegende und Patient*innen bezeichnete im Gegensatz dazu eine Beziehung, bei dem der Hilfebedarf im Vordergrund steht. Nach der Reform liegt beides gleichzeitig vor und Kunden- oder/und Patientenmentalitäten prägen die Beziehungen in den Interaktionen. In der vorgegebenen funktionalen Betrachtung der PV können aber nicht alle Posten dieser komplexen Hilfetätigkeit als Kostenpunkte über die darin enthaltene Leistung bewertet werden. Mitleiden in Grenzsituationen kann z. B. nicht als besonders hoch auszuweisender Posten abgerechnet werden. Neuorientierung im Verhältnis zueinander wird gesucht.

Das Verständnis Kunde und/oder Patienten wird als Thema in der Fachliteratur ausführlich behandelt und wird hier deswegen nicht lange vertieft. Der Diskurs wird entweder getragen von der Grundhaltung, dass Bürger nicht als Gegenstände der Fürsorge verwaltet, sondern besser als Kunden umworben werden sollten. Denn in dieser Perspektive wird dem Bedürftigen, so er als Kunde angesehen wird, eine besondere Verfügungsfreiheit über seine Autonomie zugesichert, er wird somit selbstbestimmter (vgl. Kliemt 2011: 27; Etgeton 2011, Fischer, Sibbel 2011). Klaus Dörner (2004) und weitere Kritiker dieser Sichtweise reichen einen anderen Diskurs an, indem es sich bei Hilfe- und Pflegebedürftigen um Menschen in Not handelt, die oft in Ausnahmesituationen und also wenig vertragsfähig seien; zudem gehe es in ihren Nachfragen

auch nicht wirklich um Konsumwünsche. Diese Denkweise betont zudem, Verantwortung in sozialen Lagen obliege nicht Einzelnen, sondern beruht auf ethischen Grundlagen, die nicht auf Nutzenmaximierung basieren. Ethisch fundierte Konzepte sollen stattdessen solidarisch, sozial und allgemein ermöglicht werden. Die neuere empirische Forschung belegt die Berechtigung dieser Argumentation, denn sie zeigt, dass die wachsende Wahlfreiheit auf den derzeitigen Sozialmärkten die soziale Ungleichheit eher verstärkt als ausgleicht, wenn es den Zugang zur Versorgung und die Versorgungsqualität betrifft (vgl. Strünck 2011: 167).

Für die Entwicklung der Pflegeberatung galt es dennoch diese neuen Positionen konzeptuell einzubinden. Wo es einen Markt gibt, gibt es Käufer*innen und damit Verbraucher*innen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind jetzt Verbraucher*innen, die auch Kaufentscheidungen treffen müssen. Dafür stehen ihnen spezielle Verbraucherinformation und Verbraucherbildung zu, die von fach- und sachkundigen Professionellen angeboten werden müssen. Selbst wenn sich durch die Pflegeversicherung die Stellung des Leistungsberechtigten auf dem Markt verbessert, so muss darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Leistungsnehmer*innen vor den Risiken geschützt werden, die sich aus der Angewiesenheit auf Hilfe von anderen ergeben. Denn Menschen, die bekommen, was sie wählen, erhalten nicht immer, was sie sich wünschen. Das kann auf der einen Seite daran liegen, dass freie Entscheidungen und Selbstbestimmtheit immer auch auf ihre jeweiligen Kontexte verwiesen sind. Rollenerwartungen, körperliche Voraussetzung, gesellschaftliche Normen, Gesetze wirken immer mit in Entscheidungsprozesse hinein.

Ein weiterer Grund ist, dass sich auch der Pflegemarkt als Spielwiese krimineller Machenschaften erweist⁸⁰. Aus der Erkenntnis erwächst ein weiterer wichtiger Aspekt für die Pflegeberatung. Denn Wissen um Missbrauch bringt Unsicherheit in die vertrauensvolle Beziehung von Pflegenden und zu Pflegenden wie zwischen Ratgebenden und Ratsuchenden. Und schließlich wollen auch Verbraucher*innen schon aus der rationalen Erwägung heraus, sich in unübersichtlicher Vielfalt nicht über alles kundig machen zu können, dem Rat der Expert*innen vertrauen. In § 65 SGB V wurde daher die unabhängige Patientenberatung (UPD) implementiert (vgl. Kapitel 3.4.), deren Basis die Grundlagen des Verbraucherschutzes bildet.

⁸⁰ In einer im November 2004 vorgelegten Studie der Verbraucherzentrale Bundesverband gehen die Autor*innen davon aus, dass im deutschen Gesundheitswesen jährlich 20 Mrd. Euro durch Betrug und Korruption verloren gehen (vgl. Gehl 2007).

Im gesetzlich geförderten Verbraucherschutz geht es nicht mehr nur um das individuelle Schutzinteresse, sondern auch um die grundsätzliche Bedeutung des eben dargelegten Nachfragemechanismus. Die Leistungen der UPD sollen laut der neuen Fassung von § 65b SGB V neben Qualitätssicherung und einem Beitrag zur Patientenorientierung im Gesundheitswesen vor allem auch Problemlagen im Gesundheitssystem aufzeigen. Daher geht es im Verbraucherschutz auch um eine institutionelle Stärkung der Verbraucherbelange. Eine Verbraucherinstitution wie die UPD versteht sich also als Gegenmacht, um die ungleichen Chancen zwischen Markt und Verbraucher*innen auszugleichen.

Gesundheitsberatung, die sich vor allem an Kund*innen und Verbraucher*innen wendet, konzentriert sich zum einen darauf, Ratsuchende zu „kundigen“ Verbraucher*innen zu bilden. Darüber hinaus stellt sie die Verbraucherberatung als Kontrollinstanz des neuen Pflegemarktes vor neue Herausforderungen und unklare Rollen der Akteure.

Doppelsinnige Inhalte in Bezug auf die Selbstbestimmung sowie Wunsch und Wahl finden sich auch in der Pflegeversicherung selbst.

Der Einsatzpunkt für Beratung in Verbindung mit der Wahl einer Leistung und zu treffenden Entscheidungen bei Pflegebedürftigkeit ist in § 2 SGB XI niedergelegt. Wie widersprüchlich die Paragraphen zur Selbstbestimmung, deren Umsetzung in der Praxis und die gesetzten Prinzipien der Pflegeversicherung sind, soll kurz vorgestellt werden, da die Pflegeberater*innen kontinuierlich einen Umgang mit diesem Paradox finden müssen:

3.5.1.3 Selbstbestimmung § 2 Abs. 1–4 SGB XI

Wunsch und Wahl bei Pflegebedürftigkeit

- „(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.
- (2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.
- (3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.
- (4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen“.

Die Absätze sind so formuliert, dass durch das gesetzlich zugesicherte Wunsch- und Wahlrecht dem Umstand der individuellen Bedürfnisse bei Pflegebedürftigkeit Rechnung getragen wird.

An dieser Stelle schreibt das Gesetz auch explizit fest, dass die religiösen Bedürfnisse oder der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege (seit Reform 2008)⁸¹ der Pflegebedürftigen zu achten (§ 2 Abs. 3 SGB XI) sind. „Angemessenheit“ im individuellen Fall auszulegen fällt schwer und ist i. d. R. abhängig von der jeweiligen Infrastruktur.

Der Vorrang der häuslichen Pflege wird in § 3 SGB XI festgelegt. Durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll per Gesetz der Wunsch der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden, so lange wie möglich in der häuslichen Umgebung und von ihren Angehörigen gepflegt zu werden. Durch das Pflegeversicherungsgesetz soll bei den Angehörigen, zusätzlich zu der moralischen Verpflichtung, ein Anreiz gesetzt werden, selbst Pflegeleistungen zu erbringen. Neben der Wahlmöglichkeit Geld- oder Sachleistung wird durch § 38 SGB XI auch eine Kombinationsmöglichkeit eröffnet.

Entscheidungsprozesse bei der Einleitung von Pflegeleistungen

Zur Veranschaulichung soll hier diese erste bedeutende Entscheidung, die jede*r Versicherte treffen muss, wenn er*sie Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will, herausgehoben werden. Denn nach amtlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind alle erstmal vor die Frage gestellt, in welcher Form die Leistungen nun abgerufen werden sollen. Schon im Antragsformular der meisten Pflegekassen ist diese Wahlmöglichkeit anzukreuzen. Selbstverständlich existieren bei Pflegebedürftigkeit Entscheidungsprozesse, die keineswegs nur mit dem Rüstzeug eines Ökonomen zu bewältigen sind, dennoch soll die Komplexität eines oft schnell zur Verfügung gestellten „Wahlelementes“ knapp vorgestellt werden. Denn schon um diese Entscheidungen in der Beratung zu begleiten, sind tiefere Kenntnisse erforderlich und wird zudem auch oft die erste Irritation erzeugt, die sich auf die eigentlich gewünschten selbst erbrachten Pflegeleistungen bezieht:

Wie oben ausgeführt sollte mit Einführung der Geldleistung die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen gestärkt werden und die Idee war, dass sie damit ein individuelles Paket an Pflegeleistungen für sich zusammenstellen. Durch eine Geldleistung wird also die Konsumentensouveränität gestärkt, d. h., wird das Geld zum Einkauf professioneller Leistungen verwendet,

⁸¹ Hier wurde bei der Reform 2008 eine Nachbesserung im Gesetz vorgenommen in der Weise, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Pflege von Männern und Frauen und ihre spezifischen Bedarfe an Leistungen berücksichtigt werden und Bedürfnissen nach kultursensibler Pflege nach Möglichkeit entsprechend Rechnung getragen wird (§ 1 Abs. 4 a SGB XI). Hier wird zwar der Bedarf des Einzelnen und seine Berücksichtigung hervorgehoben, aber ein Anspruch auf Durchführung gegen Einrichtungsträger entsteht dadurch nicht.

kommt es zu einem Produzenten-Konsumenten-Verhältnis. Der*die Pflegebedürftige hat durch das Geld „Verhandlungsmacht“ gegenüber seinen*ihren Leistungserbringern.

Allerdings besitzt die Geldleistung deutlich weniger Wert als die Sachleistung. Trotz der geringeren Höhe im Verhältnis zur Sachleistung besitzt die Geldleistung in allen Pflegegraden ein starkes Übergewicht, was die Leistung der Pflege in den Familien nochmal zu unterstreichen vermag. Durch die geringere Leistungshöhe der Geldleistung im Verhältnis zur Sachleistung wird der Effekt der Konsumentensouveränität aber schon zum Teil konterkariert. Warum die Geldleistungen den Sachleistungen wertmäßig so deutlich unterlegen sind, lässt sich rechtlich nicht überzeugend herleiten. Die häufigste Begründung der starken Begrenzung liegt darin, Missbrauch vorzubeugen. Der Gesetzgeber wollte auf diese Art und Weise ungerechtfertigte Mitnahmeeffekte verhindern. Außerdem habe man befürchtet, dass, würde man die Geldleistung auf das Niveau der Sachleistung anheben, die Leistungserbringer die Versorgungsverträge mit den Pflegekassen umgehen könnten und damit auch die Qualitätskontrollen, da die Pflegebedürftigen sie ebenso gut selbst bezahlen könnten.

Ähnliche, eher familienfeindliche Strukturen, finden sich in weiteren regelhaften Leistungen der PV, wie der Finanzierung der Verhinderungspflege oder der Betreuungsgelder, die entweder gar nicht oder nur zu geringeren Summen an Familienangehörige ausbezahlt werden:

„Es gehört zu den Widersprüchen der Pflegeversicherung, dass der Familie zwar bei der Pflege der Vorrang gegeben wurde, dass gleichzeitig der Schwerpunkt der Leistungsstrukturen gegenläufig zur Familienkultur konzipiert ist. Dort wo man Loyalität und Vertrauen erwarten kann, wird keine Alimentation gegeben“ (Gröning 2019).

Kundenorientierung und Verbraucherschutz bilden sich erst durch den neuen Pflegemarkt heraus. Um Orientierung geben zu können, benötigt die Pflegeberatung eine reflektierte und eindeutige Haltung zur pflegenden Familie, die auf den Grundannahmen der beratenden Disziplinen ausgearbeitet werden muss. Das SGB XI bietet hier, anders als das SGB VIII, keine klare Grundlage.

Bei der spannungsvollen Verbindung von Beratung, Verkauf und Hilfebedürftigkeit ist immer wieder eine Rollenklärung erforderlich, um Transparenz in das Beratungsverhältnis zu bringen. Diese Klarheit ist die Grundlage für eine Vertrauensbeziehung.

Unabhängige Beratung zur Gesundheit und Pflege dient nicht nur der Orientierung Einzelner auf dem Markt, sondern stärkt auch gesellschaftliche Zielsetzungen, z. B. die Milderung gesellschaftlicher Ungleichheit. An dieser Stelle braucht die Pflegeberatung aber sozialtheoretisches,

gendersensibles Hintergrundwissen und einen Blick für gesellschaftliche Konsequenzen der Reformen.

Aus dieser Neuorientierung bildet sich auch die aktuell viel besprochene Gesundheitskompetenz, die sich vor allem dem Phänomen zuwendet, dass es viele Menschen gibt, denen z. B. das Lesen schwerfällt und die es schon deswegen schwer haben, eine informierte Entscheidung zu treffen.

3.5.2 Gesundheitskompetenz

Gesundheit gilt ganz allgemein als herausragender Wert, jedoch ist dessen ungleiche Verteilung in der Bevölkerung bereits vielfach belegt (vgl. Maron 2015; Lampert et al. 2005). Einflussreiche Determinanten für das hohe Gut Gesundheit und lange Lebenserwartung sind ein gesunder Lebensstil, Einkommen und Bildung (Hurrelmann, Richter 2018). Und eben diese korrelieren hoch mit der sogenannten messbaren „Gesundheitskompetenz“. Gesundheitskompetenz ist ein mittlerweile viel gebrauchter Begriff im Kontext der Gesundheitsförderung, der in seiner Bedeutung unterschiedlich weit reicht. In den 1970er Jahren wurde der Begriff für funktionelle Kompetenzen wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen verwendet (vgl. Fousek et al. 2012: 4). Die WHO erweitert den Begriff 1998 und bringt ihn sehr eng in Verbindung mit Empowerment⁸². So gelesen wird Gesundheitskompetenz verstanden als geistige und soziale Fertigkeit, sich Zugang zu Gesundheitsinformationen zu verschaffen, diese zu verstehen und so einzusetzen, dass sie der persönlichen Gesundheit nützen. Auf der 7. globalen Konferenz für Gesundheitsförderung der WHO in Nairobi 2009 wurde die Sichtweise weiterentwickelt und um die Bereiche Umwelt, Politik und Soziales ergänzt. Als besonders wichtig erachtet wurde der Blick auf das Gesundheitssystem, innerhalb dessen die Gesundheitsförderung passiert. Gesundheitsförderung wird von der WHO als grundlegend wichtiges Konzept betrachtet, in der sie alle Mechanismen der Partizipation integriert sieht (vgl. Fousek et al. 2012: 4).

Aktuell findet sich Gesundheitskompetenz in der deutschen Forschungslandschaft vor allem als Synonym zur Health Literacy. Aber auch hier gibt es unterschiedliche Auslegungen. Allgemein

⁸² Empowerment zielt darauf ab, dass „Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten (...) Die Förderung von Partizipation und Gemeinschaftsbildung sind wesentliche Strategien des Empowermentprozesses, die sich meist auf benachteiligte Personen oder Gruppen beziehen. Empowerment verlässt die hierarchische Ebene vieler gesundheitlicher Dienstleistungen und betont vorhandene Stärken und Ressourcen (Lebenskompetenzen)“ (Fousek et al. 2012: 8).

ist die Fähigkeit von Individuen gemeint, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln. Gesundheitskompetenz kann aber auch über das Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen hinaus verstanden werden. Health Literacy meint dann alltagspraktisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper und bezieht darüber hinaus auch das Wissen zu gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen mit ein (vgl. u. a. Thomas Abel, Eva Bruhin, Kathrin Sommerhalder, Susanne Jordan 2018). Die Gesundheitskompetenz ermöglicht den Menschen, sich in der Rolle als Patient*in oder als Pflegebedürftige*r im Gesundheitssystem zurechtzufinden und präventive und therapeutische Empfehlungen umsetzen zu können. Eine breit in der Fachwelt wahrgenommene Studie zur Health Literacy (Quenzel, Schaeffer 2016) konnte u. a. festhalten, dass ca. die Hälfte (54 %) der deutschen Bevölkerung Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat, also über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügt. Gemeint sind in der hier benutzten Definition von Gesundheitskompetenz die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen für sich persönlich ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die eigene Gesundheit zu erhalten, bei Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Gesundheitssystem zu sichern oder sich kooperativ an der Behandlung zu beteiligen sowie die nötigen Entscheidungen zu treffen (vgl. u. a. Sorgenden et al. 2012 in Schaeffer et al. 2016).

Im Wandlungsprozess von der Industrie- über die Informations-⁸³ zur Wissensgesellschaft (vgl. Lane 1966 in Reinecke 2010b) und weiter in das digitale Zeitalter hat sich die Menge wie auch das Tempo enorm gesteigert, in welchem Informationen zu Gesundheit generiert und allgemein zur Verfügung gestellt werden. Die Menschen haben neue und schnelle Zugänge zu Quellen (Internet im Smartphone u. a.) oder es stehen grundsätzlich neue Quellen (soziale Medien bis hin zu Messengerdiensten) zur Verfügung, in denen massenhaft Informationen zur Gesundheit lagern. Zudem wächst auch das spezialisierte Wissen im medizinisch-pflegerischen Bereich exponentiell an. Während der Corona-Epidemie (2020) zeigte sich die Möglichkeit, die Bevölkerung über viele Informationskanäle mit Gesundheitsinformationen zu „fluten“. Neben dem erfreulich reichhaltigen und heterogenen Angebot an Hygiene- und Gesundheitswissen wurde gleichzeitig deutlich, dass die Notwendigkeit besteht, diese Informationen für sich zu ordnen, sie zu verstehen und zu beurteilen, um sie individuell anwenden zu können. Allein die schiere Menge an Informationen, egal ob richtig oder falsch, kann Unsicherheiten beim Adressaten

⁸³ Spinner (2001) sah das wohlfahrtsstaatliche Ideal „Wohlstand für alle“ durch eines abgelöst, das da heißt „Wissen für alle“.

auslösen. Unsicherheiten wiederum lösen verschiedene Verhaltensweisen aus, von Panik bis Verleugnung, die sich ebenfalls auf die Gesundheit auswirken können.

Es ist also schlüssig, den Zugang und Umgang mit Gesundheitsinformationen anhand des Konzepts der Gesundheitskompetenz zu befragen und Strategien zu entwickeln. Beraterinnen und Berater brauchen nicht nur eine Sensibilität, sondern auch Methoden, diese Menschen zu beraten und zu bilden, die sich im Gesundheitssystem nicht so einfach zurechtfinden.

Das evidente Wissen der Medizin und der anderen Gesundheitsberufe ist spezialisiert, komplex und oft schwer zu verstehen. Daher ist die Arbeit an der Health Literacy vor allem auch eine zielgruppenspezifische Übersetzungstätigkeit. Kommunikation, Hilfe zur Partizipation, Hilfe zur Entscheidungsfindung stehen im Mittelpunkt. Steigerung der Gesundheitskompetenz ist aktuell eine große, auch multidisziplinär besetzte Bewegung, die Beratung im Gesundheitswesen weiterentwickeln will. So entwarfen die Health-Literacy-Expert*innen einen Leitfaden für ein systematisches Vorgehen auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen, in dem ein bundesweites Programm vorgeschlagen wurde, das als Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz⁸⁴ bekannt ist (2018). Die darin enthaltenen systembezogenen Facetten beziehen sich explizit auf die Hilfestellung durch Akteure im Gesundheitssystem. Damit ist die gute und kompetente Unterstützung und Beratung in allen Einrichtungen der Versorgung gemeint, die möglichst vernetzt und patientenorientiert durchgeführt werden sollte. Die Zielausrichtung ist dabei vor allem ein präventives Vorgehen.

Für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit spielt das Konzept Gesundheitskompetenz insbesondere im Case Management eine große Rolle, da Case Manager*innen Patient*innen bzw. Klient*innen mit mangelnder Gesundheitskompetenz durch das Gesundheits- und Sozialsystem begleiten und beim Aufbau ihrer Gesundheitskompetenz unterstützen können. Dabei können Case Manager*innen die Gesundheitskompetenz der Menschen auf individueller Ebene fördern. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit stellt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor ein komplexes Versorgungssystem. Schriftliche Informationen über Wahlmöglichkeiten auf dem Markt der Dienstleistungen sind nicht immer verfügbar, verständlich, auf den individuellen Fall anzuwenden oder überhaupt das gewünschte Medium zur Orientierung und Unterstützung.

⁸⁴ Eine Projektgruppe aus Forschern der Universität Bielefeld gemeinsam mit der Hertie School of Governance und dem AOK Bundesverband entwickelte 2018 diesen Leitfaden. Den Anfang fand das Projekt im Juni 2017 durch die vom Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ins Leben gerufene „Allianz für Gesundheitskompetenz“ zu einer gemeinsamen Erklärung verpflichtet hat, Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens zu entwickeln und umzusetzen.

Pflegebedürftige leiden häufig an einer Vielzahl von Einschränkungen, begründet durch unterschiedliche Erkrankungen. Pflegende Angehörige sind im Durchschnitt 67 Jahre alt (DEGAM 2018) und haben nicht selten selbst gesundheitliche Beeinträchtigungen. Passende Pflegearrangements unter diesen Voraussetzungen kompetent auf dem Markt der Möglichkeiten zusammenzustellen erweist sich oft als schwierig. Zielgenaue Übersetzungsleistungen wirken hilfreich.

Die meisten Erkenntnisse der Gesundheitskompetenz-Forschung werden in quantitativen Studien gewonnen⁸⁵ und geben auf diese Weise einen guten Einblick in das Ausmaß des Bedarfes, um Strategien für eine bessere Gesundheit der Allgemeinheit zu entwickeln⁸⁶. Dennoch richtet sich Gesundheitskompetenz auf diese Weise überwiegend an dem Messbaren aus. So erkannte Lücken werden mit Expertenwissen ausgefüllt und ergänzt. Dem Einzelnen soll ermöglicht werden, allgemeine gesundheitliche Risiken besser für sich selbst einzuschätzen und zur Verfügung stehende Handlungsoptionen besser für sich bewerten zu können. Auf dieser Grundlage können und sollen informierte Entscheidungen getroffen werden.

Zur Kritik: Aus beratungswissenschaftlicher Sicht sind bei diesem wichtigen gesundheitswissenschaftlichen Vorgehen dennoch zwei Aspekte kritisch zu betrachten. Zum einen betrifft es den teilweise verengten Fokus der Präventionsperspektive:

„Eine grundlegende Schwierigkeit der Präventionsperspektive besteht darin, daß sie systematisch die Fähigkeit zur Einfühlung und zum Begreifen der Untersuchungsgegenstände stört. Nur mit der Perspektive des Verstehens können die Struktur der sozialen Verhaltensmuster und die vielfältigen Nuancen menschlichen Eingehens auf diese Muster erfasst und analysiert werden“ (Matza 1973: 22).

In diesem Zusammenhang besteht zumindest die Gefahr, dass mit der Einnahme der Rolle des Experten, der im Wesentlichen spezialisiertes Wissen übersetzt und zielgruppenspezifisch anbietet, leicht das Vermitteln von expertokratischem und zweckrationalem Wissen verbunden ist. Um dieses Wissen jedoch soziokulturell und lebenspraktisch zurückzubinden (vgl. Dewe, Otto 2012), ist und bleibt die offene Wissensgenerierung in der direkten Begegnung wichtig. Demnach ist nicht nur die gute Aufarbeitung des vorhandenen Gesundheitswissens zur Prävention vor Schädigung wichtig, sondern auch die Fähigkeit der eingebundenen Akteure, gesundheitliche Lagen zu verstehen und Prinzipien wie Mündigkeit und Emanzipation zu folgen .

Zum Zweiten wird gesundheitsschädliches Verhalten oder gesundheitliche Gefahren immer durch den professionellen Blick erfasst und bearbeitet. Die praktische Umsetzung des Konzepts

⁸⁵ In Deutschland ca. 95 % laut Dr. Okan (2020) Übergabe Podcast Transkript Gesundheitskompetenz.

Gesundheitskompetenz soll für die breite Bevölkerung präventiv wirksam werden. Somit sind die umsetzenden Akteure daran beteiligt, eine gesündere Gesellschaft mitzugestalten, und zwar so, dass die einzelnen Individuen nicht herausfallen. Genauer gesehen ist es demnach auch eine Rückbindung an sozialpolitisches bzw. staatliches Handeln. Es ist nicht einfach nur helfen und integrieren, sondern bedarf auch eines entsprechenden oft veränderten bzw. angepassten Verhaltens der Adressat*innen. So gesehen gehört es auch zu den Zielen, bei der Normalisierung von sozialer Benachteiligung mitzuwirken oder eben jenseits der Funktion des Helfens immer auch überwachende bzw. kontrollierende Tätigkeiten zu umfassen. Ein Thema, mit dem sich die allgemeine sozialpädagogische Arbeit im Rahmen des doppelten Mandats schon lange auseinandersetzt. Für die Theorie der Sozialen Arbeit warnt Schierz (2013: 29–46) in dem Kontext davor, in der Präventionsperspektive „aufzugehen“. Sie laufe sonst Gefahr, soziale Prozesse und Zielgruppen als abweichend zu stigmatisieren. Denn er sieht gerade in der Fokussierung auf Prävention eine Transformation sozialer Kontrolle und folgt damit einer Theorie der Modernisierung, welche den Wandlungen der Verbindungen wohlfahrtsstaatlicher Politik als einem Moment sozialer Kontrolle nachspürt.

„Gesellschaftstheoretisch gewendet wird [...] der Übergang von den wohlfahrtsstaatlichen Disziplinargesellschaften (vgl. Foucault 1994), die einer normativen Skizze des Einschlusses und der Disziplinierung folgten, hin zu eher risikobetonen Kontrollgesellschaften (Deleuze 1993; Krasmann 2003), die einerseits selektiv zu Ausschluss neigen und Sicherheitsdiskurse und -belange in das Gewebe spätmodernen Alltagslebens übertragen, rekonstruiert.“ (Schierz 2013: 32)

Schierz geht es darum, ein grundlegendes Verständnis für die Problematik sozialer Kontrolle und ihrer Wandelbarkeit in verschiedenen Gestalten nachzuzeichnen. In Anlehnung an Foucault findet er in der Gesellschaft, die sich insgesamt nach Sicherheit ausrichtet, wieder die Spur des vorgeschriebenen richtigen Lebens, des Regiertwerdens, die Gouvernamentalität. Unter diesem Aspekt ist auch die Gesundheitskompetenz immer wieder zu befragen.

Gesundheit, wird sie denn als Prozess verstanden und darin eine Entwicklung des Subjekts angestrebt, braucht Emanzipation. Denn Gesundheitskompetenz bedeutet auch Entscheidungskompetenz und ermöglicht, wenn vorhanden, ein höheres Maß an Selbstbestimmung. Der Kompetenzbegriff, so er in dem Konzept auf den einzelnen Menschen bezogen ist, könnte in der Lesart auch mit einer individuellen Persönlichkeitsentwicklung verbunden sein. Es geht nicht nur um Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern auch um Bereitschaften, Haltungen und Orientierungen – also um subjektive Dispositionen. Kompetenz ist diesem Verständnis nach folglich nicht als rechtlich oder fachlich zu bescheinigende, messbare Fertigkeit gedacht, sondern als ein Prozess der Entwicklung und der individuellen Ordnung.

3.5.3 Sozialrechtlicher Anspruch

Beratung ein Prinzip des sozialen Rechtsstaats

Die dritte große Orientierungslinie begründet die Pflegeberatung im Sozialrecht. Dazu wurden in diesem Kapitel schon einzelne Paragraphen vor allem aus dem SGB XI angeführt. Die einzelnen Leistungsträger der zwölf Sozialgesetzbücher sind nach den allgemeinen Regeln im Gesetzbuch 1 SGB (§ 13 SGB I) verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären. Damit ist in erster Linie das eigene Sozialrechtsgebiet gemeint. Der professionelle Bezugsrahmen für Pflegeberatung ist also auch gebunden an eine „Programmzuständigkeit“ (Höhmann 2006: 22) die in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern sowie Berufs- und Ausbildungsrechten ausgeführt wird. Im Mittelpunkt steht bei allen die Information der Bürger*innen über Sozialversicherungsleistungen in Form von Auskunft, Darstellung von Sachverhalten in Broschüren, Anzeigen in der Presse u. Ä.

Aber es geht noch um mehr als um Information, sondern darum, den Bürger*innen soziale Gerechtigkeit und Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Die Verankerung und Begründung der Beratung ist deswegen gesellschaftlich tatsächlich noch elementarer angelegt, nämlich in den Paragraphen des Grundgesetzes:

Sozialrechtliche Beratung ist ganz elementar den übergeordneten verfassungsrechtlich vorgegebenen Leitprinzipien des Grundgesetzes verpflichtet. Die Orientierung ist also Sozialstaatlichkeit, Rechtsstaatlichkeit und Demokratie. Eine Auflösung dieser drei Verfassungsnormen ist durch den Artikel 79 Abs. 3 GG, die sogenannte Ewigkeitsklausel, nicht möglich. Aber auch die Buchstaben des Grundgesetzes stünden alleine „nackt“ da, hätten sie nicht einen Ideenhintergrund, der sie einkleidet, somit erst erkennbar gestaltet und auf diese Weise wiederum einen Bezug zur Gesellschaft schafft.

Beratung ist daher nicht nur eingebettet in einzelne spezialisierte Paragraphen oder in Leitprinzipien von Professionen (Kapitel 3 und 4) oder in eine berufliche Ethik. Sie wäre sonst sowohl dem Zeitgeist als auch dem freien Drehen der Diskurse innerhalb der Disziplinen ausgeliefert. Zudem sind auch die spezifischen institutionellen Kontexte, in denen professionelle Beratung erbracht wird, in den Beratungsprozessen wirkmächtig und legen sich über diese im Gesetzestext geronnenen Ideale (vgl. Gröning 2010a). So ist die Einbettung der Beratung in die verschiedenen Sozialgesetzbücher trotz unterschiedlicher Träger und Schwerpunkte dennoch an den gemeinsamen Wertehintergrund des Grundgesetzes gebunden (vgl. Suschek in Becker et al 2013). Diese Grundrechte beschreiben ein Menschenbild, das bis in die Beraterbeziehungen

hineinreicht oder besser: hineinreichen muss. Als Beispiel wäre anzuführen, dass Beratungsformate, die eine Personenorientierung in den Mittelpunkt stellen, auch einen Begriff von „Person“ haben. Was eine Person ist, drückt sich wiederum in den Grundrechten unserer Verfassung aus und wird nicht in den Beratungskonzepten neu verhandelt.

Die soziale Arbeit begründet in dem Sinne Beratung als Methode schon seit den 60er Jahren mit der Idee der Aufklärung, im Sinne der Mündigkeit und Entscheidungsfreiheit als Prinzipien sozialer Rechtstaatlichkeit und Demokratie. In dieser Tradition zielt die sozialpädagogische Beratung auf die Herstellung sozialer Grundrechte, auf persönliches Wachstum und die Erweiterung individueller Freiheit wie auch auf die Teilhabe an der Gesellschaft.

Für die Pflegeberatung, die hier als sozialpädagogische Beratung betrachtet werden sollte, ist demnach auch zu fragen, ob die humanistische Tradition der Aufklärung dort auch zu finden ist. Wird also Beratung in den Kontexten von Pflegebedürftigkeit zur Schaffung von Handlungsspielräumen eingesetzt oder ist das Gegenteil der Fall und die Beratenden werden über eine „Sozialtechnologie-Beratung“ zur Anpassung an ökonomische Zwänge gebracht?

Zu einer ersten Beantwortung werden theoretische Konzepte aufgelistet, die seit der Wirksamkeit des SGB XI aus der Pflegewissenschaft entworfen wurden, um das Handlungsfeld aus der eigenen Disziplin zu stützen bzw. einen Bezugsrahmen zu entwickeln.

3.5.4 Theoretisierte Konzepte für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit und ihre wissenschaftlichen Grundpositionen

3.5.4.1 Verhaltensorientierte Beratungsansätze – pflegebezogene Edukation

Mit Bedeutungszunahme der deutschen Pflegewissenschaft wurden auch pflegeeigene Handlungsfelder konkreter bestimmt. Fachbegriffe für die spezifischen Aufgaben mussten gefunden, gefüllt und geprägt werden. Pflegebezogene Edukation gehörte dazu und stellt ab da ein bedeutendes und viel diskutiertes Konzept in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit dar. Neben der Einführung des etwas sperrigen Begriffs „Edukation“ in die Disziplin gewinnt ab 1995 eine theoretische Richtung an Bedeutung, die als Wittener Konzept und vor allem als Patienten- und Familienedukation in der Fachwelt Aufmerksamkeit erlangt. Der Begriff Edukation wurde wegen seiner internationalen Gebräuchlichkeit gewählt und das Ziel verfolgt, so auch den internationalen Anschluss an das Thema zu bekommen. In den Ländern, in denen die Akademisierung der Pflege schneller vorangeschritten war, wie in den Benelux-Staaten, in Großbritannien, Skandinavien und in den USA, und in der dort entstandenen pflegewissenschaftlichen Literatur war Patient Education schon länger ein etablierter Begriff.

Im Deutschland wird er ob seiner vielen Dimensionen auch in fachwissenschaftlichen Veröffentlichungen nicht immer mit derselben Bedeutung verwendet und oft immer noch unter der ursprünglich übersetzten Wortbedeutung ‚Erziehung‘ verstanden. Vor allem für die Patientenzentren (Kapitel 3.4) liegt ein theoretischer Rahmen vor, der ein weites Verständnis von Edukation formuliert und so Modelle in die Praxis bringt (Abt-Zegelin 1999). Dort ist diese pflegespezifische Edukation ein Oberbegriff für verschiedene Aktivitäten, die in vier Hauptinterventionen eingeteilt wird: Information, Schulung, Beratung und seit 2010 wird auch Moderation dazugezählt.

Information wird definiert als gezielte Mitteilung, Bereitstellung verschiedener Medien, Vermittlung relevanter Adressen in einem offenen Angebot sowie Recherchehilfe.

Schulung fasst das Konzept als zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen/Fertigkeiten. Dazu existieren verschiedene konkrete Handlungsanleitungen, sogenannte Mikroschulungen, die für spezielle Schulungsanlässe entwickelt und der Pflegepraxis zur Verfügung gestellt wurden.

Beratung findet sich auf der Seite des Netzwerks Patienten- und Familienedukation e. V. als ergebnisoffener, dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird. Zunehmend rückt die Moderation von Selbsthilfegruppen oder innerhalb pflegender Familien ins Zentrum der Patienten- und Familienedukation (PatEdu) (vgl. Abt-Zegelin 2014).

Die „Wittener Werkzeuge“ verstehen die Vertreter der PatEdu als eigenen pflegebezogenen Beratungsansatz sowie als konkretes Handlungskonzept mit speziellen Interventionsmethoden. Es fasst Lern- und Bildungsmaßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Stärkung des Kohärenzgefühls von Einzelpersonen oder Familien zusammen. Früh wird von der Fachwelt Kritik an dem Ansatz geübt, da er sich in den Veröffentlichungen eine theoretische Fundierung in der Salutogenese zuschreibt und dort Selbstbestimmung und Empowerment anstrebt. Die Komponenten des Wittener Konzepts bleiben allerdings über den klaren Krankheitsbezug in den Interventionen und nur punktuellen Einsätzen dem biomedizinischen Paradigma verhaftet. So zielt es entgegen der eigenen Darstellung eben doch nur Compliance an (vgl. Darmann-Finck, Sahm 2006: 287–293). Ein individueller Alltagsbezug und prozesshafte Beratung wird im Laufe der Entwicklung dann aber doch herausgearbeitet und so die theoretische Basis erweitert. Mittlerweile stützt sich die Patientenedukation auf verschiedene theoretische Ansätze. Die Hauptinterventionen richten sich aber auch heute vor allem auf den Aufbau des Wissens über die vorliegende Erkrankung und das Erreichen von Handlungsfähigkeit und

Motivation bei den Ratsuchenden. Dazu dienen durchaus auch weiterhin kognitive, emotional-motivationale und behaviorale Ansätze. Als theoretische Basis oder wichtige Bezüge der Patientenedukation nennt Abt Zeglin weiter in den Veröffentlichungen die Salutogenese, die Gesundheitskompetenz, das Empowerment, humanistische Psychologie und Pädagogik, aber auch das transtheoretische Modell sowie das Trajekt-Modell. Als weitere grundsätzliche Orientierung nennen sie Hoffnung und Ermutigung (vgl. Abt Zeglin 2014).

Diese Entwicklung zur Mischung verschiedener Theorien unter diesem Dach bieten Praktiker*innen aus unterschiedlichen Richtungen Räume, Entwicklungen in der Patientenedukation voranzutreiben. Sie suchen dabei stark den Bezug zur Praxis, die sie bei der Methodenentwicklung unterstützt. Pflegefachleuten wird Bildung in Kommunikation angeboten, die sich vor allem auf das humanistische Menschenbild und die Gesprächsführung von Carl R. Rogers bezieht. Auch praktische Handlungsanleitungen für die genannten Hauptinterventionen werden verbreitet. So hilft die sogenannte Wittener Liste professionell Pflegenden dabei, Informationsbroschüren für erkrankte oder pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen in Bezug auf Nutzerorientierung, Gestaltung und Wissensbasierung zu bewerten oder selbst zu entwerfen (vgl. Tolsdorf 2010). Die Wittener Werkzeuge wurden in enger Zusammenarbeit mit dem deutschen Psychologen Günter G. Bamberger – einem der prominentesten Vertreter der lösungsorientierten Beratung in Deutschland – entwickelt.

3.5.4.2 Humanistische und integrative Beratungsansätze in der Pflegeberatung

Leiborientierte Beratung – Konzept Beratung in der Pflege (Koch-Straube)

Ein weiteres Konzept zur Beratung wird fast zeitgleich konzipiert und wird in der Fachpresse miteinander diskutiert (vgl. Darmann-Finck, Herriger 2002). Die sogenannte Leiborientierte Beratung (Koch-Straube 2001) ist humanistisch orientiert und theoretisch phänomenologisch fundiert. In Abgrenzung zur Edukation stellt es nicht das pathologische Ereignis in den Mittelpunkt, sondern fokussiert Lebenskrisen und das subjektive Erleben des Patienten in all seiner Komplexität. Ziel ist das lebensweltliche Verstehen und die Stärkung und Erweiterung der Selbstverfügungskräfte des Menschen.

Im Übergang vom 20. ins 21. Jahrhundert wurde ein theoretisch fundiertes Curriculum „Beratung und Supervision“ für einen neuen Diplomstudiengang Pflege in Bochum entwickelt. Bisher gab es kaum Vorbilder für dieses Studienformat. Mit der damals viel beachteten Veröffentlichung „Beratung in der Pflege“ (Koch-Straube 2001) wurde neben einer Standortbestimmung zur Pflegeberatung, die Grundlage elementare Aspekte, wie die genuine Würde des Menschen

und das Recht auf die Kompetenz zur Selbstbestimmung in allen Lebenslagen, von theoretisch fundierter, wissenschaftlicher Beratung in das Selbstverständnis von professioneller Pflege zu integrieren. In der Schrift wurden die kritikwürdigen Situationen in Pflegeeinrichtungen mit internationalen pflegetheoretischen Überlegungen verbunden und das Resultat in Beziehung mit den hiesigen Modernisierungsanforderungen im Individualisierungsprozess gesetzt. Weiter zeigte sich, dass als Pflegeberatung vor allem Formen wie Information, Anleitung und Schulung vorherrschten. Koch-Straube formulierte die Überzeugung, dass solch ein Beratungsverständnis zu eng geführt sei, und nennt es „pflegekraftorientiert“. So trage es einen direktiven Charakter in sich, der vor allem den Kranken mitteilen wolle, wie sie sich am besten zu verhalten haben, um die Krankheit zu bewältigen (vgl. Koch-Straube 2008: 8).

Beratung jedoch als eigenständigen professionellen Auftrag zu formulieren, kam in der Praxis aber eher befremdend, schillernd und unspezifisch an. Einsichtiger war es für die verunsicherte Pflege, Beratung als Vermittlung in diesen Veränderungsprozessen zu verstehen. Ohne klare Handlungsanleitung löste der Ansatz eben eine gewisse Ratlosigkeit aus.

Tatsächlich wurde die Beratung als professionelles Handlungsfeld in der Zeit ambivalent verhandelt und wissenschaftlich konkurrierten die beiden genannten Ansätze miteinander. So entstanden, auch über diese Auseinandersetzung Anfang der 2000er Jahre, vermehrt Veröffentlichungen, die Beratung für die Pflege weiter entfalten wollen. Vielfach wird dort Pflegeberatung als besonders bedeutsam für die Entwicklung der Pflege als Profession gesehen. Vorschläge, es tiefer auszuarbeiten, um es in den Beruf fundiert zu integrieren, las man zu der Zeit öfter (vgl. Schaeffer et al. 2006; Hüper et al. 2007). Auch die neu entstehenden pflegfachlichen Expertenstandards tragen regelhaft eine Ebene der Beratung in der Grundstruktur.

Auf der anderen Seite bemühte sich aber die berufliche Pflege in einer Art Emanzipationsbewegung, sich vom tradierten Bild der Krankenschwester zu entfernen, deren Handeln vor allem durch weibliche Attribute wie emotionale, personennahe Zuwendung geprägt ist. Beratung wird im allgemeinen Verständnis eher dem Alltag zugeordnet, als zugewandte menschliche Gespräche verstanden und zählt damit zu den weichen, eben weiblichen Themen. Bezogen auf das Ansehen in der Arbeitswelt werden solche Themen mit einer gewissen Abwertung verbunden. Dagegen wurde angenommen, dass der Fokus auf distanzierteres, medizinisches Handeln mit fachlichen Spezialisierungen weniger „häuslich“ wirke und damit bessere Aussichten auf eine Aufwertung des Berufes ergebe (Koch-Straube 2006).

Koch-Straube arbeitet in ihrem Ansatz das Spezielle an der Beratung in der Pflege heraus und schafft somit erstmals eine theoretische Kontur um die Beratung in der deutschen Krankenpflege sowie eine Unterscheidung zur sozialen Arbeit, die im selben Feld professionell beratend tätig ist. Sie nennt als Alleinstellungsmerkmal der Beratungssituationen in der Pflege, dass im Mittelpunkt der körperlich beeinträchtigte Mensch steht. Körperkontakt, eine diesem beruflichen Handeln eigene und vorbehaltene Nähe zwischen Pflegendem und Gepflegtem, bedarf eines theoretischen Denkmodells, das den Dualismus zwischen körperlichen und psychosozialen Anliegen überwindet. Sie schlägt einen phänomenologischen Ansatz und das Leibkonzept⁸⁷ als theoretischen Rahmen vor. Daraus entwickelt sie die *leiborientierte Beratung in der Pflege*. Leiborientierte Pflege ist in der Lesart ein eigener Auftrag in der Pflege, in dem Phänomene wie Schmerz, Angst u. Ä. nicht ausschließlich als körperliche Probleme gedeutet werden, sondern in der Interaktion mehr Dimensionen in den Blick genommen werden.

Der reflexive Umgang mit Macht und Ohnmacht, mit Wissen und Abhängigkeiten nimmt bei der leiborientierten Beratung ebenfalls eine hervorgehobene Stelle ein. Machtgefälle u. a. durch das hochspezialisierte und verdichtete medizinische Wissen im Gesundheitswesen, verstärkt durch kalte technische Abläufe, führen Patient*innen in Ohnmachtsgefühle, die weder Widerstand noch wirklich eigene Entscheidungen zulassen. Nicht zuletzt durch eine intensive Auseinandersetzung mit den menschenverachtenden Verbrechen durch Mediziner*innen und Pflegenden im Nationalsozialismus bestimmen grundlegende ethische Überlegungen die Ausarbeitung des Konzeptes 'Beratung in der Pflege'. Darin steckt die Überzeugung, dass wissensbasiertes sach- und fachbezogenes Handeln einerseits und Mitmenschlichkeit und Achtung der Souveränität andererseits nicht nur vereinbar sind, sondern gleichfalls ein Kennzeichen hoher Professionalität sind (vgl. Koch-Straube 2004: 9).

„Professionelles, rational und logisch begründetes Wissen birgt eine große Versuchung in sich, die Selbstmächtigkeit und Selbstsorge des Patienten zu beschneiden oder gar aufzuheben. Doch die Selbstmächtigkeit des Menschen, seine subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, seine Ideen darüber, wie dem eigenen Leben Sinn zu verleihen sei, sehen wir als einen Baustein von Beratung an. Das fachliche Wissen und die Erfahrung sind die anderen wesentlichen Bausteine der professionellen Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegtem.“ (Koch-Straube 2004: 80)

Mit der „leiborientierten Beratung“, die sich als integrativer Ansatz versteht, wird ein eigener Auftrag aus der Pflege zu entwickelnder ethisch fundierter Beratungsauftrag eingefordert. Der ganze

⁸⁷ Die klassische Phänomenologie wurde von Edmund Husserl (1859–1938) zu Beginn des 20. Jahrhunderts begründet und geprägt. Ihm ging es um eine Neugründung der als spekulativ und idealistisch kritisierten Philosophie und ihre Rückführung auf nachvollziehbare Analysen von für jedermann wahrnehmbaren Phänomenen. Hermann Schmitz begründet seit den 1960er Jahren die *Neue Phänomenologie*, die die Leiblichkeit des Menschen zum expliziten Ausgangspunkt nimmt. Ethik, Recht, Ästhetik leitet er grundlegend aus der leiblichen Verfasstheit des Menschen ab.

Mensch und nicht nur sein körperliches Problem soll in den Blick genommen werden. So ergibt sich die Besonderheit der pflegerischen Beratung dadurch, dass die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patient*innen gleichermaßen den Austausch von Sprache wie den Austausch von Berührung enthält und erst durch eine holistische, ganzheitliche Wahrnehmung der Patientensituation, auf diese Weise ausgearbeitet, vom somatischen Blick der Medizin abhebt (vgl. Koch-Straube 2001).

Wenn in dem Konzept der Aspekt der Leiborientierung in den Mittelpunkt des Verständnisses von pflegerischer Beratung gestellt wird, geschieht das im Anschluss an Rahm, Otte, Bosse und Ruhe-Hollenbach (1993, zit. nach Koch-Straube 2004): Leib als den „beseelte(n) lebendige(n) Körper oder genauer (...) (den) erlebende(n) und sich selbst erlebende(n) Körper“.

Als anzustrebendes Ziel für die Verschränkung von sprachlicher und leiblicher Kommunikation verwendet Koch-Straube (2001: 40) den Begriff der „interaktiven Kompetenz“ und versteht diesen als Erweiterung der in den 70er Jahren von Habermas entworfenen „kommunikativen Kompetenz“. Ihre Konzeption versteht sie als integratives Beratungskonzept, das mehr sozialwissenschaftlich als therapeutisch fundiert ist und an der integrativen Therapie von Petzold orientiert wird.

Dennoch blieb dieser Beitrag im Gegensatz zur eben vorgestellten Edukation vor allem ein theoretischer Beitrag. Die besonderen Merkmale dieser Beratung, das Prozesshafte, die Stufen und Methoden bedurften noch einer Übertragung, die in der Praxis nicht in vergleichbarem Maße angekommen ist.

Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke nach Hüper und Hellige (2002)

In den humanistischen Ansätzen zur Pflegeberatung, zu denen auch die leiborientierte Beratung zählt, steht die Beziehung zwischen den Ratsuchenden und den Beratenden im Mittelpunkt. Dabei zielen sie auf die psychosoziale Bewältigung der Lebenssituation, die durch eine Krankheitssituation bzw. Pflegeabhängigkeit ausgelöst wurde, und Beratung soll zu mehr Handlungs- und Entscheidungsautonomie führen. Im kooperativen Beratungsmodell (Hüper und Hellige 2012) werden verschiedene Konzepte verknüpft, die in der Pflegewissenschaft zu chronischen Erkrankungen verwendet werden. Chronisch kranke Menschen und ihre Bezugspersonen werden darin als besonders ratbedürftig angesehen. Sie sprechen für eine Beratungshaltung, die von einer „radikalen Hinwendung zu den Patienten und ihren Angehörigen“ (Hüper, Hellige

2015: 74) gekennzeichnet ist, und nennen es deswegen ein kooperatives Beratungsmodell. Pflegeberatung dient darin konkret der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, wenn die Selbstbestimmung der Ratsuchenden gefördert wird und der Beratungsprozess kooperativ und systematisch gestaltet wird (Hüper, Hellige 2012).

Als wesentliche theoretische Grundlagen des Beratungsmodells nennen sie, neben Verweisen auf Carl Rogers, das Trajekt-Modell, da sich gerade bei chronischen Erkrankungen die Verlaufskurven (vgl. Corbin, Strauss 2004) als besonders bedeutsam für die Gestaltung des Alltagsmanagements erwiesen haben. Mit der Hinwendung zu den gesundheitsfördernden Ressourcen beziehen sie sich auf die Salutogenese (Antonovsky 1997) sowie auf das Konzept des Empowerments (Rappaport 1985). Zudem wird ein Bezug zum leiborientierten Beratungsansatz nach Koch-Straube hergestellt, in dem Pflege als eine Begegnung zwischen „Leib-Geist-Seele-Subjekten“ (Hüper, Hellige 2015: 100) betrachtet wird.

Das integrative Beratungsmodell nach Sander (1999) wird von Hüper und Hellige als sinnvolle Möglichkeit betrachtet, Beratung in Pflegezusammenhängen professionell zu systematisieren. Über diese Verknüpfung und Weiterbearbeitung stellen sie für die Praxis allerdings eher den Rahmen einer systemischen Beratung her. So wird ein Assessmentschema zur Verfügung gestellt, das dem Typisierungsschema von Sander folgt und es um den Aspekt der Gesundheitsförderung ergänzt. Das Beratungsmodell wird in der Regel unter integrativer Beratung einsortiert (vgl. Hummel-Gaatz, Doll 2007: 18).

3.5.4.3 Systemische Beratung in der Pflegeberatung

In der pflegerischen Praxis und auch in der fachtheoretischen Auseinandersetzung finden systemische Ansätze sowie lösungsorientierte Beratung zurzeit die breiteste Rezeption und Anwendung. Aus der akademisierten Pflege wurden verschiedene Modelle entwickelt, die sich auf die Grundlagen der systemischen (Familien-)Therapie in der Pflegeberatung beziehen.

Als Beispiel soll hier eines der prominentesten Modelle, das systemische Beratungsmodell HUGADO (Hummel-Gaatz, Doll, 2006) genannt und in seinen Grundzügen erläutert werden. Es bezieht sich theoretisch auf die systemische Familientherapie nach Satir und zielt auf das Erarbeiten konkreter Lösungen für das gesamte Familiensystem. Insofern bezieht sich HUGADO zudem explizit auf lösungsorientierte Beratungsansätze. Das Modell ist, wie das Modell von kooperatives Beratungsmodell (Hüper und Hellige, 2012), auch im Kontext der onkologischen Pflegeberatung entstanden und will mit dem systemischen Ansatz eine Reduktion

der Komplexität der Beratung in dem anspruchsvollen Feld ermöglichen. Die Autor*innen verweisen darauf, dass eine Tumorerkrankung und ihre Folgen alle Lebensbereiche des Patienten und seiner Bezugspersonen beeinflusst. Die Wechselbeziehungen, Interaktionen und unterschiedlichen Kontexte der am Beratungsgeschehen beteiligten Personen stehen für sie im Mittelpunkt. Die Beratenden nehmen eine beobachtende und begleitende Position ein. In der systemischen Sichtweise werden als darstellbare Elemente im System die „Lebenswelt Patient“ und das „Betreuungssystem“ definiert und die aufeinander bezogenen Rückkopplungen betrachtet. Alle beteiligten Personen werden einem der definierten Systeme zugeordnet. So beinhaltet das System „Lebenswelt Patient“ neben dem erkrankten/pflegebedürftigen Menschen seine nahen Angehörigen und im weiteren Kreis Personen aus einem etwas entfernten Umfeld. Diese sind nicht klar voneinander abgegrenzt, sondern korrespondieren miteinander und versuchen immer ein Gleichgewicht herzustellen. Erkrankungen beeinflussen alle Dimensionen des Systems. Alle im System Lebenswelt sind potenzielle Adressat*innen der Beratung. Sie benötigen Beratung bezüglich ihrer eigenen Krisenbewältigung sowie Wissen über Pflege- und Betreuungsaufgaben (vgl. Hummel-Gaatz, Doll 2006). Das „Betreuungssystem“ beinhaltet neben der beratenden Pflegefachperson weitere professionell Pflegende und andere Akteure des therapeutischen Bereichs. Beide Systeme sind wiederum eingebettet in politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Der Beratungsprozess und auch Beratungsinhalte sind somit immer auch durch Normen und Werte der Gesellschaft sowie gesundheitspolitische Vorgaben und Regelungen mitbestimmt. Die Interaktionen zwischen der beratenden Pflegefachperson, dem „Betreuungssystem“ und der „Lebenswelt Patient“ werden in diesem Modell als dynamisch und wechselseitig abhängig beschrieben und als Beratungsprozess bezeichnet. Dieser „wird beeinflusst von der Wechselbeziehung zwischen den Komponenten“ (Hummel-Gaatz, Doll 2007: 23). Die Anforderungen an die Beratungskompetenz der Pflegefachpersonen sollten sich nach den Autor*innen aus Fach-, Methoden-, Sozial- und personaler Kompetenz zusammensetzen. Dieses Modell fand auch interdisziplinär Eingang in die hochschulische Lehre im Kontext Onkologie und darüber Verbreitung in der Praxis.

Die hohe Anerkennung für die fundierte und praxistaugliche Ausarbeitung dieses Handlungsfeldes sei hier ausdrücklich ausgesprochen.

Kritik, die zur systemischen Beratung allgemein angeführt wurde (vgl. Gröning 2015: 48 ff.; Welter-Enderlin 1992: 113; Jurczyk 2007), kann jedoch auch auf die daraus entwickelten Modelle der Pflegeberatung prüfend angewendet werden: So weist die Beratungskritik darauf hin,

dass die starke theoretische Fundierung in einem therapeutischen Konzept vor allem die Rolle des Experten mit seinem Blick auf die Konsequenzen der vorliegenden Erkrankung entwickelt. Damit hält sich in der Beratung eine gewisse Distanz zur Lebenswelt der Ratsuchenden. Denn die Beratenden nehmen in der Umsetzung des Konzepts die Rolle des Beobachters ein, der mit den Ratsuchenden über die Deutung der Situation verhandelt und auf die Suche nach individuellen Ressourcen geht, um die aktuelle Lage zu verbessern. Die Gefahr ist gegeben, dass Opfer zu Profiteuren umgedeutet werden, beispielsweise bei der Beratung einer Tochter, die in einer Geschwisterreihe ihre Eltern alleine pflegt: Auf der Suche nach individuellen Ressourcen zur Entlastung der schweren Situation wird der Blick auf das persönliche Wachstum und den emotionalen Gewinn durch die Nähe der palliativen Pflege gelenkt oder Achtsamkeit geübt, damit sie die Pflege weiter bewältigen kann, anstatt die ungerechte Situation unter den Geschwistern anzuerkennen bzw. ihre Einzelleistung, was eventuell erst den Weg zu einem Familiengespräch über eine gerechtere Aufteilung in der Familie eröffnen würde. Das setzt allerdings ein Arbeitsbündnis voraus, das erst über ein tiefes Verstehen der individuellen Situation, in der sich die Ratsuchenden befinden, herzustellen ist.

Unter Anwendung der typischen Intervention Reframen u. a. über zirkuläre Fragetechniken verzichtet die systemische Beratung zudem theoretisch auf das möglicherweise notwendige anwaltschaftliche Handeln. Denn das rechtsstaatliche Versprechen auf Hilfe (vgl. Kap. 3.6.3) wird durch therapienahe Gespräche und die individuell gehobenen Ressourcen bei der Person und ihrem Umkreis ersetzt. Die Kritik an der Lösungsorientierung setzt vor allem da an, wo sie sich besonders geschmeidig in die Logik der Ökonomisierung einpasst. Aufgerufene Prozesse effizienter und effektiver zu gestalten, um schneller ans Ziel zu kommen, sind möglichst kurz gehaltene Beratungen, die auf den Punkt kommen und sich vor allem an Ressourcen der Personen wenden, passend. Auf diese Weise könnten auch Ressourcen wie familiäre Unterstützung ökonomisch betrachtet werden. Die kritische Betrachtung, die nach den Hintergründen effektiver Kurzberatungsformate in existenziellen Grenzsituationen fragt, trifft unter dem Dach der Ökonomisierung dann auf Argumente wie beschränkte institutionelle Bedingungen und Ausstattung, seltener auf gute fachliche Begründung.

3.5.4.5 Pädagogische Beratung⁸⁸

Familiale Pflege: Die Familiale Pflege war zunächst ein erziehungswissenschaftliches Modellprojekt der pädagogischen Beratung an der Universität Bielefeld (2004–2018). Dort wurden

⁸⁸ Auf die Grundlagen wird in Kapitel 4.1.3 näher eingegangen.

Pflegefachleute ausgebildet, die pflegende Familien im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit begleiten. Die rechtliche Grundlage dieser Begleitung bildet der § 45 SGB XI und so gehört sie formal zur Pflegeberatung. Die wissenschaftliche Begleitung folgt einem komplexen Forschungsansatz, der verschiedene Theorien unterschiedlicher Soziologen (u. a. Luhmanns Systemtheorie, Foucaults machttheoretischer Ansatz, Klatetzki's Organisationssoziologie) sowie Theorien aus der Pädagogik miteinander verbindet. Die Grundlagen beziehen sich auf den Beratungsprozess, wie er in der pädagogischen, psychosozialen und sozialpädagogischen Beratung vorkommt und näher in Kapitel 4 ausgeführt wird. Im Modellprojekt werden Bildung (wissenschaftliche Weiterbildung) und Beratung (zur Rolle sowie Organisationsberatung) aufeinander bezogen sowie Beratungsbausteine für die Beratungspraxis entwickelt.

Damit wird das Konzept der familialen Pflege in die Reihe der hier vorgestellten theoretisch fundierten Pflegeberatungen eingereiht.

Theoretisch wählt das Projekt allerdings einen anderen Zugang als die eben beschriebenen, die vor allem Unterstützung durch Beratung anbieten. Es setzt stattdessen bei den umfassenden Bildungsbedürfnissen und dem Bildungsbedarf der sogenannten späten Familie an. Aus der Perspektive der Erziehungswissenschaft wird Pflegebedürftigkeit als Entwicklungsaufgabe der Familie definiert, in der Erfahrungsarmut und Ratbedürftigkeit zentrale Beratungsanlässe sind. Beratung beinhaltet hier zentral Bildung und zielt als wissenschaftliche Beratung Veränderung von Verhältnissen an. Damit ist auch die scharfe Abgrenzung von Therapie deutlich. Im Mittelpunkt steht keine Krankheit, sondern die damit einhergehende „menschliche Ratbedürftigkeit“, die im Lebenslauf mit den unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben immer wieder vorkommt, demnach keiner Therapie oder therapeutischen Methoden bedarf. Die über das Modellprojekt ausgebildeten Pflegefachleute werden für ihre Beratungseinsätze nach § 45 SGB XI pädagogisch qualifiziert und erhalten Grundkompetenzen in der pädagogischen Beratung. Die Inhalte beziehen sich auf die lebensweltlichen Besonderheiten der familialen Pflege, auf die Bearbeitung von Ungleichheit, Verläufe und Entwicklung von Pflegesituationen zu Hause und hinsichtlich Rolle und Anwaltlichkeit der pflegenden Angehörigen (vgl. Gröning 2018). Beraten wird auch nicht als technischer Prozess, der nach einer Anleitung oder einem Standard abläuft, konzipiert, denn jeder Mensch, jedes Problem will nach diesem Verständnis in seiner Einmaligkeit verstanden werden. Beraten ist insofern eine Kunst, die jedoch auch einer professionellen Ordnung folgen sollte. Im Projekt wurden folgende Elemente herausgearbeitet: Gestalten der Erstsituation, Kontrakt und Arbeitsbündnis zwischen Ratsuchenden und Ratgeben-

den, das Verstehen. Dazu kommen Komponenten der eigentlichen Beratung, wie die Wahrnehmungserweiterung und Raterteilung, das Einführen von Gegenhorizonten, der Abschied sowie die Berücksichtigung des institutionellen Rahmens (vgl. Gröning et al. 2018).

Ziel des Modellprogramms ist es, über diesen Ansatz die beschleunigte, ökonomisierte Situation der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Bildungs- und Beratungsprozessen auszustatten.

3.5.4.6 ZQP Qualitätsrahmen Beratung

Der Qualitätsrahmen versucht eine fachwissenschaftlich fundierte Antwort auf die Frage nach der Bewertung der Qualität in der Pflegeberatung zu geben. Mit dem „Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege“ existiert nun erstmalig und breit veröffentlicht ein aus der Pflegewissenschaft entwickelter Orientierungsrahmen für die Bewertung von Beratungsangeboten im SGB XI. Er gilt den Kassen, aber auch den Anbietern von Beratungsleistungen als konzeptionelle Grundlage für die Qualitätsanforderungen an die Pflegeberatung im Rahmen des SGB XI. Wie oben bereits beschrieben, wurde er bereits als Basis für die Entwicklung von Kompetenzanforderungen und Bewertungskriterien genutzt. Darüber hinaus wird in dem Qualitätsrahmen formuliert, dass über diese Zusammenfassung nicht nur ein Prüfleitfaden entstehen sollte, sondern auch ein Impulsgeber für die Weiterentwicklung verschiedener Beratungsansätze. So gesehen ist er auch ein Diskussionsvorschlag. In dem veröffentlichten Rahmen findet sich eine grob skizzierte Darstellung unterschiedlicher theoretischer Fundierungen von Beratungsansätzen in der Pflege. Zudem nimmt er eine Klärung der häufig unscharf und viel verwendeten Begriffe in der Pflegeberatung vor. Damit unterscheidet er auch übersichtlich die Ziele unterschiedlicher Interventionen und Strategien in der Beratung. Beratung als Prozess zu verstehen und als solchen zu gestalten ist ein weiteres zentrales Element, das grundgelegt wird, wie auch die Beratungskompetenz, die sich letztendlich aus dem vorher Beschriebenen ergibt und ein Kernelement des Rahmens ist (vgl. Kapitel 3.5.2.3). Am Ende ergeben sich aus dem Überblick Qualitätskriterien, die Beratungsanbietern und -nutzern als Prüfkriterien zur Verfügung gestellt werden. Damit erhält die Qualitätsdebatte im Kontext Pflegeberatung eine erste pflegewissenschaftlich abgestimmte und unter Verwendung eigener erprobter Forschungsmethodik (Perspektivenwerkstatt) erarbeitete Aussage und Orientierung.

Zwischenfazit

Wenn nun für den weiteren Verlauf der wissenschaftlichen Analyse zu bestimmen ist, um welchen Beratungstypus es sich bei der Pflegeberatung handelt, lässt sich nach der vorangestellten

ausführlichen Entwicklung wohl festhalten, dass es sich vor allem um eine Form der Sozialberatung handelt. Diese hat unterschiedliche Ebenen, Facetten und Entwicklungen.

Sie wurde als Verfahrensberatung eingeführt, die vor allem der Inanspruchnahme von Leistungen über die Sozialversicherung dienen sollte. Dadurch wurde sie in Form des Pflegeeinsatzes/der Pflegeberatung gleichsam sanktionsbewehrt. Dies bedeutet, dass die Nichtbefolgung der Regeln zu den Leistungen durch die Pflegebedürftigen auch mit einer Bestrafung verbunden sein kann und grundsätzlich auch durchgesetzt werden kann, eine Facette, die von Beratenden, die mit einem traditionellen Pflege- oder Fürsorgeverständnis ausgestattet sind, häufig ausgeblendet wird und damit in seiner Bedeutung für den Beratungsprozess unterschätzt wird. Auch die Qualifikationen zur Durchführung der Pflegeberatung bieten dazu wenig Grundlagen, um den Punkt in der Praxis gut mit zu bearbeiten.

Wie weiter deutlich wurde, berührt die Pflegeberatung noch weitere, tiefere Dimensionen der Beratungsbedürftigkeit und begründet somit auch, dass reine Verfahrensberatung nicht ausreicht, sondern Elemente der psychosozialen Beratung ebenfalls gefragt sind. Beratung bei Pflegebedürftigkeit muss wegen ihres vielgestaltigen Auftretens und der je individuellen Ausprägung in ganz verschiedenen Lebensphasen angeboten werden. Beratungsnutzer*innen werden in diesen Phasen in entscheidenden Entwicklungsschritten oder Lebenskrisen begleitet. Beratungsprozesse geben dann Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Bewältigungshilfe. Diese Prozesse werden zudem nicht nur einzelnen Personen, sondern auch Familien und Gruppen angeboten. Die Berater*innen beziehen dabei persönliche Ressourcen der Beratungsnutzerinnen ein, um innerhalb der Prozesse präventive Wirkung auf Gesundheit und Pflegebedürftigkeit entfalten zu können und notwendigerweise spezifische, alltagsrelevante Kompetenzen entwickeln zu können. Diese Darstellung beschreibt den Gegenstand der sozialpädagogischen Beratung. Die aus der Pflegewissenschaft formulierten Orientierungen sind mittlerweile vielfältig, beziehen sich auf unterschiedliche, miteinander kombinierte, aber teilweise im Grunde gegenläufige theoretische Grundpositionen. Die Betonung liegt weiter auf der Beratung als Unterstützung und Steuerungsfunktion. Für die Beratungspraxis werden somit vermehrt Methoden und Instrumente für die Qualitätssicherung fachwissenschaftlich diskutiert und in die Ausbildungen integriert.

Für die Pflegeberatung als mögliches sozialpädagogisches Format gelten andere wissenschaftliche Bezüge und Traditionen, die im vorangegangenen Text schon erwähnt wurden und nun besser ausformuliert werden sollen. Das Format der sozialpädagogischen Beratung bietet im

Folgendes einen wissenschaftstheoretischen Bezugsrahmen für die Analyse der Pflegeberatungspraxis. Neben einer theoretischen Orientierung soll hier aber auch die meiner Ansicht nach praktische, disziplinübergreifende Ergänzung für das Beratungshandeln bei Pflegebedürftigkeit erkannt und formuliert werden.

4. Pflegeberatung im Spiegel der Beratungswissenschaft

In diesem Kapitel wird nun der theoretische, beratungswissenschaftliche Rahmen, der den nachfolgenden empirischen Teil der Analyse (ab Kap 6) stützt, ausgeführt. Bis hierhin konnten die komplexen Bedingungen, Voraussetzungen und Veränderungen für Pflegeberatung bei Pflegebedürftigkeit dargelegt werden sowie die Begründung für die Position, dass Pflegeberatung auch als sozialpädagogische Interaktionen verstanden werden kann. Von dieser Perspektive ausgehend wird an dieser Stelle die Interdisziplinarität als belegt betrachtet. Im Weiteren soll nun theoriegeleitet der Frage nachgegangen werden, wie sich Pflegeberatung als *professionelles* Handeln der Berufsgruppe Pflege und sozialpädagogischer Arbeit zeigt (4.1) und in dem Zusammenhang, welche spezifischen Konflikte und Spannungen in den Blick genommen werden müssen.

Darüber hinaus ist professionelles Beratungshandeln eine konkrete Interaktion. Daher muss Pflegeberatung – wie jede andere Beratung auch – zielorientiert, prozesshaft und methodisch aufgebaut sein. Es bedarf also auch hier einer theoretischen Rahmung, um die Auswertung von Pflegeberatungspraxis begründet zu fundieren. Zur Handlungspraxis wird in dem Zusammenhang hier eine fallbezogene Vorgehensweise vorgeschlagen und das Prozessmodell der Supervision auf die Beziehungsgestaltungen in der Interaktion Beratung angewendet.

4.1 Professionstheoretischer Zugang nach Fritz Schütze

Professionelles Handeln im Sozialwesen wird empirisch und theoretisch unterschiedlich betrachtet. Im sozialwissenschaftlichen Diskurs werden verschiedene Theorieströmungen als Professionstheorien behandelt (vgl. Helpster 2004: 303–304). Neuere Diskussion um die Professionalität der Sozialen Arbeit werfen dabei die Frage nach einer kritischen Reflexivität (vgl. Dewe, Otto 2012) als Kernelement pädagogischer Professionalität auf. Für die vorliegende Forschung wird der Verstehenszugang und die Forschungsperspektive von Fritz Schütze gewählt, dessen Untersuchungen auf einer Mikroanalyse der Interaktion zwischen Professionellen und Klientinnen beruhen (vgl. Schütze 1992, 1996, 2000). Er untersucht konkrete Arbeitssituationen, um damit eine Theorie direkt in der Praxis zu begründen. Diese Theorie entwickelt sich in direkter Linie zu Hughes von der Chicago School der Soziologie. Zudem konzentriert Schütze sich auf die Erforschung von spezifischen Handlungsfeldern der sozialen Arbeit, wie es sich die vorliegende Arbeit – mit dem Fokus auf die Beratung bei Pflegebedürftigkeit – ja ebenfalls vornimmt. Schütze rekonstruiert über die Analyse der Interaktion zwischen Professionellen und Klient*innen strukturelle Handlungswidersprüchlichkeiten und -probleme bzw. die von ihm

bezeichneten „Paradoxien professionellen Handelns“. Schütze forscht im Wesentlichen im Bereich der sozialen Arbeit, ist aber überzeugt, zentrale Charakteristika jeder Berufspraxis auf diese Weise finden zu können, und nennt sie daher *exemplarisch*. Dieser Annahme folgend schaffen die sogenannten Handlungsparadoxien und -probleme ein zentrales Analysekonstrukt in der Erforschung beruflichen Handelns allgemein und sind damit geeignet für die vorliegende interdisziplinäre Sichtweise. So lässt sich seiner Ansicht nach über den Umgang der Professionellen mit den gefundenen Handlungsparadoxien die Interaktion zwischen professionellen Berater*innen und Beratungsnutzer*innen analysieren und dann entlang bekannter Professionskriterien auch charakterisieren. Schütze erläutert, dass dem professionellen Handeln ein prozessualer Charakter immanent ist, der aber weder vorbestimmt und auch nicht grundsätzlich technifizierbar sei. Im individuellen Fall wird jedoch über eine systematische Betrachtung die Komplexität des Mit-, Neben- und Gegeneinanders von Systemhandeln als auch Handlungsparadoxien der Professionen sichtbar und beschreibbar. Da die Interaktion zwischen den Professionellen und den Klient*innen von Schütze als Kernelement der Sozialen Arbeit erkannt wird, steht diese im Mittelpunkt seiner Analysen. Auf diese Weise – und seiner Ansicht nach womöglich ausschließlich auf diese Weise – lässt sich anhand der professionstheoretischen Annahmen Professionalität im beruflichen Handeln am jeweiligen Einzelfall rekonstruieren und bestimmen. Schütze (wie auch schon Oevermann in seiner Strukturtheorie) gelingt so eine individuelle Sichtweise auf Professionalisierung. Es sind somit weniger die Statusfragen oder der Streit um Anerkennung als Profession, die darin zur Disposition stehen, sondern es geht vielmehr um die inhaltliche Ausgestaltung der professionellen Interaktionen. Für die Pflege wird ebenfalls auf die Bedeutung verwiesen, die das (hermeneutische) Fallverstehen für eine stärkere Patientenorientierung im sich langsam etablierenden Pflegeprozess hatte (vgl. Höhmann 2012). Weidner (1995), Bartholomeyczik (1997) und Steppe (2003) tragen diesen Ansatz erstmals in die pflegepolitische Debatte hinein. Dieser Eintrag wird auch als Neuorientierung bewertet:

„Damit erhielten die bisher strategisch oft im Mittelpunkt stehenden berufspolitischen Zielsetzungen der Professionalisierung und Akademisierung, nämlich Stuserweiterung und Machtzuwachs, eine systematische Erweiterung um die Dimension der gesellschaftlich notwendigen originären Inhalte und Qualitäten der Pflegepraxis.“ (Höhmann 2012: 319)

Heute muss man sicherlich kritisch in Frage stellen, wie viel Nachhall diese Bemühungen tatsächlich in der Pflegeausbildung und Praxis gefunden haben. Dennoch bleibt das Fallverständnis eine wichtige Form der theoriebasierten Unsicherheitsbewältigung in der professionellen Praxis und bildet eine Grundlage für das Balancieren zwischen Regel- und Fallverstehen, also zwischen dem Wissen der Profession und der Anwendung im individuellen Fall. Gerade in der

Interaktion zwischen professionell Pflegenden und Pflegebedürftigen sowie ihren Familien treten immer wieder komplexe, aber auch diskrepante Anforderungen auf. Das erzeugt Unsicherheiten, Vagheiten und Dilemmata. Schütze hat für den Bereich der sozialen Arbeit etliche Paradoxien professionellen Handelns z. B. aus den in Supervisionen geschilderten Fällen rekonstruiert und differenziert beschrieben. Damit sind seiner Ansicht nach noch nicht alle Paradoxien erschöpfend erkannt, sondern er sieht diesen Fundus durch weitere rekonstruktive Fallarbeit noch erweiterbar bzw. weiter zu differenzieren.

Schütze ordnet diese Paradoxien den Bereichen Lern- und Entfaltungsparadoxien, Interaktionsparadoxien, Sinnweltparadoxien, Modalitäten- und Verfahrensparadoxien, Organisationsparadoxien sowie Kollektivitäts- und Diskursparadoxien zu⁸⁹.

4.1.1 Mandat und Lizenz

Die Platzierung und Darstellung einer interaktionistischen Professionstheorie, zumindest in wenigen grundlegenden Zügen, wird an dieser Stelle der vorliegenden Dissertation, zwischen Theorie und Empirie der Pflegeberatung, als erhellend erachtet. Schließlich geht es in der Betrachtung der Pflegeberatung um Kernbereiche zweier Disziplinen und daher führt eine Selbstthematisierung (Wernet in Reinhartz, 2007), wie sie in Fragestellungen zur Professionalisierung

⁸⁹ Eine Lern- und Entfaltungsparadoxie ist z. B. das oben geschilderte pädagogische Grunddilemma (Schütze 1992: 160–162). Eine Interaktionsparadoxie ist z. B. die Anforderungsspannung zwischen der Tendenz zur therapeutisch motivierten Einklammerung des Mehrwissens des*r Professionellen (um sich selbst und den*die Klient*in nicht zu entmutigen) und der Aufgabe des Aufbaus einer Vertrauensgrundlage zwischen ihm*ihr und dem*der Klient*in, der*die Ehrlichkeit des*r Professionsakteur*in und damit die uneingeschränkte Weitergabe des professionellen Wissens in seiner*ihrer Angelegenheit erwartet (Schütze 1992: 152–156). Eine Sinnweltparadoxie ist z. B. die oben skizzierte Spannungsfiguration zwischen der Notwendigkeit zur Prognose und der notorischen Tatsache ihrer stets vage-schwankenden empirischen Grundlage (Schütze 1992: 149 f.). Eine Modalitäten- und Verfahrensparadoxie ist z. B. die Anforderungsspannung zwischen den professionellen Ordnungs- und Sicherheits Gesichtspunkten des Bearbeitungsregimes einerseits und der dadurch gefährdeten, aber prinzipiell erwünschten Entscheidungsfreiheit des*der Klient*in (Schütze 1992: 156–158). Eine Organisationsparadoxie ist z. B. die Orientierungsspannung zwischen der Notwendigkeit der Expertenspezialisierung und der Arbeitsteiligkeit des professionellen Arbeitsbogens einerseits und der gleichzeitigen Notwendigkeit der Orientierung am ganzheitlich-diffusen Gesamtarbeitsbogen der Bearbeitung der Klientenproblematik angesichts der Komplexität und Ganzheitlichkeit der Fallentfaltung des*der Klient*in andererseits (Schütze 1996: 226–228). Eine Kollektivitäts- und Diskursparadoxie ist z. B. das Adressatendilemma (Schütze 1997): die Notwendigkeit der Professionellenfokussierung auf eine einzelne Klientenperson bzw. -partei einerseits und die gleichzeitige Notwendigkeit der Orientierungsausrichtung auf das gemeinsame gestaltliche Beziehungsgeflecht einer Klientenkonstellation als ganzer, auf das jeweilige hilfebedürftige Klientenkollektiv insgesamt oder gar auf die abstrakte und umfassende gesellschaftliche Kollektivität andererseits.

immer auch enthalten ist, womöglich weiter. Schütze übernimmt die von Everett Hughes angenommenen Kernmerkmale einer Profession, unterschieden in Mandat und Lizenz⁹⁰, in seine Analysen pädagogischer Berufe. Diese Sichtweise eröffnet den Blick für die Dynamik der Berufskonstruktionen im mal stetigen, mal tiefgreifenden Wandel einer Gesellschaft und die darin immer wieder neu entstehenden sowie zunehmend komplexen Problemlagen. Der gesellschaftliche Wandel und Aushandlungsprozess rund um die Zuständigkeit für die Sorge bei Pflegebedürftigkeit ist in Kapitel 2 ausführlich dargelegt. In solchen Veränderungsprozessen, so Schütze, differenzieren sich Berufe zunächst nach neu entstehenden Bedarfen aus. Berufe entwickeln sich aber eben ggf. auch weiter zu einer Profession. Professionen wiederum sind gekennzeichnet von einer Art stellvertretendem Handeln. Sie übernehmen sozusagen jene Aufgaben, die Menschen eigentlich selbst ausführen würden, was ihnen aber nicht möglich ist, weil sie im Allgemeinverständnis zu komplex geworden sind. Es gehört dann zur Kunst der Professionellen des jeweiligen Handlungsfeldes, zwischen den normativen oder wissenschaftlichen Ansprüchen auf der einen Seite und den individuellen Bedarfen in den entsprechenden Lebenslagen auf der anderen Seite zu vermitteln. Im Unterschied zu „einfachen Berufen“ sind diese Professionen u. a. dafür zuständig, für die Identität/Existenz der Menschen absolut wertvolle Dinge zu verwalten und diese mit einer objektivistischen, kühlen Bewacherperspektive zu schützen (vgl. Schütze 1992: 141). Zu diesen „wertvollen Dingen“ zählt Hughes die Gesundheit, wie auch Gerechtigkeit oder Bildung. Und genau da, im verletzlichen Bereich, wenn die Gefährdung der „wertvollen Dinge“ vorliegt, greift das sogenannte Mandat der Professionellen: Unter Mandat wird professionstheoretisch ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag verstanden, als „Profi“ für bestimmte Bereiche des Lebens angemessenes und zeitgemäßes Verhalten definieren zu können, zu dürfen und zu sollen. Sollten in diesem erkennbaren Bereich Probleme auftreten, erlaubt das Mandat diesen Gegenstandsbereich exklusiv zu bearbeiten (vgl. Schütze 1992).

Eng verbunden mit dem Mandat ist die Lizenz, also die Erlaubnis oder die Bescheinigung der Befähigung, spezifische Handlungspraxen auszuüben, die sich von alltäglichen Verhaltensweisen unterscheiden. Damit ist diesen Professionsmitgliedern auch die Erlaubnis erteilt, in einem bestimmten begrenzten Rahmen auf Mittel zurückzugreifen, die den Betroffenen eventuell sogar zunächst unangenehm sind oder sie schmerzlich treffen. Das Eingreifen in das Private, in

⁹⁰ In der Professionstheorie der Chicago-Soziologie und im Interpretationsrahmen des symbolischen Interaktionismus wird die Rekonstruktion der Logik der professionellen Tätigkeiten als eine spezifische Strukturvariante beruflichen Handelns in den Mittelpunkt gestellt und beschrieben (vgl. Helsper et al. 2000: 6). Damit unterscheiden sie sich von den Theorien, die Professionen ausschließlich klassisch merkmalsbezogen erkennen und beschreiben.

Erziehung oder das Alltagsmanagement von chronischer Krankheit oder Lebensführung bei Behinderung sind nur einige Beispiele, die persönliche Grenzen überschreiten und nicht leicht erlaubt werden. Für die Anfänge der Ausdifferenzierung der Pflegeberatung zeigt sich das auch anschaulich in dem zu Beginn ausgeführten Gerichtsverfahren des pflegenden Vaters, der sich auf verschiedenen Ebenen gegen den sogenannten Pflegeeinsatz wehrt.

Folgt man den Professionstheorien, erkennen die Professionen ihr Feld und nehmen für sich in Anspruch, ein weites, rechtliches, moralisches und intellektuelles Mandat übertragen bekommen zu haben. Im Rahmen dieses ganz spezifischen Tätigkeitsbereiches entwickeln und formulieren sie Leitbilder für „gute“ und „richtige“ Lebensführung (vgl. Fuchs-Rechlin 2009: 62). In einem solchen Verständnis ist es klar, dass diese Expertisen und Leitbilder demnach nicht erst von der Gesellschaft formuliert und danach Professionelle gebildet und mit Mandat und Lizenz ausgestattet werden, sondern die Berufsgruppen fordern dieses Mandat ein, begründen es aber aus ihrem Wissenskorpus und ihrer spezifischen Expertise. Dem Erteilen des Mandates und der Lizenz geht ein Aushandlungsprozess und damit ein Konkurrieren der schon vorhandenen oder sich herausbildenden Berufe voraus. Auch dieser Prozess klingt schon im zweiten Kapitel dieser Arbeit an .

Worin liegt nun der Gewinn, das Thema Beratung bei Pflegebedürftigkeit unter dieser Perspektive der beruflichen Konstruktion und Professionalisierung im gesellschaftlichen Wandel aufzuhellen? Unbestritten hat eine Ausdifferenzierung des Tätigkeitsbereiches der Pflegeberater*in bereits stattgefunden. Notwendigerweise ist es ein kritischer Zeitpunkt für der Entwicklung der Pflegeberufe wie auch für die soziale Arbeit, denn ihre bisherigen Angebote reichen im komplexer werdenden Handlungsfeld nicht aus, sonst wäre eine Ausdifferenzierung nicht angefragt. Der Aushandlungsprozess zwischen den beiden stützenden Säulen der Pflegeberatung in der Pflegeversicherung ist zudem noch nicht beendet. Eine berufliche Tätigkeit und eine wichtige neue Funktion im Spektrum der Angebote der Pflege- und Sozialberatungen haben schon sichtbare Formen angenommen, von einem eigenen Beruf der Pflegeberatung kann jedoch noch nicht gesprochen werden, wie im Folgenden begründet werden soll. Der Nutzen liegt also in der Einordnung und der Darlegung der Gestaltungsspielräume.

Des Weiteren ist die Beschreibung von Mandat und Lizenz insoweit bedeutsam, als sich hier zudem ein weiterer Horizont spannt. Es geht in der Konkurrenz um die Beratung bei Pflegebedürftigkeit zwischen den Disziplinen soziale Arbeit und Pflege nicht etwa darum, einen Handlungsbereich kraftvoll für sich zu beanspruchen, ihn zu nehmen oder zu- bzw. abgesprochen zu bekommen. Es geht darum, ihn aus der eigenen Sinnwelt und Wissenskorpus zu begründen.

Schütze geht davon aus, dass eine Profession eine ethisch und wissenschaftlich begründete Sinnwelt braucht, die sie im Laufe der Konstruktion ausbildet, die er „höher-symbolisch“ nennt. Das heißt, sie bindet ihre Begründung nicht an den alltäglichen, jedem zugänglichen Sinnerfahrungen, sondern begibt sich auf eine Metaebene, in der ihre Kernthemen wissenschaftsintern betrachtet, beraten, systematisiert und begründet werden. Die Profession habe laut Schütze das gesellschaftliche Mandat „zur Verrichtung besonderer Leistungen der Problembewältigung und zur Verwaltung ihrer übertragener besonderer gesellschaftlicher Werte“ (Schütze 1997, 191). Gesellschaftspolitisch betrachtet müssen „Problemzonen“ der Gesellschaft für die systematische professionelle Bearbeitung immer wieder neu definiert werden. Somit werden auch soziale und ethische Grundlagen regelmäßig auf den Prüfstand gestellt. „An den Rändern des professionellen Handelns bilden sich“ durch den permanenten gesellschaftlichen Wandel „Problemzonen, welche die Profession schlecht in den Griff bekommt und welche die Orientierungsparadigmata ihrer Sinnwelt in Frage stellen“ (Schütze 1997: 194 f.). Eine höhere symbolische Sinnwelt und eine Berufsethik zählt also zu den spezifischen Charakteristika einer Profession, welches die Professionellen zur besonderen Verantwortung gegenüber ihrem moralischen Mandat verpflichtet. Demnach wird auch die Ethik des professionellen Handelns Teil der Betrachtung sein.

4.1.2 Paradoxien des professionellen Handelns

Die von Fritz Schütze als „Paradoxien“ benannten Prägungen des beruflichen Alltags beschreiben unaufhebbare Schwierigkeiten bzw. Dilemmata in professionellen sozialen Arbeitsfeldern. Sie beruhen auf eigentlich sachlogischen, einander aber widersprechenden Anforderungen, die dem dortigen Handeln immer eigen sind (vgl. Gildemeister 1982, 1983; Schütze 2000; Rätz, Völter 2014). Das Paradoxe dieser professionellen Handlungen kann jedoch auch über die Erkenntnis des Vorhandenseins derselben nicht grundsätzlich aufgelöst werden. Sie können im Grunde nur umsichtig bearbeitet werden. Weniger umsichtig, aber nicht unüblich ist das Ausblenden dieser Diskrepanzspannungen. Ursachen dafür sind zwar vielfältig, aber sie sind oft begünstigt durch eine verfahrensmäßig angelegte Machtposition der Professionellen. Schütze sieht hier ein Handeln und Entscheiden der professionellen Akteure auf Grundlage von vorgesehenen Prozessabläufen und einer Dominanz der für die Akte des Klienten relevanten Feststellungen. Damit ist das Wohl der Ratsuchenden jedoch gefährdet, weil ohne die Wahrnehmung der Gesamtkonstellation, in die der ratsuchende Mensch eingebunden ist, eher Fehler im professionellen Handeln passieren. Schütze findet verschiedenen Abstufungen von Stereotypen, auf die dann von Professionellen zurückgegriffen wird.

Es dient also zum einen der verantwortungsvollen Wahrnehmung der gesellschaftlich übertragenen Aufgabe, zum anderen aber auch der Unsicherheitsbewältigung und damit einer Entlastung und „Entkrampfung“ in der Interaktion. Denn die Tendenz, Fehler in der professionellen Interaktion – hier der Beratung – eher und vor allem individualistisch-psychologisch zu erklären, ist nicht nur in der Sozialen Arbeit bekannt. Auch das ist ein Grund, weshalb die Paradoxien professionellen Handelns, wie Schütze sie beschreibt, zunächst große Beachtung gefunden haben. Lebensweltorientierung, wie die großen Vertreter der Sozialen Arbeit (vgl. Thiersch) sie vorlegen, zeigen oft diffuse Problemkonstellationen, die für die Professionellen besonders schwer zu durchschauen sind. Es geht darum, im Alltäglichen Ordnungen – oder eben deren Störungen – im Handeln zu erkennen sowie auf biografisch hinterlegte Prozessstrukturen und biografische Gesamtkonstellationen für die erwartete Hilfe zurückzugreifen. Für diese vielfältige, bunte Welt der sozialen Lebenspraxen existiert kein Baukasten für Expertenwissen, in dem vorbereitete Eingreifprogramme zur Verfügung stehen, kein IDC-Katalog der sozialen Diagnosen mit anschließendem Standardverfahren, auf das sich berufen werden kann. Im Handlungsfeld der sozialen Lebenspraxen hat daher im Besonderen die soziale Arbeit auf fallanalytisch-rekonstruktive, kommunikative Meta-Klärungsverfahren wie die kollegiale Fallbesprechung, Supervision und Balintgruppen zurückgegriffen. In diesen Beratungsformaten oder auch Bildungs- und Erkenntnisverfahren ist bekannt geworden, dass die Professionellen selber mit eigenen Handlungsanteilen in die Paradoxien verstrickt worden sind, die sich im Weiteren auf die professionelle Beziehungsgestaltung auswirkten und so Fehler produzieren können (vgl. Schütze 2002; Rätz, Völter 2014).

Das eigene interaktive Handeln im professionellen Kontext in einen größeren Zusammenhang zu stellen, Orientierungsspannungen im Einzelfall zu beleuchten, ist über diese Lesart ein Zugang, um dem Kern professionellen Handelns näherzukommen sowie mit der oben genannten Umsicht zu handeln.

Nach der Auswertung unzähliger Fallsupervisionen unterscheidet Schütze analytisch sechs Kategorien bzw. Erscheinungen im Kontext von professionellen Paradoxien (vgl. Schütze in Rätz, Völter 2014: 1 ff.). Sie geben im empirischen Teil der Dissertation, bei dem Blick in die soziale Praxis der Pflegeberatung, eine gewisse Orientierung, da sie im Arbeitsfeld selbst verschleiert und so schlecht einzeln zu fokussieren sind.

1. Biografische Fehlerdispositionen des*der professionellen Akteur*in,
2. die konstitutive Spannungsfiguration der Paradoxien selbst,

3. die Situations- und Organisationsrahmen der professionellen Arbeit, die den umsichtigen Umgang mit Paradoxien erleichtern oder auch erschweren,
4. die Wissensebene: Institutionsmythen (vgl. Helsper et al. 2001: 69–87, 561–566) und politisch-gesellschaftliche Selbstverständnisse und Diskurse, welche die Paradoxien durch unterschiedliche normative Anforderungen antinomisch verschärfen oder auszublenden suchen,
5. heteronome Systembedingungen, d. h. abträgliche strukturelle Arbeitsbedingungen wie Zeit- und Finanzknappheit, welche ebenfalls umsichtige Umgangsweisen des*der professionellen Akteurs*in mit den Paradoxien erschweren oder ganz verunmöglichen,
6. die Untergrabungsauswirkungen von nicht-umsichtigen und damit abträglichen Umgangsweisen mit den Paradoxien auf die professionell-biografische Identität des*des Sozialarbeiters*in und die Entstehung von Berufsfallen.

Paradoxien beruflichen Handelns sind den Professionellen grundsätzlich eigentlich bekannt. Wird in dem Kontext nicht umsichtig gehandelt, können Fehler passieren und damit drohen den Interaktionspartner*innen Nachteile und eventuell unnötiges Leid. Dennoch sind diese Fehler von Kunstfehlern, Fehlern durch kollektives Unwissen oder Quacksalberei zu unterscheiden (vgl. Schütze 2014).

Im empirischen Teil lassen sich über die Analyse der Interviews Kernkonflikte sowie Handlungsparadoxien professionellen Handelns in der Pflegeberatung darstellen. Dabei konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf den je individuellen Umgang der Professionellen mit diesen Problemaspekten.

4.1.3 Entwicklungslinien und Makrotheorien der sozialpädagogischen Arbeit mit Blick auf die Beratung und Pflegeberatung

Wird von Spannungen im professionellen Kontext gesprochen, handelt es sich in der Regel um Widersprüche zu den in der Profession ausgebildeten Orientierungen. In der sozialpädagogischen Arbeit wurden seit ihrer Verwissenschaftlichung verschiedene Paradigmen über Theorien ausgearbeitet, die als (zeitbegrenzte) Normen die beruflichen Haltungen im professionellen Handeln prägen und so geeignet sind, Orientierung zu bieten. Für die Beratung, auch bei Pflegebedürftigkeit, nimmt aus diesem Fundus die Theorie der Lebenswelt schon lange eine herausragende Stelle ein (vgl. Thiersch 1992, 1995), auf die gleich noch näher eingegangen wird. Früher noch setzt eine erziehungswissenschaftliche Perspektive wichtige Akzente in der Beratung. Diese hält in der Beratung ein spezielles Bildungsangebot zur Selbstaufklärung vor, über das die Beziehung zwischen beratender und ratsuchender Person eine pädagogische wird.

„Wenn man gelten lassen will, dass Initiative und Selbstständigkeit, die Fähigkeit, subjektive Problemlagen zu formulieren und zu objektivieren, dass Informationen und Aufklärung, dass Engagement zu konstituierenden Bestandteilen einer modernen Bildung gehören, dann darf man vermuten, dass die Beratung ein pädagogischer Vorgang ist, in dem Bildungsmöglichkeiten in exponierter Weise sich realisieren lassen“ (Mollenhauer 1965: 35).

Über die kritische Auseinandersetzung mit den Verhältnissen der Pädagogik im Nationalsozialismus führt der Erziehungswissenschaftler Klaus Mollenhauer in den 60er Jahren als zentralen Wert das Prinzip der Mündigkeit⁹¹ in die Pädagogik ein. Seiner Erkenntnis nach ist die vor dem Zweiten Weltkrieg ausschließlich hermeneutische Methode der Pädagogik als eine Ursache dafür zu betrachten, dass die rein geisteswissenschaftliche Pädagogik der Überwältigung durch den Faschismus nichts entgegensetzen konnte. Denn wenn die Erziehungswirklichkeit erst dann interpretiert wird, wenn sie schon Wirklichkeit ist, verhindere dies eine Kritik an der Realität *vor* ihrer Entstehung. Dieser Ansatz will nicht mehr nur bei der sozialpädagogischen Klientel ansetzen, sondern die gesellschaftlichen Bedingungen selbst verändern: „die sozialpädagogische Arbeit blieb immer dadurch charakterisiert, dass sie sich an dem Vorgang einer Reparatur orientiert“ (Mollenhauer 1959). Folglich fordert er für seine Disziplin, nicht nur eine Interpretation, sondern vor allem auch eine (Ideologie-)Kritik der Wirklichkeit zu leisten. Diese Kritik soll sich auch auf die Absichten von Erziehung richten und darf sich nicht erst an der bestehenden Wirklichkeit orientieren. In seinen Artikeln verweist er in dem Zusammenhang zudem auf den Grundkonflikt von Fürsorge und Beratung, von Heilung und Hilfestellung, von Kontrolle und Selektion (vgl. Müller, Mollenhauer 1965). Mit Bezug zur kritischen Theorie werden Interpretation und Kritik zum Kern kritischer Erziehungswissenschaft, wie Mollenhauer sie geprägt hat, und in dem Sinn auch möglicher Bezugspunkt für die Pflegeberatung. Durch die Bearbeitung seiner Analysen hat sich die Beziehung zwischen den Personen in der sozialpädagogischen Beratung gewandelt. Während sie vormals geprägt war von sozialer Kontrolle, Anpassung und Differenzierung, wird nun eine gleichberechtigte Beziehung angestrebt, die Individuen stärkt und auch Emanzipation sowie Kritik fördert⁹². Für die Wissenschaft forderten Vertreter*innen der kritischen Theorie, dass sie einem emanzipatorischen Interesse folgen müsse, die Herrschaftsstrukturen aufdecken kann und zur Selbstreflexion führen. Insoweit bedeutet ein solches Verständnis von aufklärerischer Selbstbildung im Beratungsprozess, mit der Zielrichtung Emanzipation und Partizipation, immer auch die Förderung von Gesellschaftskritik/Ideologiekritik in der Beratung.

⁹¹ Der Begriff weist hier allerdings ein anderes Grundverständnis auf als das des mündigen Verbrauchers.

⁹² Auch hier entstehen neue Spannungen und Ambivalenzen, richtet sich doch die Kritik womöglich mit der Forderung nach Modernisierung gegen die staatlichen Institutionen, in denen die Beratung stattfindet.

Für die Beratung und Beratungsbeziehungen hat sich insbesondere Thea Sprey („Beratung ist eine erzieherische Handlungsform“ und Beratung richtet sich an „lebensweltliche Erfahrungsarmut“) auf Klaus Mollenhauer bezogen (vgl. Gröning 2012: 13 f.; Vogel 2019: 282 ff.). Deren Forschung und insbesondere Umsetzung in der Schulberatung grenzt Beratung klar ab von Therapie oder jeder Form, in der Fürsorge erst Entmündigung voraussetzt. Ihrem Anspruch nach bietet Beratung ohne jede pathogenetische Ambition, sozusagen im „Möglichkeitsraum der Beratungsbeziehung“, die Gelegenheit für Entwicklungsprozesse des individuellen Menschen. Die nun so genannte pädagogische Beratung tritt ab den 60er Jahren mit dem Anspruch und der Hoffnung an, durch Bildung und Aufklärung die alten totalitären und antidemokratischen Strukturen der Pädagogik zu überwinden (vgl. Griewatz, Gröning, Gutewort 2018: 665).

Nun zurück zu Hans Thiersch, der in der sozialpädagogischen Beratung zentrale Orientierungen vermittelt hat. Er konnte zu Beginn der Akademisierung über die Anwendung theoretischer Zugänge aus anderen Wissenschaftsdisziplinen in der sozialpädagogischen Praxis Strukturen erkennen. Das berufliche Handeln bekam somit neue, andere Worte und Ansichten, über die soziale Praxis fachlich neu beschrieben und besprochen werden konnte. Darüber wurden neue Erkenntnisse generiert, die sich vor allem auf den Alltag und die Lebenswelt der Klient*innen bezogen. Für die vorliegende Arbeit wird der Lebensweltbezug aber auch deswegen fruchtbar, da sie mit Beginn der Akademisierung der Pflege auch von der Pflegewissenschaft und der sozialen Altenarbeit in Pflegekontexten diskutiert wird. Verwendet und sichtbar wird sie dort in den Begriffen und Konzepten „lebensraumorientierte Pflege“ oder „lebensweltorientierte Pflege“ (vgl. Jansen 1999; Kleiner 2001: 39 ff.; Schmidt, Klie 1998; Zeman, Schmidt 2001: 262 f.; Brandenburg 1998; Entzian 1999). Die Theorie findet sich darin vor allem in Zusammenhängen, in denen es sich um bestimmte alltagsorientierte Trainingsformen oder milieubezogene Institutionsgestaltung handelt.

Lebenswelttheorie

Thiersch führt sein Konzept der lebensweltorientierten sozialen Arbeit Ende der 1970er Jahre in die Fachdiskussionen ein. Ihm geht es darum, das Wesen der sozialen Arbeit gegen die weiterhin vor allem von der medizinischen Denkweise und Struktur geprägten Hilfeformen abzugrenzen. Sozialpädagogische Beratung war bis in die 1960er Jahre stark von tiefenpsychologischen und klientenzentrierten therapeutischen Konzepten geprägt, die zum Teil dem amerikanischen Social Case Work entstammten. Das Vorgehen orientiert sich an dem Prozess Experteneinschätzung, Prognosestellung, Maßnahme. Seit den 1970er Jahren wurde verstärkt ver-

sucht, eine eigene ‚sozialpädagogische Beratung zu begründen, die dagegen im Alltag der Menschen ansetzt. Diese Grundlagenarbeit ist neben denen von Hans Thiersch z. B. auch in den Beiträgen von Anne Frommann und Dieter Schramm seit Mitte der 1970er Jahre zu finden. Als theoretische Vorreiter entwickeln sie ein interaktionstheoretisch begründetes und vor allem auch gesellschaftstheoretisch abgeleitetes Verständnis von sozialpädagogischer Beratung. Beratung als eigene sozialpädagogische Handlungsform bekam damit, wie angezielt, ein Konzept, das sich von einer rein therapeutischen Begründung deutlich unterscheidet und am Leben der Menschen orientiert. Statt die Folge und das Verständnis von medizinischer Anamnese, Diagnose und Therapie auch für soziale Lagen anzuwenden, wird über die Lebensweltorientierung der Alltag der Menschen in den Blick genommen und macht eben diesen zum Gegenstand der gemeinsamen, interaktiven, sozialpädagogischen Arbeit. In dieser Denkweise werden nicht mehr fertige, theoretische Kenntnisse der Expert*innen in den Alltag der zu Beratenden getragen, um z. B. Regulierungsfunktionen zur Normalitätsproduktion zu leisten (vgl. Link 2014), sondern Expertenwissen wird der Lebenssituation angepasst zur Verfügung gestellt, um dort gemeinsam verwendet zu werden. Thiersch prägt dafür den anschaulichen Zielbegriff „gelingender Alltag“. Die Konzepte „Alltag“ und „Lebenswelt“ entnimmt er der Lebenswelttheorie von Alfred Schütz, in der die Strukturen des Alltagswissens der einzelnen Menschen ebenso bedeutungsvoll betrachtet werden wie diejenigen des wissenschaftlichen Wissens, und führt so tatsächlich eine neue Perspektive ein. Denn erst über das kommunikative Handeln der Akteure entsteht dann die soziale Wirklichkeit, welche dann wiederum Ausdruck und Folge ihrer jeweiligen Lebens- und Wissenswelten ist. Das ist der Boden, auf dem die Theorie steht und den sie für die Interaktion der sozialen Arbeit fruchtbar macht. Die Alltagstheorie (A. Schütz) wird von Thiersch dann in der „lebensweltorientierten“ Hilfe weitergedacht. Er wendet sich den einzelnen Personen und Familien zu, bezieht aber mit der neuen Betrachtung auch die einflussnehmenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein. Das Konzept Lebensweltorientierung überhöht also nicht die Alltagserfahrungen gegen die Erkenntnisse der Wissenschaft, sondern erkennt die Ambivalenz von Alltagserfahrungen als eine Balance von Selbstständigkeit und Entlastung an. Es entsteht ein gemeinsamer Erfahrungs- und Verständigungsraum.

„Diese Ambivalenz verweist ebenso auf den Respekt vor gegebenen Alltagskompetenzen wie auf die Notwendigkeit institutionell-professioneller Unterstützung gegen die im Alltag angelegten Verengungen, die ihrerseits aber wiederum gegen die Arroganz der Expertokratie ausgewiesen werden müssen. Im Respekt vor gegebenen Alltagskompetenzen und in der Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Entfremdung der AdressatInnen und der in der Professionalität angelegten möglichen Kolonialisierung zielt Lebensweltorientierung als Arbeitskonzept der Sozialen Arbeit auf das Selbstverständnis eines solidarischen und partizipativen Arbeitens.“ (Grunewald, Thiersch 2004: 13 ff)

Hier leuchtete auch für die Beratung neben der Partizipation die anwaltliche Funktion gegenüber den Nutzer*innen der Beratung auf. Tragende Werte in diesem Verständnis sind Respekt, Akzeptanz und auch Takt vor den fremden Lebensentwürfen. In der ethischen und praktischen Konsequenz lassen sich in einer solchen Weise anerkannte Lebenswelten nicht einfach expertokratisch allgemeine Regeln und Normen eintragen. Ein solches Vorgehen führt eine Standardisierung von Arbeitsabläufen, wie es bei medizinischen Kontexten über Diagnose und evidenzbasierte Therapieverfahren sinnvoll ist, für die Soziale Arbeit ad absurdum. In der Folge wird allerdings von den Fachkräften nicht mehr ein Kennen und Befolgen von Vorgaben sowie Regeln erwartet, sondern ein besonders hohes Maß an kritischer Bewertung und Reflexion ihrer professionellen Arbeit und ihrer Rolle in der Lebenswelt der Betroffenen. Das erfordert neue reflexive sozialpädagogische Arbeit und ein dafür hilfreiches Instrumentarium. Supervision, Balintarbeit und kollegiale Beratungen bilden ab dann Methoden zur Unsicherheitsbewältigung und Selbstbestärkung.

Der Alltagsbezug, die Lebensweltorientierung und der Lebensweltansatz werden zentrales Paradigma der sozialen Arbeit und bilden auch einen Rahmen für die Entwicklung neuer Beratungshaltungen und Konzepte.

Diskurslinien, die zur Herausbildung dieser Makrotheorien gehören, oder auch Kontroversen der genannten Vertreter*innen können aufgrund des gewählten Fokus in dieser Arbeit nicht entfaltet werden. Wichtig war jedoch die Darstellung einer Entwicklung der überwiegend anerkannten Orientierungen innerhalb der Disziplin.

Ist nun die Linie der Bildung, der Mündigkeit, der Ideologiekritik und des Alltagsbezug bis in die 80er Jahre gezogen, kommen schließlich auch weitere Strömungen, die Paradigmen ausbilden, in den Blick. Denn wird nach dem „gelingenden Leben“ gefragt und werden eben die verschiedenen Umweltbedingungen nicht ausgeblendet, ist es im Grunde schlüssig, dass eine Theorie der Lebensbewältigung (vgl. Böhnisch 1985, 2016) entwickelt wird, die jene Klient*innen, die unter Stigmatisierungs- und Bewältigungsdruck stehen, in den Mittelpunkt rückt und eine Verbindung zu den entsprechenden sozialökonomischen Hintergrundkonstellationen herstellt. Betroffensein und das darauf bezogene Verhalten von Menschen in kritischen Lebenskonstellationen, also Lebensbewältigung und Lebenslage, werden im Bewältigungsansatz besonders in der Jugendhilfe aufeinander bezogen.

Gerechtigkeitsorientierung

Naheliegender ist auch, dass im weiteren Verlauf das Leitmotiv der Verteilungsgerechtigkeit theoretisch bearbeitet wird. Prominent in der Diskussion zu Gerechtigkeitstheorien ist dabei seit einigen Jahren der Capability Approach, der auch für die soziale Arbeit fruchtbar gemacht wurde. In diesem Diskurs und in den entsprechenden Denkfiguren wird der Begriff der Fürsorge über das „mitfühlende Verstehen“ von Martha Nussbaum wieder positiv eingespeist und damit neu bewertet. Nussbaum stellt die Frage nach der „Praxis des guten Lebens“. Mit ihrem Konzept des „Capability Approach“ wird eine Beteiligungs- und Befähigungsgerechtigkeit gefordert und wird so eine „Gerechtigkeitsorientierung“ neben die der „Lebensweltorientierung“ gestellt. Soziale Gerechtigkeit zu fördern, also das Einwirken auf die gesellschaftlich bedingten Lebensverhältnisse, gilt ebenfalls als Zentralwert der sozialpädagogischen Arbeit und wird darüber hinaus, so es als Prinzip definiert wird, zu den Unterscheidungsmerkmalen gegenüber anderen Tätigkeitsfeldern gezählt (vgl. Ziegler, Schrödter, Oelkers 2010: 279).

Für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit trägt dieses Konzept zu einer ethischen Fundierung bei, die bisher nur wenig ausgearbeitet vorliegt. Pflegebedürftigkeit beraten ist eine Interaktion, die sich nicht auf eine Objekt-Subjekt-Beziehung berufen kann, da es nicht nur um die Beratung mit dem Umgang einer Erkrankung (Objekt) geht (vgl. Gröning 2016)⁹³. In der Regel werden eben auch zwischenmenschliche Ereignisse und gesellschaftliche Orientierungen thematisiert, daher muss auch eine ethische Position bestimmt werden.

Tatsächlich ist der Fähigkeitenansatz von Martha Nussbaum auch für die Pflegewissenschaft ein theoretisch schon genutzter Bezugsrahmen. Der Pflegewissenschaftler T. Klie z. B. betont: „Die Frage der Pflege und der Sorge muss stärker demokratisiert werden“ und bezieht sich mit der Aussage auf dem KWA-Symposium 2019 unter dem Titel „Gutes Leben, gute Pflege“ konkret auf die Philosophin Martha Nussbaum. Auf der Suche nach neuen, menschenwürdigen Versorgungsformen für und mit Menschen die von Demenz betroffen sind rahmt der dritte Pflegereport der DAK (2017) seine qualitative Studie explizit mit dem Konzept von Martha Nussbaum. Auch für die ethische Reflexion auf den Einsatz von technischer Unterstützungssysteme in der Pflege bietet sich der Capability Approach offenbar an (vgl. Henne 2019).

In ihrer „Ethik des Guten“ nutzt Nussbaum den Begriff des Wohlergehens als einen zentralen Aspekt des guten Lebens. Dafür konstruiert sie ein Grundgerüst, das ihrer Ansicht nach auch

⁹³ Vgl. Beratungskunst und Pflegekunst im Studienbrief. Der Beratungsprozess und seine Prinzipien 2016 S. 6
= Martin Buber ich du Beziehung versus ich – es Beziehung

über kulturelle Grenzen hinweg anwendbar sei⁹⁴. Damit scheint es auch besonders geeignet für das kulturell vielfältige Feld der Pflegeberatung zu sein. Die Kernidee eines würdevollen menschlichen Lebens ist, so Nussbaum, die Förderung der eigenen Identität verbunden mit der Gesellschaft und nicht ein passives Leben nach bestehender Norm. Wohlbefinden ist auch eine der zentralen Zieldimensionen in den meisten Pflegemodellen oder Pflege-theorien (Callista Roy 1970; Madeleine Leininger 1966; Dorothea Orem 1971; Betty Neumann 1972; Monika Krohwinkel 1993). Gerade für die Pflege bei Demenz – eine Diagnose, die in der Regel Pflegebedürftigkeit zur Folge hat – ist der wichtige Behandlungs- und Betreuungsfokus der Erhalt des subjektiven Wohlbefindens bei den Betroffenen.

Fähigkeitenansatz

Der Capability Approach wurde ursprünglich von dem indischen Wirtschaftswissenschaftler und Nobelpreisträger Amartya Sen entwickelt und zielte zunächst darauf ab, Lebensqualität und Wohlstand auch über rein ökonomische Indikatoren hinaus abbilden zu können – auf der Grundlage einer Gerechtigkeitsperspektive. Dies lieferte unter anderem die Grundlagen für den Human Development Index der Vereinten Nationen. Es existierte eine jahrelange intensive Zusammenarbeit mit der Sozialphilosophin Martha Nussbaum. Von ihr wurde der Ansatz später noch um die Bereiche erweitert, die sich für die Übertragung auf die soziale Arbeit eignen – und hier besonders auf die Beratung bezogen. Es ist eine anknüpfende Liste von insgesamt zehn Grundbefähigungen, die für ein gutes menschliches Leben als wesentlich betrachtet werden. Die Liste ist zugleich voraussetzungs- und wertbezogen lesbar. Übertragen auf den sozialpädagogischen Kontext geht es im Fähigkeitenansatz (Capability Approach) darum, nach Entwicklungschancen zu fragen. Angezielt werden darin Verwirklichungschancen, um ein gutes menschliches Leben zu gewährleisten.

Die Philosophin M. Nussbaum kritisiert in ihrem Entwurf die auf Gleichheit aufgebaute Gerechtigkeitstheorie von J. Rawls als verkürzt. Nicht mitgedacht seien beispielsweise Menschen mit Behinderung oder anderen Einschränkungen. Sie entwickelt daher eine Konzeption der Würde des Menschen anhand einer an Aristoteles' Denkschule angelehnten elementaren Wesensbestimmung des Menschen als zum einen soziales und zum anderen immer auch verletzlich-wesen. Sie nimmt dabei die ganze Lebensspanne des Menschen von Geburt bis Tod in

⁹⁴ An dem Punkt erlebt sie viel Widerspruch, da der westliche Hintergrund wohl aus der Studie nur allzu gut erkennbar sei.

den Blick und betont dabei die Gleichwertigkeit jeder Lebensphase. So schlicht und selbstverständlich, wie diese Gleichwertigkeit hier formuliert wird, so sehr steht im Gegensatz der Kampf um die gleiche Betrachtung der Lebensphasen in den Selbsthilfeverbänden der Altersgesellschaften (z. B. um ein Alterschutzgesetz). Die Einstellungen und Haltungen zur Bedeutung von Lebensphasen setzen sich direkt in der Pflegeberatung bei Alten oder hochaltrigen Menschen um.

Unter Fähigkeiten ist ein ganzes Konzept zu verstehen, in dem sie grundlegende menschliche Ansprüche sammelt, von denen sie schon zehn bestimmt hat, die sie als Minimum fordert, um Menschenwürde zu erhalten. Von den Fähigkeiten geht die Forderung aus, dass diese entwickelt werden sollen, damit das Leben gedeihen kann und nicht verkümmern soll. Menschenwürde ist für sie also *der* zentrale Prüfstein für die Angemessenheit dessen, was dem Einzelnen zur Verwirklichung seiner Fähigkeiten zukommt. Die Würde ist auf ein bedürftiges und verkörpertes Wesen angelegt, das auf Gesellschaft und Beziehung ausgerichtet ist. In ihrem Fähigkeitenansatz gehört es elementar zu jedem Menschen, verletzlich zu sein und im Alter wie in der Kindheit oder bei Beeinträchtigungen auf Fürsorge angewiesen zu sein. Damit ist der Fürsorgebegriff wieder als Diskussionsgegenstand in der sozialpädagogischen Arbeit gelandet. Das gute Leben lässt sich ihrer Ansicht nach eben nicht in einer ausgleichenden gegenseitigen Gerechtigkeit zwischen autonomen Subjekten verwirklichen. Fürsorgebeziehungen sind explizit asymmetrische Beziehungen und passen nur so in ihr Gerechtigkeitskonzept. Allerdings geht es dort, abweichend von der früheren eher bevormundenden Auffassung von Fürsorge, nun um eine Neubestimmung von Fürsorge als einen menschlichen Anspruch auf Würde und Achtung. Für Beratung bei Pflegebedürftigkeit lässt die Systematik im Capability Approach neben der inhaltlichen Bestimmung des Fürsorgebegriffs verschiedene Ebenen neu beleuchten bzw. in Frage stellen.

Zunächst bietet er zu einer Zeit, in der die meisten Diskurse zur Pflegebedürftigkeit unter dem Blickwinkel der Ökonomie geführt werden, eine Art Gegengewicht und starkes Argument. Das darin liegende Angebot, nämlich statt über Mittel und Ressourcen über Beziehungen zu sprechen, trifft gerade den wissenschaftlichen Zeitgeist, denn auch in anderen Wissenschaftsdisziplinen werden diese Ansätze wichtig. Zu nennen ist hier der Soziologe Hartmut Rosa, der z. B. mit seiner Resonanztheorie (2016) die Bedeutsamkeit von Beziehungen in Zeiten der modernen Beschleunigung in den Mittelpunkt rückt. Seine Übersetzung von Entfremdung ist eine Form von innerem Stillstand, in dem „nichts mehr schwingt“, „den Menschen nichts mehr berührt“. Es sind nicht Ressourcen, die er aktivieren oder fördern will, sondern Beziehungen.

Auch dass der Nationale Expertenstandard des DNQP zur Pflege bei Demenz (2017) entschlossen die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt stellt, statt sich beispielsweise vor allem verschiedenen Verfahren zur Förderung der Ressourcen oder dem Erhalt von Fähigkeiten zu widmen, ist bezeichnend.

An dieser Stelle ist nun das Verständnis von Fähigkeiten im Capability Approach von dem in der Definition zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI zu unterscheiden. In der Pflegeversicherung sind Fähigkeiten nicht explizit aufgelistet oder benannt. Darüber hinaus beziehen sie sich ausschließlich – anders als bei Nussbaum – sehr individuell auf die persönlichen Potenziale einer (bedürftigen) Person, das eigene Leben zu gestalten. Es geht bei Pflegebedürftigkeit in der aktuellen Fassung der Pflegeversicherung um die Feststellung von individuellen Einschränkungen und Fähigkeiten, die geachtet und unterstützt werden sollen (vgl. Kapitel Pflegebedürftigkeitsbegriff). In der Definition im Capability Approach sind es zehn benannte Grundfähigkeiten aller Menschen, die in einem Konzept gleichwertig, ohne innere Hierarchie, ausformuliert wurden. Fehlte auch nur eine der genannten zehn, so ist nach M. Nussbaum das gute Leben nicht zu erfüllen. Keine der Fähigkeiten ist durch ein Mehr von den anderen zu kompensieren. Alle diese Grundbefähigungen basieren auf universellen menschlichen Grundbedürfnissen, deren Befriedigung sie ermöglichen. Nussbaum bedient sich dabei einiger Aspekte aristotelischen Denkens, z. B. dass der Mensch ein durch und durch körperliches Wesen ist und seine moralischen Kräfte materieller Unterstützung bedürfen. Als Punkt 1 (aber nicht an erster Stelle) nennt sie den Wunsch zu leben (und nicht vorzeitig sterben zu müssen), Hunger und Durst zu stillen oder vor negativen Einflüssen geschützt zu sein. Sie gibt Schmerz, Freude und Trauer ihren Platz. Neben der Anerkennung des verletzbaren Körpers eines jeden Menschen sieht sie (ebenfalls in der Denktradition von Aristoteles) die Verbundenheit der Menschen. Damit sind die Fähigkeiten auch primär an ein soziales Wesen gebunden.

Dies ist ein m. E. fundamentaler Unterschied zur Definition der Pflegeversicherung, die zwar die Teilhabe der Menschen an der Gesellschaft fördern will, den Menschen aber vor allem als einzelnes (verletztes) Individuum betrachtet.

Klie ist sich sicher: „Es ist wichtig, dass wir uns auf menschliche Wesensmerkmale besinnen. Wenn wir Menschen das Gefühl vermitteln, sie seien nur noch Last, sind das keine guten Bedingungen.“ (KWA Symposium 2019, Keynote)

Nussbaum stellt ihre Denkschule als den Blick der Vernunft dar, wenn es darum geht, Lebensqualität für eine Gesellschaft zu ermitteln. Vielleicht erscheint diese selbstbewusste Positionierung erstmal ungewöhnlich, da gerade sie ja den Gefühlen der Menschen in ihrem Konzept eine

besondere Bedeutung gibt. Die Systematik ist dafür so angelegt, dass ihre konkrete Ausgestaltung Gegenstand eines fortwährenden gesellschaftlichen Diskurses und wiederum Revisionsprozesses ist.

Über den Begriff der Verwirklichungschancen für die Individuen im Capability Approach rücken neben den Fähigkeiten noch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den Blick. Das Ringen um ein gutes Leben für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und dient, so eine Lesart des Capability Approach, der Demokratisierung der Gesellschaft. Denn die Rahmenbedingungen ermöglichen ja überhaupt erst eine Entfaltung der Potenziale oder verhindern diese. Die Pflegeversicherung, das muss wohl festgestellt werden, stellt allerdings bisher keine gleichwertige Versorgung sicher (vgl. Hielscher 2017; Klie 2019).

Neben dieser humanistischen, konsequent an der Menschenwürde orientierten Betrachtungsweise ist der Capability Approach unter anderem auch wegen seiner nicht normativen Ausrichtung relevant für die Anwendung bei Pflegebedürftigkeit. Denn darin ist es, völlig selbstbestimmt, der individuellen Vorstellung eines jeden Menschen überlassen, in welcher Form die vorhandenen Potenziale vor dem Hintergrund der gegebenen Realfreiheiten genutzt werden. Grundsätzlich sind jedoch die Anerkennung sowie das Anstreben der Verwirklichungschancen. So betrachtet kann geschlossen werden, dass der Capability Approach eine mögliche ethische Fundierung für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit bietet.

Im Pflegereport 2018 wird das „Six Senses-Framework“ des Gerontologen Mike Nolan vorgestellt. In der Pflegewissenschaftler wird damit der Versuch gestartet, die Debatte um die immer wieder umstrittene Messbarkeit der Pflegequalität in den überwiegend häuslichen Versorgungssettings zu entschärfen und eine neue Struktur in den Blick zu bringen. Auch hier sind es die Beziehungen, die Nolan systematisiert. Nicht die Pflegequalität wird damit in den Vordergrund gestellt, sondern das gelingende Leben (vgl. Büscher 2018: 126).

Die Six Senses umfassen:

- Sicherheit hinsichtlich der essenziellen physiologischen und psychologischen Bedürfnisse sowie vor Bedrohung, Schaden oder Schmerz,
- Kontinuität in der persönlichen Biografie und eine konsistente Versorgung innerhalb etablierter Pflegebeziehungen durch bekannte Pflegepersonen,

- Zugehörigkeit durch die Bildung und/oder Aufrechterhaltung bedeutsamer und gegenseitiger Beziehungen,
- Zielgerichtetheit hinsichtlich der Fähigkeit, Ziele und Herausforderungen zu identifizieren sowie Ermessensspielraum für eigene Entscheidungen zu haben,
- etwas erreichen können im Hinblick auf bedeutsame Ziele sowie
- Bedeutsamkeit im Sinne der Anerkennung und Wertschätzung als Person und des Gefühls der Wichtigkeit der eigenen Existenz und Handlungen.

Care-Debatte

Abschließend trifft die Beschäftigung mit der Beratung in den sich überschneidenden Handlungsfeldern von Pflege und Sozialer Arbeit sowie den jeweiligen Theorien dieser Disziplinen unweigerlich auf die gemeinsam geführte Care-Debatte. Ausgelöst wurde sie über die sogenannte sozialpolitische Herausforderung der „Care-Krise“, in der deutlich wurde, dass weder die aktuelle Organisation noch die Qualität von Reproduktionsarbeit sowie Versorgungsangeboten über soziale Dienstleistungen zu den veränderten gesellschaftlichen oder individuellen Bedingungen und Ansprüchen passten. Sorge für andere, so wird die Care-Krise formuliert, bedeutet für die Betroffenen nicht selten eine Zerreißprobe im Alltag, und die hieraus entstehenden Folgen und Dilemmata sind individuell kaum mehr lösbar. Care-Arbeit meint Tätigkeiten – bezahlte wie unbezahlte – des Sorgens und Sichkümmerns. Diese Arbeiten werden weiterhin überwiegend von Frauen geleistet, sehr oft als unbezahlte Hausarbeit. Mit dem Wandel der Geschlechterordnung sollen Hausarbeit, Sorge und Fürsorge neu verteilt werden.

Care findet sich in dieser Debatte allerdings nicht als ein fertiges Konzept oder als ein geschlossenes theoretisches Erklärungsmodell mit Handlungsempfehlungen für dieses soziale Phänomen, sondern es bildet eine Art Überbegriff und kann so als Synonym für Sorge verwendet werden. Die Soziologin Paula-Irene Villa beschreibt ihn gemeinsam mit dem Netzwerk ForGenderCare als die *Hinwendung zu den Bedürfnissen, die allem Lebendigen eigen sind*, ob Pflanze, Kinder, kranke Freunde oder Nachbarn, man selbst bzw. die alternden Eltern. Alle haben Bedürfnisse, die mit Sorge zu tun haben, die alleine nicht gelingen. Es gehört in diesem Verständnis zum Wesen der Sorge, dass sie beziehungsformig, also zwischen Menschen geschieht. Care wird dabei nicht nur als Aufwand verstanden, der gemeinsam zu leisten ist, sondern auch als Quelle von Lebenssinn, Glück, Lust und Anerkennung (vgl. Villa 2018). Damit wird quasi ein Kontrapunkt gegen die individuelle Autonomie gesetzt.

Wie über den bis hier dargelegten Zusammenhang in der Dissertation nachgezeichnet wurde, sind Sorge, Gerechtigkeit und Solidarität grundlegende Handlungsformen, in denen sich Menschen aufeinander beziehen. In der Care-Debatte finden sich aus unterschiedlichen theoretischen Hintergründen verschiedene Ansätze, welche die Relevanz von Sorge und Sorgebeziehungen auch als politischen Ausgangspunkt beschreiben, über dessen Entwicklung dann Sorge und Solidarität nicht nur konzeptionell, sondern auch politisch verbunden wird (vgl. Winker 2015; Auth 2018 u. a.).

Theoretische Perspektiven auf Care unterscheiden sich natürlich auch dort weiterhin nach disziplinärer Verortung und heterogenen wissenschaftlichen Positionen, laufen dabei mit dem deutlichen inhaltlichen Bezug zu Geschlechterdifferenzen oft parallel mit feministischen Theorien.

Seit den 1980er Jahren sind in der Care-Debatte grundlegende feministische Auseinandersetzungen zur Sorge geführt worden. Hierzu zählt u. a. die durch Carol Gilligan (1982) angestoßene Diskussion um eine geschlechtsspezifische Differenz von Moralvorstellungen. Gilligan kontrastiert männliche Gerechtigkeitsmoral zu einer weiblich konnotierten Fürsorgemoral (*ethics of care*). Die Kritik an dieser Theorie setzt dann an, wenn Geschlechterrollen dadurch wieder tradiert werden oder marxistisch orientierte Feministinnen die Bedeutung der weiblich konnotierten Reproduktionsarbeit als kapitalistische Produktionsverhältnisse herausarbeiten. In diesem Kontext entstand die Forderung nach „Lohn für Hausarbeit“ (vgl. Sellach 2018: 109 in Schmitt 2019).

Care erweist sich im Diskurs als ein Konzept, mit dem sich unterschiedliche Kategorisierungen zum komplexen Phänomen der Fürsorge entwickeln lassen (Dahl 2017: 64), und bereichert unterschiedliche Strömungen (vgl. dazu ausführlich Schmidt 2019) bis hin zu Bewegungen wie z. B. der sogenannten Care-Revolution.

Das Gemeinsame in dem Diskurs ist, dass Care darin eine spezifische Logik aufweist. Diese Logik fasst die Soziologin Kari Waerness (1984; 2000) mit dem Begriff der Fürsorgerationalität zusammen. Über ein Bündel von gemeinsamen Erfahrungen der Sorge und des Umsorgtwerdens gewinnt insbesondere das Gefühl, angesprochen zu sein, eine Relevanz und damit verbunden die Übernahme von Verantwortung für andere. Der Akt des Sorgens erfordere daher, so ihre Argumentation, gleichermaßen Gefühl und Rationalität. Ganz praktisch geht es um die Verantwortungsübernahme für das Wohlbefinden anderer. In der spezifischen Fürsorgerationalität wird die gängige Vorstellung von einem Gegensatz zwischen Gefühl und Rationalität somit konterkariert (vgl. Waerness 1984: 190–192).

Auf diese Weise schafft die Debatte auch eine Klammer um die heterogenen Bedingungen von Care, weil Sorgen ja sowohl privat, beruflich und unter Marktbedingungen stattfinden. Durch den multidisziplinären Eintrag in die Care-Debatte öffnet sich für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit im Grunde die Option, Sorge als eigene gesellschaftliche ethische Position zu formulieren.

Zusammenfassung

Verschiedene Metatheorien der sozialen Arbeit bildeten über intensive Diskussionen Paradigmen aus, die Grundlagen für die pädagogische Beratung prägen. Sozialpädagogische Beratung wird ab den 60er Jahren in einen gesellschaftlichen Rahmen gestellt und erkannt, dass dieser Rahmen und gesellschaftliche Bedingungen selbst in die Beratung hineinwirken. So konnte festgehalten werden, dass auch die Probleme der Klient*innen Ausdruck der gesellschaftspolitischen und sozialen Situation sind und ihren Ursprung nicht unbedingt in den betroffenen Personen haben und therapeutischen Zugang benötigen. Individuelle Konflikte, die zum Gegenstand von Beratung werden, können nun als Teil sozialer Konflikte verstanden und dargelegt werden. Tatsächlich zeigen beratungswissenschaftliche Zugänge, dass, wenn lebensgeschichtlich entstandene Problemkonstellationen nicht im Kontext ihres konkreten gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrunds wahrgenommen werden, Beratung ihr aufklärerisches Potenzial verliert und sich womöglich schlicht auf eine Sozialtechnologie reduziert.

Die Rückbezüge auf Orientierungsrahmen wie den Lebensweltbezug, das gelingende Leben oder das gute Leben im Capability Approach findet sich auch in der pflegewissenschaftlichen Rezeption (vgl. z. B. Braun, Schmidt 1997; Moers, Schaeffer 2011; Büscher 2018). Dort halten sie sich allerdings nicht dauerhaft in der Diskussion und durchdringen die Beratungspraxis dementsprechend nicht (vgl. Büscher im Pflegereport 2018: 121). Aktuell, mit zunehmender Akademisierung der Pflegeberufe lassen sich aber Trends ausmachen, die den Faden erneut aufnehmen wollen.

Die nationalen und internationalen Care-Debatten, die u. a. Konflikte ausgelöst durch gesellschaftliche Bedingungen und Deutungen mit Wirkung in die Care-Arbeit in den Blick nehmen, werden vor allem von der feministischen Forschung getragen. Diese teilweise hart gegeneinandergestellten Positionen in den Diskursen tragen dennoch neue Perspektiven für die Pflegeberatung ein. Sorge wird dort u. a. im Zusammenhang mit Demokratie diskutiert, indem Sorgebedürftigkeit und Sorgeaufgaben nicht nur als individuelle Schicksale und private Situationen

behandelt werden. Mitgefühl wird z. B. nicht als Wesenszug, sondern als Grundlage für die Bildung von demokratischen Strukturen referiert (vgl. Richter 2019).

Mit dieser Perspektive geht Beratung, die Gesellschaft aufklärt, eindeutig über die Funktion, das bestehende System zu erklären und zu stabilisieren, hinaus.

Aber auch schon in der Pädagogik ließen sich ausschließlich durch ideologiekritische Analysen keine Antworten auf neue bildungspolitische Probleme und Herausforderungen finden. So wird der kritischen Erziehungswissenschaft Wirkungslosigkeit vorgeworfen, welche vor allem in der fehlenden Anleitung praktischer pädagogischer Arbeit gesehen wird (vgl. Rudel 2003). Der Vorwurf, der den großen Metatheorien immer wieder gemacht wird, ist, dass sie zwar helfen, zu denken und Haltungen auszuprägen – aber nicht helfen, in konkreten Situationen zu handeln. So wurden zwar gut und systematisch Fälle zum Erkenntnisgewinn herangezogen, aber nicht in ein Handlungskonzept umgesetzt. Die Theorien der Sozialpädagogik, wie die individuelle Mündigkeit (Mollenhauer) oder die Lebensweltorientierung (Thiersch), sind im Wesentlichen auf allgemeinem Niveau formuliert. So dienen sie zwar sinnvoll der Ausbildung einer Haltung, die sowohl Intuitionen als auch Handlungen in der beruflichen Praxis in der Regel ja leiten. Darüber hinaus bilden sie auch einen bewährten Reflexionsrahmen, um diese im Rückblick zu verstehen. Auch das ist eine Facette des lebenslangen Lernens. Ausgestaltungen für die Beratungspraxis, Handlungsanleitungen beispielsweise für die Beziehungsgestaltung in Beratungsbeziehungen sind allerdings in diesen Metatheorien nicht beschrieben.

Damit wird die Frage danach deutlich, wie Beratung systematisch und konkret gestaltet sein muss, damit sie auch der sozialpädagogischen Beratung bei Pflegebedürftigkeit entspricht, die das Aufeinander-bezogen-Sein von Gesundheits- und Sozialaspekten berücksichtigt.

Wahrscheinlich hätte diese Auseinandersetzung besser vor der breiten Einführung der Pflegeberatung geführt werden müssen. Der hier als Versäumnis angesehene Tatbestand führt zu aktuellen Problemen und begünstigt das Instrumentalisieren von Beratung im Kontext Pflege. Es ist zu bedauern, dass die letzte große Reform der Pflegeversicherung 2017 diese Chance vertan hat. Allerdings beginnt mit Verabschieden einer Reform, gerade im Gesundheitswesen, immer auch die Vorbereitung der nächsten.

Bis hierhin wurden also nun Bauplätze für geltende Sozialgesetze beschrieben, einzelne Fäden zum Thema Beratung aus diesen Normen herausgehoben und bis zu Knotenpunkten verfolgt sowie theoretische Erkenntnisse zu beruflichen Paradigmen und professionellem Handeln in

dem Kontext gewonnen. Das hochanspruchsvolle Handlungsfeld der Beratung und das Geflecht in verschiedenen Kontexten bei Pflegebedürftigkeit ist deutlicher geworden. Also stehen theoretische Ziele und Kritik im Grunde nebeneinander. An dieser Stelle kann nun nicht stehen geblieben werden, sondern muss konsequenterweise ein Schritt getan werden, indem weiterverfolgt wird, wie die aus den Disziplinen generierten Erkenntnisse in die Beratungspraxis finden.

4.2 Ausgestaltung von Beratungssituationen – Handlungsmodelle

Handlungsmodelle für die Beratungspraxis beinhalten professionelle Ordnungen, nach denen die Beratung systematisch verläuft und die theoretisch aus dem Wissenskörper der Disziplin gestützt werden.

Case Management

Das Case Management, als Einzelfallhilfe konzipiert, ist das bisher wohl bedeutendste Handlungsmodell und wurde in den 70er Jahren in den USA entwickelt. In den USA hatte es das Ziel, die enorme Zersplitterung sozialer Dienstleistungsangebote, ohne umfassendes Sozialversicherungswesen, zu steuern und effizienter zu gestalten. In Deutschland wird es seit Ende der 80er Jahre diskutiert, kulturell angepasst und in der beruflichen Praxis des Sozial- und Gesundheitswesens, einem problemlösenden Regelkreis folgend, zunehmend eingesetzt. Im SGB XI ist es 2008 z. B. über den § 7a in die gesetzlichen Grundlagen des Sozialversicherungswesens eingegangen (vgl. Kap 2.2.5). Es existiert mit der Deutschen Gesellschaft für Care und Case-Management (DGCC) ein Fachverband, der fachliche Rahmenempfehlungen, Leitlinien, Assessments und ethische Grundlagen formuliert.

In der Einzelfallorientierung konzentriert der professionelle Akteur seine Tätigkeit und Interventionstechniken nicht auf Verhaltensänderung des Ratsuchenden, sondern Kern der Funktion ist die Ermittlung, Konstruktion und Überwachung eines problemadäquaten Unterstützungsnetzwerkes. Dazu gehören sowohl persönliche (u. a. Angehörige, Nachbar*innen) als auch sozialräumliche Ressourcen, aber eben auch die formellen Angebote des sozialen Dienstleistungssektors. „Der Case-Manager übernimmt die intermediäre Rolle einer Schlüsselperson zwischen den Bedürftigen und den diversen potentiellen Hilfsquellen“ (Wendt 1991: 40).

Forderung nach solcher Einzelfallhilfe und Kritik halten sich gleichermaßen. So wird der Einsatz von Case Management z. B. im komplexen Markt rund um Pflegebedürftigkeit als besonders erfolgreich und wichtig bewertet wird (vgl. IGES 2019).

Auf der anderen Seite wird dem Case Management speziell im Sozialwesen oder in der Sozialberatung vorgeworfen, Probleme zu individualisieren und dadurch gesellschaftlich bedingte Probleme zu verdecken. Das Konzept verschleierte die stärkere Kontrollorientierung durch den Rückzug auf scheinbar neutrale und vor allem effiziente Managementfunktionen. Das Fallmanagement verzichte zudem auf die Zieloffenheit in der Beratung. Der Charakter des „Beratungsangebots“ brächte die Ratsuchenden öfter in die Lage, die angebotene Hilfe kaum ablehnen zu können. Das Rollenmodell des Case Managers habe nichts gemein mit dem Verständnis von lebensweltorientierter Hilfe zur Lebensbewältigung.

Thomas Klie (Klie et al. 2020) diskutiert im Pflegereport 2020, ob die Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, mittels Case Management lediglich durch das undurchsichtige System „gesteuert“ werden oder ob es dem auf Pflege angewiesenen Menschen und seinen An- und Zugehörigen als advokatorische Unterstützung in einer komplexen Lebenslage und in existenziellen Grenzsituationen dient. Im Pflegereport 2020 werden die integrierten Case- und Care-Management-Strukturen als alternativlos betrachtet. Dieses Handlungskonzept sei das einzige, durch das eine auf die Effizienz des Gesamtsystems ausgerichtete und zugleich personenzentrierte Fallsteuerung zu implementieren sei (vgl. Klie 2020). Allerdings sei es voraussetzungsvoll und in der Praxis heterogen. Die Steuerung läuft oft im Interesse der Institutionen, z. B. der Krankenhäuser, und gesundheitsökonomische Restriktionen stünden im Vordergrund (vgl. Klie 2020: 166 ff.).

Pflegeprozessmodell

In der Pflegewissenschaft finden sich als Handlungsmodelle Vorschläge für grundlegende vier- bis sechsschrittige Pflegeprozessmodelle – allerdings existieren darüber wenig beschriebene Erfahrungen in ihrer Anwendung auf Beratungssituationen. Beratung wurde in der Regel eher als integraler Bestandteil des Pflegeprozesses verstanden (vgl. Koch-Straube 2001: 134). Seit diesem Jahr (2020) erhält die Pflege über das Pflegeberufegesetz erstmals gesetzlich zugeschriebene Vorbehaltsaufgaben. Damit erhalten die Pflegeberufe eine neue Rollenbeschreibung in den Versorgungskonstellationen. Diese formulierten Vorbehaltsaufgaben sind sogenannte „absolut wirkende Vorbehalte“ und gelten für individuelle situationsbezogene Pflegebeziehungen (Igl 2018: 76). Sie beziehen sich tatsächlich primär auf die strukturierte Gestaltung des Pflegeprozesses und die Sicherstellung der Pflegequalität und müssen für jede individuelle pflegerelevante Situation, auch für die Einzelfallberatung, einzeln ausgearbeitet werden. Der Pflegeprozess wird beschrieben als ein zirkulärer Problemlösungs- und Beziehungsprozess, der sich an den Bedürfnissen des Menschen orientiert (vgl. Loskamp et al. 2003). Natürlich scheinen je

nach Situation verschiedene Motive für die Akteure auf. Dieser Prozess kann, je nach Zustand der Betroffenen und ihrer Familien oder Bezugspersonen, zum Teil sehr komplex sein und benötigt hohe pflegfachliche Expertise für das angefragte Versorgungsarrangement. Denn nicht nur das Befinden der Betroffenen und ihrer Familien, sondern auch der jeweilige pflegerische Kontext, ob Pflegestützpunkt oder Stationsalltag, das fachspezifische Wissen und die Haltung der Pflegefachpersonen spielen eine wichtige Rolle bei der angemessenen Gestaltung. Ohne übergeordnete konzeptionelle Einordnung ist es schlicht ein Regelkreis.

In der Prozesssystematik, im Regelkreis, ist die Diagnosestellung der konkretisierende Schritt nach der unterschiedlich gestalteten Informationssammlung. Diagnosen wirken dabei immer komplexitätsreduzierend und sind so eine Form der Versachlichung. Damit dienen sie dem professionellen Akteur zu einer fallgerechten Bearbeitung des herausgelösten, nun sichtbar und kategorisierbar gewordenen Problems.

Auch die soziale Arbeit geht ähnlich vor. Für die sozialpädagogische Beratung schreibt Gerda Kaskos schon in den 1980er Jahren dieser Versachlichung ein zentrales Moment zu. Alle Gespräche werden ihrer Ansicht nach im Kopf des Professionellen „aktengerecht“ übersetzt. So entstehen professionelle Routinen, welche sinnvoll sind, aber auch die Gefahr beinhalten, dass die Besonderheiten des Falls dabei aus dem Blick geraten und somit für die weiteren Interaktionen verloren gehen (vgl. Gröning 2015:48). Sichtbar werden diese allerdings trotzdem wieder, und zwar in Spannungen und Handlungsparadoxien, zu denen sich die Berater*innen wiederum individuell verhalten müssen. Geht es im Weiteren um Handlungsmodelle in der Pflegeberatung, ist das Fallverstehen daher wichtig.

Diagnostik in der sozialpädagogischen Fallarbeit

Thiersch (Thiersch et al. 2012) wie auch Böhnisch betonen, dass die Diagnose eine besondere Bedeutung im Fallverstehen (Böhnisch 2012: 303) der lebensweltorientierten Arbeit einnimmt. Da Beratungsanbieter*innen und Beratungsnutzer*innen nicht unbedingt aus demselben Milieu und damit aus sehr unterschiedlichen Lebenswelten stammen, ist der Verstehensprozess notwendigerweise ein rekonstruktiver Weg in das (Er-)Leben des Gegenübers und setzt Neugierde und Offenheit auf Neues voraus.

Pflegebedürftigkeit findet in vielfältigen Lebenswelten betroffener Einzelpersonen und Familien statt. Wenn am Anfang des Beratungsprozesses nun eine Form der Diagnostik liegen soll, dann liegt in diesem Prozessschritt die Aufgabe, sich einen Verstehenszugang zu einer je fremden Lebenswelt zu erschließen. Burkhard Müller legte dafür in den 90er Jahren für die soziale

Arbeit die multiperspektivische Fallarbeit vor. Er forscht und lehrt seither mit einer dreifächrigen Typologie, die elementare Aufgaben in der sozialen Arbeit ordnen hilft. Seine vierschriftigen Prozessphasen beginnen mit einer Anamnese, die er als einen „aufmerksamen Umgang mit Nichtwissen“ bezeichnet. In dem Schritt Diagnose sucht er die unterschiedlichen Probleme der Beteiligten jeweils zu beschreiben und zuzuordnen. Sein Handlungsmodell ist die multiperspektivische Fallarbeit, in der er neben der Beziehungsarbeit auch die komplexen Rahmenbedingungen dieser Beziehung berücksichtigt. Der Wechsel der Perspektiven hat die Absicht, die Komplexität des Handlungsfeldes zu erfassen und damit die Interdependenz zu erkennen. Als gut handhabbare Arbeitshilfe schlägt er eine Fallanalyse vor, indem er einen Fall von drei möglichen Perspektiven ausgehend betrachtet: „Fall von“, „Fall für“ und „Fall mit“. „Fall von“ bezeichnet die Verwaltungsebene. Es ist zu klären, was für ein Fall im rechtlichen Sinn vorliegt. Im „Fall für“ steht die Zuständigkeit im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Welche Personen und Institutionen sind ebenfalls zuständig? Müller stellt damit klar, dass die fachlichen Kompetenzen der anderen Beteiligten am Fall zu seiner Koordination gehören, auf die er gegebenenfalls auch ausdrücklich verweisen muss. Im „Fall mit“ geht es konkret um die Frage, mit wem der Sozialpädagoge das Arbeitsbündnis schließt, mit wem er eigentlich direkt zusammenarbeitet. Eine Intervention wird beschlossen und danach auch evaluiert. Dieses regelhafte Vorgehen beinhaltet seiner Ansicht nach genügend Bescheidenheit im Umgang mit Deutungen. Aber sie sind ebenso konkret und sorgfältig ausformuliert.

Das Prozessmodell der Supervision zur Beziehungsgestaltung in der Beratung

Der Beratungsprozess differenziert auch Schritte und Phasen, die in der Regel diese Elemente beinhalten, wenn sie auch manchmal anders benannt werden: Erstgespräch und Beziehungsaufbau, Ordnen von Problemen, Diagnosephase, Herausarbeiten von Problemen, Förderung von Entscheidungen und fördernder Beistand sowie Abschluss und Abschied (vgl. Gröning 2016a, 119). Beziehungsgestaltung wird in den oben dargestellten Regelkreisen und Prozessmodellen oft der Persönlichkeit der professionellen Akteure überlassen. Tatsächlich spielen die Person und die Persönlichkeit eine entscheidende Rolle. Dennoch ist auch die Beziehungsgestaltung in der Beratung ein professionelles und damit systematisches Geschehen.

In der Entwicklung des Beratungsformats Supervision wurden als Elemente für die vertrauensvolle Beziehungsgestaltung noch der Kontrakt und das Arbeitsbündnis ausgearbeitet. Damit erhält der Beratungsprozess einen inneren und äußeren Rahmen.

Auch für Oevermann nimmt die Beziehungspraxis einen besonderen Teil des professionellen Handelns ein und er formuliert sein Verständnis von Arbeitsbündnis:

„Primär am professionalisierten Handeln ist also die zugleich diffuse und spezifische Beziehung zum Klienten, dessen leibliche und/oder psychosoziale Beschädigung beseitigt oder gemildert werden soll. Ich nenne diese Beziehungspraxis das Arbeitsbündnis.“ (Oevermann 1996: 115)

Es gibt allerdings, je nach theoretischer Grundposition der Beratung, unterschiedliche Ausgestaltungen und Grundverständnisse des Arbeitsbündnisses. Im Mittelpunkt steht in der Regel das Bemühen um die Entwicklung einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Berater*innen und Ratsuchenden. Fuhr (2003) nennt Voraussetzungen und zählt als übereinstimmend eine klare Rollenverteilung, eine Klärung und Einhaltung der vertraglichen Bedingungen und Vereinbarungen sowie die Beachtung ethischer Mindeststandards auf. Unter Letzterem versteht er die Schweigepflicht. Eine Lesart dieser Grundelemente lässt das Arbeitsbündnis als eine Art Papiervertrag aufscheinen, das die Verhältnisse zu Beginn des Beratungsprozesses ordnet und für die Vertragspartner*innen ab dann verlässlich festschreibt. Müller (2008) versteht im Arbeitsbündnis darüber hinaus ein Instrument zur thematischen Eingrenzung der professionellen Beziehung, indem dort ein Problem benannt und so zum zentralen Gegenstand der Beratung werde.

„Das Verstehen der Fachkraft bezieht sich somit nicht auf die ganze Lebenswelt der KlientInnen, sondern auf das von ihr oder ihm genannte Problem im Aushandlungsprozess. Dies kann verhindern, dass Ganzheitlichkeit in Grenzenlosigkeit der Einmischung umkippt und die Fachkraft zu viel Einfluss und Macht gewinnt. Gerade die soziale Arbeit in ihrem ganzheitlichen Verständnis, benötigt diese Begrenzung.“ (Müller 2008: 17)

Dieses Verständnis von Arbeitsbündnis enthält neben der Aufgaben- und Rollenklärung eine Zielvereinbarung und wirkt zeitgleich in einer weiteren Dimension über die gemeinsam gefasste Vereinbarung wie ein Instrument, um Balance in die Machtverhältnisse zu bekommen.

Diese Beziehungspraxis, angewandt auf die pädagogische Beratung, kann nochmal grundlegender ausgeführt werden (vgl. Gröning 2016a): So lässt sich das Arbeitsbündnis noch tiefer in die Interaktion hineinbringen, als in diesem nur das Verständnis eines wichtigen, funktionalen (ersten) Schrittes im Prozess zu sehen. Die Pädagogische Beratung versteht das Arbeitsbündnis als Kernelement der gesamten Verständigung in der Interaktion. Nach dieser Auffassung gilt es die Beziehung zwischen den Interaktionspartner*innen über den gesamten Prozess immer wieder neu zu kontrahieren. Gröning spricht von einer Kontraktethik und verweist damit auf G. Leuscher als Begründer des Konzepts des „Verhandlungsraums“ (Gröning 2016a: 92). Das Bild eines Verhandlungsraums erinnert an ein demokratisches, gerechtes Verfahren, in welchem das Verhältnis der Interaktionspartner*innen in der Beratung zueinander selbst schon

auszumachen ist. Erst im Verhandlungsraum entsteht ein Arbeitsbündnis (nicht vorher) kommt es zu einer Gleichheit in der Ungleichheit der Kontraktpartner*innen innerhalb der Beraterbeziehung? Das Arbeitsbündnis ist nach diesem Verständnis keine Methode, sondern eher ein Prinzip. Es wirkt gegen die Willkür des Zufalls, in dem Interaktionspartner*innen mit unterschiedlicher Macht ausgestattet aufeinandertreffen, und führt auf diese Weise Gerechtigkeit in den Prozess ein. Die Haltung der Ratgebenden sichert der Ratsuchenden die Anerkennung als Rechtsperson und eine gewisse Distanz zu. Das übergeordnete Prinzip dieser demokratischen Sichtweise ist die unbedingte Achtung vor der Würde beider Interaktionspartner*innen. Diese Grundposition, ist eine pädagogische, in der die Interaktion Beratung Entwicklung ermöglicht, die Personen den Weg zur Mündigkeit eröffnen kann. Das Bündnis wird durch zwei Rahmen gehalten. Der äußere Rahmen ist z. B. die zeitliche Begrenzung, die Gesamtdauer des Prozesses, eventuell die Kosten, die Teilnehmer*innen usw. Das innere Bündnis hält die Beziehung durch die Prinzipien Vertraulichkeit, Vernunft, Freiwilligkeit, Rollentransparenz, Informationstransparenz etc. Auch wenn eine Beratung nicht freiwillig läuft, muss zunächst dieses Arbeitsbündnis hergestellt werden. Das Arbeitsbündnis ist also sowohl ein Prinzip, eine Methode, ein Instrument sowie ein Element in der Beratung, über das Beziehungsgestaltung kontrolliert und überprüft werden kann und das über die jeweiligen beraterischen Grundhaltungen konstruiert wird.

Das Arbeitsbündnis im Prozess immer wieder zu prüfen und ggf. zu erneuern gehört zum Handlungsmodell in der Supervision.

5. Zusammenfassung und Kritik

Im theoretischen Teil der Dissertation wurden Ergebnisse der langfristigen Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse auf die Beratung bei Pflegebedürftigkeit nachvollzogen und dargelegt.

Der Einfluss gesellschaftlicher sozialer Praxen und Denkweisen sowie sozialstaatliche Regulierungen konnten auf diese Weise und mit diesem speziellen Fokus rekonstruiert werden. Die Bedeutung vor allem der Frauenbewegung für die Grundlagen der aktuellen Sozialstaatlichkeit und Mitgefühl für Minderheiten, für die Bildung unterschiedlicher Fürsorgeethiken und damit im engen Zusammenhang auch die Interdependenz des Gesundheits- und Sozialwesens in Bezug auf die Beratung zur Gesundheit ist eine wichtige Kontur, die sich über die theoretische Bearbeitung herausgehoben hat und daher nachgezeichnet wurde.

Die Ausarbeitung der Beratung als Interaktion oder Intervention wurde in der sozialen Arbeit über die historische und akademische Auseinandersetzung nach dem Zweiten Weltkrieg erneuert bzw. Gelerntes unter demokratisierender Intention „umerzogen“. Die Beratungstätigkeit durch die Pflegeberufe blieb wegen der um 20 Jahre verzögerten Akademisierung lange im tradierten, konfessionell, medizinisch oder privat-persönlich geprägten Rahmen und wurde so erst sehr spät Thema für die professionelle Entwicklung aus der jungen Pflegewissenschaft.

Mit Einführung des SGB XI in die Struktur der Sozialversicherungen gilt es gesellschaftlich, wissenschaftlich und politisch als geklärt, dass Beratung bei Pflegebedürftigkeit ein Handlungsfeld professionell Pflegender ist. Mit dieser Klärung konnte die Aufmerksamkeit für die Belange der Berufsgruppe in der Gesellschaft verstärkt werden. So konnte ein Professionalisierungsschub erfolgen, der, rein strukturell betrachtet, vor allem im Bereich Akademisierung und Ausdifferenzierung verschiedener eigener Schwerpunkte und Wissensbereiche gelungen ist. Für die Beratung kommt es im gemeinsamen Handlungsfeld von sozialer Arbeit und Pflege zu Spannungen und Überschneidungen, die bis zu dem Zeitpunkt beide, allerdings auf unterschiedlichen Ebenen, die Beratung bei Pflegebedürftigkeit nicht ausreichend ausgearbeitet, sondern als Randthema behandelt haben.

Über den Anshub und den Ausbau einer sogenannten Pflegeberatungslandschaft konnten die grundsätzlichen Probleme, die im neuen System u. a. durch die Marktlogik entstanden sind, aber nicht gelöst werden. Es fehlt den professionellen Akteuren in der Pflegeberatung weiterhin an Macht und Beteiligung an der gesellschaftlichen Gestaltung sowie an Beratungskompetenz. Durch eine gewisse Orientierungslosigkeit zwischen Professionalisierungsschub, neuer Logik

und Strukturen fehlt es eventuell auch an Einigkeit zur Widerständigkeit, bzw. über Professionalisierung.

Die Entwicklung der Akademisierung der Pflege und die Entwicklung der Praxis sind außerdem weiterhin zwei voneinander getrennte Bereiche und bewegen sich nur langsam aufeinander zu. Neben dem Aufbau im akademischen Sektor in der Pflegewissenschaft kam es zur Deprofessionalisierung in den realen Verhältnissen der Versorgung. Für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit zeigt sich das u. a. in den fragmentierten Qualifizierungsangeboten für diese Tätigkeit.

So wird Beratung bei Pflegebedürftigkeit vor allem eingesetzt, um Menschen durch das komplexe Gesundheits- und Sozialsystem zu steuern. Oder vielleicht muss man es eher umgekehrt formulieren: Beratung bei Pflegebedürftigkeit hat zunehmend die Aufgabe erhalten, Probleme, die im System begründet liegen, aufzufangen oder abzumildern oder, wenn es schlimmer kommt, unsichtbar zu machen. Beispielsweise wird die mangelhafte Partizipation von Angehörigen in den alltäglichen ambulanten und stationären Pflegeprozessen pflegebedürftiger Familienmitglieder in Kompetenzzentren verlegt. Der Isolation älterer Menschen mit pflegebedürftigen Partnern oder anderen familialen Pflegesituationen wird mit Leistungsberatung zur Nutzung ambulanter Dienstleistungen begegnet, anstatt Strukturen zu schaffen, die bisher selbstbestimmte Lebenswelten unterstützen. Care-Arbeit – ob unbezahlt oder bezahlt – erhält weiterhin kaum Anerkennung und erhält auf diese Weise natürlich auch nicht mehr allgemeine Aufmerksamkeit oder Gestaltungsraum, sondern in der Beratung wird die Belastung der Care-Arbeit in den Mittelpunkt gerückt und die Möglichkeit, zwischen entlastenden Angeboten zu wählen.

Wird Beratung jedoch nicht als Funktion, sondern als ein eigenständiger Professionsbereich verstanden, der sich neben die anderen sozialen/therapeutischen Dienstleistungsbereiche stellt (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Medizin), kann sie als eigener Prozessschritt im Gesundheitswesen wirken. Beratung ist dann auch nicht mehr nur lose Unterstützung am Rand, die hier und da Orientierung im komplexen System gibt oder gleich total in Beziehungen eingreift, wenn die Belastung als zu hoch gemessen wird, sondern Beratung hat dann die Aufgabe, rechtsstaatliche Prinzipien durchzusetzen, in denen Hilfebedürftigkeit Unterstützung und Schutz auslöst, aber auch Förderung von Mündigkeit und Partizipation. In dem Verständnis ist auch das Wissen über das Begleiten von Beratungs- und Bildungsprozessen enthalten.

Pflegeberater*innen als eigenständiger Professionsbereich benötigen eine grundlegende Expertenausbildung, die sich die Zeit nimmt, neben sozialrechtlichen und kommunikativen Kennt-

nissen Wissen über chronische Krankheiten, die in Pflegebedürftigkeit führen, sowie das heterogene, hochverletzliche Feld der Familien in biografischen Wendepunkten und Grenzsituationen auszuleuchten. Beratende müssen außerdem aufmerksam werden auf die ethischen Komplikationen, die durch die Koppelung von Beratung und Sanktion, Beratung und Verkauf, Beraten und Lenken entstehen.

Beziehungsgestaltung in Beratungsprozessen bei Pflegebedürftigkeit muss professionell ausgearbeitet und gestaltet werden, da sie durch ihre starke Körperbezogenheit auch besondere Intimität erzeugt und somit anfällig ist für Verstrickung und deren Auswirkungen.

Der Sozialen Arbeit fehlt der Wissenskorpus für intime körperliche Pflegebeziehungen. Das Wissen der sozialen Arbeit über Lebensweltbezug und Beratungskritik fehlt auf der anderen Seite im System der körperbezogenen Pflegeberatung. Soziale Arbeit hat sich auf der wissenschaftlichen Seite mit Macht und ungleichen Verhältnissen sowie mit Machtverhältnissen zwischen Professionellen und Klienten im Gesundheitswesen beschäftigt. Angehörige von Gesundheitsberufen, die mit Beratung und Bildungsaufgaben rund um Familien mit Pflegebedarf betraut sind, werden sich in Zukunft immer wieder mit pädagogischen, sozialwissenschaftlichen, aber auch Fragen über die Verläufe von Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung auseinandersetzen müssen.

Der sogenannten Präkarisierung im Gesundheitswesen, die entweder nur punktuell Zuständigkeiten verteilt oder im Fall von begleiteten Fallverläufen nur Teilbereiche dieser Lage bildet, lässt sich durch ein reflexives Arbeiten und Fallverstehen leichter entgegenreten.

B. Empirischer Teil

Nach der theoretischen Fundierung soll nun empirisch und systematisch der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen diese Entwicklungen der Pflegeversicherung auf die praktischen Beratungssituationen bei Pflegebedürftigkeit haben. Sie werden in den konkreten Fallschilderungen sichtbar und gewinnen dort für die Akteure an Bedeutung. Über eine systematische Analyse werden Verunsicherungen, Spannungen (Paradoxien), Anpassungen, Distanzierungen, Konflikte, Brüche, Hilfen, Wege professioneller Falleinschätzungen offengelegt. Der Blick richtet sich im empirischen Vorgehen nun darauf, wie die Beratungsprozesse konkret erlebt und ausgestaltet werden.

6. Empirie – Datenerhebung und Auswahl des verwendeten Datenmaterials

Es wurden elf Fallerzählungen von acht Stegreiferzählungen systematisch ausgewertet. Dabei wird zunächst jeder Fall als einzelner Fall behandelt. Das gilt für die Auswertung wie für die Darstellung. Angeschlossen wird sodann eine fallvergleichende Darstellung, damit der Sprung vom Fall zum Fallvergleich und vom Fall zu verallgemeinernden Aussagen nachvollziehbar bleibt. Für die Autorin ist es elementar, den Umgang mit der Fallanalyse zu begründen. Wichtig ist, dass der Sinnzusammenhang des Einzelfalls in der Interpretation nicht zerrissen werden soll, auch wenn anschließend Sequenzen genutzt werden. Die Eigenart des Einzelfalls kann meines Erachtens nur auf diese Weise gegenüber den anderen hervortreten. Erst wenn das überschaubare Ganze mit transportiert wird, indem der Fallverlauf intakt gelassen wird, bleiben seine Dimensionen sichtbar.

6.1 Auswahl der Interviewpartner*innen

6.1.1 Verknüpfung mit dem Drittmittelprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs

Über 13 Jahre (2005–2018) initiierte und begleitete die Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld das Modellprogramm und Drittmittelprojekt „Familiäre Pflege“. Im Zentrum der Umsetzungsforschung war die Entwicklung und der Aufbau von Unterstützungsleistungen für pflegende Familien im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. An dieser Stelle im Gesundheitssystem sind Brüche in der Versorgung bekannt (vgl. Gaidys, 2011; Wingefeld 2007). Der § 45 SGB XI bot die Möglichkeit, innerhalb dieses Programms über Information, Beratung, Praxisanleitung und Bildung die versorgenden, pflegenden Familien zu befähigen, die ihnen gesellschaftlich zugeschriebenen Aufgaben zu übernehmen und die neuen familialen und persönlichen Entwicklungsaufgaben aktiv zu bewältigen (vgl. Schiller et al 2018). Ziel war es, u. a. über eine neue pflegerische Funktion, weitergebildete Pflegefachleute, die sogenannten Pflegetrainer*innen, ein neues Versorgungsangebot in den Krankenhäusern zu etablieren. Die Pflegetrainer*innen erhalten den Auftrag ihrer Institutionen, pflegenden Angehörigen Bildungsangebote zu machen sowie diese praktisch anzuleiten. Damit werden sie als Pflegeberater*innen im Sinne des § 45 oder so mit anderen qualifizierten Weiterbildungen ausgestattet, auch nach § 7a, eingesetzt. Oft sind sie in Doppelfunktionen tätig, also ebenfalls in der praktischen Pflege auf den Stationen. Das ist eine Sonderfunktion im Krankenhaus und

isoliert Beratungssituationen aus dem üblichen Pflegealltag. Damit lässt sich das Beratungssetting der Interviewten vergleichen und unterscheidet sich von den Ad-hoc- und situativen Beratungssituationen, die in der Pflege ebenfalls bekannt sind. In der Regel führen sie die Beratungen im Übergang aus dem Krankenhaus, am Ausgang ihrer Institution. Im Rahmen von vierteljährigen 3,5-stündigen Fokus- bzw. Entwicklungsgruppen wurden Bildungs-, Beratungs- und Anleitungssituationen vorgestellt und die Einzelfälle in Verbindung mit wissenschaftlichem Wissen reflektiert. Die Autorin der vorliegenden Dissertation konnte über sechs Jahre fünf Entwicklungsgruppen mit verschiedenen Schwerpunkten kontinuierlich begleiten (also über 100 Sitzungen). Zudem konnten die Teilnehmer*innen des Modellprogramms zusätzliche Einzelgespräche/Fallbesprechungen vereinbaren. Einzelne Fallbeschreibungen wurden darüber hinaus auch schriftlich über ausführliche Mails oder (einmalig) als Tagebucheintragungen zur Einzelreflexion vorgelegt. Für die vorliegende Studie bot es sich an, Stegreiferzählungen auch aus dieser Gruppe der Pflegetrainer*innen zu generieren, da hier ein einfacher Zugang zum Feld bestand. Da die Pflegetrainer*innen außerdem schon eine gewisse Übung darin haben, Fälle zu berichten, eignen sie sich für die gewählte Methode. Drei dieser Erzählungen gehen in die Auswertung dieser Dissertation ein.

6.1.2 Weitere Datenzugänge und gewählter Zeitrahmen

Um eine gewisse Vergleichbarkeit in den gesetzlichen Voraussetzungen der beschriebenen Beratungsangebote zu erhalten, wurde als Zeitraum für die Interviews eine Zeit nach der Pflegereform 2017 gewählt. Alle hier verwendeten Interviews wurden zwischen 2018 und 2019 geführt und ausgewertet. Die erinnerten Erzählungen gehen allerdings zum Teil dennoch hinter diesen Zeitraum zurück, was in gewisser Weise auch auf die teilweise besonderen Spannungen durch die vormaligen Bedingungen hinweist.

Nachdem drei Erzählungen über den Zugang zum Modellprojekt gewählt wurden, sollten noch weitere Profile in das heterogene Feld der Pflegeberatung bei Pflegebedürftigkeit einfließen. Dazu wurden drei freiberufliche, weitergebildete Pflegeberater*innen, zudem mit akademischem Abschluss und dem Schwerpunkt Beratung, angefragt. Zwei angestellte Pflegeberaterinnen der Pflegekasse boten sich ebenfalls als Interviewpartnerinnen an. Eine Interviewte bat aber eine Woche nach dem Interview, das aufgezeichnete Gespräch nicht mit in die Auswertung zu nehmen, sondern zu löschen. Als Grund gab sie an, dass die pflegende Person womöglich über ihre lokale Prominenz erkannt werden könnte. Das zweite Interview ist aus technischen Gründen nicht komplett aufgenommen und wurde durch ein handschriftliches Protokoll ergänzt.

Hier entschied sich die Autorin gegen einen Einschluss in die Studie. Es stellte in der Reihe der geplanten Interviews das letzte dar und eignete sich über das Protokoll für die gewählte Analyse ohnehin nur bedingt. Die Überlegung wurde begleitet von der Feststellung, dass das bisher erfasste Material als gesättigt gelten kann, auch wenn die Position fest angestellte Pflegeberaterinnen bei der Pflegekasse zwar geführt wurden, vorliegend aber nicht explizit enthalten ist. Außerdem ergab sich in der Praxis ein Interview mit einem Praxisanleiter im Krankenhaus, das ebenfalls in die Auswertung eingehen soll. Er leistet die praktische Anleitung von Angehörigen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen seiner regulären Pfl egetätigkeit im Stationsdienst. Seit 2003 befähigt und verpflichtet die Pflegeausbildung zu dieser pflegespezifischen Tätigkeit. Dieses Interview wird deswegen mit aufgenommen, weil Pflegefachleute häufig anführen, die in der Ausbildung gelehrt e Beratungstätigkeit situativ anzuwenden, und auf diese Weise eine Situationsbeschreibung des Verständnisses in die beratungswissenschaftliche Studie Eingang findet.

Zusammen mit den Fallauswertungen der beschriebenen Fokusgruppen und Einzelfallberatungen im Hintergrund ergab die Auswertung der vorgestellten zehn Fall erzählungen eine ausreichende theoretische Sättigung bezogen auf den Forschungsgegenstand, zumindest bezogen auf die praktische Ausgestaltung der Pflegeberatungspraxis durch professionelle Pflegefachleute. Natürlich zeigen weitere Interviews in der heterogenen Welt der Pflegearrangements fortführend Forschungsdesiderate der Lebenswelten im Kontext Beratung bei Pflegebedürftigkeit.

Im Kontext der qualitativen Sozialforschung wird häufig über Generalisierbarkeit qualitativer Daten diskutiert (vgl. Mayring 2007). Flick (2014: 260 ff.) differenziert zwischen theoretischer und numerischer Generalisierbarkeit. Um eine theoretische Generalisierbarkeit zu ermöglichen, wurden unterschiedliche Erzählungen von Pflegeberaterinnen in unterschiedlichen Kontexten einbezogen. Dadurch wurde ein vergleichender und ein kontrastierender Vergleich möglich, auch wenn nur wenige Variationen geboten werden können. In Bezug auf die numerische Generalisierbarkeit wird an dieser Stelle hervorgehoben, dass keine Angaben über Häufigkeitsverteilungen auf der Basis der Interviews gemacht werden können, die eine repräsentative Aussage zu den einzelnen Positionen (freiberuflich, angestellt, Qualifikation, Geschlecht) machen kann.

Datenmaterial: Acht Interviews, zehn Fallgeschichten

Frau Orange	Pflegeberaterin SGB 7 Pflegeberaterin SGB 45; Pflegetrainerin Fachkrankenschwester Demenz Pflegegutachterin	Krankenhaus
Frau Rot	Pflegeberaterin SGB 7 Pflegeberaterin SGB 45; Pflegetrainerin Fachkrankenschwester Demenz Palliativfachkraft	Krankenhaus
Frau Gold	Pflegeberaterin SGB 7 Pflegeberaterin SGB 45; Pflegetrainerin Pflegegutachterin Akademischer Abschluss in der Pflege	Bildungseinrichtung und selbstständige Pflegeberatung
Frau Sepia	Pflegeberaterin SGB 7 Pflegeberaterin SGB 45; Pflegetrainerin Pflegegutachterin Akademischer Abschluss in der Pflege	Bildungseinrichtung und selbstständige Pflegeberatung
Frau Grün	Pflegeberaterin SGB 45; Pflegetrainerin Palliativfachkraft Praxisanleiterin	Krankenhaus
Frau Lila	Pflegeberaterin SGB 45; Pflegetrainerin Fachschwester	Krankenhaus
Herr Gelb	Pflegeberater SGB 7 Pflegeberater SGB 45 Pflegegutachterin Akademischer Abschluss in der Pflege	Selbstständige Pflegeberatung und Bildung, Krankenkasse
Herr Eisblau	Praxisanleiter Fachpfleger im Pflegepädagogikstudium ohne Pflegeberater-Qualifikation	Krankenhaus

6.2 Auswahl der Interviewmethode

Als Forschungsmethode wurde das Stegreifinterview nach Fritz Schütze als besonders geeignet befunden. Die ausgewerteten Interviews sind demnach narrativ, explorierend angelegt, um den

Untersuchungsbereich ausführlich und ohne die vorherige Formulierung von Thesen zu erkunden. Die Daten wurden nach der Erhebung durch die Narrationsanalyse nach Fritz Schütze ausgewertet, der diese für Stegreiferzählungen entwickelt hat.

Diese Methode der eher freien Erzählung wird gewählt, weil angenommen wird, dass die konkrete, dichte Erzählung eines Fallverlaufs das Erleben der Beratenden der eigenen Beratungspraxis besser beschreiben kann, als es beispielsweise standardisierte Befragungen leisten können. Qualitative Forschung ist näher am Handelnden dran (Flick et al. 2003: 17, 19). Die anschließende Auswertung folgt einem hermeneutischen Vorgehen, da es darum geht, den Sinn der Erzählung zu verstehen, der in der Regel nicht explizit Thema ist. Das hermeneutische Auswertungsverfahren von F. Schütze unterscheidet sich von der objektiven Hermeneutik Oevermanns. Der wesentliche Unterschied ist, dass im Verfahren nach F. Schütze Handlungsmuster und Deutungsmuster miteinander verglichen werden, während in der objektiven Hermeneutik allgemeine Strukturmerkmale mit beobachteten Strukturmerkmalen verglichen werden (vgl. Brüsemeister 1999: 95). Schütze führt die Struktur der Erzählung auf die Struktur der in der Erzählung wieder erinnerten Erfahrungsaufschichtungen zurück (vgl. Fischer-Rosenthal, Rosenthal 1997: 148). Bei Schütze steht die Erzählung für die Wiederholung und Zusammenfassung von Erfahrung.

„Der Kern jeden Erzählens besteht darin, daß die Änderung der Identität des zentral betroffenen Geschichtenträgers und der kollektiven Identitäten, in die er verwickelt war, zum Ausdruck gebracht wird“ (Schütze 1987: 27). Um diesem theoretischen Anspruch gerecht zu werden, müssen Erhebungs- und Auswertungsmethode einen Zugang sowohl zum tatsächlichen Geschehen als auch zur Deutung und Bewertung durch den*die Erzähler*in ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind die Annahmen der Biografieforschung zur kognitiven Struktur von Erinnerungen und Erzählen sowie zur Logik von Stegreiferzählungen entscheidend. Erfahrungen werden im Rückgriff auf „kognitive Figuren des Prozessgeschehens“ (Schütze 1984; Küsters 2009: 26) „reanimiert“, die Strukturierungszwänge – Schütze nennt es die Zugzwänge des Erzählens – mit sich bringen. Erzählungen erlauben damit einen besonders authentischen Zugriff auf die eigenerlebte Erfahrung des*der Erzählenden, insbesondere auf

„Zeit-, Orts- und Motivationsbezüge, seine elementaren und höherstufigen Orientierungskategorien, seine Aktivitäts- und Reaktionsbedingungen, seine Planungsstrategien, seine grundlegenden Standpunkt- bzw. Basispositionen und seine Planungs- und Realisierungskapazitäten“ (Schütze 1987: 14).

Dabei ist wichtig festzuhalten, dass Erzählungen das Geschehen nicht einfach abbilden, sondern lediglich Methoden zulassen, die den Durchgriff auf das tatsächlich Erlebte möglich machen (vgl. Rosenthal 2011).

Der Vorteil dieser eher freien Erzählung der Interviewten besteht weiterhin darin, dass anerkannt wird, dass die Selbstinterpretationen von Akteuren zur gesamten Konstitution einer sozialen Situation dazugehören. Auf diese Weise wird der Erzählenden im Forschungsvorgehen eigene Mündigkeit ermöglicht, weil sie selbst zur Sprache kommt und nicht von von außen vorgefassten Kategorien bevormundet wird. Die Forschende verfolgt bei dem Vorgehen die Absicht, durch diesen spezifischen Zugang zum Thema der Erzählenden (deren subjektives Erleben Gegenstand der Forschung ist) eine eigene Stimme zu geben.

Das anschließende analytische Verfahren soll jedoch die „Illusionen der persönlichen Meinung“ methodisch möglichst durchschauen. Bourdieu spricht von „einer Objektivierung der subjektiven Sicht der Welt“ (Bourdieu 1970: 41). Diese Objektivierung geschieht durch einen systematischen Bruch mit der alltäglichen Sicht der Welt. Fest verankert im Prozess des Auswertens und Verstehens der Erzählung ist der Zweifel. Der Zweifel richtet sich allerdings nicht gegen die Erzähler*innen. Er richtet sich systematisch und analytisch gegen Selbstdeutungen oder die Selbstverständlichkeit und die Akzeptanz der Sinnvagheit im Alltag, gegen eine bloße Einordnung in mitgebrachte und selbst vorgestellte Denkmuster, die plausibel erscheinen. Die objektivierende Analyse zweifelt also, wenn beispielsweise eine Erzählerin im Interview erklärt, dass die isolierte, zeitlich entgrenzte Unterstützung der palliativen Pflege zu Hause ausschließlich dem Willen des begleiteten Ehepaars entsprach. Objektivierende Betrachtung sucht dann nach tieferliegenden Gründen, die dem Bewusstsein verborgen bleiben, und findet auf diese Weise vielleicht soziale Strukturen, normative Vorgaben, Funktionsbeschreibungen, Pflegeverständnis, Krankenhauskulturen oder Sektorengrenzen, die es nahelegen, dass sich Pflegende in Beratung und Anleitungssituationen z. B. als „Anwälte der Beratungsnutzer*innen“ oder „Case Manager*innen“ oder auch als „Familienmitglieder“ verstehen.

Die gefundenen sozialen Strukturen sollen dabei aber nicht als autonome handlungsbestimmende Größen betrachtet werden, die die Akteure wie Fäden einer Marionette in einer sozialen Welt bewegen und dirigieren. Die Selbstsicht von Personen, die die qualitative Forschung in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen rückt, würde dadurch entwertet werden. Ziel dieses empirischen Vorgehens ist es, den Zusammenhang zwischen Selbstinterpretationen der Akteur*innen und den sozialen Strukturen, innerhalb derer sich Akteure bewegen, sprechen und handeln,

nicht aus dem Blick zu verlieren (vgl. Schnell 2013: 11). Eine empirisch verfahrenende Wissenschaft sollte den Zusammenhang zwischen dem, was sich als Gesagtes (oder Getanes) zeigt, und dem, was eben nicht gesagt wird, aber doch existiert, im Blick behalten. Für diese Arbeit bedeutet dies die sozialwissenschaftliche Objektivierung des Verstehens durch das Einbeziehen der Institution, der Wirkung des Sozialgesetzbuches XI und des gesellschaftlichen Kontextes. Auf diese Weise kann qualitative Forschung auch kritische Forschung sein.

6.3 Forschungshaltung

Die Haltung, mit der die Interviewerin die Forschung vorgenommen hat, war es, selbst als Lernende in die Gespräche zu gehen. Sie hat eigene berufliche Erfahrung in der Pflegeberatung und kennt zudem, über die beschriebene Mitarbeit im genannten Modellprogramm, auch die Funktion der Pflegetrainer*in sowie die Bedingungen der freien oder der kassengebundenen Pflegeberatung und damit den äußeren Rahmen. Ihr ist aber die innere Ausgestaltung der Arbeitsbündnisse in individuellen Fällen unbekannt. Weiterhin kennt sie die Auswirkung der Beziehungsgestaltung auf die berufliche und persönliche Identität der Handelnden nicht. Im Grunde ist unbekannt, was zwischen den Interaktionspartnern in der sozialen Dienstleistung Beratung bei Pflegebedürftigkeit passiert.

Alle Interviewten hatten ein Vorgespräch mit der Forscherin, das dazu diente, sich kennenzulernen und die Forschung vorzustellen, oder waren ihr im Vorfeld schon bekannt.

Zur Forschungsethik: Alle Interviewten wurden über den Rahmen des Interviews sowie über die Verwendung des Datenmaterials informiert. Alle haben zugestimmt. Die Daten bleiben im Anschluss an die Fertigstellung der Qualifikationsarbeit bei der Autorin. Eine weitere Verwendung zu anderen Veröffentlichungen benötigt eine erneute Anfrage und Zustimmung der Datengeber*innen.

Auch die Wirkung der Beziehungen zwischen der Forscherin und den Erzähler*innen auf die Interviewverläufe wurde im Laufe der Forschung reflexiv in den Blick genommen. So wurden z. B. Interviews, über die in der Analyse (oder schon im Gespräch) deutlich wurde, dass die Teilnehmer*innen aufgrund einer vorherigen Beratungsbeziehung zur Forscherin das Interview als Beratungsgespräch nutzten (und die Forscherin das im Verlauf nicht deutlich aufgeklärt hat), aus dem Datenmaterial entfernt und nicht verwendet.

In der Auswertung wurden auch die eigenen Vorannahmen, im Nachfrageteil der Interviews, kritisch reflektiert und fanden Eingang in ein Forschungstagebuch.

6.4 Die Narrationsanalyse nach Fritz Schütze

Versteht man die Sprache eines jeden Menschen als symbolischen Ausdruck von Selbst- und Fremdstrukturierung, in dem sich jeweils individuelle und gesellschaftliche Wirklichkeit abbildet (siehe vor allem Mead 1934, 1968), so eröffnet die Narrationsanalyse den Forscher*innen die Möglichkeit des Verstehens des Allgemeinen in jedem einzelnen Interview und umgekehrt des Verstehens des Individuellen im Allgemeinen (vgl. Dausien, Fischer-Rosenthal 1999).

Der Soziologe Fritz Schütze entwickelte eine Methode der Interviewführung und Auswertung, die nicht mit standardisierten Fragen arbeitet, sondern mit Stegreiferzählungen. Auch im Alltag spielen Erzählungen eine herausragende Rolle. Erzählungen sind natürliche, in der Sozialisation eingeübte Diskursverfahren, mit denen sich Menschen untereinander der Bedeutung von Geschehnissen ihrer Welt versichern (vgl. Wiedemann 1986: 24). Nicht nur der äußerliche Ereignisablauf, sondern auch die inneren Reaktionen, die Erfahrungen mit den Ereignissen und Verarbeitung in Deutungsmustern, gelangen zur eingehenden Darstellung. Durch Erzählungen werden übergreifende Handlungszusammenhänge und Verkettungen sichtbar. Darüber hinaus dienen Erzählungen auch der Verarbeitung, der Bilanzierung und der Evaluierung von Erfahrungen. In seiner Grundthese geht Schütze davon aus, dass sich subjektive Bedeutungsstrukturen im freien Erzählen über bestimmte Ereignisse herauschälen, die sich einem systematischen Abfragen aber verschließen würden.

Diese Form der Interviews bietet sich an, wenn Neuland erschlossen, also exploriert werden soll. Aber wie kann die Reflexion über Beratung bei Pflegebedürftigkeit in der sozialen Praxis nach 25 Jahren SGB XI als Neuland begriffen werden? Einmal kann hier angeführt werden, dass ein Teil der Befragten in einer neuen beratenden und bildenden Funktion im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege tätig ist und der Ausdifferenzierungsprozess der beratenden Berufe noch nicht abgeschlossen ist. Das ist der Blick auf die Profession. Angebracht erscheint diese Form der Befragung aber auch deswegen, weil es in der Forschungsfrage um das Verstehen der handelnden Interaktionspartner*innen geht und der betrachtete Raum der Beziehungsraum ist, dessen systematische Gestaltung, wie die Ausbildungsinhalte es belegen, ein unbekannter Raum, also ebenfalls für die Pflegeberatung in der Praxis Neuland ist.

In der Stegreiferzählung, im narrativen Interview, müssen die Interviewten sich den Horizont der Erzählungen des vorgegebenen Themas selbst erschließen. Sie wählen selbst, wie sie die Erzählung strukturieren und verdichten. Die Annahme ist, dass damit besonders authentische Daten erhoben werden können.

Erlebnisse bei Befragten werden laut Schütze im Gedächtnis in Form von vier kognitiven Figuren aufgeschichtet und abgespeichert. Im Rahmen von Stegreiferzählungen werden diese dann wieder „reanimiert“. So hat der erzählte Prozess eine besondere Nähe zum erlebten Prozess. Er bildet diesen sozusagen analog ab, die sogenannte Homologie-Annahme. Die kognitiven Figuren sind: Erzählträger, Ereigniskette, Situationen, thematische Gesamtgestalt.

Das spätere Interpretieren der Daten bedeutet also die Rekonstruktion der Textbedeutung im Verlauf des Geschehens. Im Laufe einer sequenziellen Analyse wird dem eingelagerten Sinn systematisch nachgegangen. Phänomene werden hier aufgrund ihrer strukturellen Zusammengehörigkeit quasi logisch entdeckt. Sie werden in der funktionalen Bedeutsamkeit für den Gesamtzusammenhang eines Falles gesehen, weshalb sich eine Isolierung aus der Gesamtgeschichte verbietet. Schütze formuliert eine sozialisationstheoretische These, die sogenannte Homologietheorie, in der er fundiert, dass Erzählstrukturen der Struktur der Erfahrung entsprechen.

Im ersten Schritt werden die Interviewpartner*innen aufgefordert, zu einem bestimmten Thema eine typische Geschichte, ein wichtiges Ereignis zu erzählen. Die Interviewerin greift möglichst wenig in die Erzählung ein. Für die vorliegende Forschung wurde nach einem Beratungsprozess im Kontext Pflegebedürftigkeit gefragt, die der Erzählerin in besonderer Erinnerung geblieben ist.

Aus der Sprachforschung gibt es Erkenntnisse, dass Erzählungen in der Alltagskonversation eine feste Struktur, einen immer ähnlichen Aufbau besitzen. Dieser besteht aus sechs Teilen und dient in dieser Forschung auch als Vergleich mehrerer Erzählungen zur Auswertung. Die Interviewerin muss also das Gespräch selbst nicht mehr strukturieren, weil diese der Sprachform *Erzählung* immanent ist. Sie hat sozusagen einen universellen Ablaufplan:

1. Ein einführender Überblicksteil
2. Eine Orientierung als Schilderung, worum es geht
3. Komplikation
4. Evaluation als Einschätzung des Geschehens
5. Auflösung
6. Koda als Schlussbetrachtung

Zudem wirken laut Schütze drei Zugzwänge (vgl. Rosenthal 2002: 210; Heiser 2015; 2018):

1. Detaillierungszwang: Die Erzählerin muss so weit ins Detail gehen, dass die Zuhörerin sie nachvollziehen kann; sie ist also gezwungen, an Stellen, die nicht plausibel erscheinen, Einzelheiten zu schildern. Die Erzählerin ist getrieben, sich an die tatsächliche Abfolge der Ereignisse zu halten. Häufig ist dies zu erkennen an Sprüngen und Hintergrunderzählungen.
2. Kondensierungs-Relevanzfestlegungszwang: Die Erzählerin muss vieles weglassen bzw. zusammenfassen. Daher muss von der Erzählerin die Relevanz einzelner Teile des erlebten Prozesses festgelegt werden.
3. Gestaltschließungszwang: Der erzählte Sachverhalt muss gegen andere Sachverhalte abgegrenzt werden. Die Erzählerin ist quasi getrieben, die Erzählung abzuschließen. Da für das Erzählen nicht unbegrenzt Zeit zur Verfügung steht, heben die Interviewten die persönlich bedeutsamen Aspekte hervor bzw. verdichten sie auf das Wesentliche, um so der Geschichte ihre besondere Gestalt zu verleihen. Diese Wirkung führt laut Schütze dazu, dass die Erzählerin die Geschichte auch dann zu Ende erzählt, wenn sie eigentlich nicht über bestimmte Aspekte sprechen möchte.

Durch Zugzwänge erzählen die Interviewten, was sonst durch Erzählhemmung, Emotionen usw. gebremst ist und für Forscherinnen durch direktes Erfragen selbst schwer herauszufinden wäre.

Die Narrationsanalyse, als anschließendes Auswertungsverfahren, verläuft dann wieder in vier Schritten. Die formale Textanalyse, als erster Schritt, stellt zunächst eine einfache technische Herangehensweise dar. Das gesamte Interview wird segmentiert in die Texttypen Erzählung, Beschreibung oder Argumentation. Im zweiten Schritt der Analyse wird der Text, der als „Erzählung“ herausgearbeitet wurde, inhaltlich genauer angesehen und damit weiter bestimmt, welche Bedeutung das jeweilige Segment für die Gesamterzählung hat. In diesem Analyse-schritt ist der Inhalt der geordneten Textpassagen wichtig. Ab diesem Punkt beginnt die hermeneutische Herangehensweise, in der es darum geht, Handlungsweisen anzusehen. Um zu verstehen, warum der*die Erzähler*in an der Stelle gehandelt hat, wie er*sie gehandelt hat, bietet es sich an, gedankliche Alternativen auszuprobieren. Beispielsweise lässt sich überlegen, welche Handlungsoptionen die Beraterin in einer bestimmten Sequenz plausiblerweise über ihre Handlung hinaus noch hatte, um dann zu verstehen, wie sie tatsächlich gehandelt hat. Den dritten Schritt nennt Schütze die „analytische Abstraktion“. Fritz Schütze folgend ergibt ein Aufeinander-Beziehen der Strukturabschnitte eine Gesamtgestalt der Stegreiferzählung, die die da-

malige Erfahrung der Erzählerin als Ereignisfolge wiedergibt. Es ist mit den inhaltlichen Bezügen sozusagen ein Abbild des Prozesses, wie die Erzählerin ihn erlebt hat. Mit Unterstützung dieser Abstraktion wird eine konkretere Analyse der einzelnen Textteile vorgenommen.

Das ist dann der vierte Schritt der Narrationsanalyse. Die Textanteile, die nach dem ersten Schritt als Beschreibung oder Begründung ausgekoppelt wurden, werden nun der sogenannten Wissensanalyse grundgelegt. Darin ist zu fragen, wie die Argumentationen zu den Erzählungen passen, die die Erzählerin in den Sequenzen geliefert hat. Die Logik des Handelns, die in den ersten drei Schritten angesehen und herausgearbeitet wurde, wird nun mit der Logik der Darstellung gegenübergestellt. Auf diese Weise werden plausible Handlungen, die zu der Darstellung der Erzählerin passen, und Widersprüche oder Brüche zwischen Handlungen und Darstellungen herausgearbeitet. Die vorhergegangenen Analyseschritte ermöglichen somit eine distanzierte Perspektive, die auch Zugang zu verdeckten Motiven des Handelns offen legt.

Wird also die Erzählgestalt der jeweiligen Interviewten als führende Darstellung genommen, erscheinen einige der von ihnen durchgeführten Handlungen logisch und passend. Andere decken Diskrepanzen auf, in der die selbst gegebene Erklärung in den einzelnen Abschnitten (oder zur Gesamtgestalt) nicht zur durchgeführten Handlung passt und deswegen auf weitere handlungsgenerierende Motive hinweist, die es zu beleuchten gilt.

Für die Forschungsfrage lassen sich mit der Vermittlung über die genannte Gesamtgestalt, in Verbindung mit den Faktoren aus dem theoretischen Teil, auf diese Weise einige interessante Erkenntnisse aus der Erzählung extrahieren.

Wie also gestalten sich die Beziehungen der Ratsuchenden und der Begleitenden/Beratenden in den vorliegenden „Fällen“ bei Pflegebedürftigkeit? Wie erlebt die Beratende diese Beziehungen? Wie gestalten sich Anfang und Ende? Wie beschreibt die Erzählerin ihre Erfahrungen, was ist für sie relevant?

Jede Erzählung erhält eine eigene Analyse und Auswertung. Damit behält das Erleben seine Besonderheit und je eigene Komplexität und dient diese Vorgehensweise dem Ziel, Motive zu verstehen.

Im Forschungsvorgehen von Fritz Schütze wird ein fünfter Schritt beschrieben, der kontrastierende Fallvergleich, der fallübergreifend angewendet wird. Das Ziel ist dann die Entwicklung eines theoretischen Modells, in dem z. B. unterschiedliche Typen beschrieben werden.

Fallübergreifend wurden über diese Forschung verallgemeinerbare Leerstellen ausgemacht, die im Anschluss als Bildungsthemen/Module dargestellt werden können, um die Beratungspraxis

bei Pflegebedürftigkeit um interdisziplinäres Wissen zu ergänzen. Eine Typenbildung war über das vorliegende Material nicht geplant.

6.5 Falldarstellung der zehn Erzählungen

In diesem Unterkapitel werden die einzelnen Erzählungen, aus denen die konkreten Szenen der Interaktion später betrachtet werden, vorgestellt. Die Darstellung der separat ausgewerteten Fallerzählungen erhält im Folgenden je eine übergeordnete Bezeichnung, die der Gesamtgestalt der individuellen Analyse ein veranschaulichendes Bild geben soll, welches die „Grundsituationen“ der Figur beschreibt. Darstellung und Handlung in den Erzählsequenzen wurden einander gegenübergestellt und ergeben, folgt man Schütze, jeweils eine Gesamtgestalt. Um an dieser Stelle jedoch dem Eindruck einer darüber vorgenommenen Typenbildung in der Darstellung entgegenzutreten, wird zudem die Strukturierung von B. Müller gewählt, die wohl geeignet ist, die Verflechtung der beteiligten Instanzen, sozialen Orte, Beziehungen und Akteure überblicksartig mitzuliefern, der Fall bleibt dabei einzigartig. Seine Struktur dient in der Kombination einer dem Einzelfall gerechten Steuerung der Akteure, aber trägt auch das Potenzial, über diese Darstellung das Allgemeine mit dem Speziellen zu verbinden. Die in der Sozialpädagogik verwendete versachlichende Struktur „Fall von, Fall für und Fall mit“ (Müller 1986) ist in der Pflegeberatung unbekannt. Da es aber in den geschilderten Erzählungen auch um rechts- und sozialstaatlich begründete Ansprüche auf Hilfe geht, wird hier der Versuch vorgenommen, die Beratungsbedürftigkeit im Sinne des SGB XI differenzierter zu formulieren und als möglichen Ausgangspunkt von Diagnose, Prognose und Maßnahme werden zu lassen.

Die zusammenfassenden Fallschilderungen werden dem kontrastierenden Fallvergleich vorangestellt, um die dort eingepflegten Interviewpassagen zur Verlebendigung besser an den Kontext zu binden.

6.5.1 Mütterliche Ethik – Es geht um Humanität

Ein Fall *von* Fehlversorgung, ein Fall *von* Desintegration (Migration) und *von* Armut.

Ein Fall *für* das informelle und formelle Netzwerk der Pflegeberaterin, ein Fall *mit* der Tochter

Die erzählte Fallbegleitung findet ihren Anfang über informelle Wege im Krankenhaus. Ein therapeutischer Mitarbeiter wird während der Erfüllung eines ergotherapeutisch beauftragten Hausbesuches per Rezept auf die schlechte Gesamtversorgung einer jungen, neurologisch degenerativ schwer erkrankten Patientin und Mutter aufmerksam. Die fünfköpfige Familie mit

lange zurückliegendem Fluchthintergrund lebt in Armut. Um eine Verbesserung der Lage zu bewirken, sucht der Therapeut den Kontakt zur neurologischen Fachschwester, von der er weiß, dass sie Familien mit Pflegebedarf vor Ort berät. Institutionell gibt es dazu jedoch keinen vorgesehenen Prozess, der ihren Einsatz dort begründen würde. So wird durch seine Anfrage regulär auch kein institutioneller Auftrag ausgelöst, denn die Funktion der Pflegetrainerin ist an den Entlassprozess gebunden. In diesem befand sich die häuslich versorgte Patientin aktuell allerdings nicht. Die Mitarbeiterin beabsichtigt nun, mit Blick auf die eigene ethische Verpflichtung und die der Einrichtung, ähnlich dem Ergotherapeuten diese Not nicht zu ignorieren, und sucht nach formalen Wegen im Rahmen der Pflegeversicherung. Den rechtlichen Rahmen bietet die Pflegeversicherung über ihren Sicherstellungsauftrag. Anstelle einer einfachen Meldung beim Versicherungsträger lässt sich die Pflegetrainerin selbst die Erlaubnis geben, als Pflegeexpertin mit Kooperationsvertrag zur Pflegekasse vor Ort einen ersten Besuch zu machen, um zu prüfen, ob eine Unterversorgung vorliegt. Da der therapeutische Mitarbeiter bereits einen guten Zugang zur Familie hat, wurde angenommen, dass das Krankenhaus als Hilfeeinrichtung im Rücken weniger bedrohlich wirkt als eine Behörde wie die Pflegekasse. Als Fachexpertin für Neurologie hat sie zudem einen spezifischen Blick auf die sehr speziellen Bedarfe und die Gestaltung des Alltagsmanagements bei der vorliegenden neurologischen Erkrankung. Nach Zusage der Pflegekasse für diesen ersten Besuch findet sie bei dem Hausbesuch eine dramatische Unterversorgung der Pflegesituation vor. Zudem ist sie berührt von der komplexen sozialen Lage der pflegenden Familienmitglieder, vor allem der Kinder. Die Pflege der chronisch kranken Frau und Mutter bestimmten entscheidend Entwicklungschancen, Bildungswege und allgemeine Teilhabe der Familienmitglieder. Die Pflegetrainerin trifft vor Ort Absprachen mit der gerade mal volljährigen pflegenden Tochter und aktiviert die Pflegeversicherung sowie weitere formelle und informelle Unterstützung. In ihrer Erzählung beschreibt sie bürokratische Hürden, abgebrochene Versorgungsprozesse in der Zuständigkeit unterschiedlicher Sozialgesetzbücher, Fremdenfeindlichkeit, eigene Fremdheit, starre Sektorengrenzen, die Schwierigkeiten der Begleitung eines Sonderfalls im prozessorientierten Gesundheitswesen, nicht beschriebene Schnittstellen, Verunsicherung bezüglich getroffener Entscheidungen bei Zukunftsvagheit, aber auch den Wert eines professionellen Netzwerkes sowie persönliches Wachstum.

Die Figur einer fachkompetenten, mitfühlenden Akteurin in einem vor allem informell gut funktionierenden Netzwerk ist zu erkennen. Nach direkter und teilweise spontaner Hilfsbereitschaft und Handlung bleibt sie institutionell und organisatorisch in einer distanzierten Beziehung, aber persönlich und innerlich beteiligt.

In der Erzählung wird die reine Dienstleistungsorientierung unter ethischen Gesichtspunkten von verschiedenen Personen aufgebrochen. Dazu gehört es auch, dass die Pflegeexpertin die Familie aufsucht und sich selbst ein Bild macht und ihre pflegfachliche Expertise einsetzt, statt den eher üblichen Weg einer Meldung an die Behörde zu wählen. Mit dem Aufsuchen der Familien und der Begegnung mit der Lebenswelt wird sie nicht nur mit der gesundheitlichen Lage konfrontiert, für die sie Fachexpertise vorhält, sondern auch mit der Armut der Familie. Hier aktiviert sie mangels professioneller Routinen Mitmenschlichkeit und sucht danach Anknüpfungspunkte zu anderen, vermeintlich kooperierenden Berufsgruppen. Es geht ihr u. a. darum, Gerechtigkeit, Entwicklungschancen und die Würde aller Familienmitglieder wiederherzustellen. Das Fremde bleibt ihr aber weitgehend fremd. Die persönliche Transformation im Begleitprozess wird vor allem dort sichtbar, wenn die Erzählerin Zweifel formuliert und die Erkenntnis, dass Hilfe manchmal eine Gratwanderung bleibt, da die gesundheitliche und soziale Lage der Familie sich verbessert hat, die Familie jedoch getrennt ist, da die Besuche im etwas entfernten Hospiz nur selten stattfinden können.

6.5.2 Ethnologie und Lehre – Es geht um das Fremde und um Lernen

Drei Episoden: Zwei Mal ein Fall von fraglicher Überforderung, einmal ein Fall von Langzeitpflege

Die Interviewte erzählt in drei Episoden erlebte Pflegeberatungssituationen, die ihr besonders im Gedächtnis geblieben sind. Alle drei finden in den Haushalten der pflegenden Familien statt. In der ersten Episode handelt es sich um ein Ehepaar im hohen Alter. Der Ehemann pflegt seine an mittelschwerer Demenz und Parkinson erkrankte Frau alleine, ohne Unterstützung durch einen Pflegedienst. Über die Frau erfährt man nicht so viel. Sie ist in der Erzählung Trägerin der Erkrankung Demenz und Parkinson und nur noch wenig selbstständig mobil. Sie erscheint als Objekt liebevoller Sorge, aber auch wie eine Weiterführung der beruflichen Tätigkeit des Ehemannes. Ihr Wesen ist offenbar geduldig und freundlich. Zu der Biografie der Ehefrau wird nichts erzählt. Der Ehemann ist Adressat der Beratung. Er wird als körperlich und geistig „fit“ beschrieben. Von ihm erfährt man, dass er Feuerwehrmann war, technisch bewandert und kreativ ist. Nach seiner Einschätzung benötigt er keine Hilfe, führt auch den Haushalt, den die Interviewte „Männerhaushalt“ nennt, sauber und funktional. Er wird als pragmatisch, etwas perfektionistisch oder sogar ein wenig pedantisch beschrieben. Das Verhältnis des Ehemannes zu seiner pflegebedürftigen Frau erlebt sie als liebevoll-besorgt. Mit dem unscharfen Auftrag des Case Managements, „Pflege zu lehren“ oder „Hilfsmittel ggf. zu ergänzen“, sucht sie im

direkten Kontakt mit dem Beratungsnutzer ihren Auftrag vor Ort. Ausführlich beschreibt sie, wie sie gemeinsam eine intensive Körperpflegesituation, als exemplarische Hilfelage, zur aktiven Beobachtung mit dem Ehemann abgestimmt hat. Diese wird detailreich geschildert. In der eigenen Reflexion des Fallverlaufs erlebt sie sich selbst als wertschätzende und ermutigende Begleitung, die selbst auch von dem kreativen Techniker lernt, weniger als Expertin, die Hilfe bringt. Die Erzählung wirkt wie eine ethnografische Darstellung der „Männerpflegewelt“. Die Episode bleibt ohne zentrale Konfliktbeschreibung und streift nur leise das Thema der Sorge oder Irritation des Ehemannes über die Kontrolle/Einmischung in seine Lebenssituation. Sie beantwortet diese mit Anerkennung und Umdeuten, mit der Absicht, dem Ehemann seine Angst zu nehmen. Er bleibt misstrauisch.

Die zweite Episode führt ebenfalls in eine Art fremde Welt und beschreibt ihre Begegnung mit einer nationalitätengemischten und ungewöhnlichen Konstellation der Pflege- und Sorgebeziehung. Es geht um die Pflege einer von Demenz betroffenen etwa 80-jährigen deutschen Frau, die von ihrer noch etwas älteren aus einem anderen westeuropäischen Land stammenden Freundin gepflegt wird. Die beiden leben knapp 50 Jahre in einer Dreiecksbeziehung gemeinsam mit einem Mann, dem Ehemann der Pflegebedürftigen, in einer Wohnung. Nachdem der Mann verstorben ist, sind sie nun ca. 10 Jahre zu zweit. Hilfe in Haus und Garten ist vorhanden, jedoch keine Hilfe bei der körperbezogenen Pflege bzw. in allem, was die Konsequenzen aus der Demenz angeht. Wegen des hohen Alters der beiden Frauen erhält die Pflegeberaterin den Auftrag, vom klinischen Case Management aufsuchend Bedarfe zu prüfen und ggf. Angebote zu machen.

Vor Ort erlebt sie einen langen geübten, sehr eigenwilligen Umgang im Miteinander der beiden. Auch zeigt sich die Demenzexpertin teilweise erstaunt über die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Frau, die bei fortschreitender Demenz und schon gestörter Kommunikation die Zweisprachigkeit dennoch aufrechterhalten kann. Im Verlauf der von ihr durchgeführten Alltagstrainings zu Demenz am Beispiel Ernährung, Biografiearbeit und Alltagsmanagement bei Bewegungsunruhe zeigt sich ein Konflikt in der Dreierkonstellation zwischen Beraterin, Beratungsnutzerin und der Pflegebedürftigen, ausgelöst durch eine Art naives Ausplaudern unangenehmer Themen, womöglich alte Beziehungskonflikte. Der Beratungs- und Bildungsprozess wird danach von der Ratsuchenden recht schnell beendet und es kommt nicht zu weiteren Terminen. Die Erzählerin erkennt allerdings den Wunsch der Pflegebedürftigen nach weiterem Kontakt zu ihr, der durch die Auftragsbeendigung der pflegenden Angehörigen aber nicht erfüllt wird. Nach ihrer Einschätzung waren die Trainings mit der sorgenden Freundin jedoch hilfreich und im

positiven Sinn alltagsverändernd. Im Nachgang, im Laufe der Erzählung, überdenkt die Pflegeberaterin die Pflegemotive der pflegenden Angehörigen, die sie sich nur zum Teil erklären kann. Sie bleiben ihr aber fremd. Die 60 gemeinsam verbrachten Jahre sind für sie zwar eine erste Erklärung, drücken sich aber ihrer Meinung nach im Verlauf des Prozesses – zumindest nicht offensichtlich – in zugewandter Verbundenheit aus. Die Pflegeberaterin beschreibt das Pflegeverhältnis der beiden Frauen funktional und eher kühl.

Wie in der Begleitung vorher verbleibt sie am Ende mit dem offenen Angebot, sich bei Bedarf nach weiteren Trainings bei ihr zu melden. Intern führt sie für sich die Routine, nach Ablauf einer bestimmten Zeit, spätestens nach sechs Wochen, nochmal telefonischen Kontakt aufzunehmen.

Die dritte Episode unterscheidet sich in der Kontinuität und Zeitspanne, über die sich die Begleitung der familialen Pflege zieht. Die ratsuchende Familie wird über viele Jahre begleitet. Es handelt sich erneut um eine Dreierkonstellation aus zwei Frauen und einem Mann: Ein Ehepaar dass sich erst im hohen Alter zusammengefunden hat, pflegt die alte von Parkinson und Demenz betroffene Mutter intensiv, fast mit Passion. Nach Auffassung der Pflegeberaterin „*darf die Oma nicht sterben*“. Ihre Aufgabe ist es nun, über Jahre all ihr pflegfachliches Wissen in den sehr komplexen, sich laufend verändernden Pflegesituationen zur Verfügung zu stellen. Die Fallbegleitung bringt die PB zum einen an die Grenzen ihres Wissens, zum anderen an eine emotionale Grenze. Die Erzählung ist ambivalent, schwankt zwischen Anerkennung der pflegerischen und familiären Leistung und Abwehr. Die PB beschreibt zwar einen fröhlichen Haushalt mit spiritueller und musischer, sinngebender Beschäftigung. Sie trägt jedoch latent ein Gefühl der Hoffnungs- oder Aussichtslosigkeit mit in den nicht enden wollenden gemeinsamen Bemühungen um einen sehr alten, sehr verletzlichen Menschen, die, wie es nach ihrer Erzählung scheint, auf Kosten einer freien Lebensgestaltung der letzten Lebensphase des pflegenden Paaren gehen, die nun durch die Pflege aufgezehrt wird. Die Fragen, die sich in der Begleitung für die PB stellen, um die Familie zu verstehen, sind nicht ausschließlich mit pflegfachlichem Wissen, Hilfsmitteln oder Techniken zu beantworten. Über die Analyse des Interviews transportiert sie die Frage aus den einzelnen Situationen, was eigentlich gelungenes, gutes Leben ist.

Nach der Auswertung lässt sich als Grundfigur eine Expertin beschreiben, die staunend immer wieder in fremde Lebenswelten eintritt, Wissen mitbringt und bei der Vermittlung versucht, ihren Kurs (nach Auftrag) zu halten sowie innere Irritationen zu parieren.

Erzählweise und ihre zur Verfügung gestellten Beratungs- und Bildungseinsätze sind episodisch in der Gesamtversorgung bei den pflegenden Familien eingestreut. Sie begegnet vielfältigen Lebensentwürfen und bietet ihr pflegfachliches Wissen situationsangemessen an. Ihr Konflikt in der Begleitung zeigt sich dann, wenn für sie Lernen und Staunen aufhört und es um Halten geht. Gerade in den sehr langen, teilweise über Jahre dauernden Begleitungen stellen sich andere Anforderungen an die Pflegeberater*innen als situationsangemessene Beratung und Lernangebote.

6.5.3. Anwaltschaft und Kampf – Es geht ums Recht und um Wiederherstellung

Ein Fall von Unterversorgung / ein Fall von fehlerhafter Begutachtung

„Wir wollen gemeinsam zu mehr Unabhängigkeit“ (Zeile 712).

Eine pflegende Angehörige sucht eigeninitiativ die Beratung und Unterstützung einer freiberuflichen Pflegeberaterin/Pflegesachverständigen auf. Die Ratsuchende steckt in einer finanziellen, emotionalen und organisatorischen Krise. Nach gründlicher Exploration und Analyse der hochkomplexen Situation sowohl durch Gespräche mit der pflegenden Angehörigen als auch vor Ort mit der Pflegebedürftigen stellt die Sachverständige eine Unterversorgung durch den bestehenden Pflegegrad fest. Auftrag und Kontrakt werden geschlossen und ein privates Gutachten sowie die Höherstufung durch die Beraterin vereinbart und durchgeführt. Die beantragte Begutachtung durch den MDK und ohne ihre Begleitung verläuft allerdings auf verschiedenen Ebenen dramatisch, sodass die Angehörige, erneut durch die Situation geschwächt, Unterstützung bei ihr sucht. Die Pflegeberaterin „lässt nun den Rechtsstaat aufblühen“, bindet einen Rechtsanwalt für Sozialrecht ein und hält die pflegende Angehörige durch mutmachende Gespräche, Mails sowie pflegfachliches Wissen durch den gesamten schleppenden und entwürdigenden Prozess mit der Pflegekasse. Es wird ein aufreibender Kampf beschrieben, an deren Ende erst die Begutachtung wiederholt wird, weitere Verfahren sich anschließen, bis Rechtsanspruch und Würde der Familie wiederhergestellt sind.

Der Beratungs- und Begleitungsprozess ist ein Kampf, den die Beraterin sowohl stellvertretend als auch haltend durchführt. Sie lässt sich auf eine lange, vertrauensvolle, intensive Beziehung mit der Familie ein. Diese wird über einen klaren Kontrakt geschlossen und von ihrer Seite geschäftlich so lange gehalten, bis das angesteuerte Ziel erreicht ist. Danach besteht die Möglichkeit, aus dem geschäftlichen Kontrakt auszutreten und die im Prozess entstandene gute und tiefe Beziehung in einem ehrenamtlichen Setting weiterzuführen – ein Angebot, das allen Kunden gilt und das in der Erzählung als persönliche Kraftquelle genannt wird.

Während der Fall Erzählung findet sich kein innerer Konflikt oder Unsicherheit – nur tiefe Empörung. Der Kampf ist in der schnellen und gut strukturierten Erzählung noch präsent. Der Konflikt und die innere Spannung treten erst in den Sequenzen auf, in denen sie von Misstrauen und Anfeindungen aus der eigenen Berufsgruppe gegen ihre Arbeit berichtet. Ihre in der Branche unübliche Selbstständigkeit, ohne Kooperation mit der Pflegekasse ist dem Umfeld unbekannt bis verdächtig. Auch ihr geschieht Unrecht und auch ihr Ansehen wird von außen beschädigt. Ihre Stegreiferzählung handelt demnach vom Erfolg einer Fallbegleitung, die sie stolz macht, eine, in der sich der Kampf um Gerechtigkeit lohnt. Die Pflegekasse und der MDK sind in diesem Fall Quelle von Demütigung und Gegner in dem individuellen Begleitprozess. Sie zeigt exemplarisch die Macht der Sozialversicherungsbehörde durch Fallferne und menschliche Schwächen und Gegenmacht durch individuelle haltende Beziehung und sozialstaatliches Grundrecht.

6.5.4. Technik und Mission – Es geht um Hoffnung

Ein Fall *von* (Unwissenheit) fehlender Gesundheitskompetenz

Diese Erzählung stellt eine Ausnahmeposition in der Reihe der Interviews vor. Sie unterscheidet sich vor allem durch Beratungssetting und Qualifikation des Erzählers. Es beschreibt ausführlich eine spontane Anleitungssituation⁹⁵ auf einer neurologischen Station mit einem pflegenden Angehörigen. Trotzdem soll dieses Interview mit vorgestellt werden und geht in die Auswertung ein, weil es in der geschilderten Szene den Kontext, in dem die Ratbedürftigkeit bei Pflegebedürftigkeit häufig zum ersten Mal auftritt, gut beschreibt. Damit führt die Erzählung zu einer Schlüsselposition, in der *eine* Facette der SGB-XI-Pflegeberatung oft ihren Anfang nimmt, tatsächlich aber durch die Grenzen unterschiedlicher Gesetzbücher dort kaum wahrgenommen wird und daher keinen Rahmen⁹⁶ findet und wenig gemeinsame Struktur und Prozess drumherum entwickelt wird. Darüber hinaus untermalt die Erzählung die starke fachkompetente Körperbezogenheit der Pflegeprofession, die in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit eine wichtige Dimension ist.

In der Funktion des stationären Mitarbeiters in einem Krankenhaus beschreibt der Erzähler die Begegnung mit einem Ehepaar, das von einem Moment auf den anderen von schwerer Pflegebedürftigkeit betroffen ist. Die Situation ist noch im akuten Stadium, der Ort die neurologische Station. Der Ehemann ist voller Angst und sichtbar hilflos am Bett, um Kontakt zu der schwer

⁹⁵ In der Pflegeliteratur wird das oft als situative Beratung codiert.

⁹⁶ Ausnahme ist das Programm familiäre Pflege, Brückenpflege oder manche private Krankenkassen

betroffenen Ehefrau bemüht. Den Erzähler treibt das Mitgefühl zur spontanen Hilfehandlung, nicht eine Stationsroutine oder ein vorhandener Standard. Dennoch legt er Wert darauf, deutlich zu machen, dass es sich in der Szene um eine allgemeine, fast täglich vorzufindende Szene in dem Handlungsfeld handelt, mit der er einen persönlichen Umgang gefunden hat. So bietet er dem Ehemann eine spontane praktische Anleitung an. Mit dessen Zustimmung vermittelt der Fachpfleger nun die Beziehung zwischen pflegerisch-fachlicher Berührung, geführter Bewegung und Impulsen, die die Patientin schließlich aus dem Stupor herausführen. Der Ehemann ist berührt und überwältigt, nun unerwartet wieder Kontakt zur Ehefrau zu haben, und weint. Die ganze Szene ist kurz, aber wird detailliert beschrieben. Es bleibt für diese Konstellation bei dem einmaligen Anleitungsgeschehen, da die geplanten Abläufe im Krankenhaus die Patientin sehr schnell auf eine andere Station bringen. Es entsteht kein weiterer gemeinsamer Prozess, wie bei ähnlichen Szenen auch, die sich regelmäßig für den Erzähler im stationären Alltag ergeben. Diese kurzen Beratungs- oder Anleitungseinheiten bilden für ihn eine Art Nische für professionelles, zugewandtes und lehrreiches Hilfehandeln im beschleunigten Klinikalltag. Punktuell eingesetzte Anleitungsszenen sollen in den akuten schweren Krankheitslagen Hoffnung geben. Als Beratung werden sie verstanden, weil sie im Kontext zukünftiger Pflegebedürftigkeit durch direktes Erfahren in akuten Notlagen darauf hinweisen sollen, dass fachlich gut angeleitete Pflege hilfreich in der (Pflege-)Beziehung wirkt.

Die Gestalt dieser Erzählung ist im Grunde ein Retten der Pflegekunst auf kleine Inseln.

6.5.5. Verstrickte Begleitung – Es geht um Schutz des Privaten

Ein Fall von Sterbebegleitung

Die Pflegeberatung beginnt schon mit hohen pflegfachlichen sowie organisatorischen Anforderungen im Krankenhaus und findet als Begleitung einer palliativen Pflege in der Häuslichkeit ihre Fortsetzung. Die Beratung ist kontraktiert als enge Begleitung einer pflegenden Ehefrau durch eine erfahrene Pflegeexpertin im Palliativbereich. Das Ehepaar braucht diese Unterstützung bei der hochkomplexen spezialisierten Pflege im Sterbeprozess, der durch eine rasch voranschreitende seltene Tumorerkrankung begonnen hat. Der Auftrag beinhaltet sowohl einfache als auch komplexe oder unerwartet auftretende Pflegesituationen anzuleiten, einzuschätzen und die Beteiligten vor unnötigem Leid und Schaden zu bewahren. Die Expertin ist erfahrene Palliativfachkraft und kennt auch die emotionalen Anforderungen bei der Begleitung Sterbender. Im komplizierten Entlassungsprozess werden keine weiteren Health Professionals eingebunden. Ein wichtiger Erzählstrang ist, dass das jung verheiratete Paar großen Wert darauf legt,

nicht im Krankenhaus zu bleiben und auch zu Hause noch so viel private Zeit miteinander wie möglich zu haben. Die Expertin ist unbedingt und absolut loyal bemüht, an diesem Ziel mitzuwirken. Frau Grün handelt in den widersprüchlichen Anforderungen der Dienstleistungsorganisation, die auf der einen Seite die reibungslose Kunden- und Prozessorientierung fordert und auf der anderen Seite das Bild der „menschlichen Pflege“ in liebevoller persönlicher Zuwendung und Fürsorge implizit anbietet. Die Spannung dieser zum Teil gegensätzlichen Anforderungen zeigt sich in der Pflegeberaterin und wirkt im Fallverlauf.

In vielen Krisensituationen bewahrt sie Übersicht und Kontrolle, erlebt aber ebenfalls misslungene und tragische Momente und aktiviert zu gegebenen Anlässen weitere professionelle Akteure, wie u. a. Pflegedienst und Hospizbewegung. Im Verlauf der Begleitung und der Beziehungsgestaltung mit der pflegenden Ehefrau verstrickt sie sich immer mehr und wird schließlich Teil der privaten „Sterbebettgesellschaft“ (vgl. Nolte 2015), statt als Expertin souverän mit erfahrener Voraussicht handeln zu können. Es werden extreme Notfallsituationen und an die emotionale Grenze führende Erlebnisse geschildert, Verzweiflung, Konflikte, Material- und menschliches Versagen sowie Verluste, aber auch positive Erfahrungen, tiefe Berührungen, persönliche Erkenntnisse und Entwicklungen. Die Fallbegleitung hat am Ende alle Akteure und deren Beziehungen zueinander verändert. Die Expertin bleibt zum Schluss verstrickt und damit über die Maßen erschöpft. Sie begründet mit dem Fall den Wunsch nach Supervision, um in vergleichbaren Beratungen reflektierter – und damit beweglicher – handeln zu können. Die Fallschilderung hat deutlich einen erlebnisverarbeitenden Charakter. Supervision nimmt das Gegen- und Miteinander von psychischen und institutionellen Strukturen in den Blick und entwickelt dafür gemeinsame Sprache im Möglichkeitsraum.

Die Gestalt einer stark identifizierten, verstrickten Beratungsbeziehung, die über die Dauer der Zeit erschöpft.

6.5.6. Machtlosigkeit – Es geht um Versöhnung als Voraussetzung

Ein Fall von nicht sichergestellter familialer Pflege

Eine im Krankenhaus angestellte Pflegeberaterin erhält den institutionellen Auftrag, die Entlassung eines älteren Patienten aus dem Krankenhaus in die familiäre Versorgung vorzubereiten und im Übergang zur häuslichen Versorgung zu begleiten. Es gehört zu dieser Funktion, pflegende Angehörige bei Pflegebedürftigkeit im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege zu beraten und ggf. anzuleiten. In diesem Fall soll der Hilfsmittelbedarf im häuslichen

Umfeld erhoben und der Umgang mit der neu aufgetretenen kognitiven Beeinträchtigung gelernt und geübt werden. Die Pflegebedürftigkeit des Mannes besteht erst seit Kurzem und ist durch ein plötzliches Ereignis (Delir nach OP) aufgetreten. In der Fallbeschreibung arbeitete die Pflegeberaterin zunächst mit der pflegenden Ehefrau, dann mit dem pflegebedürftigen Ehemann und später, allerdings nur telefonisch, auch mit einem der vier weit entfernt lebenden Kinder.

Schon im ersten Kontakt stellt sich eine unsichere Versorgungssituation im Haus der Eheleute dar, die sowohl die Vorbereitungen der Räumlichkeiten als auch die innere Verfassung der Ehefrau umfasst. Anlässlich dieses Wendepunktes in der eigenen Biografie bilanziert die Ehefrau im Gespräch mit der Pflegeberaterin ihr Leben und ist (noch) nicht in der Lage, dort die Rolle der pflegenden Ehefrau zu integrieren. Zudem stellt sie der Pflegefachfrau ihre Ehe als eine vor Jahrzehnte arrangierte, eher formale, durch wenig verbindende Gemeinsamkeiten geführte Beziehung vor. Die Pflegeberaterin erkennt eine komplexe Lage der anstehenden Pflegesituation, die sich nicht durch die Bereitstellung der benötigten häuslichen Hilfsmittel oder andere funktionale Anleitungen sichern lässt. Sie arbeitete daher zunächst an einem Vertrauensverhältnis zur Ehefrau (und später dem Sohn). Darüber verfolgt sie das Ziel, ein Arbeitsbündnis zur Ehefrau und daran Verständnis für die Lebenswelt der Familie zu bekommen, in die sie die kommende Pflegesituation einbinden möchte. Der Entlasstermin aus dem Krankenhaus steht zum Zeitpunkt ihres Einsatzes allerdings schon fest und zudem kurz bevor. Offenbar verfügt sie institutionell nicht über die Möglichkeit, diesen Termin in Anbetracht der wahrgenommenen Lage zu verschieben, sodass hier auch Zeitdruck in die Beziehungsgestaltung und die Ausgestaltung des Pflegesettings hineinwirkt. Ehefrau, und später der Sohn telefonisch, vertrauen sich mit Lebenssituationen, die durch die akute Pflegebedürftigkeit des Ehemannes und Vaters instabil geworden und in Frage gestellt sind, recht schnell der Pflegeberaterin an. Dennoch gehen sie aber kaum auf ihre Expertenhinweise oder getroffene Absprachen zur Versorgung des Patienten ein. Die Pflegeberaterin schildert Szenen, in denen sie Krisensituationen der Ehefrau contained oder schlicht pragmatisch handelt, indem sie z. B. selbst für Medikamente oder die Organisation eines Pflegedienstes sorgt bzw. Kontakt zu dem Sohn aufnimmt, der diesen unter Zuhilfenahme seines sozialen Kapitals kurzfristig organisieren kann.

Die Pflege ist nach der Entlassung im Grunde durchgehend unsicher. Die Pflegeberaterin taucht in den vereinbarten gemeinsamen Terminen über Beobachtungen und biografische Erzählungen der Ehefrau tief in Familienatmosphäre und die ambivalente Paarbeziehung ein. Unter diesem Eindruck entwickelt sie unterschiedlich starke Beziehungen der Bewunderung, Abneigung

oder auch Sympathien und Verantwortungsübernahmen. Das Ausmaß der geringen Anpassung der Familie an die Bedarfe des Pflegebedürftigen überrascht sie wiederholt und sie zeigt sich besorgt. Sie schildert in den wenigen Tagen nach der Entlassung verschiedene, teils dramatische Notfallsituationen, von denen die letzte den Patienten vital gefährdet und sie ihn deswegen wieder ins Krankenhaus einweisen lassen muss. Nachbarn und Freunde tauchen reichlich, von ihr zwar positiv, aber nur am Rande erwähnt, als Unterstützer in der Erzählung auf. Sie werden von der PB nicht weiter bedeutsam in die Erzählung oder ihre eigenen Handlungen eingebunden. Darüber hinaus finden sich in ihrer Erzählung nach der Entlassung weder Verzahnung ihrer Institution in den Fall, noch wird die Pflegeversicherung von ihr involviert. Lediglich der Pflegedienst ist als weitere dienstleistende Organisation mit im Fall und mit der körperlichen Versorgung beauftragt. Die Schnittstelle zur gemeinsamen Arbeit mit dem Pflegedienst ist jedoch unklar bis konflikthaft, was im Notfall deutlich wird.

Nachdem ihre Begleitung beendet ist, da der Patient nach dem Notfall in einem anderen Krankenhaus versorgt wird, sucht der Sohn dennoch weiterhin mehrfach telefonisch Kontakt, um sich mit der PB über die weitere Versorgung zu beraten. Die PB führt diese Gespräche außerhalb der institutionellen Funktion wie selbstverständlich mit im Fallverlauf ihrer Erzählung auf. Im Nachfrageteil des Interviews bewertet sie ihre Handlungen als „nicht unzufrieden mit sich“, da sie mit den vorhandenen Informationen versucht hat, „das Richtige“ zu tun, sie hat „kein ganz schlechtes Gefühl“. Obwohl sie also in ihrem Bezugssystem richtig gehandelt hat und pflegfachlich die Notfallsituation als solche erkannt sowie dementsprechend reagiert hat, fühlt sie sich unsicher und sucht Rückmeldung sowie eine Fallreflexion bei der Interviewerin, da so etwas in ihrer Institution regulär nicht vorgesehen ist.

Erziehungswissenschaftliche (z. B. Entwicklungsaufgaben), beratungswissenschaftliche (Verstehen, Halten und Konfrontieren) oder sozialtheoretische Kenntnisse (u. a. gelingendes Leben Nussbaum) hätten ihr mehr Handlungssicherheit in der Interaktion mit dem Familiensystem gegeben und damit geholfen, ihre pflegerische Fachexpertise mit mehr Handlungsmacht auszustatten, um die Pflegesituation zu sichern und den Patienten vor weiterem Schaden zu schützen. Dass Institutionen in der Erzählung vor allem Erwartungen (Aufträge unter Zeitdruck) an die Rolle der PB haben, jedoch keine stützende Funktion in der gemeinsamen Fallbegleitung haben, impliziert ein tradiertes Pflegeverständnis als Assistenzposition.

6.5.7. Vernunft und Tempo – Es geht um die sichere Versorgung

Ein Fall von Überlastung oder ein Fall von Gefahr im Verzug

Die Fallerzählerin berichtet von einer länger zurückliegenden Pflegeberatung. Der Auftrag zu einer individuellen häuslichen Pflegeschulung nach § 45 SGB XI bei einem hochaltrigen Ehepaar erfolgte vonseiten der Pflegekasse an sie. Der Ehemann pflegt seine von Demenz schwer betroffene Ehefrau ohne professionelle oder familiale Unterstützung. Das Handeln der Pflegeberaterin folgt einem strukturiert geplanten, routinierten und versierten Ablauf. Über das telefonische Erstgespräch stellt sich zunächst heraus, dass sich bei dem pflegenden Ehemann über einen kurz vorher durchgeführten Qualitätssicherungsbesuch keine Fragen oder Bedarfe ergeben haben. Nach kurzer Abwehr stimmt der Versicherte dennoch einem erneuten Termin vor Ort zu, vermeintlich unter dem Eindruck, damit eine notwendige Pflicht gegenüber der Kasse zu erfüllen. Die individuellen häuslichen Schulungen werden von der Expertin in der Regel als sinnvolles Angebot für die Angehörigen erlebt, weil sie über die individuelle und vertrauensvolle Beratung oft Zugang zu Leistungen erhalten, von denen sie sonst nichts wüssten oder gegen die sie, oft unaufgeklärt, Vorbehalte hätten. So wird auch hier ein Termin in der Wohnung des Ehepaares vereinbart. Im professionell gestalteten, strukturierten und zugewandten Gespräch vor Ort entwickelt sich eine Atmosphäre, in der der Ehemann bisher verdeckte, erhebliche Versorgungsmängel sowie das Leid unter seiner Isolation in der Pflegesituation offenbart. Die Pflegeberaterin vermutet hinter den bisher mit niemandem geteilten gravierenden Problemen Scham oder die Angst davor, ihm würde die Sorge um die Frau entzogen. In der weiteren Exploration und genauen Wahrnehmung der Situation findet die erfahrene Demenzexpertin als besonderen Brennpunkt die nächtliche Versorgung, da der Ehemann nachts u. a. laufend Urinpfüten der umherwandernden Ehefrau beseitigen muss. Gegen den ersten guten Eindruck stellt sich nun die physische und psychische Lage des Ehemannes als dringend hilfebedürftig heraus. Sie bezeichnet die Versorgungssituation des Ehepaares als nach außen zwar schön, aber eben nur so stabil wie ein Kartenhaus. Zu dem Bild passend beschreibt sie, dass der Ehemann im Laufe des Gesprächs förmlich zusammenbricht und auch viel weint.

Die Pflegeberaterin erkennt einen dringenden Handlungsbedarf, die Versorgungssituation zu stabilisieren, um schlimmeren Schaden zu vermeiden. Einer sich bisher als gut erwiesenen Routine folgend veranlasst sie im Arbeitsbündnis mit dem Mann, dass ein Termin mit den Kindern des Ehepaares zu einem gemeinsamen Treffen vor Ort kurzfristig stattfindet. Sie erwartet, in dieser Runde Entlastungsmöglichkeiten und Pflegearrangements vorzustellen und zu moderieren, stattdessen trifft sie auf den fertigen Entschluss der Kinder, die Mutter umgehend in die

dauerhafte stationäre Versorgung zu geben. Die Absicht ist es, damit den Vater zu entlasten. Eine direkte Sorge oder Unterstützung durch die Kinder selbst wird durch Verpflichtungen gegenüber eigenen Kindern und Beruf als nicht möglich angesehen und steht nicht zur Diskussion. In großer Geschwindigkeit und wohl ohne echte Beteiligung des Ehemannes wird die Frau in eine Heimversorgung überführt. Die Pflegeberaterin sieht in dieser Planung zwar eine vernünftige und richtige Überlegung in durchaus guter Absicht, aber sie erlebt es als übereilte Umsetzung. Sie bedauert diese hohe Geschwindigkeit für den wenig beteiligten Ehemann. Sie nimmt mit ihm nach dem Umzug der Ehefrau nochmal Kontakt auf und erfährt, dass er sie derweil täglich im Heim besucht. Der Ehemann äußert gegenüber der Pflegeberaterin, dass er die vernünftige Überlegung zwar versteht wie auch den Entschluss zur schnellen Entlastung. Er ist sich dennoch nicht sicher, ob die richtige Entscheidung getroffen wurde. Die Pflegeberaterin selbst empfindet Enttäuschung und äußert Traurigkeit darüber, dass niemand in der Familie eine überbrückende Versorgung der Mutter übernehmen konnte, um diesem großen Umbruch im Leben des Ehepaares mehr Zeit zu geben. Diese Beurteilung kennzeichnet sie jedoch in der Erzählung explizit als Überlegung aus einer privaten Haltung.

Die Gesamtgestalt dieser Pflegeberatung zeigt eine rationale, durch Zuwendung, Vernunft, Erfahrung, Vorausschau und Fachwissen geprägte Beratung. Im Fokus ist dabei von Beginn an vor allem die sichere Versorgung für die pflegebedürftige Frau und die Sorge um die Gesundheit des Ehemannes bzw. Vaters. Die generative Sorge im lebensweltlichen und im biografischen Sinn zu beleuchten ist unter dem großen Handlungsdruck kein Thema in der geschilderten Pflegeberatung. Sie wird auch von der Pflegeberaterin im persönlichen Bereich verortet und vielleicht über unterschiedliche Familienkulturen erklärt.

Auch wenn es in der häuslichen Pflegeschulung nach § 45 SGB XI um Lernen geht, wird die Komplexität von Lernprozessen in der familialen Pflege, in der es auch um den Prozess der Rollenübernahme aller Mitglieder der Familie gehen kann, in dem sowohl das Lernen von instrumentellen Kompetenzen, aber auch der Erwerb von psychosozialen Fähigkeiten thematisiert werden kann, nicht Teil dieser Gestalt. Die Deutung und Beschreibung der gesamten Pflegesituation richtet sich vor allem auf den bisher verdeckten Pflegemangel und die schwere isolierte Pflege. Das erzeugt eine rasante Geschwindigkeit und hohen Handlungsdruck, die Situation zu beenden. In der Orientierung vor allem auf Ressourcen und durch den Fokus auf sichere Versorgung gerät die Beratung zur Entwicklungsaufgabe Pflegebedürftigkeit, die immer die ganze Familie betrifft, aus dem Blick.

Das Unbehagen der Pflegeberaterin in der Erzählung entsteht in dem Moment, als sichere Versorgungsformen die alleinige Antwort bzw. der zentrale Beratungsinhalt mit den Kindern wurden. Sie ist vorher, im vertrauensvollen Gespräch, der inneren Not des Ratsuchenden begegnet, deren Inhalt nicht vor allem Arbeit und Last war, sondern Bindung, Scham, Isolation, Ratlosigkeit, Abschied und Trauer. Die Konzentration auf die sichere Versorgungsplanung war zwar auch das Anliegen der Pflegeberaterin, räumte diese Themen allerdings zügig ab. Sie tauchen für die Pflegeberaterin erst im Nachgang in Form von Unbehagen und der Wahrnehmung von paradoxen Überlegungen wieder auf. Die drastische Lage einer in die Wohnung urinierenden Mutter und des geschwächten alleine sorgenden Vaters bringt die Kinder dazu, „beherzt“ durchzugreifen, anstatt die Entwicklung der Eltern zu verstehen und anzuerkennen, um danach zu einem gemeinsamen Tempo zu finden, in dem differenzierte Entscheidungen getroffen werden können.

6.5.8. Vermittlung und Balance – Es geht um individuelle Pflegearrangements

Ein Fall von Anpassung der Versorgungsform

Diese Stegreiferzählung rekonstruiert den Beratungsprozess mit einer Familie, in der die Versorgung ihres schwer pflegebedürftigen Kindes neu gestaltet bzw. gesichert werden sollte. Der Erzähler ist in einem sehr spezialisierten, krankheitsbezogenen Beratungsfeld tätig, das sowohl Beratungsaufträge der Krankenkasse als auch der Pflegekassen bearbeitet. Für seine Beratungen geht er in die Häuslichkeit der Familien, in denen er in der Regel sehr komplexe Versorgungen vorfindet. Die Vielschichtigkeit wird in seiner Erzählung besonders deutlich, weil er etliche Schnittstellen beschreibt, die die pflegende Familie in ihrer alltäglichen Lebenswelt steuern und bearbeiten muss. So erlebt die Familie, dass die 24-Stunden-Kinderkrankenpfleger*innen nicht nur Sorge um ihr beatmetes Kleinkind zu Hause tragen, sondern sie tragen auch ihre dienstlichen und privaten, familiären Konflikte mit ein. Er beschreibt die Verstrickung der Familie in diese Dynamiken, die schon zu mehrfachen wechselseitigen Kündigungen unterschiedlicher Pflegedienste führte. Die Marktlogik der Dienstleister, die u. a. lukrativere Pflegen den schweren Konflikten mit der Familie vorziehen, vermengt sich mit intensiven familienähnlichen Beziehungen zu den Mitarbeiter*innen. Trennungen vom jeweiligen Dienstleister, egal von welcher Seite, hinterließen in der Familie eine Menge ungeklärter Gefühle und Ratlosigkeit. Aber auch die Zusammenarbeit mit Behörden, Kassen und weiteren stationären und teilstationären Versorgungsinstitutionen stellen hohe Anforderungen an die Familie. Für den Pflegeberater bedeutete es in dem Fall, die Verstrickungen in der Gemengelage zu verstehen und

seine eigene Rolle gut zu klären und zu erklären. Zudem bestand bei der Familie erhebliches Misstrauen, da die wiederholten Konflikte mit den Dienstleistern womöglich zu finanziellen Sanktionen durch die Kasse führen, die der Pflegeberater verhindern oder einleiten kann. In seiner Erzählung baut er nach der Rollenklärung Stück für Stück ein Arbeitsbündnis mit der Mutter auf. Dabei klärt er auf, schafft Transparenz, bindet Angst und liefert der Familie sowohl Fakten als auch neue Möglichkeiten. Das Vertrauensverhältnis beginnt, als er dem Kind im Wachkoma mit seiner Pflegekunst respektvoll und über taktvollen körperlichen Kontakt begegnet. Mit viel Energie, Kreativität und beruflichen Verbindungen bildet er ein neues Pflegearrangement, in das er die Mutter begleitet. Das Arbeitsbündnis wird u. a. deswegen stabil, da es ihm wie der Mutter nicht nur um die sichere Versorgung des Kindes geht, sondern auch Entwicklung ermöglicht werden soll.

Diese Stegreiferzählung erinnert eine Erfolgsgeschichte aus der Pflegeberatung, in der viele Rollenanteile dieser Funktion differenziert dargelegt werden. Pflege- und Beratungskunst sind darin miteinander verflochten und changieren im komplexen Rahmen der überlappenden Sozialversicherungen. Gleichzeitig wird im Fallverlauf das unabwendbare Abhängigkeitsverhältnis der pflegenden Familie deutlich und damit sichtbar, wie mächtig die Pflegeberatung in Familiengestaltung eingreift. Die am Rand erzählten Exkurse in andere Fallverläufe dokumentieren dabei eine praktische Irrelevanz von pflege- oder sozialpädagogischer Ethik. Die Gesamtgestalt unter der Erzählung ist ein Balanceakt unter kontinuierlicher Rollenklärung. Im diesem vollzieht sich eine spannungsreiche Bewegung zwischen Marktlogik samt der dazugehörigen Leistungsbürokratie, der Hierarchie im Hilfeverhältnis und ethisch reflektiertem professionellem Handeln.

6.6 Kontrastierender Fallvergleich

Im vierten Schritt der Narrationsanalyse, im Fallvergleich, wird deutlich, welche allgemeinen Problemlagen für konkrete Konstellationen im Einzelfall zum Verständnis desselben herangezogen werden können. Schütze sucht in diesem Analysenschritt nach minimalen und maximalen Kontrasten zwischen den Fällen. Minimale Kontraste sind solche, bei denen die Fälle, die in den Vergleich einbezogen werden, sich nur wenig voneinander unterscheiden, während maximale Kontraste auf große Differenzen zwischen den Fällen verweisen.

Anders jedoch als für das Forschungsvorgehen bei Schütze vorgeschlagen, wird dieses Kontrastieren in der vorliegenden Forschung nicht genutzt, um aus den Erkenntnissen anschließend Typen zu bilden oder Modelle zu zeichnen. Womöglich gelingt solch ein Schritt, wenn noch

viel mehr Erzählungen von Pflegeberater*innen narrationsanalytisch ausgewertet werden. Es sind eben vielfältige Versorgungssettings und Lebenszusammenhänge, in denen Pflegebedürftigkeit begleitet und beraten wird. Für die vorliegende Forschung wird daher das Ziel, eine Typisierung oder ein Modell als Ergebnis zu erarbeiten, für unzureichend angesehen. Erhellender und für den vorliegenden Forschungsrahmen angemessener ist es, die in den Erzählungen verwobenen und als relevant betrachteten Phänomene, allgemeine Problemlagen, Paradoxien und Konflikte herauszuheben, voneinander zu differenzieren und damit näher zu bestimmen. Diese Form der Betrachtung schließlich führt zur Formulierung von Orientierungsmustern⁹⁷, die in der Pflegeberatungspraxis handlungsleitend sind. Theoretisch kann sich mit diesem Vorgehen an die Tradition von G. Rosenthal angeschlossen werden, die in der narrativen Biografieforschung ebenfalls Phänomene beschreibt (Rosenthal 1995), bzw. Bohnsack angenähert werden, der gedankliche Orientierungen formuliert und in darin zu betrachtende Rahmen stellt. Im folgenden Kapitel werden also die Erkenntnisse aus den einzelnen Fällen, die erst über die Gesamtgestalten deutlich wurden, im Kontext der Fragestellung miteinander kontrastiert. Ziel des systematischen Vergleichs ist es, die Wirkung der festgeschriebenen Pflegeversicherungsstruktur im direkten Beratungsgeschehen zu erkennen. Die Evaluationen der einzelnen Beratungsbausteine für Beratung (vgl. Kapitel 3) bei Pflegebedürftigkeit können die komplexe Praxis nämlich nicht in dieser Weise abbilden. Neben diesen begleitenden breiten Erhebungen ist es wichtig, einen Blick auf die Wirkung der Beratungsbeziehungen und -prozesse auf die Erzähler*innen selbst zu erhalten. Sie erzeugen nämlich eigene Handlungsmuster, die nachgezeichnet und so konturiert werden können, wenn den Handlungen bis zu den auslösenden Impulsen gefolgt wird. In diesem Analyseschritt soll trotz der Heterogenität in den Qualifikationsvoraussetzungen, den vielfältigen Lebensgeschichten und des unterschiedlichen institutionellen Kontextes versucht werden, eine übergreifende und verallgemeinernde Darstellung der empirischen Ergebnisse im Lichte der theoretisch ausgeführten Grundlagen des ersten Teils der Forschung zu leisten.

⁹⁷ Ziel der dokumentarischen Methode ist die Rekonstruktion des handlungsleitenden Erfahrungswissens im Alltag von Individuen und Gruppen, um das Zusammenspiel gesellschaftlicher Strukturen und individueller bzw. kollektiver Handlungen zu erkennen (vgl. Bohnsack 1989/2007). Kern ist die Rekonstruktion von Orientierungsmustern, die sich aus Orientierungsschema und Orientierungsrahmen zusammensetzen. Während Orientierungsschema bei Bohnsack in der Regel institutionell verankert sind (in Form von normativen Vorgaben in der Gesellschaft), sind Orientierungsrahmen bei ihm konkrete Sozialerfahrungen und habitualisierte Denk- und Handlungsmuster.

Auf der Basis der rekonstruierten Einzelfallanalysen können folgende Phänomene als fallübergreifender Rahmen der Orientierung, in dem gehandelt wird, formuliert werden und lassen sich als zentrale Merkmale in der Beratungspraxis beschreiben.

6.6.1 Das Phänomen „Helfen“

Helfen wird in den Stegreiferzählungen als zentrales Anliegen in der Pflegeberatungspraxis erlebt und gilt den professionellen Akteuren sowohl als Handlungsrahmen wie auch als Orientierung für Handlungsentscheidungen. „Helfen“ steht dort in der Spannung zwischen Verregelung und individueller Ausgestaltung, zwischen Moral und moderner Dienstleistungsanforderung, zwischen Hilfe und Kontrolle – und im Sinne Schützes: zwischen Akte und Lebenswelt.

Helfen wird häufig als *der* Wesenskern des Pflegeberufes verstanden. Ernestine Wiedenbach nannte beispielsweise die Pflege in ihrer Theorie einst eine „*Helping Art*“ (1964) und Ulrike Höhmann sieht weiterhin im „Hilfehandeln“ das zentrale Anliegen des beruflich sozialen Handelns (vgl. Höhmann 2006: 18). Auch auf dem Weg zur Professionalisierung hat das Motiv des „Helfen Wollens“ nicht an Bedeutung verloren. Ulrike Greb versucht auf einer Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2006 das Phänomen „Helfen“ im Kontext der negativen Dialektik Adornos als historischen Wesenskern des Pflegens zu verdichten und bezeichnet auf dieser Grundlage Helfen als „einen Widerspruch im professionellen pflegerischen Handeln und erhebt damit Einspruch gegen ein rein technisches Erkenntnisinteresse“ (Greb 2006: 12). So betrachtet steht der Wesenskern der Pflege mit den laufenden Modernisierungserfordernissen grundsätzlich unter Spannung. Auch die Soziale Arbeit beschreibt ihre gesellschaftliche Funktion und ihre Interaktion, neben den Kategorien Fürsorge und Wohlfahrt, als Hilfe (vgl. u. a. Gängler 2011: 609).

Helfen wird im historischen und gesellschaftlichen Wandel sehr unterschiedlich gestaltet und verstanden. Der jeweils bedeutungsvolle Hintergrund des Hilfehandeln ist auf verschiedenen Ebenen zu finden, die Luhmann folgendermaßen strukturiert.

„Was Hilfe jeweils bedeuten kann und welche allgemeinen Konturen sie als moralische Forderung, als gesellschaftliche Institution, als organisierbares Programm oder einfach als spontane Tat gewinnt, hängt davon ab, in welchem Kontext gesellschaftlicher Einrichtungen dieses allgemeine Problem des zeitlichen Bedarfsausgleichs⁹⁸ gelöst wird“ (Luhmann 1975: 134).

⁹⁸ Nach Luhmann wird Hilfe durch Strukturen wechselseitigen Erwartens definiert und gesteuert. Zudem sieht er wechselseitige Hilfe unter Menschen immer mit dem Problem verknüpft, dass es sich um den zeitlichen Ausgleich von Bedürfnissen und Kapazitäten handelt (Luhmann 1974: 135).

Die soziale Praxis der Pflegeberatung kann in diesem Sinn als Hilfeprogramm verstanden werden, in der es um die Organisation von Hilfeleistungen geht – aber auch darum, direkt akute Hilfe vor Ort zu leisten. Es geht um die Gemengelage von Auftragserfüllung einer Organisation, um professionelles (Hilfe-)Handeln und um sehr persönliche Begegnungen mit verletzlichen Menschen. Daher stellt sich das Phänomen „Helfen“ auch in den Erzählungen der Interviewten mal prominent, mal latent, aber immer etwas im Diffusen bleibend dar. Auf der Suche nach Klärung weist auch Nina Thieme (2017) darauf hin, dass es dem durchaus bedeutsamen Hilfebegriff an einer Theorie fehle bzw. sich überhaupt kaum empirisch erhobene Theoretisierungen zur Hilfe finden (Gängler 2011: 609; Bock & Thole 2011: 5). Selbst wenn der Begriff *Helfen* zunächst scheinbar einfach und vermeintlich handlungspraktisch und transparent als Orientierung daherkommt, ist er tatsächlich nicht einfach zu durchschauen, eher schillernd und soll über die analysierten Fallbegleitungen auf zwei Ebenen reflektiert werden: als organisiertes Programm auf der Systemebene und innerhalb der Interaktions- bzw. auf der Beziehungsebene.

Die Interviewten kreisen in ihren Erzählungen um den Hilfebegriff. Er dient ihnen als Orientierung und Begründung, ob ihre Handlungen und Entscheidungen angemessen bzw. „richtig“ sind. Im Erzählfluss bieten sie eigene Unsicherheiten an, prüfend, ob ihr Handeln im Rückblick tatsächlich *hilfreich* war.

Nun ist „Helfen“ zum einen kein pflegewissenschaftlich gefasstes Konzept, also wenig konkret, demnach dient er nur schwach zur fachlichen Begründung. Zum anderen unterliegt „Helfen“ über die Jahrhunderte, besonders seit Helfen zum Beruf wurde, einem kontinuierlichen Deutungswandel, der wiederum die Verwendung ebenso vieldeutig macht (vgl. Lambers 2010; Müller 1982, 1988). So existiert gegenseitige Hilfe, seit es Menschen gibt (analog die Pflege). Historisch beruht sie zunächst auf überschaubarer Gegenseitigkeit, Altruismus, kultureller Tradition und verändert sich zunehmend über ethisch-moralische Verpflichtung, von Hilfen, die sich an einzelne Personen oder Gruppen richten, zu komplexen Hilfeorganisationen in modernen Gesellschaften (vgl. Müller 1988; Luhmann 1974; Thieme in Kessel et al. 2017: 17). Diese Komplexität lieferte beispielsweise auch eine Begründung für die institutionalisierte Beratung. Seit Helfen zum Beruf wurde oder spätestens, seit Schmidbauer (2018) den vielfach missverstandenen, aber häufig verwendeten Begriff „Helfersyndrom“ prägte, haftet dem Helfen auch etwas Ambivalentes an. Kennt man Helfen auf der einen Seite als etwas Edles, moralisch positiv Besetztes, auf dem Boden der Nächstenliebe gewachsenes, unverzichtbar Notwendiges oder sogar Heldenhaftes, wie die Corona-Pandemie 2020 es uns lehrte, seither auch etwas „Systemrelevantes“. Hingegen legt das Alltagsverständnis auch noch andere Seiten vor: Wer abhängig

angestellt in einem helfenden Beruf arbeitet, *hilft* eben nur (im Sinne einer Assistenz), produziert offenbar nicht, steht demnach in der zweiten Reihe hinter der Wertschöpfung für die Gesellschaft. Am Ende hat er*sie womöglich selbst Probleme, die er*sie über die helfende Tätigkeit zu verdrängen sucht. Mit beruflichem Helfen, so scheint es, macht Frau zudem keine Karriere, oder zumindest wird sie nicht reich. Tut sie es doch, ist Hilfe nicht mit der für sie notwendigen Selbstlosigkeit durchgeführt und verliert somit einen Teil ihres moralischen Wertes, verlässt sie den Boden der Nächstenliebe. Seit Helfen unter marktüblichen Bedingungen unter die besonderen Dienstleistungen gereiht wurde, scheint die simple „Hilfe“ den beruflich Helfenden dazu auch noch ein wenig professioneller Begriff für das zu sein, was sie täglich als Arbeitnehmer, und gut ausgebildet, tun.

Unterzieht man weiter den Begriff „Hilfe“ einer sprachlichen Analyse durch unterschiedliche Bedeutungsfelder⁹⁹, so Wolfgang Hoops (2006: 45 f.), lässt sich schnell feststellen, dass der Hilfebegriff noch nicht mal im Grundsatz etwas Gutes oder Unproblematisches ist. Hilfe geben hat, auf diese Weise systematisch betrachtet, allzu häufig etwas mit Zwang zu tun, in dem der Wille oder die Vorstellung der Helfer*innen auf die Hilfebedürftigen übertragen wird. Denn: „Warte, ich werde dir schon helfen!“ als Redewendung kann durchaus als massive Drohung verstanden werden, dahin „verholfen“ zu bekommen, wohin man sich selbst nicht gewünscht hat. Hilfe stellt sich aus Sicht der Hilfe-Gebenden und der Hilfe-Empfangenden eben doch sehr unterschiedlich dar. Hoops kritisiert daher auch den Umgang der Pflegewissenschaft mit dem Hilfebegriff als einseitig, da seine doppelte Bedeutung zugunsten der Helfersicht verkürzt würde. Die Helferbeziehung sei für die Pflegewissenschaft vor allem heilend, Trost spendend usw. So spreche P. Benner (1994) dem Helfen acht Kompetenzen¹⁰⁰ zu, in denen Hilfe von den Helfenden bestimmt und eben nicht intersubjektiv betrachtet wird (vgl. Hoops 2006: 46).

Trotz der genannten Unschärfen und Ambivalenzen erscheinen die individuelle Definition, das persönliche Verständnis von Helfen sowie der Arbeitsbegriff eine bedeutende Orientierung in der sozialen Praxis der Pflegeberatung zu sein.

⁹⁹ W. Hoops verfolgt den Begriff durch die Jägersprache, die Reiterei die Erziehung, die Musikgeschichte etc. In der Reitersprache gibt es kleine und große „Hilfen“, die leichtes oder starkes Anziehen der Zügel oder Sporeneinsätze bezeichnen und daher ein Erzwingen des Willens meinen.

¹⁰⁰ Unter dem Oberbegriff „Helfen“ listet Benner acht Tätigkeitsbereiche der Pflege auf: die heilende Beziehung/heilendes Klima schaffen, Lage so angenehm wie möglich machen, einfach da sein, zur Verantwortungsübernahme innerhalb des Krankheitsmanagements helfen, Schmerzen einschätzen und Maßnahmen wählen, Trost spenden und Kontakt über körperliche Berührung herstellen, Angehörige unterstützen und informieren, Patienten durch Entwicklungsprozesse führen (vgl. Benner 1994). Beraten und Betreuen führt sie darin als eigene und davon abgegrenzte Kategorie auf.

Schaut man also genauer hin, steht die berufliche Hilfetätigkeit nicht eindeutig da, sondern sie steht in einem dauerhaften Spannungsfeld zwischen kühler Dienstleistung und warmer Gefühlsarbeit (Schmidbauer 1988), zwischen Beziehung und Methode (Greb 2006), zwischen Tradition und Emanzipation/Professionalisierung, zwischen präventivem und akutem Handeln. Diese Diskussion wird theoretisch schon lange in der Soziologie (Luhmann), der Psychologie und auch in der Sozialpädagogik (Müller) geführt. Auch da gilt sie noch nicht als abgeschlossen.

Für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit soll die darin geleistete spezielle Hilfetätigkeit und der Begriff „Helfen“ im Spiegel der empirisch erhobenen Daten nun weiter erhellt werden. Die theoretischen Diskurse, die vor allem in der sozialen Arbeit geführt wurden, können darüber für den speziellen Handlungsbereich Pflegeberatung fruchtbar gemacht werden.

Gerade bei der Pflegeberatung kommen verschiedene Formen der Hilfe und Hilfemotive zum Tragen und werden dabei selten fachlich reflektiert. Die Analyse der „Konstellation Helfen“ (Greb 2006¹⁰¹) ist auch nach 30 Jahren Pflegeversicherung noch lange nicht ausreichend geführt, um den Pflegeberater*innen in den anspruchsvollen, verflochtenen Situationen darüber Orientierung zu geben. Von archaischen (mitleidsbezogen) über berufsbezogene (fachlich) bis zu vertragsbezogenen (Anspruch und Leistung) scheinen alle Hilfemotive in diesen Unterstützungssituationen gleichzeitig, aber unterschiedlich intensiv auf. Dies zu sortieren ist nicht gerade simpel. Auch die Pflegeberatung kann sich nicht davon lösen, dass sich diese Hilfemotivationen und Erwartungen in den individuellen Situationen mischen. Je nach Lage, Setting und Verträgen unterscheidet sich die Verdichtung der Motive. Beurteilt, diagnostiziert, unterschieden und schließlich zur beruflichen Handlung gebracht werden muss es in der Regel von dem*der Pflegeberater*in als „Ich-Leistung der Akteure“ (Dreitzel 1980) je individuell in den Situationen und Interaktionen.

Daher lohnt es sich, das Phänomen Helfen, wie es aus den Interviews heraus scheint, mit theoretischen Erkenntnissen zusammenzuführen. Inhaltlich bedeutet es, Werte, Hilfemotive und Fachlichkeit zusammenzubringen und die darauf einwirkenden institutionellen Faktoren aufmerksam mit zu betrachten. „Im Fall spiegelt sich, so Schütze, sowohl die Komplexität und das

¹⁰¹ Ulrike Greb entwickelt ein „Strukturgitter“ für die Fallanalyse in der Fachrichtung Pflege (mit Blick auf die Ausbildung). Sie entwirft dafür ein didaktisches Rahmenkonzept, das konzeptionell eine Matrix unterschiedlicher Erfassungs-, Aneignungs- und Zuordnungsebenen bildet und dadurch einen Gegenstandsbereich (hier das „Helfen“) in seiner Vielschichtigkeit und Interdependenz abbildet. Als erkenntnistheoretischen Bezugsrahmen nutzt Greb die kritische Theorie und da vor allem die Schriften von Adorno bzw. seine negative Dialektik.

Neben- und Gegeneinander von Systemhandeln als auch Handlungsparadoxien der Professionen.“ (Gröning 2016: 3)

Ein eher skizzenhaft vorgestellter konzeptioneller Bezugsrahmen zum „Hilfhandeln beruflicher Pflege“, in dem Höhmann (2006) systemische und handlungstheoretische Perspektiven verschränkt, stützt das Vorhaben, das Hilfhandeln Pflegeberatung strukturiert sichtbar zu machen.

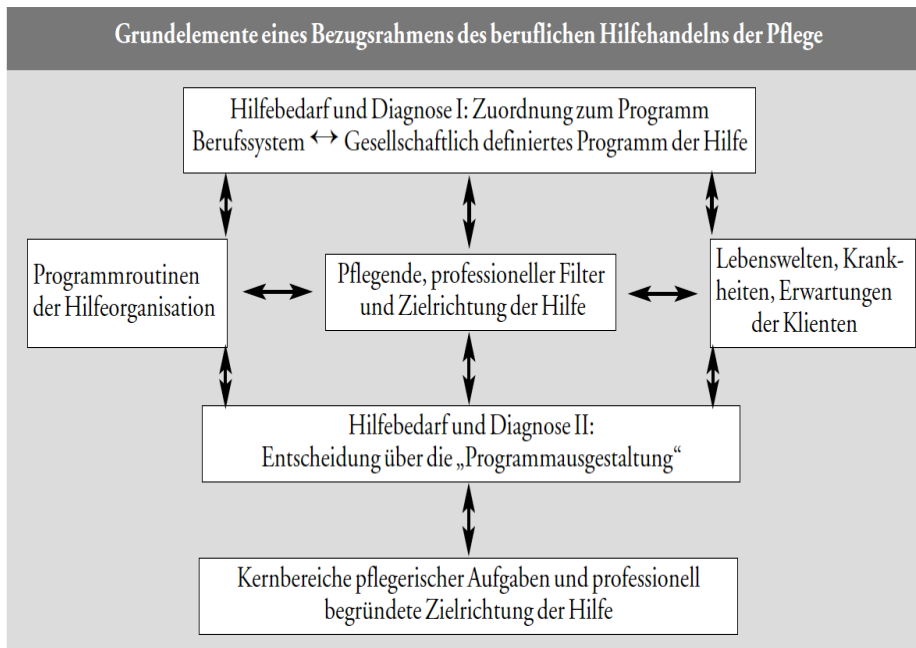


Abb.4: Ausschnitt aus: grafische Übersicht über die strukturellen Grundzüge des Bezugsrahmens (vgl. Höhmann 2006)

Die systemische Perspektive in dem grafisch dargestellten Bezugsrahmen greift die Hilfestruktur in modernen Gesellschaften auf, die laut Luhmann vor allem als Programm vorzufinden ist. Tatsächlich findet auch Pflegeberatung in einem hoch ausdifferenzierten, organisierten Rahmen statt, daher trifft auch hier zu:

„(...) danach steht dem Korsett der institutionalisierten Verregelung von „Auslösebedingungen“ und rechtlich finanziellen Inanspruchnahmeregeln die sichere Anspruchsberechtigung einer unter gegebenen Bedingungen zuverlässig „auslösbaren“ und erwartbaren Leistung gegenüber. Erbracht wird diese Hilfe berufsmäßig“ (...) die rechtlich-finanziellen „Programm“regularien sind im Wesentlichen auf das „gesellschaftliche Ziel“ gerichtet, die „sichtbaren Problemfälle“ zu beseitigen, nicht unbedingt darauf, die Ursache des Problems zu beheben (Luhmann 1973:31ff; auch Wagner 1982; Höhmann 1973). In dieser gesellschaftlichen Logik bekommt dann unter Umständen der Arbeitslose finanzielle Unterstützung aber keine Arbeit, der an einer Inkontinenz leidende Mensch einen Katheter, aber kein Kontinenztraining.“ (Höhmann 2006:20).

Bezogen auf verregelte Pflegeberatung wird dem pflegenden Angehörigen dieses Hilfeprogramm in Form von Dienstleistung vermittelt, die z. B. den zu pflegenden Menschen bewegt, ihm wird aber nicht gezeigt, wie er sich selbst bewegen kann, bzw. es gibt für ihn womöglich

keinen Grund, es selbst zu tun. Für die Ratsuchenden, oft als überlastet gekennzeichnet, soll eben diese Überlastung durch das Hilfeprogramm beseitigt werden. Aber weder sie selbst noch die Pflegebedürftigen werden deswegen in die Mitte der Gesellschaft zurückgeholt (bewegt).

Die Absicht zu helfen stellt sich fallübergreifend als eine zentrale Orientierung der Stegreiferzähler*innen dar. Geht man dort in dem vorgeschlagenen Bezugsrahmen auf die Suche nach der Systematik, finden sich sowohl programm auslösende Diagnosen als auch jene, die durch den „professionellen Filter“ (Höhmann 2006) der Pflegeberater*innen individuelle Handlungen auslösen. Die daraus folgende individuelle Ausgestaltung der Handlungen ist wiederum geprägt von Haltungen, emotionaler Beteiligung, Methoden und Motiven, die über die Fallanalyse sichtbar wurden?. Im Fallvergleich zeigen sich allgemeine Konflikte und Paradoxien der professionellen Pflegeberatungspraxis, die auf diese Weise der Reflexion zugänglich gemacht werden können.

6.6.1.1 Programmauslösende Diagnose in den erzählten Fällen

Programmauslösende Diagnose unterliegen einer Klassifikation. Es wird geprüft, um welche Art von „Fall“ es sich handelt, demnach an einer definierten Stelle vorsortiert und zugewiesen. Folgt man Schütze, wird an dieser Stelle die Person mit ihrem Fall in die Akte überführt. Für diesen Prozess, die er professionelle Einschätzung nennt, erkennt er verschiedene Kategorien und hat zudem vier Dimensionen herausgearbeitet, nach denen die professionelle Falleinschätzung geschieht (vgl. Gröning 2016b: 6 ff.). Gröning nennt diese Einschätzung „die Macht der Professionellen“. Das Höhmann-Struktur-Diagramm zeigt, dass diese Klassifikation im Hilfehandeln der professionell Pflegenden (hier auf die Pflegeberater*innen angewendet) an zwei Stellen wirksam wird. Die erste Diagnose lässt sich dabei über organisatorische Routinen ausdifferenzieren. Die Grundlagen der ersten Klassifikation werden aus den Interviews im Fallvergleich herausgearbeitet und den Systemdimensionen zugeordnet. Die Praxisschilderung der Stegreiferzähler*innen bleibt jedoch oft erstaunlich ungenau bei der konkreten Benennung, was aus Sicht der Organisation „der Fall ist“. Das betrifft sowohl die Bezeichnung als auch die oft eher diffuse Beschreibung. Deswegen wird über eine minimale Unterscheidung eine Ordnung in sechs grobe Zielperspektiven (Punkt A–F) vorgeschlagen.

Das Hilfeprogramm „Beratung bei Pflegebedürftigkeit“ wird in den zehn Fallverläufen im Kontext unterschiedlicher Organisationen (Krankenhaus, Pflegekasse, Krankenkasse, MDK, private Gutachter*innen, Sozialamt) und Versorgungsbereiche (stationär, ambulant in der Fami-

lie) sowie Sozialgesetzbücher (SGB V, SGB XI, SGB XII) ausgelöst und professionell umgesetzt. Im Evaluationsbericht des GKV-Spitzenverbandes (2020) zu den Beratungseinsätzen nach § 7a sowie § 37a wird dargelegt, dass die verschiedenen Beratungsangebote sowohl in Bezug auf die auslösenden Kriterien als auch auf die kasseninternen Prozesse nicht einheitlich vorzufinden sind (vgl. GKV 2020: 8 ff.). Welcher Paragraph nun tatsächlich der Rahmen der Beratung ist, entscheidet sich häufig erst im Beratungsverlauf vor Ort selbst und unterliegt individuellem Ermessen (professioneller Falleinschätzung) oder kasseninternen Kriterien (vgl. GKV 2020: 8 ff.). Eine Schärfung der verschiedenen Beratungsangebote sowie der darin enthaltenen Inhalte erscheint sowohl für Ratgeber als auch für Nutzer nach den Empfehlungen der Forschergruppe (IGES, 2020:19) für die Zukunft geboten.

Die vorliegenden Interviews präsentieren darüber hinaus allerdings noch einen differenzierteren Blick, den eine isolierte Auswertung der einzelnen Beratungsbausteine, wie im genannten Evaluationsbericht (vgl. IGES, 2020), nicht leisten bzw. darstellen kann. Die Stegreiferzählungen beleuchten nämlich mehr Dimensionen der komplexen Lebenswelt und machen so den Zugriff unterschiedlicher Sozialgesetzbücher in der Beratungspraxis auf sich überschneidende Lebens- bzw. Versorgungsbereiche sichtbar, in denen Pflegebedürftigkeit nach SGB XI beraten wird. Die beruflichen Kontexte der Ratgebenden sowie deren jeweilige Qualifikationen enthalten dabei unterschiedliche Handlungsspielräume, um auf dieser Grundlage Versorgungsbrüche durch Beratung und Schulung zu vermeiden oder zu heilen. Automatisch kommt es trotz eindeutiger programm auslösender Diagnose zu Überschneidungen oder Grenzen von Zuständigkeiten. Sinnvoll wäre es hier, die Müller-Systematik „Fall für“ auszuarbeiten.

Besonders deutlich wird das in der Fallschilderung von Frau Lila, die fallbezogene Zusammenarbeit mit dem Sozialamt zum Thema *Hilfe zur Pflege* in der unterversorgten Familie mit Migrationshintergrund sucht. Gleichzeitig aktiviert sie auch Jugendamt und Schule zu einer Beteiligung, da sie die Entwicklung der Kinder im Rahmen der Pflegebedürftigkeit der Mutter als bedroht bewertet.

In der Erzählung von Frau Grün kommt es, durch ein starkes Aufeinander-angewiesen-Sein in der palliativen Begleitung des sterbenden Mannes, zu Konfrontationen über sektorale Zuständigkeiten mit der Hausärztin. In hoch akuten Situationen werden dort kooperierende Rollen in überlappenden Versorgungen verhandelt. Vergleichbare Überschneidungen von SGB V und SGB XI finden sich in der Fallerzählung von Frau Rot. Gerade in diesen übereinandergescho-

benen Lagen ist die Klärung der jeweiligen Rollen, Aufgaben sowie die Gestaltung der Schnittstellen hilfreich. Fallbesprechungen und Fallverstehen sind für eine Entwicklung in Richtung „Fall mit“-Systematik der Pflegeberatung Voraussetzung.

Die vorgestellten Fallverläufe kontrastieren nun Formate, für die schon Routinen in den Organisationen vorliegen, gegen solche, die erst über den Einsatz der Pflegeberater*innen gebahnt, aber für diesen Zweck auch verstanden werden müssen. Gerade Letztgenannte machen dabei den Eindruck, zwischen einem Verständnis von eher persönlichem Hilfehandeln und dem schon verregelten fachlichen, dann allerdings oft funktionalen Handeln zu changieren.

In diesem unregelmäßigen Bereich werden die Pflegeberater*innen in den Erzählungen „einsame Retter*innen“, ermüden oder weichen ins gänzlich verregelte Case Management aus. Folgt dieser Beratung bei Pflegebedürftigkeit dann keine Fallreflexion, wird es schwierig mit dem Fallverstehen. Somit gelingt eventuell eine strukturelle, aber keine inhaltliche oder qualitative Weiterentwicklung.

Nun aber dennoch ein Versuch der Systematisierung der ersten „Diagnosen“, die sich in den Interviews finden, um das Hilfeprogramm „Beratung bei Pflegebedürftigkeit“ auszulösen:

A. Pflegeberatung als Prävention:

Übergang in häusliche Versorgungssituation ist „fraglich sicher“ – allerdings ohne „Gefahr im Verzug“

Routinen existieren, wenn die häuslichen Pflegesettings nur fraglich als sicher beurteilt werden (Frau Orange, Frau Rot, Frau Gold), das allgemeine Hilfeprogramm bei Pflegebedürftigkeit der Institution aber erstmal ungestört weiterlaufen kann. Das trifft sowohl auf die auslösende Diagnose im Krankenhaus wie auch bei den Pflegekassen zu:

Beispiel Interview G. (381–387) B: „Ja, es ist ja hier im Krankenhaus durch das Case Management, da sind ja zwei Kolleginnen, die einen dann auch ähm anfordern und sagen: „Geh mal da hin. Guck mal, ob da alles/ ob die noch Hilfe fragen.“ Und ähm die sind beide [=Protagonistinnen der Erzählung] sehr alt, das ist ja auch ungewöhnlich, dass da keine Hilfe nötig ist. Und ja, dann bin ich da mal einfach zum Hausbesuch gegangen. Es war auch der erste Kontakt, hier im Krankenhaus habe ich sie nicht kennengelernt. Die war da schon entlassen und dann habe ich sie zum ersten Mal im Kranken/ äh äh zu Hause im/ in diesem Haus gesehen.“

Eine Expertin wird „eingeschaltet“, um an den Ort der Pflegesituation zu gehen, sich der Lage dort zu vergewissern und um Hilfe anzubieten. Die Annahme, dass zwei Personen über 80 Jahre in einem Haushalt, von denen eine zudem von Demenz betroffen ist, Hilfe in der Alltagsgestal-

tung der Pflege benötigen, löst das Angebot der begleitenden Pflegeberatung im Entlassungsmanagement¹⁰² aus. Konkreter wird der Austausch mit dem Case Management in der Erzählung bezüglich Auftragsschaltung jedoch nicht. Ohnehin existiert nur in wenigen Berichten ein erzählter Teil, in dem das Wissen der verschiedenen Expert*innen über den Fall zusammengetragen wird, festgelegte fachliche Kriterien¹⁰³ genannt und schon mal Bedarfslagen für die Beratung erhoben und/oder ausgetauscht werden. Die übliche Programmroutine, über die in diesem Fall eine Auftragsschaltung ergeht, verläuft häufig so, dass ein diffuses Bild von möglichem Pflegebedarf besteht und die Pflegeberaterin erst am Ort der Pflege ein Bild gewinnen soll. Im genannten Interviewausschnitt reicht der Akteurin zur Annahme des Auftrags die Schilderung, dass zwei hochaltrige Damen zu Hause pflegen.

Jedoch ist die Beratung der Expertin durch diese erste Klassifikation schon präformiert. Hier wird dem Zweifel des „Innendienstes“ das Instrument der zugehenden Hilfe mitgegeben, um Zugang und damit Einsicht in die Situation zu bekommen, die den Auftraggebern¹⁰⁴ scheinbar unklar und nur aus der Akte bekannt ist. Helfen wird neben der Möglichkeit zur Klärung der Unsicherheit in Bezug auf die Versorgungslage darüber hinaus so verstanden, dass damit ein Beitrag zur Befriedigung der Bedürfnisse und Bekanntmachung der Anrechte der Hilfeadressaten geleistet werden kann. Damit stecken im Auftrag, „mal hinzugehen“, schon zwei Erwartungen an die Expertin: die der fachlichen Kontrolle als Absicherung der Entlassungsroutine, ebenso wie Hilfe zu geben, damit das Anrecht auf Leistungen bekannt und in Anspruch genommen werden kann. Umklammert wird dieses Hilfeprogramm vom beruflichen Standesethos, von der Moral der Pflegenden, dass Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und ihre Angehörigen des menschlichen Beistandes und der Expertise durch Pflegende benötigen.

Die Beratung (hier auf der Grundlage § 45 = individuelle häusliche Schulung) wird hinter den akuten Aufenthalt (SGB V) platziert. Im Grunde sind das widersprüchliche Anforderungen, die

¹⁰² Versorgungsmanagement sowie Rahmenplan Entlassungsmanagement fachlich gestützt durch einen nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement.

¹⁰³ In der Regel liegen hinter routinierten Auftragsschaltungen im komplexen System Krankenhaus definierte Kriterien, nach denen die speziellen Leistungen ausgelöst werden sollen. Dies geschieht vermehrt elektronisch (vgl. Waterboer, Kühn 2018), z. B. über klinikinterne, digitale Kommunikationsplattformen, die verschiedenen kooperierenden Berufsgruppen im Krankenhaus einen asynchronen Informationsaustausch ermöglichen. Diese Prozessgestaltung unterstützt die intersektorale Kommunikation. Gleichzeitig weist sie der Pflegetrainer*in/Pflegeberater*in in der Organisation eine professionelle Rolle aus. Neben der Implementation von Kommunikationssystemen müssen sie auch als regelhafte Ablaufprozesse des Krankenhauses eingebettet werden.

¹⁰⁴ Auftraggeber sind Pflegekasse oder Case Management der Klinik, ein Innendienst, der Geld oder Mittel verwaltet und in der Regel einer anderen Profession angehört.

auf der einen Seite die reibungslose Kunden- und Prozessorientierung fordern und auf der anderen Seite das Bild der „menschlichen Pflege“ in liebevoller persönlicher Zuwendung und Fürsorge implizit anbieten. Die Spannungen dieser mehrdimensionalen und gegensätzlichen Anforderungen an Beratung bei Pflegebedürftigkeit sind in den Fallverläufen und im Fallvergleich in der sozialen Praxis im Weiteren noch zu zeigen.

Diese hiermit vorgestellte erste auslösende Diagnose kann dem Bereich der präventiven Angebote zugeordnet werden, der bisher noch nicht stark verregelt ist. Verstanden wird es oft als ein „Add-on“ – eine Option oder besondere Leistung im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. Gerade die fehlende Verregelung vermittelt den Akteuren dabei den Anschein einer zugewandten, persönlichen Hilfeleistung. Die Fachexpertise ist zwar über den Auftrag angezielt, bleibt aber dadurch verdeckt, dass sie im Gesamtverlauf der Behandlung nicht gefragt bzw. eingebunden wird. Das Krankenhaus bleibt so in den Kernprozessen vor allem kurativ und pathogenetisch orientiert. Prävention oder salutogenetisches Denken in Bezug auf absehbar langfristige Pflegebedürftigkeit wird somit vom Kernprozess losgelöst und nachgeordnet.

Der Vorschlag, die Kategorie Prävention in das Programm einzuführen, könnte bedeuten, über die Beurteilung gezielter vorzugehen. In der Fachliteratur werden verschiedene theoretische Ansätze der Prävention beschrieben, die u. a. Bezug nehmen auf Ziele, Zeitpunkt, Mittel und Adressaten der Maßnahmen (vgl. Eggert, Sulmann 2018). Das Konzept des präventiven Hausbesuchs (vgl. DIP 2009) sieht beispielsweise einen Prozessablauf einschließlich evaluierter Assessments und multiperspektivischer Fallbesprechung vor (vgl. Roling et al. 2012).

Die nach der zweiten Diagnose tatsächlich geleistete Hilfe von Frau Orange besteht dann darin, den Zusammenhang zwischen Bewegungsdrang, Unruhe und Kachexie bei Demenz aufzuklären. Daraus ergibt sich in der Zusammenarbeit mit der pflegenden Angehörigen ein alltagstauglicher Ernährungsplan, der auch direkt Umsetzung findet.

B. Pflegeberatung als Brückenprogramm über Bedarfslücken

Die Pflegeberatung, als eigenes Hilfeprogramm verstanden und betrachtet, erfüllt zudem die Funktion, Bedarfslücken zu schließen bzw. zu überbrücken, wenn das regulär vorhandene Programm der Organisation nicht ausreicht. Besonders anschlussfähig zeigt sich in den Erzählungen das Thema Hilfsmittelversorgung (vgl. Frau Rot, Frau Grün, Frau Orange, Herr Gelb). Um Pflegesituationen zu erleichtern oder Selbstständigkeit zu fördern, müssen verordnete Hilfsmittel individuell angemessen sein. Fehlversorgungen in dem Bereich sind mittlerweile evident

(vgl. Blumenkamp et al 2014) – und teuer. Auch die Evaluation der Beratungseinsätze (GKV 2020: 15) weist als Inhalt zu 52 % das Thema Hilfsmittel aus.

Interview Frau Orange Zeile 210 - 211 : (.) Ja, er wurde mir ähm über/ über das Case Management empfohlen, dass ich mich da mal kümmere, um zu gucken, ob zu Hause noch Hilfsmittel fehlen. #00:18:10-0#

Die Auftragsformulierungen der „ersten Diagnose“ in den Institutionen sind in den Erzählungen unterschiedlich tief in deren reguläre Prozessabläufe eingebettet. Viele sind dabei wenig konkret und übertragen eher diffuse Erwartungen an die Pflegeberater*innen. Diesen obliegt dann die Klärung des Auftrags und die Kunst des Kontrakts in der Interaktion mit den Hilfeadressaten. Aber tatsächlich hat der Punkt der ersten Schaltung, der ersten Klassifikation, schon bedeutenden Einfluss auf den weiteren interaktiven Verlauf, wie die Fallvergleiche deutlich machen.

Schon bei der ersten Schaltung wirken institutionelle Rahmenbedingungen, finanzielle, fachliche und persönliche Werte auf die professionelle Einschätzung der Expertin hinein und in der Folge auch auf die geplante Handlung. Hier schildert die Stegreiferzählerin, dass sie „eingeschaltet“ wird, wenn der Behandlungsprozess der Klinik bereits abgeschlossen ist und die Entlassung feststeht. Die weitere Versorgung – hier wieder gekennzeichnet mit Hilfsmitteln – hat offenbar nichts mit dem Kernprozess der Klinik zu tun:

Beispiel: Interview Rot Zeile 20 – 24 : (...) Ja, ich habe einen Fall, der ähm sehr komplex ähm (.) den ich sehr komplex empfunden habe auf vielen verschiedenen Ebenen, und ich würde vielleicht einfach so anfangen, wie ich ihn am/ erlebt habe, so wie ich ähm, ja, den ersten Kontakt mit der Familie bekommen habe. Ähm wir werden relativ spät eingeschaltet, kurz vor der Entlassung, und so war es auch bei diesem Fall. Es war/ MONTAGS bin ich zu dieser Familie gefahren, um (.) dort den Hilfsmittelbedarf zu ermitteln(...)

Das Hilfeprogramm Pflegeberatung (SGB XI) ist hier wenig verwoben mit dem des medizinisch dominierten Behandlungsbereichs (SGB V) und wird erst nach Beendigung der organisatorischen Prozessabläufe des Krankenhauses hinzuaddiert. Die Interaktion der Pflegeberaterin kommt so scheinbar nicht in Konflikt mit den Prozessabläufen des auftragsschaltenden Unternehmens. Der Ort, an dem das „Hilfeprogramm“ einsetzt, schließt eine bisher unversorgte Lücke und ist so als Brückentätigkeit zu verstehen, nicht als Teil kontinuierlich aufeinander bezogener, vernetzter Versorgung. Die Prozesse der stationären Einrichtung (SGB V) laufen quasi unberührt von den Erkenntnissen und Arbeitsweisen der Pflegeberater*innen im ambulanten Sektor (SGB XI) weiter. Der Auftrag ist ausschließlich auf die Häuslichkeit, also einen anderen Versorgungsbereich gerichtet. Auch in diesem Punkt lässt sich auf den Evaluationsbericht der GKV (2020) verweisen, der festhält, dass nur 22 % der Nutzer*innen von Beratung

im Krankenhaus von ihrem Anspruch auf Beratung erfahren, wohingegen sich 57 % der Befragten wünschten, gerade dort informiert zu werden (GKV 2020: 19). Der Rahmenvertrag Entlassung (2016) und der Expertenstandard Entlassungsmanagement (2020) zeigen in den Stegreiferzählungen nur geringe Wirkung auf gemeinsame Fallbegleitung. Der Versuch der Verknüpfung der Versorgungsbereiche der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher liegt in den Fall-erzählungen auf diese Weise vor allem auf personaler Ebene und wird weder fachlich noch vom System auf der Mikroebene verwoben, sondern obliegt der Leistung Einzelner und deren persönlichem Engagement.

Interview Frau Rot Zeile 92 - 94: „(...)Ähm ich habe dann, weil ich ihn ja jetzt noch nicht kennengelernt habe, dann gehe ich meistens, wenn ich im Krankenhaus bin, auch nochmal zum Patienten, damit ich ihn auch schon mal kennenlerne und er mein GESICHT dann schon mal gesehen hat (.)“

Das „Brückenprogramm“ erkennt an, dass Lücken in der Versorgung bestehen, die über Beratung recht allgemein gedeckt werden. Ohne die sinnvolle Verknüpfung und Rückkopplung mit den anderen „Inseln“ bleibt die Pflegeberatung isoliert und auf das Engagement Einzelner angewiesen.

C. Programmroutine – individuelle häusliche Pflegeberatung als Regel im Programmverlauf der PV

Wird der Auftrag nicht im stationären Sektor ausgelöst, sondern innerhalb des Zuständigkeitsbereichs des SGB XI geschaltet (Frau Gold und Herr Gelb, Frau Sepia), ist der Rahmen der Pflegeberatung über die klare Auftragsanforderung in Paragraphen (§ 37; § 45 oder § 7) inhaltlich besser beschrieben, wobei auch hier im Vorfeld nur ein formaler, für die Beratungssituation wenig produktiver Austausch zwischen der Pflegekasse und der externen Pflegeberaterin geschildert wird.

Interview Gold Zeile 16 – 26 : „Ich hatte einen Auftrag von einer Pflegekasse, für die ich nebenberuflich äh tätig war über viele Jahre. Ähm der ursprüngliche Anlass war tatsächlich äh ähm in der Familie einen häuslichen Besuch durchzuführen für einen Schulungsauftrag über 45. Ähm das waren die meisten Anlässe. 7a hat sich auch häufig ergeben, aber in dem Fall war es, soweit ich erinnern kann, tatsächlich ähm erstmal ein Schulungsauftrag. (...)Ich hatte das Ganze erstmal telefonisch vorbereitet, habe den Termin verabredet und der ähm Mann, mit dem ich telefoniert habe, ähm das ist ein pflegender Angehöriger gewesen, es ging um seine Frau, ähm hat erst nochmal rückgefragt, ob denn der Besuch überhaupt äh notwendig wäre, weil er hätte ja erst eine Woche vorher einen Beratungseinsatz im Rahmen der Pflege(.)beratung beziehungsweise Qualitätssicherung gehabt zur Überprüfung der häuslichen Situation und da wäre alles in Ordnung gewesen und er hätte erstmal soweit keine FRAGEN und ähm nach dem weiteren Verlauf des Gespräches habe ich dann aber doch mit ihm einen Termin verabredet und bin dann dorthin gefahren. (.)

Weder die Pflegeberaterin noch der pflegende Angehörige ist informiert, wie genau es zu der Auftragschaltung kam. Es könnte eine (den Beratungsinterakteuren unbekannt) Routine der PV sein oder eine zufällig kollidierende Planung der Akteure Pflegedienst und Pflegekasse.

Unwahrscheinlicher, aber auch möglich ist ein Zusammenhang mit dem vorausgegangenen Beratungsbesuch nach § 37, von dem der Adressat der Beratung allerdings nichts weiß. Womöglich hat auch ein Kontakt zur Pflegekasse vonseiten der Angehörigen, ohne sein Wissen, diese Schaltung ausgelöst. Auch hier wird von der Beraterin telefonisch zunächst Hilfe angeboten. Aus Erfahrung weiß sie, dass sich erst im Verlauf ihrer Einschätzung als Expertin herausstellen wird, welches Format der Beratung zur Anwendung kommen wird. Ausgelöst wird der Einsatz der Pflegeberaterin über die nicht näher zu ergründende Diagnose „Schulungsbedarf“. Darüber erhält sie auch den Zugang zur Beratung des pflegenden Angehörigen. Die professionelle Einschätzung erfolgt dann erst vor Ort. Das Verhältnis ist durch die Irritation des pflegenden Angehörigen jedoch mitbestimmt, der den vor Kurzem erfolgten Pflichtbesuch der Pflegekasse nach § 37a noch als Referenz im Gedächtnis hat. Immerhin wurde ihm danach bescheinigt, dass alles in Ordnung sei. Der pflegende Angehörige verhält sich seiner Rolle als Versicherungsempfänger angemessen, indem er sich den verschiedenen Akteuren gegenüber kooperativ verhält. Die Erzählerin kennzeichnet zwar ihren Einsatz bewusst als freiwillig, im Gegensatz zum Einsatz des Pflegedienstes, bemerkt aber, dass dieser Unterschied für den Adressaten keine Bedeutung hat bzw. keine neue Handlungsoption darstellt.

Gold Zeile 120 - 139: „Ich glaube nicht, dass er richtig informiert war, was der Anlass meines Besuchs war. (.) Ich glaube, der hat einfach gedacht: Da kommt jetzt jemand von der Kasse (.) und äh ich muss dem jetzt irgendwie Zugang zur Wohnung verschaffen. Ich hatte ihm das zwar am Telefon gesagt, dass das freiwillig ist und dass ich komme, um IHN in seiner Situation als pflegender Angehöriger zu unter/ zu helfen und zu unterstützen. Aber ähm ich habe/ könnte jetzt im Nachgang nicht sagen, hat er jetzt wirklich verstanden, warum ICH da war und was der Unterschied jetzt auch zu dem Besuch des äh Pflegedienstes war (.) ähm oder nicht. Ich KANN auch - das habe ich auch nicht verstanden - äh die/ Ich hatte damals auch die Möglichkeit, den 37er Beratungseinsatz MITzumachen. (.) Also das wäre dann nicht noch zusätzlich was gewesen, sondern im Rahmen meines ähm Einsatzes hätte ich den dann mit (.) verrechnen können, sodass dann auch nur ein Besuch für die pflegenden Angehörigen zustande gekommen wäre, also ein/ einer weniger, was ja auch gut wäre. Aber das hat wohl niemand dem äh dem Mann (.) damals von der Kasse mitgeteilt. (.) Also da waren einfach (.) zwei Besuche, die kurz hintereinander erfolgten, und die Pflegedienste melden sich ja oft dann selbstständig unabhängig von der Pflegekasse, weil die ja wissen, dass die in halbjährlichen Abständen diesen Besuch durchführen (.) dürfen (.) und ähm meisten melden die sich dann ganz autonom und das hat dann oft mit der Kasse gar nichts zu tun. (.) Die rechnen das dann nur entsprechend ab.“

Der Pflichtberatungseinsatz § 37a wird den Kund*innen oft routinemäßig vom Pflegedienst angeboten. Der Einsatz erfolgt in regelmäßigen Abständen, sodass den Versicherten die Leistung Pflegegeld gesichert ist und dem Pflegedienst die Vergütung des Einsatzes. Die Bezahlung der Beratung und der wenig ökonomische Umgang durch die fehlende Absprache finden hier Erwähnung. Eine Absprache zwischen den Akteuren Pflegekasse, Pflegedienst und freie Pflegeberaterin, in der Facheinschätzungen vorbereitend ausgetauscht werden, gibt

es nicht. Auch hier ist die einzelne Pflegeberaterin auf eine eher einsame Facheinschätzung angewiesen.

D. Prinzip „ambulant vor stationär“ ermöglichen.

Anlassbezogene Pflegeberatung mit vorher fachlich gesetztem Thema als Voraussetzung für eine familiäre Versorgung

Als weiteres Kriterium für das Zuschalten von Pflegeberatung beschreiben die Interviews die Ausgangssituation, dass eine Funktionseinheit im Krankenhaus oder auch eine Funktion in der Pflegekasse konkret sehr spezielle bzw. außergewöhnliche Schwierigkeiten feststellt (Frau Grün der Herr Gelb) , die eine Versorgung über die Familie (alleine) in Frage stellen.

Bsp: Interview Frau Grün Zeile 27 – 32:

[In dem Fall] ist der (.) Kontakt hergestellt worden über die Palliativ-Station hier im Haus. Ähm es ist ein Patient gewesen (.) Anfang 60, der einen Lungen/ Lungenkrebs oder Lungentumor hat, eine/ einen Pancoast-Tumor, wo ich auch erstmal selber gucken musste, was das ist. Auf jeden Fall ein spezieller, ja, Lungenkrebs und ähm, genau, da sind wir hinzugezogen worden als Pflegetrainer und die (.) Anleitung oder die Beratung ging hauptsächlich äh zur EHEfrau. (.)

Für die palliative sowie fachlich hoch anspruchsvolle Versorgungssituation mussten gesonderte Hilfsmittel beantragt werden. Zudem machte die fragile, individuell geplante Entlassungssituation eine spezielle Begleitung nötig. Ohne die eingesetzte Pflegeberaterin wäre keine Entlassung in die ambulante Versorgung möglich bzw. von der Organisation als sicher zu vertreten gewesen. Das Hilfeprogramm stützt in dem Fall außergewöhnlicher Entlassungsbedingungen das Prinzip „ambulant vor stationär“.

Auch bei Frau Grün geht es zunächst um Hilfsmittel. Der Kontakt beginnt im Krankenhaus und in der Fall Erzählung entsteht ein langer gegenseitiger Abspracheprozess mit allen Beteiligten, in dem Ziele der Begleitung formuliert wurden. Sowohl auftrags- als auch handlungsauslösende Diagnose sind gelungen. Die Verstrickung, aus der schließlich die Erschöpfung der Fachfrau resultiert, beginnt erst in der Phase der Ausgestaltung.

Ähnlich konkret, aber zwischen (mindestens) zwei Sozialgesetzbüchern verhält es sich im Auftrag von Herrn Gelb. Die Versorgungslage wird als über das normale Maß hinaus komplex eingeschätzt. Zudem kommt es mehrfach zu Konflikten mit den beauftragten Pflegediensten. Die Frage steht im Raum, ob die Versorgung über die Familie und das Prinzip „ambulant vor stationär“ gehalten werden kann:

Gelb Zeile 13 – 33 : „die Familie hat ähm Intensivpflegedienste gehabt, (.) mittlerweile SIEBEN verschiedene Intensivpflegedienste, haben also schon seit äh MEHREREN JAHREN, ich weiß es nicht mehr genau,

ich glaube fünf oder sechs Jahre, haben sie diese Versorgung gehabt. Das Kind war äh äh fünf, sechs Jahre alt und ähm, ja, ist zu Hause 24 Stunden eins zu eins äh gepflegt worden durch einen Kinderintensivpflegedienst, wie gesagt mittlerweile schon der SIEBTE, der da drin war. Es gab immer wieder KONFLIKTE und äh irgendwann hat dann die Krankenkasse äh gesagt „Mensch, ähm (.), ja, wir suchen wieder einen neuen Intensivpflegedienst, aber (.) sollen wir nicht einfach mal gucken, äh ob da vielleicht mit der VERSORGUNG äh was verändert werden kann?“. So, und dann bin ich da reingekommen, sehr äh skeptisch hat man mich (.) äh dort auch empfangen, so eher als Prüfer, eher so als ähm jemand, der denen vielleicht sogar was wegnimmt oder der sogar vielleicht behauptet, dass sie gar keinen Intensivpflegedienst mehr BRAUCHEN oder so. Also die waren sehr angstbehaftet gewesen. Das war ähm erstmal eine sehr (.) angespannte Situation und dann (.) haben sie aber gemerkt, dass ich selber von der Intensivpflege kam und dementsprechend auch nicht wie die bisherigen Gutachter ähm auch gar nichts mit einer Pflegegradzuteilung zu tun hatte. Also die haben das auch so ein bisschen VERWECHSELT, dachten, ich wäre da äh äh vom MDK oder so. Also die konnten das gar nicht so einordnen, weil die das auch nicht kannten und auch den Begriff PFLEGEberatung nach 7A kannten sie nicht und Versorgungsplan und sonst. Das war so ein Thema, damit hatten sie noch nie was zu tun gehabt, WEIL nun mal halt die Intensivpflege ja auch eher Krankenkassen auch immer ist, also auch wenn das Kind natürlich dann jetzt mittlerweile einen Pflegegrad 5 hatte als sechsjähriges Kind, ähm (.) war denen dieser Begriff Pflegeberatung einfach nicht äh geläufig.

Liegt ein solcher Fall vor, in dem die offenen Fragen bezogen auf das sichere Pflegesetting konkret formuliert werden können, wird ein Beratungsbedarf im Vorfeld gemeinsam beschrieben oder ermittelt. Facheinschätzungen werden zwischen den Expert*innen ausgetauscht, Verantwortung zunächst gemeinsam bestimmt. In beiden Fällen übernehmen die Pflegeberater*innen mit der ersten Diagnose ein großes Stück der Verantwortung aufgrund ihrer fachlichen Einschätzung mit dem Motiv, die Familie zu schützen und zu bewahren. Neben dem Programmprinzip (ambulant vor stationär) wirken hier die persönlichen wertebezogenen Vorstellungen von Familie und Partnerschaft in die professionellen Beurteilungen hinein.

E. Pflegeberatung auf Initiative der Ratbedürftigen – als Recht, Schutz und gemeinsamer Kampf

Ein maximaler Kontrast ist zu erkennen, wenn die Beratungsnutzerin das Programm selbst auflöst, indem sie eine unabhängige Beraterin an ihrer Seite sucht. Hier scheint die mündige Verbraucherin auf, der im Rahmen der ersten Diagnose ein Angebot vorgestellt wird. Allerdings wird hier nicht nur möglichst unabhängige Beratung gesucht, um bewusst wählen und im Anschluss verbrauchen zu können, sondern in der Anfrage wird neben einer Leistung auch der Schutz über die Expertin angefragt. Denn die Leistungen des bisher regulär ausgelösten Hilfeprogramms waren unbefriedigend und konnten die erwartete und dringend erforderliche Hilfe nicht erbringen.

Interview Frau Sepia Zeile 32 - 35: : Vor [...] rief mich auf Empfehlung äh von extern eine Dame an, die zu Hause sowohl ihre Mutter als auch ihren Vater pflegt, und äh ihre Mutter nach ähm einem schweren Schlaganfall über sechs Jahre schon alleine zu Hause mit einem RIESEN Unterstützungsaufgebot sozusagen betreut und ihr Anliegen war, äh an mich heranzutreten, um zu sagen, sie wüsste aktuell nicht weiter.(...)

Zeile 38 – 53: Grundsätzlich läuft es so ab, wenn Menschen mit mir Kontakt aufnehmen, dass ich ihnen erstmal sage, dass ähm ich leider keine Beratung machen kann, die kostenfrei ist, wie sie das vielleicht von einem Pflegestützpunkt oder ähnlichem gewohnt sind,(...) weil ich neutral und unabhängig arbeite und keinerlei Verbindlichkeiten zu irgendjemandem diesbezüglich habe und dass das eine Dienstleistung ist, die auch abgerechnet wird. Selbstverständlich sage ich allen, die hier Kontakt mit mir aufnehmen - und so auch dieser Dame -, dass ich ähm (.) sie vorher frage, ob sie ALLE Möglichkeiten der kostenlosen Beratung, die es überall gibt in der Region, vom, vom Pflegestützpunkt, von der Kasse schon ausgeschöpft haben und ähm diesbezüglich auch schon Hilfe bekommen haben, damit die wissen: Es gibt auf jeden Fall Alternativen dazu. Und was ich ganz häufig höre, jetzt nicht nur bei dieser Dame, eigen/ aber eigentlich bei fast JEDEM, der mit mir Kontakt aufnimmt, ist: JA, (.) das äh haben wir schon gemacht oder das habe ich schon gemacht, aber da habe ich nicht die Hilfe gefunden, die ich gebraucht habe. Und äh dann (.) kommen wir darüber ins Gespräch, was sie sich wünschen und grundsätzlich ist immer die erst/ der Erstkontakt sozusagen, den wir miteinander haben, äh gänzlich kostenlos. Das heißt, wir setzen uns erstmal gemeinschaftlich hin, es wird vorgetragen, was das Anliegen ist und ich gucke, ähm sind das Möglichkeiten, in denen ich helfen könnte und wenn ich helfen kann, wie viel wird das dann vermutlich letztendlich kosten und wie lange werden wir miteinander arbeiten.

Die hier geschilderte erste Diagnose ist geprägt von einer klaren Routine, die sich zunächst ausschließlich auf die Klärung des äußeren Rahmens bezieht. Der innere Rahmen gehört zur individuellen Ausgestaltung und wird unter den Interaktionspartnern in der Beratung in der Beziehung entwickelt. Im Verlauf des Interviews wird die Gestaltung des Arbeitsbündnisses so beschrieben, dass bei Auftreten von Krisen oder wenn Unerwartetes geschieht, wiederholte Verhandlungen geführt werden und das äußere und innere Arbeitsbündnis bestätigt werden muss.

Allgemein gilt für alle Stegreiferzählungen: Wenn die interviewten Pflegeberater*innen erstmal vor Ort, in der direkten Interaktion sind, beginnt die im Flussdiagramm (Abbildung 4) so genannte „2. Diagnose“, über welche dann die individuelle Handlung erst bestimmt wird.

F. „Pflegeberatung“ als spontane, körperbezogene Hilfeleistung

Ein weiterer Kontrast ist die „spontane Hilfe“ mit kaum verregelmtem Programm. Im Interview wird diese „Beratungspraxis“ vom Stegreiferzähler zugespitzt „Hobby“ genannt und ist vor allem ausgelöst durch ein Berührtsein, von der Hilflosigkeit der pflegenden Angehörigen in der akuten stationären Versorgung. Der Fachpfleger ist affiziert. Die Diagnose ist Wissensdefizit. Der Mangel an regelhaftem Programm wird individuell personal aus Erfahrung und mit praktischem Fachwissen überbrückt.

Eisblau Zeile 16 – 19 „(.) aber das ist fast schon ein bisschen Routine bei mir, dass ich REGELMÄSSIG (räuspert sich) Verwandte beobachte, die hilflos am Patientenbett sitzen und Angst haben, irgendwas falsch zu machen, irgendwas anzufassen und dann einfach nur SITZEN und sich hilflos fühlen. Und denen zeige ich immer ganz gerne/[...]

Diese Erzählung steht für die Situationen, die im Pflegealltag oft mit Kurzberatung und akuter Hilfeleistung durch Beratungen codiert werden. Darüber hinaus weist auch diese Erzählung auf

die Unverbundenheit der beiden Gesetzbücher (Hilfeprogramme) SGB V und SGB XI im Akutbereich der Gesundheitsversorgung hin. Pflegebedürftigkeit findet ihren Anfang einfach häufig nach akuten Ereignissen und wird im Krankenhaus das erste Mal sichtbar und beginnt nicht erst nach der Entlassung, im Zuständigkeitsbereich des SGB XI. Die spezielle Hilfslosigkeit der Angehörigen in der akuten Lage erhält durch die Erzählung ein Bild und eine mögliche punktuelle Interaktion als Antwort. Weiter gibt die Szene Einblick in das Fachwissen über den körperbezogenen Kontakt, das sich in der Vermittlung in einem Anleitungsprozess entfaltet. Aus der Beratungsperspektive zeigt sie auf die Möglichkeit, auf diese Weise die Rollennahme einer Pflegebeziehung anzustoßen.

Zwischenresümee

Mit der Systematik „zwei Diagnosen der Hilfehandlung“ in den Anfang der Beratungsprozesse zu gehen stellt sich doch als erkenntnisreich heraus. Erst im Fallvergleich wird die Ausleuchtung dieser ersten Schaltungen wesentlich, weil schon dort der Rahmen und der Fokus der anschließenden Beratung gesetzt wird, also die ersten Ein- und Ausschlüsse vorgenommen werden.

In den Erzählungen wird diese Schaltung, wenn überhaupt, allerdings nur kurz erwähnt und beginnt der Haupterzählstrang der jeweiligen Fall Erzählung in der Regel ab dem Moment der eigenen Einschätzung, die hier „2. Diagnose“ genannt wird. Diese weitere Differenzierung wird nämlich den einzelnen Pflegeberater*innen, die sich vor Ort zu den Ratsuchenden begeben, überlassen. Übertragen auf das Diagramm, läuft die Pflegeberatung nicht nach festgelegten Programmroutinen, an denen sie sich nun weiter orientieren kann, sondern es geht darum, die Lebenswelt in den Blick zu nehmen.

Der Anfang der aufsuchenden Pflegeberatung ist jedoch, wie sich hier zeigen ließ, schon von einem institutionellen Dach geprägt. Die Erzählungen der Interviewten stellen diese beiden Schaltungen als nur locker verbunden dar. Organisationen können ihre Prozesse natürlich besser planen und abbilden, wenn sich ihnen diese differenzierter darstellen. Wird die Auseinandersetzung mit der nachgeordneten, wenig verbundenen Leistung Beratung bei Pflegebedürftigkeit nicht geführt, fällt auch der Rückgriff auf die Organisation schwer. Hilfe als ein Programm zu verstehen, das unterschiedliche Auslöser hat und Programmschritte macht, hat bis zu diesem Punkt schon interessante Befunde geliefert.

Der Zeitpunkt, zu dem das Hilfeprogramm Pflegeberatung in den Versorgungsprozess eingeschaltet wird, wirkt schon auf die zweite, die professionelle Falleinschätzung¹⁰⁵. Auch wenn es in den Erzählungen zunächst so wirkt, als haben die Fachleute den freien Expertenblick auf die Situation, beeinflusst sowohl der Zeitpunkt der Auslösung als auch die beauftragende Institution den eigenen Diagnoseprozess der Interviewten. Denn die erste Schaltung im Prozessablauf der Institution bestimmt schon die Richtung der Betrachtung. Mit der ersten Diagnose ist die Begegnung vor Ort schon präformiert. Diese doch im Wesentlichen fachliche Einschätzung hinterlegt in der Akte einen für alle professionellen Akteure verständlichen Fall. Dort steht dann z. B.: „Hilfsmittelberatung – bei Veränderung der Pflegebedürftigkeit“ oder „Prävention durch Beratung bei fraglicher Überlastung durch Pflegebedürftigkeit“. Schütze sieht hier die erste Dimension der professionellen Einschätzung: Vorannahmen, Prognosen oder eben auch konkrete Aufträge lenken den Blick der Professionellen in vorbestimmte Richtungen.

Je klarer der Übergang von erster zu zweiter Diagnose fachlich verhandelt, auf Interessen reflektiert und verstanden wird, umso sicherer und auch freier geht die Beraterin in ihre Beratungsinteraktion. Auch können die Gespräche, die in das Arbeitsbündnis mit den Ratsuchenden führen, transparenter gestaltet sein – für den Vertrauensaufbau ein wichtiger Schritt. Denn der Anfang der Interaktion ist jeweils die Vorbereitung auf das Arbeitsbündnis. Im Anfang der Begegnung geht es um den Vertrauens- und Beziehungsaufbau zwischen Ratsuchenden und Beraterin.

6.6.1.2 Individuelle Handlung auslösende Diagnose

Um in der systematischen Verdeutlichung und Verdichtung zu bleiben, soll hier zunächst weiter vom zweiten Prozessschritt im Hilfeprogramm gesprochen werden. Allerdings kommen nun die Erkenntnisse aus den einzelnen Sequenzen im zweiten und dritten Schritt der Narrationsanalyse, die nach den Motivationen der individuellen Handlungen fragen, zum Tragen. Die eigentliche Interaktion zwischen Berater*in und den Ratsuchenden findet in diesem Prozessschritt schließlich erst ihren Anfang, indem vor allem die pflegfachliche Expertise und der professionelle Wissenskorpus angefragt werden. Zeitgleich wirken die individuelle Urteilsbildung und Entscheidungsfindung und die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, um fachliches Können zur Verfügung zu stellen. Auch lassen sich hier Vorstellungen der Pflegeberater*innen, was Beratung ist oder sein kann, erkennen.

¹⁰⁵ Der meist mit der Medizin assoziierte Begriff Diagnose wird hier in Anlehnung an das Höhmannndiagramm verwendet und meint das Ergebnis der professionellen Falleinschätzung.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass professionelle Pflegeberater*innen in der Lage sind, aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung Situationen fachlich so zu beurteilen und dementsprechend Prognosen anzustellen, um gute Entscheidungen für passende Hilfe-Interventionen zu treffen. Ähnlich wie es aus den Feldern der Sozialpädagogik bekannt ist, zeichnet sich die zugehende Pflegeberatung allerdings durch eine besondere Offenheit und Mehrdeutigkeit bezogen auf heterogene Lebenssituationen aus. Zudem werden solche Prognosen vor einem zukünftigen Unwissenheitshorizont (vgl. Schütze 2003, 2013; Bastian 2019) in professionelles Handeln umgesetzt. Es sind eben nicht nur vorläufig Prognosen und fachliche Diagnosen zu stellen, sondern es schließen sich oft ganz direkt Interventionen an, die wiederum in ihrem Ergebnis Einfluss auf die Prognosen nehmen. Auch diese Problemlage ist der Sozialpädagogik bekannt und kann daher als Referenz dienen (vgl. Bastian 2019).

In diesem Abschnitt gilt es also den komplexen Vorgang von menschlicher Interaktion, zukünftigen Unwägbarkeiten und der Wirkung struktureller Bedingungen über die erzählte Pflegeberatungspraxis sichtbar zu machen. Welches sind nun die Einflüsse auf die individuelle Urteilsbildung der Pflegeberater*innen, die zu einer „handlungsauslösenden Diagnose“ führen und in individuelles Hilfehandeln übergehen, das sich in der Beratungsbeziehung vollzieht?

Einflüsse auf Urteils-Diagnosebildung

– Ort

Die Interviewten werden in den Erzählungen angefordert, als professionelle Berater*innen an den sozialen Ort zu gehen, an dem die Pflegebedürftigen gepflegt werden. Es ist auch der Ort, an dem pflegende Angehörige pflegen, sorgen und in den meisten vorgestellten Fällen auch selbst leben. In der allgemeinen sozialen Beratung wird es eher selten praktiziert, Beratungsnutzer*innen an dem Ort aufzusuchen, an dem sie leben. Üblicher ist eine Beurteilung nach Schilderung des Falls in einem dafür vorgesehenen Büro des Professionellen oder nach Aktenlage. Beratung ist ein möglicher Weg, eine berufliche Statuserhöhung zu erlangen, wobei dann diese Form der Distanznahme gefördert wird. So stellt Gröning in einer These fest: „Je höher ein Professioneller in der Rangordnung steht, desto wahrscheinlicher ist es, dass er den Fall nur nach Aktenlage beurteilen wird.“ (Gröning 2016b: 8) Von den zehn Stegreiferzählungen handeln neun von Pflegeberatungseinsätzen im privaten Wohnen der Beratungsadressat*innen¹⁰⁶. Die genannte These bestätigend, transportiert sich über die Stegreiferzählungen auch eine

¹⁰⁶ Ausgenommen die akute Hilfe im Krankenhaus.

Nachrangigkeit der zugehenden Beratung, mit eingeschränkter Macht gegenüber den Auftraggebern.

Die Stegreiferzähler*innen legen jedoch alle Wert auf die Bedeutung und die Freiheit der eigenen professionellen Falleinschätzung direkt vor Ort, die als die Grundlage für die tatsächlich geleistete Hilfehandlung verstanden und beschrieben wird. Der Ort und das private Umfeld werden von allen Interviewten mit beschrieben, da es offensichtlich für den Zuhörer wichtig ist, um die Situation als Ganzes zu verstehen (vgl. Relevanzfestlegungszwang). So nimmt Frau Rot die gefährliche Treppe, die später zum Krisenort wird, schon bei der ersten Begehung der Wohnung wahr. Frau Orange beschreibt die Ordnung eines Männerhaushaltes, die für sie in der Pflegeanleitung nachher besondere Bedeutung hat. Frau Grün geht in ihrer Erzählung nochmal jenen Gedanken nach, in denen sie das Haus mit Hilfsmitteln ausgestattet hat, in dem das Paar schließlich den Sterbeprozess erlitten hat. Dabei verfällt sie im Interview in der Badezimmerbeschreibung das erste Mal in das verstrickte „Wir“ der Sterbebegleitung. Frau Lila erkennt die Armut an der Wohnungseinrichtung und die eingeschränkte Situation des Kindes an seinem Spiel vor Ort. Frau Gold kommt erst im zufälligen Gang zur Toilette an die versteckten Dramen in der Ehepartnerpflege usw. Die Wahrnehmung des Ortes und die Akteure vor Ort tragen entscheidend zur Diagnose und damit zum weiteren Prozess bei.

Klassifikationen/Prognosen

Aber selbstverständlich unterliegt auch diese zweite Bewertung Klassifikationen, die zum einen professionelle Einschätzungen sind, aber auch alltagsweltliche und biografisch begründete Beurteilungen enthalten. Zudem beeinflussen auch rechtliche und qualifikatorische Voraussetzungen die Begegnung und prägen die Routinen, die sich über personale Handlungs- und Erwartungsmuster herausbilden. F. Schütze:

„So müssen immer wieder Prognosen über soziale und biographische Prozesse des Klienten von der professionellen Akteurin gefällt werden, obwohl die einschlägigen empirischen Grundlagen – entsprechend den Vagheiten des sozialen Lebens – stets schwankend sind.“ (Schütze 2000:52)

Schütze beobachtet in seinen Studien Merkmale, nach denen diese Beurteilungen von den Professionellen getroffen werden, und bündelt diese zu wiedererkennbaren Einheiten. So liegen der Klassifizierung auch strukturierte Einschätzungen nach der mentalen und zwischenmenschlichen Fähigkeit oder Unfähigkeit des Hilfesuchenden zugrunde, mit den Professionellen angemessen zu kooperieren oder überhaupt Hilfen anzunehmen. Dazu gehört auch die Beurteilung, inwieweit der Beratungsadressat in der Lage ist, seine Hilfelage als solche zu erkennen. Die Frage, ob er oder sie überhaupt die Zusammenarbeit mit dem Professionellen aufnehmen kann

oder will, wird über diese „Merkmale“ beantwortet. Im Begriff „Compliance“ fließt dann häufig das Ergebnis der Einschätzungen über den Grad der Einsicht und der Fähigkeit zur Kooperation im Fall zusammen. Schütze beobachtet, dass zur Einschätzung dieser Fähigkeiten an die Stelle der fachlichen Einschätzung auf der Grundlage von professionseigenem „höhersymbolischem Wissen“ häufig Typisierungen bzw. primitive Klassifikationen (Durkheim, Mauss 1901) treten. Solche Typisierungen können ethnisch oder sozial begründet sein. Auch die Vorstellungen von Geschlechts- oder Charaktereigenschaften, Ausdruck von Persönlichkeiten oder moralischen Werten wirken hier. *„Je nachdem wie der Professionelle den Klienten sieht, kann er annehmen, dass dieser wirklich hilflos ist oder sich nur verweigert“* (Gröning 2016b: 7).

In den Stegreiferzählungen der Pflegeberaterinnen werden die fachlichen Einschätzungen zum Stand der Erkrankung oder dem Grad der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich tief erzählt, aber nur wenig problematisiert. Im Zentrum der konflikthafter oder spannungsreichen Ereignisse stehen jedoch die Momente in der Erzählung, in denen die Vertrauensbeziehung zu den pflegenden Angehörigen unsicher ist, in der es in der Regel um die Annahme der angebotenen Hilfe geht. Dann wirken auch Klassifikationen, die einerseits der professionellen Einschätzung dienlich sind, aber eben als primitive Klassifikationen auch für tiefer liegende Aspekte blind machen können. Stereotype bilden dann Stolpersteine bzw. sind systematische Fehlerquellen in der professionellen Einschätzung der Fachexperten. Als Beispiel kann hier die Geschlechterstereotype einer Pflegeberaterin herangezogen werden, die die ganze Wohnung des pflegenden Ehemannes, die technisch-funktional auf Pflege ausgerichtet ist, schlicht als „typischer Männerhaushalt“ klassifiziert. Neben ihrer Anerkennung der handwerklichen Fähigkeiten des Mannes verblasst dann, dass dessen Lebenswelt offenbar komplett mit technischen Verfahren der Pflegesituation durchdrungen ist. Das sorgende, schützende Handtuch um die verletzte Frau, das Würde in ihrer Nacktheit herstellt, zählt er selbst jedoch in der Reflexion als seinen Lernmoment der Begleitung auf.

Soziale Voraussetzungen, soziales Erkennen

In einer weiteren Dimension Schützes sind Kategorien zu finden, die ebenfalls professionelle Falleinschätzungen unbewusst mitbestimmen und sich auf die sozialen Voraussetzungen für die sogenannte Compliance der Nutzer*innen des Beratungsangebotes beziehen. Übertragen auf Bourdieus Habitusstheorie würde man sagen, die Berater*innen und Beratungsnutzer*innen erkennen sich im sozialen Feld und urteilen auf dieser Grundlage darüber, ob die zu Beratenden in das Angebot passen oder nicht. Das trifft auch schon auf die erste „Schaltung“ zu, denn es

erhält nicht jeder pflegende Angehörige im Krankenhaus trotz seines grundsätzlichen Anspruches das Angebot für eine individuelle häusliche Schulung oder Beratung. So gelesen erlangen Lebensstil, Lebensbewältigungsmuster, Lebenslage, Familienbeziehungen, Freundschaften u. Ä. Bedeutung in der Einschätzung.

Für die Urteilsfindung der hier vorgestellten Fallverläufe in der direkten Interaktion könnte an dieser Stelle beispielhaft Frau Lila angeführt werden, die für sich selbst sowohl die Migrations-situation als auch die Armutslage als dauerhaft fremd beschreibt. Frau Sepias soziales Erkennen wiederum findet sich in der Bewertung der (Er-)Tragbarkeit der schwierigen Pflegelage für diese pflegende Tochter. Sie gibt ihre Zusage zu einer beratenden Begleitung, um die bestehende häusliche Pflegesituation zu ermöglichen. Frau Sepia erweist sich im Interview als kraftvolle, geduldige, haltende Begleiterin eines anspruchsvollen Pflegeberatungsprozesses bei einem z. T. erschreckenden Krankheitsverlauf, der zudem auf längere Zeit angelegt ist. Sie investiert viel in diese Beziehung, um die Rat suchende pflegende Tochter in der familialen Krise zu halten, sowie ihre eigene Zusage der Begleitung. Ein ähnliches Format des gegenseitigen Haltens und Durchhaltevermögens bei enormem Kraftaufwand zeigt sich bei der Tochter sowie deren Partner und den Pflegebedürftigen.

Entscheidend in all den genannten Einflüssen auf Urteile, Prognosen und Diagnosen ist dabei, wie reflektiert die Beraterinnen diese Dimension mit in die Überlegungen nehmen. Schützes Professionalisierungsbegriff folgend lässt sich der Grad der Professionalität daran bestimmen, wie gleichwertig nun die genannten Dimensionen wahrgenommen und einbezogen werden (vgl. Gröning 2016b: 8).

Die unterschiedlichen Erzählungen zeigen in den analysierten Sequenzen Momente, die Handeln auslösen, die in der Praxis wenig bewusst, meist intuitiv erlebt und entschieden werden, oder Momente, in denen zunächst eingenommene souveräne Rollen kippen. Darin wird sichtbar, dass neben dem theoretischen Wissenskörper der Profession und alltäglichen Theorien auch individuelle Affizierungen stehen, welche Urteilsbildung und Diagnosen bestimmen, auf die dann konkrete Hilfehandlungen ausgelöst (oder vermieden) werden.

Der Begriff „Affizierung“ wird prominent von Hartmut Rosa in die aktuelle, vor allem soziologische Diskussion re-integriert. Sein Blick auf den Anfang von Beziehungen und seine Beschreibung von Begegnungen kann auch für die hier fokussierte Interaktion erhellend sein. Er nennt Momente, in denen Menschen sich in einer Weise begegnen, die sie innerlich bewegen oder berühren und auf die sie antworten, Resonanzverhältnisse. Das Resonanzverhältnis erkennt er als vierstufiges Ereignis. Erstens: Etwas „affiziert“ den Menschen, Rosa nennt es etwas

plakativ: „Etwas ruft uns an“. Der zweite Schritt eines Resonanzverhältnisses ist eine zeitnahe Reaktion auf diese Begegnung, z. B. körperlich sichtbar in Form von Augenleuchten, Gänsehaut. Im dritten Schritt erfolgt die Antwort, über die dann ein Verbundenheitsgefühl konstituiert wird. Im Verlauf der beschriebenen Schritte erfahren Menschen eine Selbstwirksamkeit, die über diese Verbundenheit zu einer Verwandlung, einer Transformation führt. Als vierten Schritt nennt er die Anerkennung, dass solchen Resonanzbeziehungen ein unaufhebbares Moment der Unverfügbarkeit innewohnt. Resonanz sei somit nicht vorherzusagen oder zu erzwingen. Ein vergleichbarer Begriff ist der Begriff der habituellen Erschütterungen, die bei Bourdieu Transformationen begleiten. Auch in den Stegreiferzählungen sind diese Momente der spontanen Affizierung und der Transformation zu finden. Während der Erzählungen unterstreichen die Interviewten diese Szenen auch durch starke Betonungen, Augenleuchten, Seufzen, Klopfen auf den Tisch etc. Andersherum betrachtet ordnet Rosa die Abwesenheit von solchen Resonanzen dem Konzept Entfremdung zu, analog zu dem, was Max Weber „Entzauberung der Welt“ bezeichnet hat. „Dieses Verstummen der Welt ist die Grundangst der Moderne.“ (Rosa 2016:22)

6.6.1.3 Individuelle Ausgestaltung der Hilfe-Interventionen – der professionelle Gestaltungsspielraum

Die professionellen Akteur*innen haben immer verschiedene Optionen, wie ihre Hilfe jeweils ausgestaltet werden soll. Helfen ist dabei abhängig von Interventionsmöglichkeiten und Fachkenntnissen der Beratenden. Elementar ist jedoch auch die Beziehung der Akteur*innen. Beziehung ist der unsichtbare Raum, in dem die jeweilige gewählte Hilfehandlung vollzogen wird. Die Interviewten erzählten von den Momenten aus ihrer Beratungspraxis, in denen sie in diesem Raum trösten, anerkennen, anleiten, funktionale Handlungen anbieten, halten, netzwerken, begonnene Hilfe erweitern, zusammenrufen, kontrollieren, erleiden, Zeit anbieten. Unter dem Eindruck der gefundenen Gesamtgestalten der Stegreifzählungen stellen sich in den einzelnen Szenen individuell unterschiedliche Ausgestaltungen und Entwicklungsmöglichkeiten im Beziehungsraum im Beratungsprozess vor. Daraus werden exemplarisch individuelle Ausgestaltungen von Hilfehandlungen in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit betrachtet. Die individuellen Vorstellungen, welche die Stegreiferzählerinnen von Beratung haben, unterlegen dabei ihre Entscheidungen und konkreten Hilfehandlungen und begründen, was sie am Ende als gelungene oder misslungene Beratungen bezeichnen.

Sequenz Frau Orange

In der Stegreiferzählung von Frau Orange wird der Auftrag vom Entlassmanagement, den Kontakt mit zwei hochaltrigen Frauen aufzunehmen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind und in einem Haushalt leben, im ersten Schritt als präventive Beratung bei Pflegebedürftigkeit codiert: Es ist keine Gefahr im Verzug, aber da sich weder Demenz noch Hochaltrigkeit mit der Zeit in Richtung Wiederherstellung von Gesundheit oder Zunahme körperlicher Leistungsfähigkeit entwickelt, sollen hier zielgenaue entlastende Angebote gemacht werden. Dem aufsuchenden Beratungsangebot gelingt es womöglich, mit Kenntnis der genaueren Umstände vor Ort doch Hilfe anbieten zu können, da bisher kein Pflegedienst von den Betroffenen eingebunden wurde.

Die professionelle Einschätzung der Pflegeberaterin vor Ort stellt ein Wissensdefizit im Umgang mit Demenz fest, und so mündete die Interaktion zunächst in eine Art Sachbildung, in der der Zusammenhang zwischen Bewegungsdrang, Unruhe und Kachexie bei Demenz aufgeklärt wird. Die Alltagsprobleme in dem Bereich werden dann tatsächlich, wie angezielt, vor Ort sichtbar. Gemeinsam mit der pflegenden Angehörigen soll ein alltagstauglicher Ernährungsplan entwickelt werden, der die schlechte Ernährungssituation der Pflegebedürftigen verbessert, welche dem demenzbedingten Verhalten der erkrankten Frau entspringt. Etliche Folgeschäden durch Unterernährung im Alter könnten so vermieden werden¹⁰⁷. Die Pflegeberaterin erkennt also das Wissensdefizit der pflegenden Angehörigen und sorgt mit der alltagsnahen Anleitung vor Ort für mehr Sicherheit und Entlastung. Allerdings entfaltet sich im Prozess bei einem Folgebesuch, in dem nun weiter über Demenz aufgeklärt werden soll, eine weitere Dimension des Alltags. Die Interviewte erzählt über ein Szenario, in dem über die Narrationsanalyse etwas Konflikthafes in der Pflegebeziehung sichtbar wird:

Interview Frau Orange Zeile 312- 334 :

[...] aber dann beim zweiten Mal war die andere, die Bewegungsdame [gemeint ist die Pflegebedürftige], ein bisschen ruhiger, hat sich zu uns an den Tisch gesetzt und hat mir dann (.) erzählt mit ihren (.) ähm abgehackten Sätzen, mit ihren/ (.) kam dann so ein bisschen zutage, dass sie äh auch so aus der Vergangenheit erzählt hat. Dann haben wir Bilder gezeigt von dem Mann, von ihrem Ehemann und wo auch die andere Dame äh vor 30 Jahren/ Da waren die noch recht jung, waren die zusammen irgendwo auf einem Kreuzfahrtschiff. Ähm die Dame, mit der ich sprach, die inzwischen alt geworden ist, war eine wunderhübsche Frau und die ist/ Diese Konstellation, diese wunderhübsche Frau, mit der Ehefrau, die jetzt nicht so besonders hübsch war, aber auch ähm halt noch jung und mit diesem strahlenden Mann in der Mitte. Also er saß zwischen diesen zwei Frauen (lacht leicht) und als die demente Dame das Foto sah, hat sie gesagt

¹⁰⁷ Die Erzählung enthält keine Informationen über den vorherigen Krankenhausaufenthalt. Womöglich war Schwäche oder Kachexie schon vorher ein Einweisungsgrund.

„Ach, das bin ich“, hat sie/ hat sich erkannt. „Das bin ich und das ist“ und also auf die hübsche Frau, die ja jetzt nun neben ihr saß, nur etliche Jahre älter, hat sie gesagt: „Das weiß ich nicht, wer das ist. (.) Kenne ich nicht.“ (lacht) Und dann ähm hat die andere gesagt: „Aber das bin doch ICH.“ (.) Ja, dann hat sie gesagt: „Das bist DU?“ Hat sie wieder so geguckt und dann fiel der wohl so ein bisschen was ein und dann hat sie mir erzählt von dieser Beziehung und dann kam so ein bisschen raus, dass sie/ Also ich habe das rausgehört, dass/ dass die Beziehung wohl nicht immer einfach gewesen ist zwischen diesen dreien, ne? Dass da wohl auch Dinge gelaufen sind, die ihr nicht so gefallen haben, und das hat sie auch/ Ich weiß nicht mehr, wie sie es geäußert hat, aber sie hat es so zwischen den Zeilen, wie so ein demenzkranker Mensch so spricht, hat sie davon erzählt.

Während der Interaktion zwischen Beraterin und Beratungsnutzerinnen schiebt sich nun offensichtlich eine belastete Seite der Beziehung der beiden Frauen in das Pflegeverhältnis. Es ist tatsächlich eine ungewöhnliche Konstellation. Zwei Frauen leben 60 Jahre zusammen, 50 davon zu dritt, mit einem Ehemann. Es ist zu vermuten, dass über die Jahre Spannungen oder Geheimnisse entstanden sind, die sich in die Beziehung eingeschrieben haben. Der Fantasie bieten sich hier viele Richtungen – das Verhältnis bleibt jedoch unklar. Frau Orange schildert, dass sie in dem Moment deutlich Konflikte aus der Vergangenheit in der Beziehung wahrnimmt, die wohl vor ihr verdeckt gehalten werden sollen:

Orange: Zeile 341-342 [...], weil nämlich die andere das Gespräch beenden wollte. Die wollte davon/ Die wollte nicht, dass ihre Freundin davon erzählte.

Die Pflegeberaterin verändert nun ihren Blick auf die Pflegemotivation und Konstellation. Ging sie zu Beginn, nicht weiter hinterfragt, davon aus, dass 60 gemeinsam gelebte Jahre einfach genug verbinden, um zu pflegen, öffnet sich hier nun eine neue Facette, die sie zu interessieren beginnt.

Orange Zeile 497 – 501: Sie [die pflegende Freundin] hat immer betont, dass sie sich seit 60 Jahren kennen. Ja, das hat in dem Moment wahrscheinlich auch erstmal gereicht. (.) Es hat sich ein bisschen gewandelt, als sie dann erzählte/ Dieses Bild, ne, dieses Bild von dieser Kreuzfahrt, wo dieser Mann/ Mann in der Mitte saß in ihren (.) Blütejahren (lacht), rechts und links die Frauen (lacht leicht).

Über diese Szene entwickeln sich bei ihr nun Fragen zur Pflegemotivation und zur Beziehung:

Orange Zeile 482 – 487: Das ist/ war auch sehr interessant, ne, dass auch diese äh Bereitschaft, jetzt so eine schwerstkranke Frau zu pflegen, warum macht man das? Warum ist das immer noch da, wieso ist diese/ diese ähm (.) diese Beziehung immer noch (.) konstant, obwohl dieser/ dieser Mittelpunkt, dieser Hahn im Korb ist ja nicht mehr da. Was war da früher ähm/ (.) Dann/ Ich meine, man denkt ja dann drüber NACH und/ und es hat/ Es wurde auch durch diese Äußerung dieser kranken Frau so ein bisschen bestätigt, dass da die/ die/ die Beziehung nicht immer so (.) so lief, wie sie sich das vorgestellt hat.

Ihrer Ansicht nach hat diese Szene für ihre Beratung, auf den ersten Gedanken, keine Auswirkung auf ihr aktuelles Hilfeangebot „Eduktion zur Demenz“:

I: [...]//das hatte keine// [Auswirkung]?

Orange Zeile 357- 364 : //Nein, nein.// Ich habe/ Ich habe dann/ Ich habe einfach nur gehört, was ich gehört habe, aber/ und habe dann beobachtet und ähm, ja, die/ dieses Gespräch wurde dann auch GERNE

von der anderen auch beendet. Sie wollte dann darüber nicht mehr sprechen. Sie hat ihr dann was zu essen angeboten, damit sie ruhig war (lacht) und hat gesagt: „So viel erzählt hat sie ja noch NIE.“ Hat sie mir gesagt „So viel erzählt hat sie ja noch nie“ und dann hat die an/ diese kranke Dame auch zu mir gesagt, ich soll nochmal kommen, es war so schön mit mir zu sprechen. (.) Und das hat der/ Und dann sollte ich natürlich auch nicht wiederkommen. Das brauchte/ Die/ Die/ Die äh gesunde Freundin hat mir dann noch gesagt, ich brauche nicht mehr kommen, obwohl die kranke ja wollte, dass ich nochmal wiederkomme.

Die Szene ist für die Pflegeberaterin unerwartet aufgetreten. Einen Moment vorher war sie noch in einer Art Demonstration, um den professionellen Wissenskorpus zu Demenz (biografische Selbstvergewisserung über Fotos) auf den Fall anzuwenden. Dann verlebendigt sich das edukative Thema auf einmal. Trotz ihrer ausgewiesenen Kompetenz zum Thema Demenz¹⁰⁸ greift sie die Spannung, die für alle Akteure aus der Szene erwächst, nicht als Thema für ihre Beratung auf. Das Erzählsegment zeigt zwar, dass nicht nur die von Demenz betroffene Frau in die Vergangenheit eintaucht, sondern auch sie selbst in diesem verdichteten Moment der vielfältigen Lebenswelt der Frauen begegnet. Aber der Moment ist brisant, unangenehm – schambelastet. Das Angebot der pflegenden Angehörigen (die das erinnerungsanregende Foto selbst ins Spiel gebracht hat), aus der Szene wieder herauszutreten, diesen Kontakt abubrechen, nimmt sie an. Die „Beratung“ wird wieder funktional, sie „landen“ wieder bei dem Thema Essen und der begonnenen Edukation. Die Atmosphäre im Beziehungsraum hat sich dann allerdings insgesamt verändert. Nennt sie das Verhältnis zwischen ihr und der Ratsuchenden vorher herzlich, ist es ab diesem Zeitpunkt verändert. Zudem verschiebt sich sofort, über diesen Moment der biografischen Belebung, auch ihre Perspektive auf die Pflegebeziehung der beiden:

Orange Zeile 390 – 403

B: Und da war ich auch noch herzlich [willkommen] wirklich, aber hinterher nicht mehr so.

I: Ah ja, das hat sich verändert.

B: Das hat sich verändert, ja.

I: In dieser Szene?

B: In dieser Szene und ich habe dann aber auch bemerkt, dass die ähm gesunde Freundin sehr ernst war. Sie hat ihre Aufgabe erfüllt, weil es zu ERFÜLLEN war. Es war keine Herzlichkeit zwischen den beiden.

I: Ah ja...

B: (.) Sie hat ihr/ Sie war sehr fürsorglich und (.) hat das einfach alles GEMACHT, auch in meinem Beisein, sehr ernst immer geguckt und immer nur (.) besorgt, war ernst, ich weiß nicht warum. Aber sie/ Es war ja auch eine große Aufgabe, auf so eine kranke Frau aufzupassen. (..) Entlastungsangebote waren auch da. Es gab/ Es gab auch Haushaltshilfen, all solche Dinge waren eingestielt, aber die Pflege hat sie alleine gemacht.

¹⁰⁸ Beziehungsgestaltung bei Demenz ist der Expertenstandard benannt und ist als zentraler Aspekt in der Pflege von Menschen mit Demenz wissenschaftlich beschrieben.

Gerade die Pflege bei Demenz ist in besonderem Maße beziehungsorientiert und beziehungsintensiv (vgl. Kitwood 2000). Eine kontinuierliche Frage, die Menschen mit Demenz an ihre Umwelt stellen, ist die nach Hilfe bei der Beziehungsgestaltung, die Suche nach Vertrauen, nach Bindung und Orientierung von außen. Denn wenn die persönliche, innere Orientierung fragil wird, gehen sie auf die Suche nach einer „sicheren Basis“ (Stuhlmann 2007). Demenzkranke Menschen brauchen deswegen im Besonderen eine Beziehung persönlicher, nicht formeller Art. Es geht daher in der Aufklärung zu Demenz nicht ausschließlich um Anleitung, um durch den fordernden Alltag zu kommen. Auf dieser Ebene greifen auch Entlastungsdienste – und sind in dem Fall offenbar auch installiert. Der Demenzexpertin ist auch bekannt, dass bindungstheoretische, anerkennungstheoretische und verstehende Grundannahmen hier relevant sind. Der Beziehungsaufbau zur pflegebedürftigen Person scheint ihr im Fallverlauf auch gut zu gelingen, wie sie berichtet. So gut, dass die pflegende Angehörige es bemerkt und erstaunt heraushebt. Dass ihr parallel das Arbeitsbündnis zur pflegenden Angehörigen entgleitet, schildert sie mit der Fotografie-Szene. Das Thema Scham vor Bloßstellung und all die anderen Ängste von Angehörigen, die Menschen mit Demenz pflegen (vgl. Müller-Hergl 2011: 36; Gröning 2005 u.a.), wie auch der Verlust von sozialen Beziehungen, fehlender gegenseitiger Austausch, Einsamkeit und Ängste vor der eigenen Verletzlichkeit im Alter werden hier dennoch nicht als eigener Anspruch auf Beratung erwähnt. Dass es der pflegenden Angehörigen offenbar besonders wichtig ist, gerade die Körperpflege nicht aus den Händen zu geben, hat Bedeutung. Spielen Finanzen eine Rolle, ist sie vielleicht auf das Pflegegeld angewiesen, während die anderen Hilfeleistungen sich über Entlastungsleistungen finanzieren lassen? Oder wie lässt sich diese Szene auf dem Hintergrund der Lebensschilderung und Lebenserfahrung interpretieren? Gab es früher schon ein Dienstbotenverhältnis? Ohne Gespräch mit der pflegenden Angehörigen über diese Dimensionen greifen andere Beurteilungskriterien, bis zu den eher „primitiven Klassifikationen“, wie Schütze sie beschreibt.

Aus der Erzählung liest sich, dass sie die Situation zwar unter einer unerwartet aufgetretenen Perspektive neu befragt, demnach auch beurteilt. Sie kommt zu dem Schluss, dass sie nur „gehört hat, was sie gehört hat“. Das, was sie dabei *geföhlt* hat, wird jedoch nicht Gegenstand der professionellen Einschätzung und damit nicht Teil einer neuen Beraterischen Intervention. Die Beraterin hat gemerkt, dass alte Konflikte in der aktuellen Beziehung eine Rolle spielen. Da sie jedoch nicht weiter versucht zu verstehen, welche Bedeutung diese für die aktuelle Pflegebeziehung haben, führt es sie nicht zu einem neuen Angebot in der Beraterin-Ratsuchenden-Beziehung. Sie lässt sich nicht weiter auf diese fremde Lebenswelt ein, sondern kehrt zurück zur

vormals getroffenen Entscheidung, die sich eher funktional auf den Edukationsauftrag bezieht. Das psychosoziale Anliegen wird als Bedarf gespürt, aber nicht diagnostiziert, professionell eingeschätzt oder Beratungsinterventionen dazu entwickelt. Damit kühlt die Beziehung aber auch spürbar ab.

In ihrer eigenen Bewertung ist die Begleitung dennoch gelungen, da Bewegungsunruhe und Mangelernährung im Rahmen Demenz erklärt werden konnten. Zudem ist ein individuelles Alltagsmanagement daraus entwickelt und sogar direkt umgesetzt worden. Im Abschied unterbreitet sie noch weiter das Angebot, in dieser Form weiter miteinander zu arbeiten. Denn sie weiß um die ständigen Veränderungen bei Demenz, die phasischen, schwer voraussagbaren Verläufe. Die Störung in der Beziehung wird in der Erzählung erwähnt, aber in ihrer Bedeutung für den Fall „fragliche Überlastung“ nicht verstanden.

Orange Zeile: 371 - 376 Ich gehe aus solchen ähm Pflgetrainings ja auch raus und sage: „Sie haben ja meine Telefonnummer, ich bin ja für Sie da. Wenn Sie mal Fragen/ Fragen haben, rufen Sie gerne an.“ Aber es war äh das hat sich so ein bisschen rumgedreht. Die/ Die/ Die/ Die/ Die/ Die kranke Dame hat mich mehr gebraucht als die pflegende Angehörige in dem Moment, ne. Das war so ein/ Die/ Die hat mich lieber so ein bisschen raus/ „Dann gehen Sie besser jetzt“, jetzt wird es heikel (lacht), jetzt wird es heikel und die andere hätte mich gerne noch ein bisschen äh im Gespräch vertieft auf ihre Art und Weise.

Im Verlauf der Beratungseinsätze ergeben sich jedes Mal eine ganze Reihe von Situationen, die von beiden Seiten sehr schnell, meist intuitiv beurteilt und beantwortet werden, in denen Beziehungsräume gestaltet werden, aus denen dann Hilfe-Aufträge oder neue Interventionsmöglichkeiten für die Pflegeberater*innen entstehen. Es zeigt aber auch das individuelle Verständnis von Pflegeberatung der Akteur*innen. In der oben geschilderten Situation ist eine kreative und fachlich gute, aber dennoch funktionale Anleitungssituation zu sehen. Der lebensweltorientierte, sozialpädagogische Teil der Beratung findet sich hier nicht ausgeprägt im Beratungsverständnis. Denn am Ende steht der Abschied und das Angebot für eine weitere Dienstleistung. Eine Abschlussreflexion, in der die Beratung gemeinsam auf Gelungenes oder noch offene Bedarfe befragt wird, ist hier nicht mit erzählt.

Von der Edukation zur Bildung

Erweitert man das Edukationsangebot zu einem Bildungsangebot, existieren noch mehr Dimensionen des Lernens. Mitscherlich spricht in dem Zusammenhang von drei Dimensionen¹⁰⁹. Damit sind auch im Beziehungsraum mehr Ebenen betroffen, die gestaltet werden müssen. Soll

¹⁰⁹ Der Sachbildung, Affektbildung und der Sozialbildung. Vgl. Mitscherlich 1973 in Gröning 2016: 99.

die Ratsuchende nicht nur „belehrt“ werden, sondern soll ein Verständnis der eigenen komplexen Situation gefördert werden, um zu mehr persönlicher Freiheit und Mündigkeit zu kommen, ist der Beziehungsaufbau der professionell Beratenden notwendigerweise ein reflexiver. In diesem werden auch die Gefühle der Beraterin wie auch der Ratsuchenden angesehen und geordnet.

Zur Kunst der lebensweltorientierten Berater*innen gehört es also, von dem funktionalen Beratungsauftrag – hier wäre es die Aufklärung zum Thema Demenz – zu einem inneren Kontrakt zu kommen, in dem eben auch Affekte gespürt, geordnet und angesprochen werden können. Die beiden Frauen haben eine lange gemeinsame Geschichte und leben schon Jahrzehnte ihren Alltag zusammen. Diese Art Loyalität oder Bindung bietet oft den grundsätzlichen Rahmen für die Pflegemotivation. Pflege- und die Freundinnenbeziehung sind jedoch verschiedene Rollen, die unterschiedlich wachsen und verschieden ausgestaltet und erst gelegt werden müssen. Frühere gemeinsame Erfahrungen wie auch alte Konflikte wirken sich auf beide „Rollen“ aus. Zudem schiebt sich die Pflegebeziehung bei zunehmender Demenz (oder anderen chronischen Erkrankungen) mit der Progredienz immer mehr in den Vordergrund. Es sind Vertrauensbeziehungen in der Beratung, die es pflegenden Angehörigen ermöglichen, ihre neue Rolle zu akzeptieren und die damit verbundenen Aufgaben zu lernen (vgl. Gröning, Lagedroste, von Kamen 2015) oder auch sie abzulehnen. Im Beziehungsraum erfährt der*die Ratsuchende den*die Berater*in als eine Art Zeug*in seines*ihres Leidens.

Bildung und lebensweltliche, sozialpädagogische Beratung liegen in der Pflegeberatung nah beieinander. Das Training zum Alltagsmanagement der Ernährung bei Demenz war wichtig. Am Ende standen ein umsetzbarer Plan und neues Handwerkzeug für die Pflege zu Hause. Das pflegerische Wissen dient hier der Absicherung und Verbesserung der Versorgungssituation. In die Lebenswelt eintauchen bedeutet aber darüber hinaus auch, „das Leben“ sehen, nicht nur den aktuellen Ablauf und die funktionalen Bedarfe.

Betrachtet man die Beziehungsgestaltung als einen nachvollziehbaren in Phasen verlaufenden Prozess innerhalb der Beratung, wurde das Arbeitsbündnis in der vorgestellten Szene angefragt. Die aufmerksame Pflegeberaterin spürt in der vorgestellten Szene auch einen Bedarf, der allerdings über ihr Anleitungsangebot hinausreicht. Damit bleibt die darin enthaltene Frage unbeantwortet. Sie sieht hier keine Zuständigkeit im Interventions- bzw. Hilfeangebot der Pflegeberatung. In der geschilderten Szene hat eine Klärung stattgefunden, die bedeutet: Wir bleiben bei der Sache und funktional miteinander.

Ähnliche Szenen sind auch in den anderen Erzählungen zu finden – Momente, in denen die Beratenden von der Lebenswelt, in die sie eingetreten sind, angesprochen werden, sozusagen das Einzigartige im Fall wahrnehmen, affiziert werden. Die Antworten in Form von Hilfehandlungen in der Pflegeberatung fallen unterschiedlich aus: In manchen Szenen lassen sich die Pflegeberater*innen ein und versuchen die Situation besser zu verstehen, intensivieren ihre Beziehungen, um daraufhin ihre professionellen Handlungen, Hilfen, anzupassen, um die Lage zu verbessern.

In den Stegreiferzählungen stoßen sie in diesen Situationen mit dem professionellen Wissen der Pflege oft an Grenzen. Es sind jeweils die Momente, in denen sie erzählen, dass sie keine standardisierten Angebote machen (können), sondern die sie je individuell gestalten müssen. Die oben genannte Szene beschreibt zwar einen Moment, in dem die Pflegeberaterin von der Lebenswelt innerlich berührt ist. Das ist ein Kippmoment für die Gestaltung der Beziehung. Sie würde ihre „Antwort“ gerne an die Pflegebedürftige richten und erkennt, dass es dafür eines neuen Rahmens und eines neuen Arbeitsbündnisses oder sogar eines neuen Auftrags bedarf. In dieser Szene passiert zwar eine Veränderung in der kooperativen Beziehung, aber keine Transformation der Subjekte. Es schließen sich stille Überlegungen an und dann ein Zurückkehren zum Ergebnis der ersten Klassifizierungen. In resonanten, reflektierten Beziehungen liegt das Potenzial, aber auch in der eigenen Veränderung. Es werden dann oft eigene Ängste und blinde Flecken, Stereotypen beleuchtet, bis die Situation der Ratsuchenden verstanden wird und weitere, neue Interventionen angewendet werden können.

6.6.1.3.2 Planänderung – Transformation

Sequenz Frau Lila

Andere Interaktionen in den Erzählungen zeigen eine Veränderung bzw. Anpassung des Hilfeangebots, wenn es zu dem Moment kommt, in dem erkannt wird, dass „etwas anderes“ nötig wird, weil das bisher gemachte Angebot bzw. der vorgesehene Standard nicht ausreicht. So wird Frau Lila während ihres Hausbesuchs, der sich eigentlich auf die einmalige Erfassung möglicher Unterversorgung bei Pflegebedarfen bezieht, von der Lage der Familie persönlich berührt, quasi überwältigt. Sie beschreibt in Einzelheiten, welche Situation sie vorfindet, und fasst zusammen:

Lila Zeile 52 - 55[...]Und damit war ich eigentlich ziemliche geschockt im Ganzen und bin/ (.) habe mir Gedanken gemacht, was man machen KANN und habe der Tochter/ Ich sammle mich ein bisschen, ich melde mich bei ihr, (.) haben sie wieder angerufen, habe gesagt, ich komme wieder vorbei, bringe ein paar (.) Sachen mit schon mal zur Ernährung (.) und habe mit der Krankenkasse auch telefoniert [...]

Frau Lilas Hilfeangebote verändern sich daraufhin auf verschiedenen Ebenen. Anstelle einer einmaligen Exploration der Pflegesituation mit Feststellung von Hilfebedarfen, die in einen Bericht an die Pflegekasse mündet, handelt sie stattdessen konkret, um den eklatanten akuten Mangel nicht nur im Kontext Pflegehilfsmittel zu beheben. Die materielle Notlage wird von ihr zunächst unbürokratisch durch spontanes Handeln überbrückt. So beschafft sie z. B. die fehlende Sondennahrung, die als Ernährung für die Patientin dringend gebraucht wird. Aus der Anfrage, die Lage einzuschätzen und Rat zu geben, wird ein Bündel an Soforthilfen in die Wege geleitet und zudem ein professionelles breiter aufgestelltes Hilfenetzwerk aktiviert. Die Affizierung, die sie zur Planänderung motiviert, passiert in dem Moment, an dem sie von der Lage der pflegenden Kinder berührt ist und sie sich biografisch identifizieren kann. Sie formuliert die fehlende Möglichkeit der mütterlichen Sorge um die Kinder und erkennt die geringen Entwicklungschancen durch die Pflegebedürftigkeit der Mutter.

Lila Zeile: 66 – 75: [...]Also sie [= die ältere Tochter] musste immer mit übersetzen, wenn irgendwas war. (.) Und die (.) kleinsten Kinder, der kleinste Junge von sechs Jahren, der gerade in der Schule war, (.) der tat MIR am meisten leid, (.) weil ich selber halt Oma bin halt und dachte einfach, Mensch, der arme Junge, seit zwei, drei Jahren die Mutter zu Hause, die er aber nicht mehr als Mutter so hat, wie man es sich einfach vorstellt oder gerne hätte. Aus meiner Sichtweise natürlich. Keine Spielzeuge zu Hause, und ähm hatte ich ziemlich viel MITLEID (.) mit ihm gehabt und ähm daraufhin habe ich mich dann (..) weiter halt überlegt, ja, was kann man machen halt. Dann habe ich (.) mit der Krankenkasse telefoniert, (.) die mir nachher sagte, ja, sie ist nie überprüft worden. Die Frau hat Pflegegrad 5, (.) ähm aber es ist nie eine Überprüfung hat stattgefunden der Pflegestufe, was ich mir selber nicht vorstellen KONNTE. (.) Dann ähm (..) sagte man mir, (.) na ja, da müssten sie sich auch SELBER drum kümmern.[...]

Es ist eine intuitive Einschätzung, die sie versucht über eine fachliche Einschätzung zu kanalisieren und so auch die Elemente von B. Müller enthält: Was ist in der plötzlich so komplexen vorgefundenen Lage nun eigentlich der Fall? Für wen, neben der Pflegeberatung, sind Elemente des Falles ebenfalls professioneller Auftrag und sollten daher mit einbezogen werden? Schließlich: Mit wem kann und muss hier ein Arbeitsbündnis geschlossen werden, damit die Familie Hilfe annimmt und erfährt? So knüpft sie in Absprache mit ihrer Einrichtung Kontakte zu Jugendamt und Schule, die sonst nicht zu ihrem professionellen Netzwerk gehören, wie auch diese Intervention nicht in den zunächst ausgelösten Auftrag gehört. Diese Akteur*innen nehmen die Impulse zwar auf, jedoch nicht das Angebot, mit Frau Lila im Fall in Kontakt zu bleiben. Gerade in diesem Fallverlauf stellen sich die Grenzen der Sozialgesetzbücher und die Brüche in den Übergängen bzw. Überlappungen besonders folgenswer dar. Die Ausweitung der Hilfebehandlung der Pflegeberaterin in dem Fallverlauf lässt sich auf eine persönliche ethische Verantwortung zurückführen. Die spontane Hilfebehandlung verweist auf eine Care-Ethik, da sie ein Ausdruck der unmittelbar empfundenen empathischen Teilnahme an der moralisch-ethischen

Konfliktsituation der Familie ist. So wurde aus dem Akt der Prüfung der Versorgungslage ein Akt der Fürsorge (vgl. Brucker 1990: 81 f.).

Identifizierung in Grenzsituationen im Hilfehandeln

Da in der Impulsfrage nach der *besonderen* Erinnerung gefragt wurde, werden von den Interviewten eindruckliche, nicht alltägliche oder wenig verarbeitete Beratungsprozesse erinnert. Deswegen werden mehrfach die Begleitungen in Extrem- und Grenzsituationen präsentiert, in denen teilweise ungewöhnlich intensive Beziehungen eingegangen wurden. In den Erzählungen tauchen auch jene Aspekte oder Zeitpunkte auf, die für die Pflegeberater*innen besonders bewegend waren und als Schlüsselmomente gekennzeichnet werden können, in denen sie sich auf Beziehungen einlassen, die besondere Hilfeformate wie die dauerhafte Erreichbarkeit etc. hervorbringen. In diesen Beziehungen balancieren sie dann professionelles Wissen mit personellen Hilfevorstellungen. Das sind Erzählungen, in denen persönliche Lernprozesse und eigene Transformationsprozesse dargestellt werden.

Sequenz Frau Grün

Was in Prozessen der intensiven Identifizierung in der Beratung passiert und wie sich das in Hilfehandlungen ausdrückt, lässt sich eindrucklich im Fall der palliativen Begleitung beschreiben, in der die Pflegeberaterin eine intensive Beratungsbeziehung mit der pflegenden Ehefrau gestaltet. Als Motiv, gerade diese Fallbegleitung als Stegreiferzählung zu wählen, nennt Frau Grün, dass sie die besondere Paarbeziehung beeindruckt hat. Sie bezeichnet das Paar als „im Höhenflug der Verliebtheit“ und lässt sich berühren von dem Schicksal des Paares durch die todbringende Erkrankung.

Grün 38 – 44: „Das heißt, äh das ist eine neue Partnerschaft gewesen und ähm die haben sich eigentlich erst ähm (.) ein paar Jahre vorher kennengelernt, das heißt, waren die jetzt eigentlich ja so von ihrer Beziehung oder von dem, wie sie sich erleben, gerade eigentlich erst in ihrem Höhenflug ihrer Verliebtheit und ähm dass das jetzt halt so schnell dann zum Ende kommt, war halt ähm, was das ganz am Anfang direkt eigentlich so ähm krass gemacht hat, also eigentlich so die Situation, wir haben gerade unser zweites Leben geschenkt bekommen und so haben es beide auch benannt, also so die erste Katastrophe des Lebens war geschafft und beendet und äh man hatte einen Neustart über Elitepartner bekommen (lacht sehr leicht) [...]

Die Interviewpassage beschreibt ihr „Angesprochensein“ und sie schwingt mit, um es im Bild von Rosas Theorie der Resonanz zu formulieren. Ihre „Antwort“ ist erstmal die Bereitschaft, weiter mitzuschwingen, aktiv zu werden und in den Prozess des Ehepaares einzusteigen, einen Auftrag anzunehmen, von dem die Expertin für Palliativpflege weiß, dass er in eine Grenzsituation des Lebens führt, die auch für pflegende Angehörige besonders kritisch und extrem sen-

sibel ist. Der Schutz der Paarbeziehung nimmt von da an eine wichtige Rahmung und Orientierung in der Begleitung ein. Beispielsweise wirkt es sich auch auf die Beratung bei der Auswahl der Pflegehilfsmittel aus:

Grün Zeile 120 – 123: Ähm die haben einen elektronischen EINlegerahmen bekommen, genau, weil das/ weil sie/ weil er kein Pflegebett wollte und sie ähm auch so als NOCH frisch vermähltes Ehepaar nicht die Situation haben wollten, dass man so schnell in die Situation kommt, dass man auf einmal ein Pflegebett da stehen hat.

Die Erzählerin schildert zudem an verschiedenen Stellen des Interviews, wie die Ehefrau versucht, die Intimität der Beziehung vor Störungen von außen zu schützen, und auch, wie sie selbst sie dabei unterstützt. Dieses Grundmotiv wirkt in die Hilfeausgestaltung und bei Entscheidungen. Folgt man der Erzählung, geht ihr Hilfehandeln über den Schutz vor Körperscham und der Sphäre der Gestaltung des privaten Raumes hinaus. Denn auch das „Sichöffnen“ vor dem etwas später hinzugenommenen ehrenamtlichen Palliativdienst stößt laut Pflegeberaterin auf die Abwehr der Ehefrau. Hier ist die Erzählung der Expertin ambivalent. Auf der einen Seite bewundert sie die konsequente private Ehebeziehung in der Sterbephase. Auf der anderen Seite sieht sie im Verlauf, wie sehr diese Strategie des „Für-sich-Seins“ die notwendige Hilfe und Unterstützungsmöglichkeit des Ehepaares einschränkt. Die Pflegeberaterin entwickelt so dann im beratenden Begleitprozess eine hohe Identifikation mit der Ehefrau, die sie, im Grunde wider besseren Wissens, ebenfalls an das Loyalitätsversprechen des Ehepaares bindet:

Grün Zeile 274 - 280: „Wo ähm (.), ja, wo ich gedacht habe, ich meine, das war von vornherein klar, sie ist auch von der Palliativ-Station darüber aufgeklärt worden, was passieren KANN(.) ähm und welche Symptome eintreten können, aber sie hatten als Ehepaar die Entscheidung getroffen, ähm wir möchten das so und mein Mann möchte das so und ich schaffe das schon, ähm (.) war für sie auch/ Sie haben es geschafft, aber dass sie die Situation äh halt nicht so könn/ fassen können, ne, als (.) jemand, der sich nicht damit auskennt. (.) Ja...

Neben der Erfahrung und der besonderen Expertise in der palliativen Pflege ermöglicht das einführende Verstehen, die Übernahme der Perspektive der Ehefrau einen auf Vertrauen basierenden Beziehungsaufbau für den anspruchsvollen Beratungsprozess. Nur auf dieser Basis kann es zu einer Koproduktion in der finalen Pflege zu Hause kommen. Das Identifizieren bzw. das Ähnlichmachen (Mimesis) schafft Empathie und in gewisser Weise auch ein Nachvollziehen-Können des Erlebens der anderen. Oben wurde es der besondere „Anschmiegecharakter“ genannt. Mehrfach verwendet die Expertin in der Erzählung ein identifiziertes „Wir“, wenn sie praktische Szenen mit der Ehefrau schildert.

Grün Zeile 121 - 125: (...) weil er kein Pflegebett wollte und sie ähm auch so als NOCH frisch vermähltes Ehepaar nicht die Situation haben wollten, dass man so schnell in die Situation kommt, dass man auf einmal ein Pflegebett da stehen hat. Somit war das für ihn keine Option, sondern dann hat man/ haben wir uns dann äh (.), genau, war die Überlegung halt für den elektronischen Lattenrost [entschieden]. (.)

Mitschwingen und Identifizieren sind starke Instrumente. Das kann auch bedeuten, die Wunschvorstellungen der anderen zu übernehmen. Welche Anteile wirklich die eigenen sind, wird dann erst durch Reflexion deutlicher. Mimetische Prozesse sind wichtige Voraussetzungen für das Entstehen von lebendigen Erfahrungen. Damit sich diese im beruflichen Kontext professionell entwickeln lassen, bedarf es der Analyse und der professionellen Reflexion. Auf der Kehrseite der Einfühlung steht nämlich auch die Möglichkeit der persönlichen Aneignung und des Versuchs, das mimetisch Nachgeahmte den eigenen Regeln zu unterwerfen (vgl. Zehetner 2011: 77 ff.).

Welche weiteren oder anderen Handlungsmöglichkeiten hätte die Pflegeberaterin als begleitende Expertin gehabt, um den Prozess beratend und bildend zu begleiten? Das Vorgehen der Narrationsanalyse stellt dafür die Handlungslogik der reinen Darstellungslogik in der Erzählsequenz gegenüber. Die Überlegung um weitere Möglichkeiten eröffnet dann den Blick für weitere Motive, die das Helfehandeln bestimmen:

In der Erzählung werden ab dem Zeitpunkt der Krankenhausentlassung zwischen den Interaktionspartnerinnen keine Aushandlungen geschildert, die sich neu darstellende Bedingungen oder gar Zweifel behandeln, die die Entscheidung, zu Hause zu pflegen, betreffen. Stattdessen wiederholt sich die Darstellung der besonderen Loyalität und das unbedingte Festhalten an einem Versprechen, privat zu bleiben und nicht zurück in das Krankenhaus zu gehen. Dem Eindruck nach hält sich die Beraterin an einen Auftrag, der aus Loyalitätsgründen nicht gebrochen werden darf, während ihr Sachverstand unter den Bedingungen zu einer anderen Ausgestaltung tendiert. In der Darstellung ist zwar nicht erwähnt, wie sie die Bedingungen der Begleitung klärt. Deutlich wurde aber schon, dass ihr die Regelung, dass das Ehepaar tatsächlich alleine ohne externe professionelle Partner entlassen wird, nicht geheuer war. Eine starke immer wiederkehrende Figur in der Erzählung ist das Auf-sich-allein-angewiesen-Sein. Die Pflegeberaterin beschreibt dabei auch improvisierte Pflegehandlungen, die sie mit der Ehefrau entwickelt.

Eine mögliche Variation des Helfehandeln wäre es gewesen sich als Expertin, die über mehr Weitblick und Fachwissen verfügt als die Ratsuchende, sie sich nicht auf Improvisationen einzulassen, sondern Qualitätsstandards professioneller Pflege auch im häuslichen Umfeld mehr in den Vordergrund zu schieben. Sie hätte einen Rahmen einbringen können, in dem sie die Bedingungen klärt, die sie für sich selbst aus pflegefachlicher Sicht benötigt. Denkbar wären Zwischenabsprachen mit Blick auf die schwer vorauszusehenden plötzlichen Entwicklungen,

das Einbinden weiterer Akteure o. Ä. Die Rolle der Expertin würde es zulassen, mehr zu wissen, aber nicht alles gleichzeitig zur Entscheidung zu stellen. Expert*innen sehen weiter, müssen aber nicht alles sofort ansprechen, sondern zum rechten Zeitpunkt einbringen.

Stellt man das Bild auf diesen Punkt der dargestellten Loyalität scharf, könnte man die Art und Weise, wie der Auftrag verstanden wird, auch als Motive eines tradierten Pflegeverständnisses finden, das sich dem Dienst des Paares verpflichtet. Der Pflegeberuf in Deutschland hält trotz fortschreitender Professionalisierung und Akademisierung die Spannung, ein Zwischending zwischen Beruf und Berufung zu sein. Diese Vermischung bzw. Unschärfe findet sich auch in der vorliegenden Fallbeschreibung. Frau Grün ist in einem konfessionellen Krankenhaus beschäftigt. Sie selbst entstammt einer kirchlich gebundenen Familie, deren Leben sich zu Teilen in dieser religiösen Gemeinschaft abspielt. Nächstenliebe und Zuwendung zu Hilfsbedürftigen werden besonders betont, das Aufeinander-angewiesen-Sein der Menschen hat in dem Kontext auch einen symbolischen Charakter. Wie zu Beginn der Dissertation beschrieben ist die Pflege in Deutschland historisch eng mit kirchlichen Initiativen und dem daraus entnommenen Dienstverständnis verknüpft und kirchliche Pflgetätigkeiten durch Armut, Ehelosigkeit, Gehorsam bestimmt. Krankenpflege verstand sich als Liebes- bzw. Gottesdienst, Versorgung rund um die Uhr bei geringer Bezahlung war üblich. Hingabe an diese Tätigkeit stellte einen Qualitätsbeweis dar. Professionalisierung hat mittlerweile zu qualifizierter Ausbildung und hohem Qualitätsstandard geführt. Moderne Krankenhäuser wirtschaften unter dem Druck, sich ökonomisch gut aufstellen zu müssen. Patient*innen sind so gesehen weniger Bedürftige als Kunden, für die Pflegefachleute Dienstleistungen anbieten. Viele Berufsangehörige sehen in diesem Dienstverständnis eine Bedrohung für die nicht-funktionalistischen interaktiven, fürsorgenden Pflegeelemente. Der Schwerpunkt verschiebt sich ihrer Meinung nach von der „Mitmenschlichkeit“ auf die fachlich-technischen Aktivitäten (vgl. Kumbruck 2008; Senghaas-Knobloch, Kumbruck 2008). Die Gestaltung der zugewandten Anteile der Pflegebeziehung wird – wenn sie nicht professionell gebildet und reflektiert wird – noch mehr in den Bereich der privat-persönlichen Haltungen geschoben. Während die Pflgetrainerin also ihre sehr hohe fachliche Expertise beruflich anbietet, rekonstruiert sie für den notwendigen persönlichen Beziehungsanteil ein tradiertes Pflegeverständnis des Dienens. Eine mögliche Motivlage wäre demnach, dass Frau Grün in ihrer Erzählung zwar die begleitende moderne Expertin mit hohem technischem und Organisationswissen herausstellt, aber an anderen Stellen die historische Darstellung der Pflgetätigkeit fortschreibt, indem sie vermittelt, dass die alltägliche Pflege mit der richtigen Einstellung zu bewältigen sei.

Grün Zeile 164 - 169: „So, also sie hatte sich dazu entschieden, nein, keinen ambulanten Pflegedienst, ähm ich mache das ALLEINE, wobei auch da erst ähm da waren dann Gespräche hier im Krankenhaus schon als Vorbereitung, ne, möchte sie das, kann sie das, kann sie sich, hm, mit dieser Rolle der pflegenden Ehefrau identifizieren, waren auch bei ihr so viele Prozesse. Aber sie hatte sich dann entschieden, ich mache das, wenn ich weiß, wie das GEHT.“

Grün Zeile 174 - 177: „So, sie hatte im Krankenhaus mitgekriegt, wie die Krankenschwestern das gemacht haben. JA, dann hat sie sich gesagt, so schwer kann das nicht sein, da hat sie sich Videos angeguckt (lacht sehr leicht) und ähm war halt da total (.) abgeklärt und für sie war klar, ich muss diese Aufgabe übernehmen und ich mache das.“

Damit wird implizit die Botschaft vermittelt, dass Pflege eine (weibliche) Begabung ist, die keiner tieferen Bildung bedarf. Zwar sind spezielle technische Fertigkeiten nötig, die sind jedoch erlernbar. Dasa mit allen Tätigkeiten auch Gefühle verbunden sind, die reflektiert und professionell begleitet werden müssen, wird nicht zum Thema der Beratung – als reichte es, mit der richtigen Liebe zum Ehemann jede erlernte Verrichtung (z. B. die des rektalen Ausräumens im späteren Verlauf) auch gleichzeitig zu bewältigen.

Die Thematisierung von Idealbildern wäre eventuell auch eine Handlungsmöglichkeit gewesen. Eine Auseinandersetzung über die eigene berufliche Identität und Ideale und was dann im Unterschied die von ihr angedeuteten Gespräche mit der Ehefrau über die „Identifikation mit der Rolle der pflegenden Ehefrau“ an Werten vermitteln, könnte vielleicht neue Perspektiven in der Krise ermöglichen. Schmidtbauer (1992) formulierte in seinem viel diskutierten Werk zum Helfersyndrom, ein Helfer könne sich nicht an Idealen satt essen, so wichtig sie auch seien. Idealismus reiche nicht als Ersatz für Kommunikation, Einfühlung und sozialen Austausch, aus denen dann ethische Haltungen entstehen, über die dann wiederum Handlungen in der Praxis umgesetzt werden. Das wäre ein mögliches Motiv, nämlich dass ein sehr starkes Idealbild der aufopfernden Pflege sowohl beruflich als auch in der Geschlechterrolle in der Ehe die kontinuierliche Verhandlung über Bedingungen und Veränderungen gelenkt hat.

Noch stärker begründet sich die Hilfehandlung über das Motiv des Arbeitsbündnisses, das auf einer Vertrauensbeziehung aufbaut.

Grün Zeile 447 - 450: „Genau. Also ich hätte sie ja auch/ auch überreden können, hätte sagen können, ne, das wird eine Vollkatastrophe, wenn Sie jetzt nach Hause alleine gehen und Sie werden das niemals schaffen, ähm aber ähm (.) dann hätte ich auch wahrscheinlich mein LETZTES Pflgetraining mit der Ehefrau gehabt/

Im dargestellten Fallverlauf gelingt ihr ein besonderes Einfühlen in die Lebenssituation und ein vertrauensvoller Zugang zu der Ehefrau. Aus diesem Verständnis und einer besonderen Beziehung bietet sie eigene außergewöhnliche Erreichbarkeit und sehr individuelle Bildungsprozesse ganz nach Bedarf an. Die Ehefrau kann sodann jederzeit anrufen und Fragen klären, und das

Mobiltelefon der Expertin bleibt selbst über Nacht erreichbar. Dass sie dieses Arbeitsbündnis halten will, wird in einer initialen Szene besonders deutlich: Ein Ereignis, das sich nur in Teilen noch im üblichen professionellen Rahmen erklärt, jedoch durchaus mit der Erzählgestalt einer Expertin, die sich dieser besonderen Begleitung quasi verschrieben hat, findet sich in der ausführlichen Darstellung einer drastischen Notsituation in der häuslichen Versorgung. Der Ehemann erbricht wenige Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Blut und Stuhlgang und leidet enorme Schmerzen: Die professionelle Pflegefachkraft für Palliativpflege übernimmt in dieser Krisensituation die Kontrolle und gewährt Sicherheit. Sie organisiert schnell adäquate Schmerzmedikation, übernimmt die kommunikative Kooperation mit anderen Akteuren, handelt advokatorisch, wo Schaden droht, und stabilisiert die häusliche Situation, indem sie weitere Akteure einbindet. Hier handelt sie technisch souverän, hat ein hohes, auch medizinisch-therapeutisches Wissen und hier greift auch ihr professionelles Netzwerk. Offenbar verantwortlich für das Gelingen der schwierigen Begleitung im häuslichen Umfeld, schafft sie den Kontakt zu ihrer Palliativstation im Krankenhaus. Ihre Kenntnis über die Möglichkeiten sowohl im System der ambulanten als auch der stationären Palliativversorgung und ihr Zugang zu informellen Wegen sind dabei wichtig, um akut schnell handeln zu können. Spätestens an dieser Stelle sichert sie sich die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Ehepaar, indem sie in dieser hochakuten Situation souverän und engagiert handelt und das Versprechen der Eheleute untereinander weiterhin unterstützt. Allerdings tut sie das im Widerspruch zum Anliegen der Hausärztin, die aufgrund der dramatischen Lage und ihrer später erklärten eigenen Unsicherheit eine Rückeinweisung in die Klinik vorschlägt. Schließlich gewinnt die Expertin in der Auseinandersetzung mit der Hausärztin den Konflikt, indem sie sich zur eigenen hohen Expertise auf diesem Fachgebiet auch noch fachliche Unterstützung der Palliativmedizin holt. Sie wird sodann in ihrer Funktion auch von der Hausärztin ernst genommen und führt über diese Krise den Beweis, die familiäre Pflege zu Hause weiter begleiten zu können, die sonst an dieser Stelle zu scheitern drohte. Die Expertin hat damit eine schwierige Beziehung zu ihren Anvertrauten gefestigt, indem sie sich die Sache des Ehepaares (keine Rückeinweisung) zur eigenen Aufgabe gemacht und diese stellvertretend und fachkompetent durchgekämpft hat. Auch hat sie das akute Leiden deutlich gemildert. Allerdings geschieht das um den Preis, ab jetzt die Pflege „bewerbstelligen“ zu müssen, statt professionelle Bedingungen zu schaffen:

Grün Zeile 256 - 261: (.) „Ja, dann/ Also das [=Krankenhauseinweisung] äh hat sie [=die Hausärztin] von Anfang an gesagt, aber da die Ehefrau gesagt hat, ähm mein Mann möchte nicht ins Krankenhaus, also das hat er, obwohl er so schlecht drauf war, auch immer wieder gesagt, auf keinen Fall, ne, also hat zu seiner Ehe/ seine Ehefrau angebettelt, ne, dass äh sie auf keinen Fall den Notarzt rufen soll, ähm sondern

dass er zu Hause bleiben möchte, war klar, dass äh man (.) das jetzt irgendwie zu Hause (.) bewerkstelligen muss. (.) Ähm, (.)“

Damit wächst ihre persönliche Verantwortung und es kommt zu Sondervereinbarungen bezüglich ihres Arbeitseinsatzes. Andere Optionen wären denkbar gewesen, nachdem die Situation stabilisiert wurde. Nach ihrer Darstellung „war es klar“, dass sie es „irgendwie zuhause bewerkstelligen müssen“. Tatsächlich wäre es möglich gewesen, die Zusage, den Notarzt auf keinen Fall zu rufen bzw. keine Krankenhauseinweisung einzuleiten, nochmal sensibel zu hinterfragen. Was sind die Hintergründe für solche Entscheidungen? Auf welche Ängste weist die Abwehr hin? Und ändern sich diese folgenreichen Vereinbarungen eventuell, wenn sie mit der aktuell erlebten Situation abgeglichen werden bzw. Perspektiven in der Zukunft vorgestellt werden? Als Expertin in der Palliativpflege hätten Erfahrungen aus vorherigen Begleitungen als mögliche Vergleichsperspektiven zur Verfügung gestellt werden können. Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle können in Sterbebegleitungen schnell wechseln. Was tatsächlich wohltuend wirkt, muss erst erfahren und reflektiert werden. Immerhin handelt es sich um eine Begleitung im Sterbeprozess, der sich definitiv in einem Punkt nicht stabilisieren lässt: Das Ehepaar wird sich am Ende trennen müssen, der Ehemann wird gehen, er wird am Ende sterben. Die Expertin nimmt an dieser Stelle nur wenig Distanz ein und stellt sich buchstäblich an die Seite des Paares. Sie übernimmt die Perspektive der Ehefrau und bleibt dabei. In der Logik der Darstellung wird die Entscheidung aufseiten der Eheleute getroffen und die Expertin akzeptiert diesen Weg – und geht ihn mit.

In der Stegreiferzählung gibt es im Grunde keine Grenzen für dieses Arbeitsbündnis. Der äußere Rahmen ist grenzenlos. Setzt man das mit der Realität der institutionellen Arbeitsbeziehung in Bezug, muss man feststellen, dass es keine Dauerbereitschaft gibt, die arbeitsvertraglich vereinbar wäre. Es müsste also entweder auf der formalen, institutionellen oder auf der persönlichen Beziehungsebene dieses Arbeitsbündnisses kommunikativen Klärungsbedarf gegeben haben. Die oben angesprochene „Klarheit“ hat demnach eine ideelle Begründung. Der Prozess der Begleitung ist sowohl bei der pflegenden Expertin wie auch bei der begleitenden Ehefrau ein Lernprozess, bei dem es um Einsichtsgewinnung, Übernahme von Eigenverantwortung, Entscheidungsfähigkeit und die Initiierung von Veränderungen auf den Ebenen von Denken, Fühlen und dann auch im Handeln geht.

Wird Beratung als Prozess verstanden, der die Ratsuchenden über das Eröffnen von Möglichkeitsräume in eigene freie Entscheidungen führt, müssen die Beratenden auch selbst über ein

gutes Stück eigener Freiheit verfügen: einmal die Freiheit, sich innerlich aus dem Prozess heraus nehmen zu können, um über die Reflexion von Gefühlen zu Entscheidungen in Vernunft zu kommen, die institutionellen Möglichkeiten zur Gestaltung von Freiheit und die Freiheit von persönlicher Abhängigkeit. Das tiefe Einfühlen in die Grenzsituation des Paares während der Sterbebegleitung bringt die Pflegeberaterin allerdings in tiefe Verstrickung. Sie balanciert zwischen professioneller Routine und individueller Ausnahmesituation, zwischen Gewissen und Prozesslogik, zwischen Sicherheit, Zumutbarkeit und Verantwortung.

Frau Grün überbrückt diese Spannungen als einzelne Kämpferin, da ihre Funktion die Versorgungssysteme nur lose verkoppelt.

Grün Zeile 566 - 575, (...)als Pflegetrainerin bin ich ALLEINE. In einem Team im Hospiz habe ich noch zehn Mann hinter mir stehen oder auf einer Palliativ-Station (.) renne ich zu meinen Kollegen und kann mich in der Übergabe auskotzen und ausheulen und äh kann mal sagen, du gehst da rein und jetzt ich nicht mehr, weil ich nicht mehr kann. (...)..... weil wenn ich nicht komme, kommt keiner. Ähm das ähm (.), ja, das ist äh krass“

Eine reflexive Sichtweise auf die Institution und die Strukturen könnte Perspektiven eröffnen, die Spielräume aufdecken, in denen z. B. Verantwortung an die Institution zurückzugeben oder auch zu teilen wäre. In diesem Fall wäre vielleicht das Angebot der Dauererreichbarkeit anzusehen oder eine neue Form der Zusammenarbeit mit der Palliativstation. Auch hier bietet sich das Instrument der Supervision an, da diese das Gegen- und Miteinander von psychischen und institutionellen Strukturen in den Blick nimmt und gemeinsame Sprache entwickelt, die dann wiederum für die Beratung zur Verfügung steht.

Das Thema, das eigentlich die Pflegesituation bestimmt, also Abschied, Tod, Sterben, wird über die gesamte Erzählung immer wieder verdeckt. Der Sterbeprozess wird hauptsächlich technisch sehr ausführlich erläutert. Um Gefühle zu beschreiben, werden Formulierungen wie „krass“ oder „seelentechnisch hart“, „knackig“ verwendet. Abschied nehmen, als Trauerprozess verbunden mit Gefühlen wie Verlust, Wut, Angst vor Leere, innere Hilflosigkeit wird dagegen kaum verwendet. Angst kommt vor, wenn es um die Angst geht, etwas pflegepraktisch nicht zu können. Alles andere liegt tief im Textsinn und ist schwer aus dem Text zu heben. Es liegt wie ein Tabu über der Fallbeschreibung, als ob auf diese technische Weise das Rekonstruieren der Ereignisse erträglicher wird.

In der Begleitung Sterbender begegnen die Beteiligten der eigenen Sterblichkeit. Der Punkt wird in der Stegreiferzählung allerdings nicht angesprochen. Die intensiven Gefühle finden sich jedoch in den verschiedenen Sequenzen wieder, in denen das Alleinsein dargestellt wird. In der Analyse ist der Schutz, der darübergelegt wird, Gefühle offen anzusprechen, ähnlich dem der

Tabuzone im Genitalbereich. Die Bedeutung der Gefühle wird nebenbei über das Verhalten des Hundes und der Beteiligten zu dem Hund erläutert. Fast erfüllt die Sequenz, in der der Hund im Mittelpunkt steht, die Funktion des iPad-Tutorials über Stuhlentleerung: Diesmal ist das Tier der Filter, über den man Gefühle beobachten darf und noch nicht drankommt.

Grün Zeile 324 - 335: „Dann gibt es einen Hund, der hat eine riesen Rolle gehabt (lacht sehr leicht). Der Hund war äh der Lebensretter der Gefühle und der Seele und ähm war für alle Beteiligten, ob das für die Ärztin war, die reinkam, oder die Palliativ-Schwester war, die reinkam, also man merkte, dass der so die Situation immer, egal wie schlimm sie war, immer gelockert hat. Also er auch die Bindung, die ein Tier zu einem sterbenden Menschen hat, war auch faszinierend zu sehen, ähm wie äh äh sich auf einmal ein Tier verändert, wenn dann ein Mensch (.) ähm sich verschlechtert oder wenn es einem Menschen schlecht geht. Das war/ Er war eigentlich immer aufs/ auf ihm drauf, also auf seinem Bein oder auf seinem Bauch oder wenn wir irgendwas an ihm gemacht haben, also an ihm machen wollten, war das dann auch so, ne, wie komme ich jetzt an dem Hund vorbei (lacht leicht)? Äh (.), ja, das war/ Es war gut, dass/ dass er da war, weil er jetzt auch im Nachhinein die Rettung der Ehefrau ist, dass sie ein/ (.) ein Muss hat vor die Tür zu gehen. (..) Ja. #00:25:34-0#

Die Veränderung, die die Paarbeziehung in der Zeit des Sterbens und Leidens nimmt, das Sich-nicht-trennen-Wollen und die Seele und die Gefühle über den Tod hinüberretten wollen, wird in dieser Szene verdeckt beschrieben. Wer auch immer irgendwie an dem Mann pflegerisch oder medizinisch handeln wollte, der oder die musste erst an dem Hund vorbei. Ein gutes Bild eigentlich. Aber konkreter wird der Umgang mit den Gefühlen der Sterbebettgemeinschaft zur eigenen Sterblichkeit oder Verletzlichkeit nicht erzählt – als ob auch dieser Bereich gemeinsam vor dem Zugang Fremder geschützt wurde. Allerdings brachte die direkte Wahrnehmung des Hundes immer Erleichterung. Vielleicht hätte sich das mit den Gefühlen ähnlich verhalten. Aber das ist der nicht erzählte Teil.

Der Fallverlauf stellt sich zunehmend wie ein Spiegel des Abschiedsprozesses der Ehefrau dar. Der Wunsch, umfassend zu helfen und für Trost und Erleichterung zu sorgen, ist in der Sterbegleitung in der Palliativpflege meist größer als die Möglichkeit dazu. Angehörige gehen bis an die äußersten physischen und psychischen Möglichkeiten. Dass Begleiter*innen in dieser Situation Schuldgefühle entwickeln, ist nicht selten. Die Wut, ausgereicht im „entscheidenden Moment“ nicht vor Ort gewesen zu sein, kommt erst am Schluss der Fallbeschreibung zur Sprache und wird mit der Schilderung der persönlichen Betroffenheit eingeleitet:

Grün Zeile 457 - 46: (.) Ja, also (.) der Fall geht ja/ geht lei/ geht leider oder geht ja äh dankenswerterweise/ Ich kann/ (schnalzt) Ich verarbeite den Fall noch, sagen wir es mal so. Der ist noch ziemlich knackig, auch äh seelentechnisch sehr ähm hart zu verarbeiten, weil der/ das Ende war ähm (.) beschissen und zwar ähm bin ich dann emotional aufgrund dessen, dass es ja sehr, sehr intensiv war, viele Tage, viele Stunden da verbracht habe, sehr weit reingezogen gewesen auch emotional“

Die Nacht, in der der Patient verstirbt und die Ehefrau niemanden erreichen kann, beschreibt sie so:

Grün Zeile 486- 492: „Ähm(...)er war halt nachts um drei Uhr verstorben und sehr unschön, also nicht entspannt und für sie auch nicht SCHÖN, also sie hat wirklich ein Trauma davon jetzt. Also sie erlebt die Situation immer wieder in ihren (.) Träumen oder auch in den Tagen danach, sodass es sehr, sehr hilfreich gewesen WÄRE, es wäre jemand da gewesen, der eventuell Symptome hätte erklären können oder, ne, wie verändert sich der Körper, wie verändert sich der Geruch, wie/ so, ne, was/ was passiert hier gerade, was ist mit der Atmung, ne, warum ist das so.“

Grün Zeile 494 - 498: „So, der Sohn war auf Nachtschicht oder, pff, ich weiß es nicht mehr genau, war auch NICHT zu erreichen und sie hat dann gedacht, jetzt (.) ertrage ich das ALLEINE und hatte dann so gedacht, jetzt höre ich auf noch irgendjemanden anzurufen, ich (.) muss da jetzt anscheinend durch. (..) Und das war nicht schön, also das war äh auch für mich dann nicht so einfach.

Am Ende steht dann doch der Tod. Denkbar wäre eine Interpretation, in der die Wut über das Unabänderliche und die eigene Trauer eine Re-Inszenierung im Alleinsein finden.

Die Beziehung der Pflegeberaterin und der Ehefrau löst sich nicht nach Beendigung der Fallbegleitung. Sie wird in der Erzählung noch über die Beerdigung des verstorbenen Mannes hinweg weiter beschrieben, bleibt komplex und hinterlässt bei der Beraterin Ambivalenzen, tiefes Unbehagen, ein verändertes Verhältnis zum eigenen Expertenhandeln und den Wunsch nach nachträglicher Fallreflexion, um zukünftige Situationen besser zu verstehen.

Nachdem Motivationen, Impulse und Haltungen angesehen wurden, über die Spannungen in der Pflegeberatung entstehen, wird jetzt ein weiterer Aspekt, der sich tief im Beziehungsraum der Beratung verbirgt, aufgegriffen, nämlich dass Expert*innen in der Regel auch mit etlichen Machtquellen ausgestattet sind. Im gerade geschilderten Fallverlauf dienen diese dem Ehepaar zwar direkt zur Unterstützung, genauso werden auch starke Asymmetrien in der Beziehung deutlich. Frau Grün hat einen erheblichen Orientierungsvorsprung, weil sie sich sicher im System Krankenhaus bewegt und sich auch die fremde ambulante Situation erschließen kann, wie sich am Konflikt mit der Ärztin und dem Einbinden weitere Akteure zeigt. Dazu stellt sie reichlich Wissen zu Krankheitsverläufen und speziellen Pflegehandlungen zur Verfügung. Die Ehefrau musste sich von ihr offenbar schrittweise, bei jeder Veränderung, erklären lassen, was gerade passiert, was in der schnell wechselnden Gesundheitslage zu tun ist. Die pflegende Ehefrau ist mit großem Engagement bemüht, sich selbst Wissen anzueignen, wie Frau Grün an verschiedenen Stellen, z. B. an der Szene mit den YouTube-Tutorials, schildert; das reicht zur Sicherheit und Steuerung der Pflegesituation aber lange nicht aus.

Die Machtquellen liegen auch in den anderen Fall Erzählungen auf der Seite der Berater*innen. Manchmal sind diese offensichtlich, aber häufig eben auch verdeckt und wirken dann unbewusst. Demnach ist gerade in Beratungssettings, in denen es um verletzte Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, geht, ein machtreflexives Denken und Handeln notwendig. Das Aus-

blenden von Machtstrukturen in der Beratung und ihrer Wirkung stört die Förderung von Mündigkeit, Emanzipation und Unterstützung bei der Herstellung von sozialer Gerechtigkeit (vgl. Schilling, Zeller 2010: 131). Nicht erkannte Machtasymmetrien gefährden die kooperative Interaktion von Ratsuchenden und Berater*innen und führen im Nachhinein oft zu dem Unbehagen der Berater*innen.

Der Erziehungswissenschaftler Reinhard Wolff schärft den Blick auf das Hilfeparadox, das asymmetrischen Abhängigkeitsverhältnissen innewohnt, aber weitet die Perspektive von den interagierenden Personen auf die komplexen Hilfesysteme aus:

„Hilfe stärkt nicht in jeder Hinsicht, sondern sie macht auch abhängig und schafft schiefe Ebenen. Insofern schwächen die vielfältig entwickelten Hilfesysteme in der modernen Gesellschaft möglicherweise die Kräfte, die sie stützen wollen. Das ist das zentrale Hilfeparadox der modernen Gesellschaft.“ (Wolff 1990: 20)

Insoweit ist Beratung auch ein Balanceakt, der besser gelingt, wenn die wirkenden Kräfte gesehen, angesprochen und nicht verdeckt werden. Deswegen folgt nun der Blick auf Paradoxien der Pflegeberatung über Sequenzen aus den Interviews.

6.6.1.3.3 Das Unbehagen der Helfer – Paradoxien in der Pflegeberatung

In fast allen Erzählungen greifen die Pflegeberater*innen über ihr Handeln entscheidend in die Lebenskontexte der Ratsuchenden ein. Begründet wird es mit dem Wohl der Adressat*innen. Daraus ergibt sich aber ein moralisches Problem. Denn was als Wohl und würdevoll aus Sicht der Akteur*innen betrachtet wird, kann nicht immer auch das Gleiche für die Adressat*innen der Pflegeberatung bedeuten, wie sich z. B. in der Erzählung von Frau Gold zeigt. Auch Frau Lila ist unsicher, ob ihr beherztes Eingreifen tatsächlich das richtige Ziel erreicht hat, wenn sie über das Wohlergehen der mehrfachen Mutter nachsinnt:

Lila Zeile 257 - 265 : //Die ich auf// den Weg gebracht habe halt, ne, und es ist äh/ (.) Ich weiß nicht, ob man (.) die Frau jetzt (...) glücklich und zufrieden ist ohne ihre KINDER. Weiß ich nicht. Das ist (.) eine Frage, die, glaube ich, keiner beantworten kann. Ich denke, jeder stellt sich vor, seine Kinder zu haben ist schön, aber auch das zu WISSEN, ich bin versorgt, weil die Kinder können ihr Leben haben. Das ist, glaube ich, die Frage, wie man als Patientin/ Ich weiß nicht, wie weit die Dame sich da Gedanken drüber gemacht hat, kann ich nicht reingucken, ähm dass man auch das Beste für die Kinder haben möchte, ob man sich dem dann einfach fügt, sagt, das IST so. Sie kann sich auch nicht wehren, sie kann es ja nicht äußern. #00:18:12-0#

Ungewissheit und Unbehagen bleiben:

Lila Zeile:278-284 [...] weil sie war ja immer zusammen halt und jetzt wenn die Kinder auch weniger kommen (.) ähm oder (.) allein das VERARBEITEN (.) für die Kinder, die Erkrankung der Mutter. Die Frage ist ja auch, ne, wie gehen die Kinder vielleicht auch [...] wie weit (.) die Kinder das auch wirklich (..) sehen, die Erkrankung der Mutter, (.) wie fühlt sich Mutter, wie könnte sich die Mutter fühlen. Das sind sie/ der Kleine vielleicht zu klein für, um das zu VERSTEHEN, dass die Mutter auch das Bedürfnis hat, ihre

Kinder zu sehen und die zu halten und der Vater sagt, okay, die Mutter ist ja versorgt, die kriegt das eh nicht mit. (.) Das ist so ein Zwiespalt, wo man einfach drinhängt. #00:19:35-0#

Das Eingreifen professioneller Akteur*innen in verletzliche Situationen von Hilfebedürftigen hat etwas Doppelsinniges und stellt sich als Hilfeparadox dar. Es ist oft von Paternalismus die Rede, wenn Menschen den Anspruch erheben zu helfen, mit dem Ziel, das Wohlergehen des anderen zu erreichen, dabei aber den subjektiven Willen des Hilfebedürftigen übergehen, übersehen oder nicht ergründen (hin und wieder auch mit herrschaftlichen Gesten verbunden). Paternalismus wird als überholtes Prinzip der Pflege in der Pflegeberatung verstanden und so zwar theoretisch abgelehnt, praktisch aber dennoch erlebt. Paternalismus berührt ganz klar die Autonomie und die Anerkennung des hilfebedürftigen Gegenübers, genauso aber auch den Anspruch, dessen Situation besser, gerechter, erträglicher, gesünder zu gestalten – ja, auch einen Schutzauftrag zu erfüllen. Mit dem Thema Paternalismus werden Machtverhältnisse angesprochen. Wird dazu Foucaults Machttheorie aufgerufen, findet sich die Figur des guten Hirten, der das Heil und Wohlergehen seiner Herde sichern will, in der sich eine bevormundende Gängelung der Hilfsbedürftigen spiegelt. Moderne Hilfevorstellung und Paternalismus stehen sich auf unterschiedlichen Ebenen in einem Spannungsverhältnis gegenüber (vgl. Ziegler, Otto 2014: 188). Holger Ziegler wirbt jedoch dafür, sich in der sozialen Arbeit das Paternalismusproblem nochmal genauer anzusehen. Weil man in den Interaktionen im Sozialwesen gewissen Übergriffen ins Private nicht entkommt, versucht er dabei Kriterien für einen begründeten, autonomiefunktionalen und würdesichernden Paternalismus zu begründen (vgl. Ziegler, Otto 2014: 188). Er stützt sich dabei vor allem auf den Capability Approach von Martha Nussbaum.

Diese und andere Grundspannungen des Helfens tauchen in den Stegreiferzählungen mehrfach auf. Die Interviewten nehmen diese aber im Wesentlichen auf den erzählten Einzelfall bezogen wahr, nicht etwa auf Paradoxien, die dem Handeln in der Pflegeberatung innewohnen. Über den Blick auf die geschilderte Sondersituation gelingt ein Ausblenden der Kontrollsituation in der Pflegeberatung. Die Scham der Beratungsnutze*innen verdeckt diesen Aspekt gleichsam mit.

6.6.1.4 Kontrolle, Zwang – und Angst vor Verlust des zu Pflegenden

In der Evaluation der Beratungseinsätze nach § 37a sowie §7a SGB XI werden die befragten Versicherten darauf angesprochen, ob sie das Gefühl haben, während der Beratungseinsätze nach § 37a kontrolliert zu werden (IGES 2020: 141). Die große Mehrheit der Befragten gab an, nicht das Gefühl zu haben, dass sie zu bestimmten Entscheidungen gedrängt wurden (n = 2.136; 96,1 %), und nur wenige hatten den Eindruck, dass sie durch die Beratungsperson kontrolliert

wurden (n = 89; 4,0 %); zudem gaben nur 1,0 % der Befragten an, dass sie Angst haben, dass die pflegebedürftige Person gegen ihren Willen anders untergebracht werden könnte (vgl. IGES 2020: 185 f.). Die Studie schließt daraus, damit könne die Behauptung, die Betroffenen würden die Besuche als Kontrolle wahrnehmen, aus ihren Daten nicht bestätigt werden (vgl. GKV 2020: 22).

Hilfe und Kontrolle stellen vor allem in der Sozialen Arbeit ein Spannungspaar dar und werden dort seit den 70er Jahren unter dem doppelten Mandat diskutiert (vgl. Böhnisch, Lösch 1973: 27). Für die soziale Arbeit ist das doppelte Mandat mittlerweile ein gut beschriebenes professionelles Praxisparadox. Es beinhaltet die Einbindung der Sozialen Arbeit in einen institutionell-organisationellen Handlungsrahmen auf der einen Seite und die gleichzeitige Verpflichtung der Professionellen gegenüber den Interessen der Gesellschaft oder eben der einzelnen Nutzer*innen der sozialen Arbeit. In dieser Zwischenposition ist nun auch die Pflegeberatung zu finden, die ebenfalls unter der Spannung von zwei Mandaten in der Praxis agiert, die sie im Fall ausbalancieren muss. Es geht um das Gleichgewicht zwischen den Rechtsansprüchen sowie den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen bzw. der pflegenden Angehörigen auf der einen Seite und andererseits den Interessen der auftraggebenden Kontrollinstitution.

Ende der 60er Jahre prägte die gesellschaftskritische Haltung den Blick auf die Kontrollfunktion von sozialpädagogischen Interventionen. „Hilfe“ tritt in den Fachdiskussionen laut Nina Thieme (vgl. Kessel et al. 2017: 17 f.) seit den 1970er Jahren eher in den Hintergrund. So sind nur wenige Arbeiten aus dieser Zeit zu finden, in denen die Gleichzeitigkeit von Hilfe und Kontrolle betont wird (vgl. u. a. Müller 2001: 341; Böhnisch, Lösch 1973). Eine Sicht auf die Spannung entwickelt sich erst im oben geschilderten Rahmen der professionstheoretischen Auseinandersetzungen, die professionelles Handeln grundlegend durch Paradoxien oder Antinomien durchwoben sehen.

Auch in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit müssen diese Kategorien nun von den handelnden Disziplinen nebeneinander betrachtet und auf ihr Miteinander-verwoben-Sein beschrieben werden. Die starke Identifikation der Pflegeberater*innen mit der Seite des Hilfeangebotes lässt die Ausarbeitung der Kontrolle und ihrer Wirkung in der Beratung in den Hintergrund treten.

Die vorliegende qualitative Analyse der Fallverläufe zeigt nämlich andere Erkenntnisse als die eingangs genannte jüngst erhobene IGES-Evaluation. Tatsächlich finden sich in fast allen zehn Stegreiferzählungen Sequenzen, in denen die pflegenden Angehörigen besonders auf den Kontrollcharakter der Beratung reagieren. Schwächen werden daher in diesen Beratungen – den vermeintlichen Inspektionen – aus Schamgefühlen zunächst lieber verdeckt.

Über die skalierten Fragen des o. g. standardisierten Fragebogens konnten die latenten Vorstellungen der Ratsuchenden nicht dargestellt werden. Die Analyse der Szenen aus der Beratungspraxis, in denen nach dem Sinn der Handlungen geforscht wird, kann das Ausblenden der Kontrollsituation jedoch aufzeigen. Um zu verstehen, warum die Befragten das Kontrollgefühl nicht einfach im Fragebogen über ein Kreuz mitteilen können, ist es sinnvoll, sich mit der Scham, die den Beratungssituationen innewohnt, zu beschäftigen (weitere Ausführungen dazu im Kapitel Körperbezug), wie auch mit der Angst, die spezielle Folgen für die Familien nach sich zieht, wenn die Kontrolle für sie schlechte Ergebnisse zeigt:

Frau Orange erlebt einen pflegenden Ehemann, der seiner Einschätzung nach vielen Leuten beweisen muss, dass er noch, obschon selbst hochaltrig, für seine Frau und den Haushalt vollumfänglich sorgen kann. Dass er dabei die Aufmerksamkeit der Hilfe anbietenden Institutionen nicht als Anerkennung, sondern als Kontrolle versteht, lässt er – nach bestandener Musterung und aufgebautem Vertrauensverhältnis – in der Abschiedsszene anklingen.

Orange: 244- 246: „Und bei der letzten Begegnung ist mir aufgefallen, dass er gesagt hat ähm: „Es rufen so viele Leute an, es kommen auch so viele Leute hierhin. Ich weiß nicht, äh warum die alle kommen. Vielleicht wollen die gucken, ob die Fenster geputzt sind.“

In verschiedenen Szenen der Interviews scheint in Verbindung mit der Kontrolle die tiefe Angst auf, womöglich den Anspruch auf die Sorge um den pflegebedürftigen Menschen zu verlieren – und damit die endgültige Aufgabe des alltäglichen, intimen Lebens mit dem Familienangehörigen. Tatsächlich steht sowohl die Abgabe der täglichen Sorge als auch das Beibehalten der Pflege jeweils im engen Zusammenhang mit dem Einsatz der Pflegeberaterinnen:

Frau Gold führt eine Beratung mit einem pflegenden Ehemann durch, der seine dramatischen Begleitumstände der Ehepartnerpflege zu verdecken sucht. Auch er schämt sich. Als seine Lage dann doch erkannt wird und sich, auch unter Einbezug seiner Familie, keine passende Unterstützung findet, muss er die gemeinsame Wohnsituation sowie die direkte Pflege seiner an Demenz erkrankten Frau aufgeben.

Frau Grün liefert sich mit der Hausärztin einen Kampf um die häusliche palliative Pflege der Ehefrau. Stellvertretend für die pflegende Ehefrau verhindert sie damit die Rückeinweisung des sterbenden Ehemannes ins Krankenhaus. Sie beschreibt die drängende Bitte des Paares, trotz akuter, schwerer Krise samt Schmerzen und Koterbrechen die Pflege zu Hause durch ihre enge Begleitung weiter zu ermöglichen.

Die pflegende Mutter des Kleinkindes fürchtet, mit dem Pflegeberater Herrn Gelb kommt die Kontrolle der Krankenkasse ins Haus, die eher eine schlechte Bewertung zu ihrem Konfliktverhalten gegenüber den 24-Stunden-Pflegedienstleistern geben kann. In der Folge fürchtet sie, als Bestrafung nun Mittel entzogen zu bekommen, was womöglich die Pflegesituation der Tochter grundlegend und ohne ihre Mitbestimmung verändert:

Gelb Zeile 188 – 194: „[...] wo sie so ein bisschen auch Angst hatte, dass ich das Ganze verurteile oder ihr ähm/ Also es ging, genau, es ging eigentlich auch ganz viel darum: Wer ist denn jetzt Schuld daran, dass es da zu so einer Misere gekommen ist? So. Und ähm vielleicht auch ein bisschen, ja, ich will nicht sagen Scham, aber so dieses ähm (.) verärgert, dass sie jetzt äh auch die HILFE braucht von der Krankenkasse so und äh dass ICH jetzt im Grunde genommen äh jemand äh sein könnte, der äh jetzt sozusagen auf den Tisch haut und sagt „So, ähm das müssen wir jetzt hier reglementieren oder äh so kann das hier nicht durchgeführt werden oder!“

Die Pflegeberatung versteht die Familie nicht als Hilfe, sondern zunächst als einen Kampf um die Deutung der Konflikte und Krisen in der mehrfach gescheiterten Pflegesituation. Die Auseinandersetzungen müssten erklärt, verstanden und gerechtfertigt werden, um aktuelle Rechte für die Pflege des eigenen Kindes beibehalten zu können:

Gelb Zeile 214 – 216 : „und DAS war für die erstmal so: Gefahr. Also das war so: Da ist jetzt jemand, der will uns hier nicht mehr das äh gönnen, dass wir hier äh ähm exklusiv einen Eins-zu-eins-Pflegedienst haben. So. „

Zwar ändert sich das Pflegearrangement für die Familie über den Beratungsprozess tatsächlich grundlegend, allerdings ohne Verlust von Rechten, Stück für Stück und unter vollem Einbezug der Familie sowie Anerkennung ihrer individuellen Anliegen.

Auch dem Engagement von Frau Lila wird aufgrund ihrer Rolle von der PV mehr Einblick und damit Zugriff auf die aktuelle Lage der von Armut betroffenen Familie zugesprochen. Denn ihre Person wurde mit Krankenhaus und mit Pflege verbunden und eben nicht so eng mit Kontrolle einer Behörde. Ihr Einsatz löst auch eine starke Veränderung der Familiensituation aus. So bringt es den Kindern zwar Entwicklungsmöglichkeit, aber die Wohnsituation trennt die Mutter vom Rest der Familie. Wie viel Scham und Familienehre in der migrantischen Familie eine Rolle spielen, bleibt in der Erzählung vage.

Frau Sepia wird direkt und offen mit der Frage einer Ratsuchenden konfrontiert, ob die Pflege der Mutter im Sinne des alten Ehepaares in der Familie zu halten ist. Der Begleitprozess beschreibt eine Pflegesituation, die sich am Rande des Erträglichen bewegt. Diese fragile Lage wird durch eine fehlerhafte Kontrollbegutachtung bedroht, die alle Möglichkeiten, weiter zu Hause zu pflegen, beendet hätte. Der advokatorische Einsatz der Pflegeberaterin schützte die

Familie u. a. davor, zu früh und aus Angst vor weiterer Beschämung aufzugeben. So macht sie den Weg frei, die familiäre Pflege neu zu gestalten.

Diese Erzählung zeigt in verschiedenen Sequenzen, dass die familiäre Pflege grundsätzlich unter einem gewissen Verdacht steht, Leistungen unberechtigt zu beantragen oder zu erhalten. Offen, taktlos und übergriffig beschreibt es der Ausschnitt, in dem eine Szene aus der MDK-Begutachtung nacherzählt wird:

Sepia Zeile 117- 119: „Was wollen Sie eigentlich alles? Wollen Sie das System noch mehr schröpfen? Sie kriegen schon Pflegegrad 4, mehr steht Ihnen überhaupt nicht zu. Was glauben Sie eigentlich, warum Sie sich hier ähm sozusagen auf diese Höhergruppierung beworben haben?“

Verdeckter liegt es in einem Erzählsegment, in dem Frau Sepia verschiedene Strategien pflegender Angehöriger aufzählt, die sie nutzten, um an Informationen über Leistungsansprüche oder überhaupt an Leistungen der Pflegeversicherung zu kommen. Neben der mangelnden Kompetenz an den Auskunftsstellen liegt im Textsinn die Vermutung, dass den Angehörigen eine gewisse Aufdringlichkeit in der Nachfrage zu Leistungen unterstellt wird und eine fragile Notwendigkeit, den Anspruch geltend zu machen. Beispielhaft hier eine Szene, die den Kontakt zur beratenden Leistungsabteilung der Pflegekasse beschreibt:

Sepia Zeile 496 - 511 [...] und da wurde wieder berichtet, dass ähm (.) auch die pflegenden Angehörigen eigentlich jeden Tag mit der Pflegekasse KÄMPFEN, äh wenn es um finanzielle Angelegenheiten ging und dass es ganz schwierig ist, sei es nur Informa/ an Informationen zu gelangen und äh eine Patient/ oder eine äh pflegende Angehörige sagte mir „Da bin ich wieder an eine Dame geraten, ähm an die bin ich schon häufiger geraten, die will einfach nicht damit raus, was ich an Leistungen noch zur Verfügung habe und wenn ich dann frage ‚Wie sieht das denn aus mit meinen Leistungen für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege, wie viel ist denn da noch offen, wie viel kann ich denn sozusagen noch/‘ ‚Ja, das könnte sie mir nicht sagen, das wäre sehr komplex das zu berechnen‘“ und dann sagt sie ganz süß (schmunzelt) zu mir „Ich rufe jetzt immer in der Mittagspause an, da ist so Youngster, der hört sich von der Stimme ganz an wie so ein junger Typ und der gibt mir immer sofort Auskunft (schmunzelt), das finde ich spitzenmäßig. Den Namen habe ich mir erstmal aufgeschrieben und nach dem frage ich jetzt immer (schmunzelt) und der sagt immer ‚Ja, so und so sieht das aus, so viel haben Sie noch zur Verfügung.‘“ Dann sagt sie „Grundsätzlich rufe ich gefühlte 50-mal irgendwo an und kriege keine Antwort“ und dann äh versucht sie das jetzt sozusagen auf diesem Weg zu machen. Also die pflegenden Angehörigen müssen sehr TRICKSEN, um in irgendeiner Weise zu Informationen zu kommen [...]

Tatsächlich stellt es sich auch auf der Seite der Nutzer*innen nicht so einfach dar, klar zu haben, was ihnen tatsächlich zusteht. Schließlich wird die Pflege eines Angehörigen auch als generative Verpflichtung oder unentgeltliche humanitäre Handlung verstanden. Jedem Antrag folgt eine Prüfung oder Beurteilung nach wie auch immer aufgestellten fachlichen Kriterien. Stellen sich also Vertreter*innen der Behörde ein, auch wenn das vorrangige Ziel Beratung ist, treten die Prüfung der zuvor beantragten Leistungen und die Beweisführung für die sachgerechte Verwendung der Mittel mit in das Beratungsgeschehen.

Die Pflege über Angehörige stand schon früh unter Verdacht, weil die Versorgung in der Häuslichkeit eben im besonderen Schutzraum der Familie und damit im Grunde großflächig im Dunkeln stattfindet. Verbände und Medien haben direkt nach Einführung der Pflegeversicherung auf Fälle von Gewalt und Vernachlässigung hingewiesen (vgl. 4. Altenbericht 2003; Hirsch, Kranich 1999). Die Anzahl der Pflegebeziehungen, in denen Gewalt ausgeübt wird, wird in der Studie des Kriminologischen Instituts Niedersachsen als Dunkelfeld bezeichnet (KFN 2004–2007). Für die Gruppe der 60-bis 75-Jährigen wurde dort eine Zahl von 600.000 Menschen geschätzt, die jährlich in Deutschland in der einen oder anderen Weise von nahestehenden Personen misshandelt werden – vorwiegend durch körperliche Gewalt, aktive Vernachlässigung oder Medikamentenmissbrauch oder fortwährende verbale Aggressivität. Es ging auch um materielle Schädigungen, allerdings nur in geringerem Maße (vgl. Görge, Herbst, Rabold 2006). Amerikanische und kanadische Forschungen kamen auf ähnliche Zahlen (vgl. Zens 2007: 113). Vertrauensbildung steht daher am Anfang jeder Pflegeberatung, ob es sich um einen Pflichtberatungseinsatz handelt oder um freiwillige Beratung.

Freiwilligkeit und die eigene Motivation zur Beratung des Ratsuchenden gilt als Voraussetzung für gelingende oder zumindest sinnvolle Beratungsprozesse. Wer professionell berät nimmt in der Regel für sich in Anspruch in besonderer Weise Respekt vor der Autonomie und der Willensfreiheit jedes einzelnen Individuums zu haben. Beratung bei Pflegebedürftigkeit wird jedoch oft von einer dritten Instanz veranlasst und findet somit nicht immer im freiwilligen Rahmen statt. Damit enthält es neben der angebotenen Hilfe eben auch Kontrolle ohne Freiwilligkeit. Zudem findet diese Pflegeberatung meist in Institutionen statt bzw. die Pflegeberater*innen bringen ihre Institution unsichtbar, aber wirkmächtig mit in die Beratungen vor Ort. Gröning nennt Institutionen in Zusammenhang mit Beratung grundsätzlich wirkungsmächtig (vgl. Gröning 2012: 17) und rät zu einer reflektierten Wahrnehmung von Institutionsinteressen, Übertragungen sowie Rahmenbedingungen und der (Aus-)Wirkung dieser Macht auf die Beratungsprozesse.

So macht es in den hier erzählten und analysierten Fallverläufen einen Unterschied, ob eine pflegende Angehörige ihre eigene Ratbedürftigkeit erkennt und sich selbst Beratung wünscht und sucht, wie im Fall von Frau Sepia (vereinfacht auch bei Herrn Eisblau), oder ob die Beratungseinsätze aus der Verpflichtung, diese in Anspruch zu nehmen, zustande kommen, wie es offen oder latent in den acht anderen Fallerzählungen vorliegt.

Aber auch in der Art der Verpflichtung selbst gibt es noch feine Unterschiede. Neben der eindeutigen Pflicht, den Einsatz nach §37 SGB XI abzurufen, wie es bei dem pflegenden Ehemann

im Fall von Frau Gold scheinbar vorliegt, da er annimmt, zum Einlass der anfragenden Pflegeberaterin verpflichtet zu sein, gibt es noch Beratungsbedürftigkeit, die von einer Institution festgestellt wird und Beratung eher rät bzw. nahelegt als fordert. Dazu zählen die hier beschriebenen Beratungseinsätze, die aus dem Entlassprozess entstehen, oder der Einsatz von Frau Lila, die zwar im Entlassprozess für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit zuständig ist, aber in diesem Fall über einen anderen ambulant tätigen Therapeuten um Hilfe gebeten wird.

Beratung ist jedoch jedes Mal – mal mehr, mal weniger direkt – auch mit dem Zugang zu Transfer- oder Versicherungsleistungen bzw. Sanktionen verbunden. Der Begriff „Zwang“ wird in dem Zusammenhang allerdings ungern und selten gewählt. Die auf unterschiedliche Weise verpflichtete Beratung zählt zur Qualitätssicherung, Klassifizierung in eine Versorgungsstufe, das Prinzip des fördernden Staates oder läuft unter Wahrnehmung von Fürsorgebedarfen. Pflegeberatung ist, wie im theoretischen Teil der Arbeit bereits dargelegt, als Baustein in sozialen Regelungs- und Ordnungsprozessen vorgesehen. Damit ist sie eben grundsätzlich nur bedingt als freiwillige Beratung zu betrachten, auch wenn das Ziel vorwiegend die Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements ist. Über Reformen und Anpassungen wurde vermehrt der Beratungscharakter herausgearbeitet, um den Kontrollcharakter zu mildern. Folgenreiche Rückmeldungen der Beratenden an die Kasse müssen daher in der Regel eine Einverständniserklärung der Nutzer*innen der Beratungsleistung beilegen. Dennoch bleibt das Spannungsverhältnis zwischen Beratung und Kontrolle insbesondere bei den Pflichtberatungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI bestehen.

Konzepte im sozialpädagogischen Handlungsfeld kennen Beratungssituationen, in denen Personen mit mangelnder Selbstbestimmung Beratungs- oder Bildungsangebote gemacht werden oder ihnen sogar solche Angebote als Maßnahmen aufgezwungen werden müssen. Das Thema Kontrolle versus Freiwilligkeit und Eigenmotivation in der Beratung wird in der Pädagogik also schon länger diskutiert. Böhle (2012) bezieht sich auf Harry Frankfurt (1971), wenn er Willen und Wollen sowie Handlungsfreiheit und Willensfreiheit differenziert. Willensfreiheit bedeute demnach wollen können, was man will, Handlungsfreiheit dagegen tun können, was man will. Selbstbestimmt zu sein ist also in seiner Ausführung nicht unbedingt gleichzusetzen mit Handlungsfreiheit. Eine Person kann auch unter Bedingungen des Zwangs weiter selbstbestimmt sein, wenn sie zwar nicht tun kann, was sie will, solange sie wollen kann, was sie will. Sie ist also während der Handlung, die sie im Zwangskontext vollzieht, mit sich selbst „identisch“ (Böhle 2012: 196). Das bedeutet, der Beratungsprozess vollzieht sich im Rahmen von ethischen Grenzen und bleibt innerhalb der Beziehung selbstbestimmt. Die Handlung wird

nicht von etwas (oder jemandem) Fremdem regiert. Steht dem jedoch eine Autorität (eine Person, eine Institution) gegenüber, die vor allem den Willen zur Anerkennung ihrer Werte voraussetzt, regiert eben nicht die Person, die beraten wird, selbst über sich, sondern etwas Fremdes erhebt den Anspruch auf das Wollen.

Auf Pflegeberatung übertragen hängt die Entwicklung von möglichen Pflegesettings mit dem Ratsuchenden entscheidend davon ab, in welchem Maße personale Willensfreiheit und soziale Handlungsfreiheit vorliegen. Es macht also einen Unterschied, ob der Zwang sich gegen den Willen des Adressaten richtete oder nicht. Böhle et al. sprechen von einem „Gezwungen-Werden“, wenn der äußere Zwang dem Wollen widerspricht. Etwas unter Bedingungen der Handlungsfreiheit zu tun soll heißen, etwas „ohne äußeren Zwang“ zu tun. Böhle et al. orientieren sich in ihrer Auseinandersetzung mit der Beziehungs- und Beratungsarbeit unter den Bedingungen von Freiheit und Zwang in pädagogischen Kontexten an dem klassischen Bildungsideal, das Menschen zu handlungsfähigen, mündigen Subjekten erziehen will. In der Pflegeberatung ist der Kontext etwas anders, selbst wenn Pflegebedürftigkeit als Entwicklungsaufgabe verstanden wird. Die Interaktionspartner*innen sind erwachsen, aber aufgrund einer Krise oder eines Wendepunktes in der Biografie rat- und hilfebedürftig. Dennoch gilt auch hier, dass Menschen die sozialen Bedingungen zur Verfügung haben müssen, um mit guten Gründen tun zu können, was sie tun wollen. Sie sollen in der Lage sein, ihre Ziele realisieren zu können, ohne dass sie zu bestimmten Handlungen gezwungen werden.

Im Falle von Frau Gold fehlt es beispielsweise an den Möglichkeiten der Nachtpflege, die der pflegende Ehemann sowohl zur eigenen Regeneration als auch zur Bewältigung der schweren Pflegesituation bei Demenz als Begleitung benötigt hätte, um – wenn auch nur für eine kleine Weile – weiter gemeinsam mit seiner Frau in der gemeinsamen Wohnung zu leben. Der Wille des Ehemannes, weiter mit seiner Frau zusammenzuleben, stellt sich in der Erzählung von Frau Gold dar. Der soziale und innerfamiliale Druck, aber auch der Einblick der Pflegekasse – in Person der Pflegeberaterin – in die offenbarte, entgleiste Lebenssituation zwingen den Ehemann zur Übernahme der präsentierten Entscheidung seiner Kinder, die nun seine Lage entspannen soll. Diese Art von wohlmeinendem Zwang kann zwar zu Handlungen bewegen, jedoch nicht zur Anerkennung oder Übernahme der zur Handlung drängenden Motive.

Resümee Helfen

Helfen in der Pflegeberatung wurde hier sowohl als Programm als auch als individuelle Orientierung näher betrachtet. Als Einflussgrößen auf dieses spezielle Hilfehandeln konnten der Programmrahmen und die je individuelle Ausgestaltung ausgemacht und anhand von Sequenzen aus den Interviews differenzierter dargestellt werden. Pflegeberatung als Hilfeprogramm ist in den vorgestellten Fällen zwar als Regelleistung eingeführt, aber tatsächlich nur locker bzw. einseitig mit dem Versorgungssystem verbunden. Selbst die Fachsprache scheint für das heterogene Feld der Pflegeberatung in der interdisziplinären Zusammenarbeit nur grob oder schwach ausgebildet, um die Aufträge bedarfsangemessen zu schalten.

Mit dem Ziel, Helfen als Orientierung in den Interaktionen der Pflegeberatung besser zu verstehen, zeigten sich in der Analyse unterschiedliche Beratungshaltungen. Das lässt sich besonders in den Sequenzen finden, in denen das Verhältnis von Berater*innen und Ratsuchenden zueinander angefragt wird und unter Spannung gerät. Die Pflegeberater*innen sind in den Momenten gefordert, mit neuen Interaktionen zu antworten und die Beziehung darüber zu intensivieren oder auch zu formalisieren. Wie intensiv und individuell die Hilfehandlungen im Rahmen der Pflegeberatung dann weiter ausgestaltet werden, hängt wiederum damit zusammen, inwieweit sie sich von der Situation des Gegenübers affizieren lassen, und von der Intensität der Identifikation mit den Hilfsbedürftigen sowie natürlich mit dem vorhandenen Fachwissen.

Alle Interviewten stoßen in den Begleitungen auf Hilfeparadoxe, die sie allein über die in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten nicht ausreichend bearbeiten können, sondern die über rekonstruierende Reflexionen der Beratungsprozesse besser verstanden und weiterentwickelt werden könnten. Die meisten Interviewten sprechen die Spannungen allerdings nicht direkt an, sondern formulieren ein diffuses Unbehagen, das womöglich Anlass ist, diesen Fall über lange Zeit im Gedächtnis zu halten und im Interview zu rekonstruieren.

Eine Diskussion über die Gegenüberstellungen von Hilfe und Kontrolle, Paternalismusprobleme, soziale Scham und Vertrauensbildung sollte unter dem hier geschilderten Hintergrund nicht über skalierte Fragen und statistische Erhebungen vom Tisch gewischt, sondern fachlich reflektiert kontinuierlich weitergeführt werden.

6.6.2 Körperbezogenheit – Leiborientierung und Intimität in der Beratung

Pflegeberatung bei Pflegebedürftigkeit enthält in großen Teilen explizit körperbezogene Beratung und ist zudem häufig mit Körperkontakt verbunden. Sowohl durch besondere Fachkenntnisse und das Vermitteln der körperbezogenen Pflege als auch durch diese

Form der Intimität in der Beratungsbeziehung entstehen sehr spezielle Vertrauensverhältnisse. Sie eröffnen neue Perspektiven, gehen aber auch mit Verstrickung einher, die oft mit der Dauer der Fallbegleitung zunimmt. Zudem trägt die Körperbezogenheit eine eigene Machtdimension, die sichtbar wird, wenn sie fallbezogen reflektiert wird.

Über alle Stegreiferzählungen wird die massive Bezogenheit der Pflege auf den Körper deutlich. Dabei ist nicht die vielfach kritisierte körperbezogene Verrichtungsorientierung gemeint, zumindest steht diese hier nicht im Fokus, sondern herausgehoben wird, wie bedeutend und selbstverständlich im Handlungsfeld der Pflegeberatung Zugriff auf den verletzlichen oder sogar nackten Körper gewährt und das spezielle Wissen im Umgang mit dem (kranken) Körper gebraucht wird. Das kann als Privileg oder auch Alleinstellungsmerkmal der Berufsgruppe für dieses Beratungsformat gekennzeichnet werden. Nach Georg Simmel (vgl. Simmel 1986 in Gröning 2016b: 19) gehört der unbedeckte Körper zu den Sphären, die nur unter ganz besonderen Umständen einem anderen Menschen zugänglich gemacht werden. Neckel (1991) und Simmel (1986) haben das in ihren Gesellschaftsanalysen zum Phänomen Scham differenziert herausgearbeitet.

Alle Berufsgruppen, die Dienstleistungen anbieten, beschäftigen sich mit den Besonderheiten ihrer professionseigenen Beziehungsgestaltung zu den Adressat*innen ihrer Leistung. Den beratenden Gesundheitsberufen wie der Medizin, Pflege, Physiotherapie und hin und wieder auch der sozialen Arbeit ist es eigen, ihre Beratungsleistungen auch mit körperlicher Berührung zu verbinden. Es gibt jedoch unterschiedliche, auch professionstypische Zielsetzungen des Körperkontakts, die bei der Beziehungsgestaltung im Beratungsprozess ebenfalls zu betrachten sind. Während die zur Verdeutlichung häufig angeführte Dienstleistung beim Friseur ebenfalls berührungintensiv ist und oft ebenfalls fachliche Beratung während dieser körperbezogenen Dienstleistung anbietet, zielt diese auf Kundenbindung sowie Verkauf. Die körperlichen Begegnungen in der Medizin oder anderen therapeutischen Berufen werden zwar auch vermehrt als ein Kundenverhältnis verstanden, betreffen aber viel intimere, verletzlichere Bereiche. Die Begegnungen richten sich dabei in der Regel auf bestimmte Körperregionen betreffende, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen. Das begründet und bedarf eines anderen Verhältnisses in der Körperinteraktion als das Verkaufsverhältnis bei einem Friseurbesuch.

Im naturwissenschaftlichen Denken, welches im Gesundheitswesen dominant und in vielen Feldern der Medizin tatsächlich auch nutzbringend ist, ist der Mensch als Körper ein Organismus, dessen Funktionen zu erhalten sind. Die Vorstellung, den Körper in dieser Weise als Maschine zu betrachten, entspringt dem neuzeitlichen Wissenschaftsdenken und wird von René

Descartes in der Art beschrieben, dass der Mensch in Körper und Geist geteilt sei und alles Körperliche als bloße Materie und das Denken (also der Geist, die Seele oder das Bewusstsein) als immaterielles Vermögen des Menschen zu sehen ist. Foucault arbeitet in „Die Geburt der Klinik“ (1982) heraus, dass sich in der Medizin ein Blick entwickelt hat, der sich durch die Person auf die Krankheit im Menschen fokussiert. Solches Denken oder Blicken ist uns heute nicht ganz fremd und gestaltet immer noch häufig die Beziehung zwischen Health Professionals und Patient*innen (vgl. Uzarewicz 2006).

Dass die Körperlichkeit, die Interaktion der Körper, in der Pflegeberatung jedoch keine technische Angelegenheit ist, sondern mehrere Dimensionen hat, wird über die analysierten Fallverläufe deutlich. Die erzählten Körperinteraktionen beeinflussen Denk-, Wahrnehmungs- und Bewusstseinsprozesse der Beteiligten. Zudem liegen Fachkenntnisse und Erfahrungen über die Möglichkeiten z. B. einer aktivierenden Pflege bei den Pflegefachleuten vor und sind eben nicht in der alltäglichen Körperpflege oder Berührungen zu finden. Körperliche Interaktionen sind sowohl starke Einflussfaktoren für die Beziehungsgestaltung und selbst Gegenstand des Pflegeberatungsprozesses. So ist zum einen mit der starken Körperbezogenheit ein exklusives Handlungsfeld in der Pflegeberatung benannt und zum Zweiten ein Phänomen, das mit Material, welches aus der Analyse der Fallverläufe gewonnen wurde, betrachtet werden kann.

Vier Sequenzen aus den Interviews sollen nun exemplarisch Einblick in verschiedene Aspekte der Körperbezogenheit für das Arbeitsbündnis im Beratungsprozess geben:

6.6.2.1. Pflegehandwerk und Pflegekunst

Sehr prägnant wird die Konzentration auf den Körper in der sogenannten Ad-hoc-Pflegeberatung von Herrn Eisblau darstellbar. In der Schilderung des Pflegefachmannes tritt er in ein Patientenzimmer und erkennt die Not des dort am Bett sitzenden, pflegenden Angehörigen, der nicht weiß, wie er sich seiner akut von einem schweren Schlaganfall betroffenen Ehefrau nähern soll bzw. wie er mit ihr in Kontakt kommen kann.

Eisblau Zeile: 74 – 77 „(..) ein Mann, der sehr NERVÖS da saß und ganz aufgeregt war und die Situation für ihn ganz schwierig zu sein schien. Auf jeden Fall war der sehr nervös und man merkt, wie hilflos der ist. Das habe ich an seinen Bewegungen bemerkt und an seiner Mimik und Gestik.“

Der Pflegeexperte ist von der Situation berührt und weicht von der üblichen Stationsroutine ab. Seiner schnellen Einschätzung nach liegt bei dem Ehemann ein Wissensdefizit vor, das über ein spontanes Anleitungsangebot zum Umgang mit seiner schwer erkrankten und auch körperlich völlig veränderten Frau hilfreich wirken kann. Seinen erfahrenen Beobachtungen nach sind

nämlich Angehörige vor allem deswegen hilflos, weil sie in solchen Lagen in der Regel erfahrungsarm sind und deswegen hilfe- bzw. ratbedürftig. Er nutzt die Gelegenheit im zeitlich engen Stationsbetrieb und bietet ad hoc Unterstützung an, die er als eine pflegetypische körperbezogene Beratungssituation versteht.

Eisblau Zeile: 81 – 114 „Die Frau hat überhaupt nichts gesagt, die lag platt im Bett mit geschlossenen Augen so und der versuchte irgendwie: „Hallo, Schatz, wie geht es dir?“, ne, „Was kann man machen?“ Aber die Frau lag völlig schräg und schief im Bett und dann habe ich halt ihn gefragt, ob ihm das recht ist, wenn ich einmal mit ihm zusammen die Patientin in eine andere LAGE verbringe und ob er mithelfen will, ob ihm das recht ist. (.) Und dann habe ich gemerkt, dass er da super engagiert bei der Sache war und überhaupt keine Ahnung hatte von dieser ganzen/ Manche haben ja auch schon von zu Hause durch die Pflege Ahnung, aber der wusste gar nichts und da konnte ich halt mit ihm gemeinsam die betroffene Seite, die stärker betroffene Seite eben durchbewegen und gucken, dass da plötzlich doch ein bisschen Motorik zurückgekommen ist und vor allen Dingen dass durch diese Übung die Patient plötzlich wacher wurde. Die kam nicht aus dem Schlafzustand, sondern aus einer/ Stadium der Deprivation kann man das ja schon fast nennen. [...]Frage nach Definition [...] Sinneskanäle//, die steigen so nacheinander ab und die kam dann irgendwie wieder aus ihrer Zwischenwelt fast zurück und konnte dann plötzlich Ja und Nein sagen und hat den Mann mal angelächelt und das war/ Vorher hat er sie versucht so mit „Hallo, hallo“, mal ins Gesicht gefasst und die hat dann einfach nur weitergeschlafen, ne, und das hat einfach keine Reaktion gezeigt und ich habe ihm gezeigt, dass wichtig ist, dass eben der gesamte Körper mit einbezogen werden muss, dass es da - nicht immer - aber nicht selten auch die ähm die Wachheit, die allgemeine Wachheit stärker wird. Und das ist bei der [Frau] gewesen. Dann haben wir die nach oben bewegt, dann habe ich die hochgesetzt und plötzlich konnte die auch mal einen Schluck Wasser trinken und hat gelächelt. Dann war der Mann richtig/ Der fing dann an zu heulen „Ah, das ist unglaublich und kommen Sie morgen wieder, ne, das war ja ganz/“, also wirklich sehr zufrieden [...] Viel liegt an der Lage der Patienten und der/ an der mangelnden Mobilisierung. Das ist ein Erfahrungswert, den ICH habe, den der Patient nicht hat, und den der Angehörige nicht hat...[...]

Der pflegende Ehemann wird über die kompetente, einfühlsame Begleitung und Anleitung des Experten in einen pflegefachlichen, aktivierenden und zugewandten Umgang mit den körperlichen Folgen des Schlaganfalls eingewiesen. So bekommt er unerwartet den ersehnten Kontakt zu seiner Frau und erlebt sich selbst nicht mehr so hilflos.

Eisblau Zeile: 197 – 202 „(.) Ja, der war dann ganz nervös, der sagte (verändert Tonfall) „Das ist ja/ Das ist ja unglaublich, das war ja jetzt schon die ganze Zeit nicht. Was war das jetzt?“ und äh wurde halt neugierig, ne. Der hat halt seine Wirk/ Ich behaupte, der hat gemerkt, er ist nicht hilflos. Er wird jetzt nicht mit ihr tanzen gehen können, aber er kann eine Situation mit verschiedenen Möglichkeiten VERBESSERN, nicht ABSTELLEN, aber verbessern und das ist, glaube ich, was, was einen glücklich machen kann.“

Für diesen speziellen, individuellen Umgang mit einer pflegebedürftigen Patientin und ihrem Ehemann ist viel Fachwissen und Erfahrung mit Pflorgetechniken, mit Bewegen und Beobachten von Menschen erforderlich. Der Experte schildert in der Erzählung, auf welche Weise er sich selbst, gemeinsam mit den Angehörigen, die je individuelle Lage der Menschen und ihre körperlichen Situationen erschließt, die er alleine aus der Kenntnis der Erkrankung Schlaganfall nicht ersehen könnte. Nur durch die fachlich durchgeführte, aufmerksame und intensive Körperinteraktion erschließen sich individuelle Resonanzen im Kontakt, die er in der Anleitung für

den Angehörigen nun als neue Möglichkeiten für seine Beziehung eröffnet. Mittels der Ad-hoc-Anleitung zielt er an, den Angehörigen Hoffnung auf Entwicklung und Beteiligung an der Pflege zu geben. Die Tränen des Ehemannes, die er auch von anderen Angehörigen kennt, versteht er als Erkenntnis, dass „*man eine Situation// verändern kann, ja.*“ Die Voraussetzung ist, neben der Fähigkeit zum Mitgefühl, auch Erfahrung, viel Wissen, der richtige Ansatz im Umgang mit der gemeinsamen Bewegung mit anderen Menschen und praktisch angewandte Pflegekunst – nicht nur Technik.

Ein Beratungsprozess über mehrere Begegnungen ergibt sich aus diesen punktuellen Anleitungen bei Pflegebedürftigkeit allerdings nicht. Dieses Format, das sich in der Zielsetzung mit einer individuellen Schulung nach § 45 SGB XI vergleichen lässt, ist in der akuten Klinik nur selten vorgesehen, ist in der Prozessstruktur des therapiekonzentrierten Krankenhauses in der Regel nicht angelegt¹¹⁰. Der Experte beschreibt, dass solche Patient*innen nach zwei bis drei Tagen wegen des Krankheitsverlaufes schon wieder auf eine andere Station verlegt werden, weil dort andere Krankheitsstadien bearbeitet werden. So können individuelle Bildungsverläufe von pflegenden Angehörigen aus seiner Position nicht verfolgt werden. Entwicklungen pflegender Angehöriger werden auch nicht in den Patientenakten dokumentiert. In der Erzählung erscheint der Experte aber auch ambivalent, ob er solche langen Prozesse überhaupt begleiten möchte. Zwar wäre er interessiert, den weiteren Verlauf zu erfahren, äußert aber auch verdeckt die Sorge, dass die Hoffnung der Angehörigen in der weiteren Entwicklung der Erkrankung eventuell enttäuscht werden könnte. Dann reicht das Repertoire der Ad-hoc-Beratung/Anleitung nicht mehr aus.

Eisblau Zeile 232- 236 „Nee. Das Schlimme ist ja auch, die Leute sind ja wirklich so krank, dass man schon mit so kleinen Ergebnissen da zufrieden sein muss und ich unterstelle mal, dass die [Angehörigen] vielleicht denken“ „Ja, wenn das jetzt so weitergeht, geht es/ kann er in drei Wochen wieder laufen.“ Aber/ Und das wird nicht geschehen, ne. [...]

Diese Aussage und deren weitere Entwicklung im Interview lassen die Interpretation zu, dass der Experte durchaus weiß, dass längere Beratungsprozesse noch andere Phasen beinhalten und ergänzende Fähigkeiten erforderlich machen, um Pflegebedürftige und deren Angehörige durch die erwartbaren weiteren Grenzsituationen, die Pflegebedürftigkeit mit sich bringt, zu begleiten.

¹¹⁰ Das Modellprojekt Familiäre Pflege setzt aber genau bei diesen Gelegenheiten an. Das Krankenhaus wird als Schlüsselposition verstanden, dass dort oft, wie im geschilderten Fall, erstmals Pflegesituationen für Angehörige auftreten.

Die geschilderte Ad-hoc-Beratung bzw. Anleitung adressiert einen pflegenden Ehemann in einer Krise und bezieht sich ganz konkret auf die Aufklärung über die Funktionen des durch den Schlaganfall geschädigten Körpers seiner Frau. Der Experte leitete seine Erzählung mit einer Arbeitsplatzbeschreibung ein, die sich durchaus auch mit einem technischen Handwerksbetrieb, der sich auf spezielle Maschinen konzentriert hat, vergleichen lässt:

Eisblau Zeile 19 – 23: „Ich bin ja in einem Bereich, wo es mit viel mit Schlaganfällen und Hirnblutungen ist und wo dann Gliedmaßen ausfallen und Sprache ausfällt, Ressourcen einfach schlechter werden (.) und ähm da versuche ich halt gemeinsam mit den Verwandten erstmal rauszufinden, was noch ganz gut funktioniert und versuche daraufhin aufzubauen [...]“

In dieser eher technischen Sprache schildert er auch die Abläufe seiner Anleitung:

Zeile: 33 – 36 [...] und da kann ich ansetzen und den Verwandten zeigen, wie sie die stärker betroffenen Gliedmaßen eben entsprechend untersuchen und durchbewegen können. Untersuchen bedeutet nichts anderes als die in die HAND zu nehmen und auf die Reaktion der Patienten zu achten, sprich sie in der (.) äh in den Gelenken in der Funktionshaltung jeweils äh äh mal durchzubewegen und zu gucken, wo Grenzen sind, also sprich wo es wehtut, wo Spastiken auftreten, wo sonst irgendwas, was normalerweise nicht ist, auftritt.

Christine Pernlochner-Kügler bezeichnet es als eine Depersonalisierung, wenn Health Professionals sich über eine sehr technische oder organbezogene Sprache distanzieren und darüber eine tiefere Annäherung zur belastenden Situation des Patienten vermeiden (Pernlochner-Kügler 2004: 238 f.). Über diese technische Beschreibung zeigt sich aber auch, dass der Erzähler eine profunde Wissensbasis zum Verständnis der Entwicklung von Krankheitsprozessen in seinem Bereich hat, dass er darüber die möglichen Konsequenzen für die Patient*innen erfasst und in seine Pflege einbinden kann. Zudem gelingt ihm wohl eine spezielle Identifikation mit dem differenzierten Wissen der medizinischen Disziplin Neurologie sowie eine Anpassung an den schnellen Takt des Krankenhauses als Produktionsbetrieb. Ein Meister der Feinmechanik erklärt sein Fachgebiet. Auf der anderen Seite kritisiert er die Zeitarmut und die geringe Zuwendung an etlichen Stellen des Interviews deutlich. Diese Spannung zieht sich durch die gesamte Erzählung (vgl. 6.6.2.). Beratungssituationen stellen für ihn persönlich dann eine mögliche Nische dar, in der er seine Pflegekunst, die er außer der Reihe der Tagesroutine vornimmt, anbieten kann. So gelingt es ihm auf diesem Sonderweg durch punktuelle Beratung, im technisch fordernden Krankenhausbetrieb eine sowohl fachkompetente wie soziale und humanitäre Dienstleistung anzubieten.

Eisblau Zeile 51- 63: [ich] zeige den Patienten, wie das funktioniert, zeige denen, wie man die Patienten im Bett nach oben bekommen kann, damit man das Kopfteil auch so einstellen kann, dass die Patienten vernünftig atmen können [...], dass ja eben dann auch durch diese BEWEGUNG die ganze Hirnaktivität soweit gesteigert wird, dass teilweise die Leute, die vorher gar nichts gesagt haben, plötzlich anfangen zu sprechen, plötzlich essen können und dann freue ich mich an den gemeinsamen Ergebnissen, die wir zusammen erreicht haben, und ich ha/ erlebe halt, dass die Verwandten dann sehr froh sind, dass sie auch

was tun können, dass die Heilung nicht durch Liegen eintritt und von selbst, sondern dass die gefördert werden kann durch AKTIVIERUNG und diese Aktivierungsmaßnahmen, die kann man sehr gut zeigen, und das Ergebnis sehr gut sehen und das sind meine Formen von Beratungsgesprächen, die ich häufig mache, und da habe ich dann auch schon Tränen fließen sehen von Angehörigen, die das gar nicht glauben konnten.“

In der näheren Betrachtung seiner Interaktionen im Fallverlauf, die sprachlich betrachtet im Wesentlichen auf den Körper ausgerichtet sind und handwerklich erscheinen, zeigt sich aber schon, dass sie von Pflegekunst geprägt sind. Seine speziellen Kenntnisse in der neurologischen Pflege bringen dem pflegenden Ehemann neue Entwicklungsmöglichkeiten hin zu einer pflegenden Beziehung und reduzieren seine Angst vor der noch unbekanntem und bedrohlichen Situation. Erst im direkten Umgang mit dem Körper wird es konkret. Der Körper ist in Beziehungen nicht nur sinnlich und ermöglicht Genuss, Spaß und Begierde. Körper sein und haben bedeutet eben auch Krankheit, Leid und Sterben. Diese Erkenntnis tritt mit Wucht auf den Plan, wenn Menschen sich mit dem eigenen kranken Körper oder dem von Angehörigen beschäftigen. Die Kunst, die der Experte dem Ehemann in der geschilderten Pflegeanleitung vermittelt, ist, in gemeinsamen Bewegungen ganz konkret in der neuen Rolle eines pflegenden und therapeutisch wirkenden Ehemannes zu helfen. Die gemeinsame Körperarbeit signalisiert auch eine Form des Zusammenhaltens. Eine intensive Beziehung, die auf eine Fallbegleitung angelegt ist, geht der Pflegefachmann trotz der intimen Situation nicht ein. (mehr dazu siehe Kapitel Phänomen Zeit)

6.6.2.2. Pflegekunst und Beratung – Familien sind Berührungsgemeinschaften

Die erzählte Sequenz von Herrn Eisblau zeigt, wie ein Ehemann durch die fachlich angeleitete Berührung lernt, einen neuen „Kontaktkanal“ zu seiner Partnerin zu eröffnen. Die gewohnte und geübte Kommunikation im Miteinander war durch die schwere Erkrankung zunächst verloren gegangen. Familien sind aber schon vor akuten oder chronischen Krankheitsverläufen „Berührungsgemeinschaften“. Intensive Körperlichkeit, Sexualität, Geburt, Stillen entwickelte die Soziologin Manz (2009) in ihrer Körpersoziologie als Funktionen des Körpers, die üblicherweise im geschützten Raum der Familie vollzogen werden, also privat und nicht öffentlich sind. Familien prägen eigene Umgangsformen und das Familienleben findet täglich auch körperlich statt. Berührungen sind ein elementar wichtiger Bestandteil menschlicher Beziehungen und die gegenseitige Sorge in der Familie wird über Körperkontakt angezeigt und versichert (vgl. Gröning 2016 b: 13 ff.). Schon ab Geburt stellen Erfahrungen über den Körper, Berührungen in der Familie, während Erziehung und Pflege für den Menschen eine entwicklungsbe-

dingte Notwendigkeit dar. Vor allem die Bindungstheorie (vgl. Bowlby, Ainsworth) hebt hervor, dass der Aufbau einer sicheren Bindung und damit die Ausprägung von Mustern, nach denen in Zukunft Beziehungen gestaltet werden, seine Voraussetzungen in der Interaktion mit körperlichen Bedürfnissen findet. Kinder verfügen demnach über Bindungsbedürfnisse, die sich im aktiven Wunsch nach Nähe und Körperkontakt zu ihren ersten direkten Bezugspersonen ausdrücken (vgl. Wolf, Kampert 2017: 294). Nachhaltig sichere Bindung gelingt, wenn Bezugspersonen das Nähe- und Schutzbedürfnis eines Kindes durch einfühlsamen Körper- und Blickkontakt befriedigen und weiteren Bedürfnissen nach Nahrung, kognitiver Anregung und Linderung von Schmerz sensibel begegnen. In der Interaktion zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen wird darüber aktiv Bindung hergestellt und erhalten. So trägt Körperkontakt und die Qualität desselben dazu bei, ein Kind zu beruhigen, ihm Sicherheit zu geben und damit das aktivierte Bindungssystem eines Menschen zu stabilisieren (vgl. Brisch 2009). Silke Gahleitner (2016) spricht davon, dass auf diese Weise „gelingene und weniger gelungene Interaktionen [...] zu einem grundlegenden Organisationsprinzip der gesamten emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung“ werden (Gahleitner 2016: 8). Körperkontakt ist also ein elementares menschliches Bedürfnis. In Fällen, in denen er in der Kindheit missglückt ist, beschädigt durch mangelnde Empathie, durch Gewalt oder erotischen Missbrauch, entstehen Schäden, die sich dauerhaft auf die Beziehungsgestaltung im Erwachsenenalter auswirken. Erfahren Kinder im Umgang mit ihren Bindungspersonen keine Sicherheit und wird ihren Bedürfnissen nicht entsprochen, fällt es ihnen schwerer, gelingende Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Positive Erfahrungen mit Körperkontakt zu anderen Personen sind wichtig für die weitere Entwicklung. Familien sind die Gemeinschaften, in denen Berührung elementar gebraucht und ausgebildet wird. Die Erfahrungen am und mit dem eigenen Körper bilden das Vertrauen aus, mit dem in Zukunft soziale Beziehungen gestaltet werden.

Die Pflegewissenschaft forscht über Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die heilsame Wirkung z. B. der basalen Stimulation, rhythmische Einreibungen, Kinästhetik und begleitende sanfte Berührungen in allen Altersgruppen und Lebensphasen.

In einer Sequenz aus der Fallergählung von Herrn Gelb spielen der Zugang und die besondere pflegfachliche Expertise bezüglich körperlicher Berührung und pflegfachlicher Konzepte zu Berührung auch eine besondere Rolle, die auf den gesamten Beratungsprozess wirkt.

Gelb Zeile 238 – 256: Es gab so einen Schlüsselmoment. Äh ich gehe grundsätzlich rein und das ist eine Selbstverständlichkeit, ich begrüße natürlich auch den Patienten. (.) Ja? So. Und dann frage ich gerade bei äh/ Das Kind war ja in einem wachkomaähnlichen Zustand [...] und das erste, was ich frage „Äh gibt es hier ein äh Begrüßungsritual, haben Sie eine Initial -berührung?“. So, und GANZ oft leider erlebe ich

bei Wachkomapatienten, dass so das viele das gar nicht kennen, gar nicht wissen, was das ist. Und dann fragte sie natürlich „Wie, Initialberührung, was ist das?“ Da habe ich gesagt „Ja, das kommt aus der basalen Stimulation. Das ist so, dass man das so äh äh zum Beispiel (.) nutzen kann, indem man sich einigt auf die linke Schulter und jeder, der in Interaktion tritt mit dem Kind oder mit dem Erwachsenen, ähm berührt einfach automatisch die linke Schulter, weil das ist dann so ein Ritual, was der äh äh Mensch im Wachkoma spürt. Das ist ja äh so eine Berührungsqualität und man hat ja dann ähm äh, (.) wenn sie schon eine Einschränkung des kognitiven Bewusstseins haben, aber sie haben ja ein EMOTIONALES Bewusstsein und dieses emotionale Bewusstsein spricht man mit dieser Initialberührung an. So wie ich es dir jetzt erkläre, habe ich es der Mutter erklärt und das war natürlich sofort auch so ein „Okay, der scheint da irgendwie ein bisschen Erfahrung zu haben“. So. Das war ein bisschen auch der Eisbrecher gewesen.

Die professionelle Beziehungsgestaltung zur pflegenden Mutter bis hin zu einem soliden Arbeitsbündnis beschreibt er im weiteren Verlauf noch als einen zeitintensiven, mehrstufigen Prozess. Anlass für diese von der Sozialversicherung eingeleitete Beratung war eine fragliche Veränderung der Versorgungsform, nachdem die Pflegedienstverhältnisse mehrfach gekündigt wurden. Das sowieso schon schwere „Doing Family“ (Jurczyk 2007) dieser Familie war durch den Auftritt eines Vertreters der Versicherung gefährdet. Der Vertrauensaufbau bei der ihm gegenüber überaus misstrauisch eingestellten Mutter gelang nun nicht durch seine soliden Kenntnisse über Sozialversicherungsleistungen. Der Pflegeberater präsentiert seine pflegfachliche Expertise in der praktischen Pflege, einen speziellen körperlichen Kontakt zum Kind. Der Pflegeberuf wird allgemein am engsten mit intimen Berührungen und Beziehungsgestaltung über Berührung verbunden. Zur Pflegebeziehung gehört im allgemeinen Verständnis die Körpernähe, und der Körperkontakt dient oft als Grundlage zum Aufbau einer Beziehung. Damit erhält Herr Gelb wohl auch das Mandat, das pflegebedürftige Kind zu berühren, obschon er als Pflegeberater mit einem anderen, nicht körperbezogenen Auftrag in die Familie kommt. Über den respektvollen und intensivpflegfachlich geprägten Umgang mit dem Kind weckte er in der geschilderten Sequenz bei der Mutter großes Interesse an seiner Fähigkeit, basalen Kontakt zu dem Kind zu bekommen. Der Pflegeexperte zeigt die Möglichkeit, spezielle körperliche Berührungen z. B. als allgemeine soziale Umgangsform einzuführen, die alle lernen könnten, um mit dem Kind taktvoll in Kontakt zu gehen. Auch für das Kind bieten sich neue Möglichkeiten, mit der Welt in Beziehung zu treten. Die Familie wünscht sich, später ebenfalls die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Familienmitglied über das Konzept der basalen Stimulation zu lernen, und erhält im Fallverlauf Anleitungen vom Pflegeberater. An anderer Stelle zeigt sich auch, dass die späteren basalen Kontakte des pflegebedürftigen Kindes seine Entwicklungschancen bedeutend beeinflussen. Am Ende des Beratungsprozesses wird die überzeugte und zwischenzeitlich erprobte Entscheidung für eine neue, sehr individuelle Versorgungsform getroffen, in welcher nicht nur sichere Versorgung, sondern Entwicklung für die einzelnen Familienmitglieder im Mittelpunkt steht.

Im Gegensatz zur vorherigen Sequenz handelt es sich hier um einen länger verlaufenden Beratungsprozess und eine intensive Beziehungsgestaltung, die auf ein stabiles Vertrauensverhältnis baut. Im guten Arbeitsbündnis mit der Mutter kreiert der Pflegeberater ein individuelles Versorgungssetting, das das Kind aus dem familialen Haushalt in eine überwiegend stationäre Versorgung bringt. Ein Prozess, der sich aufgrund der schweren Pflegebedürftigkeit des Kindes auch als multilokale familiäre Fürsorgebeziehung und Familie als Herstellungsleistung (vgl. Jurczyk 2009) interpretieren lässt. Ohne das profunde Pflegewissen wäre nach den vielen gescheiterten Versorgungsverträgen der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, über das ein intensiver Prozess weiter gestaltet werden konnte, nur schwer gelungen.

6.6.2.3. Nacktheit, Macht und Scham

Pflegefachleute wechseln oder verändern im Rahmen der SGB-XI-Beratungseinsätze ihre Rolle. Sie wechseln von der direkten Pflege, in der sie körpernah pflegen, berühren und auch mit unbedeckten Menschen arbeiten, in eine Beratungsbeziehung, die körperfern angelegt ist und in der sie keine Verantwortung für den eigentlichen Pflegeprozess in der direkten Versorgung tragen. Wie im Fall von Herrn Eisblau verbinden sich zwar im Pflegealltag Pflegehandlungen manchmal mit Ad-hoc-„Beratungen“ und Anleitungen, in den Beratungseinsätzen des SGB XI befinden sie sich jedoch in einem anderen Beratungssetting. Diese Pflegeberatung hat einen anderen Rahmen und andere Rollenanforderungen, die die Pflegeberater*innen immer wieder gut klären müssen. So stellt sich für die Pflegefachleute im Rollenwechsel auch die Frage, wie genau der Körperkontakt in diesen Prozessen anders zu gestalten, anzusprechen und zu regulieren ist, sodass auch in dieser Rolle ein grenzwahrender und Macht reflektierender Umgang gewährleistet ist.

Zum Umgang mit Nacktheit in der Beratung bieten sich einige Sequenzen aus den Stegreiferzählungen an, die hier aufgenommen und auf diese Aspekte näher betrachtet werden sollen, um die soziale Praxis sowie ihre Rollenanforderungen in der Pflegeberatung besser zu erschließen.

Nacktheit

In einer Sequenz erklärt Frau Orange, wie sie bei einem Hausbesuch im Erstkontakt mit einem pflegenden hochaltrigen Ehemann Unterstützungs-, Beratungs- oder Bildungsbedarfe ermittelt und Anschlusstermine vereinbart. Nachdem sie ihrem vagen Auftrag gemäß zunächst versucht, fehlende Hilfsmittel für die Pflege zu ermitteln, aber unerwartet einen technisch gut ausgestatteten Haushalt sowie einen handwerklich besonders versierten pflegenden Angehörigen vorfindet, wechselt sie ins Handlungsfeld Pflegetechniken in der Körperpflege:

Orange: 58 – 68: „Ja, was ist da noch aufgefallen? Ja, dann habe ich mit ihm gesprochen und habe gefragt, was äh (.) was ich ihm denn beibringen könnte, weil es sah alles schon so perfekt aus (lacht). Ich hatte nicht den Eindruck, dass ich da irgendwie noch was beitragen konnte. Und dann hat er gesagt: Ja, er würde seine Frau halt auch selber pflegen, es gäbe keinen Pflegedienst. Und ähm dann habe ich mir das Badezimmer angeschaut. Das Badezimmer war umgebaut, natürlich war es schon umgebaut. Es hatte/ Es war in diesem Altbau war ein/ war die Wanne in der Ecke. Das war wohl eine Sitzwanne, sodass es wenig Platz war, aber eine ebenerdige Dusche eingebaut mit Vorhang und einem Stuhl da drin, kein/ kein Klapp an der Wand, sondern ein normaler Stuhl und dann habe ich äh ihn gefragt, ob wir die Ehefrau mal zusammen duschen könnten oder Interesse hätte, dass ich dabei mal zuschaue. Dann haben wir dafür einen Termin gemacht und dann bin ich dann wieder hin und jetzt kommt die tolle Geschichte, die Pflegegeschichte (lacht leicht)“

Sie schildert dann ausführlich, wie der Mann die Körperpflege seiner Frau durchführt, die sie beobachtet, und an der einen oder anderen Stelle um ein schützendes Handtuch ergänzt oder für weniger „unbekleidete Zeit“ vor den Augen der fremden Pflegeberaterin sorgt. Während die Erzählerin über die bis ins Kleinste ausgearbeiteten, eher pragmatischen Handgriffe in einer dennoch insgesamt liebevoll durchgeführten Körperpflege staunt, scheint ihr der Vorschlag dem Ehemann gegenüber, direkt mit einer komplett entkleideten Duschsituation als Lerneinheit einzusteigen, als etwas völlig Selbstverständliches:

Orange Zeile 163 – 167 :

I: „Wie sind Sie darauf gekommen, ihm die Duschsituation vorzuschlagen?“

B: „Wegen der Pflege, weil es ging ja um die Pflege und er hat ja keinen Pflegedienst (.) und ich wollte mal gucken, wie er die Körperpflege macht und weil ich das Badezimmer ähm/ (...) Ja, ich weiß nicht warum. Wahrscheinlich wegen der Körperpflege.“

Die Aufregung, die sie durchaus während der Waschung der Frau durch ihren Ehemann wahrnimmt, interpretiert sie als Nervosität bzw. als die Sorge des Mannes, in der Präsentation der Körperpflege seiner Frau etwas falsch zu machen. Ohne Zweifel befindet sich der Mann ja auch in einer Prüfsituation, wie die Pflegetrainerin auch erkennt und anspricht.

Der Umgang mit Scham wird in der Erzählung aber mit handwerklichen Beschreibungen umgangen bzw. nur leise thematisiert. Die besondere Verletzungsoffenheit des nackten Menschen und die damit einhergehende Körperscham¹¹¹ haben in der Soziologie prominent Georg Simmel und Sighard Neckel entwickelt. Katharina Gröning hat diese Erkenntnisse auf das Handlungsfeld der Pflege übertragen, erweitert und untersuchte Schamdynamiken besonders bei hochaltrigen und damit in mehrfacher Hinsicht verletzlichen Menschen.

Orange Zeile 149-154: „Aber was halt äh (.) bemerkenswert war, dass er für jeden Handgriff alles sich so gut überlegt hatte und so gut durchdacht hatte, dass man da wirklich äh bis auf die Kleinigkeiten, die ich da so ähm gesagt habe, die in dem Moment jetzt nicht/ nicht in Ordnung war, weil die so nackt und nass da saß, konnte ich da auch nur mit/ mit/ mit guten Ideen auch nach Hause gehen. Es war ja nicht so, dass

¹¹¹ In der Schamforschung wird die Körperscham von der Seelenscham und der sozialen Scham unterschieden (Gröning 2014).

ICH ihm was beibringen konnte. Ich habe/ Ich habe/ Ich war ja nur da und habe geschaut und habe ähm gestaunt. Ich habe gestaunt, wie Mann/ wie Mann mit zwei Frauen (lacht) duscht.“

Es stellt selbstverständlich eine ungewöhnlich intime Situation dar, einen Ehemann dabei zu beobachten, wie er seine vollständig entkleidete Frau wäscht. Auch aus ihrer Perspektive erlebt die Pflegefachfrau ihre Rolle als etwas irritiert und unsicher, denn weder pflegt sie selbst noch kann sie Anleitungsbedarf bezogen auf die präsentierte Körperpflege entdecken. Die Scham, mit der die Szene dennoch besetzt ist, klingt nur über das Lachen und die ironische Zuspitzung auf eine vermeintlich doch irgendwie ungehörige Konstellation an, mit der sie ihr Unwohlsein in die Erzählung transportiert. Schließlich gestaltet sie die Szene um und nutzt sie als Möglichkeit der Anerkennung der pflegerischen Leistung des Ehemannes.

Ihr Vorschlag, gerade diese sehr intime Alltagsszene gemeinsam anzusehen, rührte vermutlich daher, weil sie hier ausgewiesene Pflegeexpertise hat, im Gegensatz zu der im Haus vorgefundenen ausgefeilten Technik. Zudem handelt es sich um *die* typische Pflegehandlung, deren Übernahme in der Regel von einem Pflegedienst vorgeschlagen wird, wenn es darum geht, pflegende Angehörige zu entlasten.

Es ist jedoch bekannt, dass gerade in der Ehepartnerpflege lange vermieden wird, die Körperpflege in die Hände von Dienstleistern zu geben. In dieser Handlung drücken sich Intimität und Beziehungsqualität aus (vgl. Heusinger, Klünder 2018: 244). Gerade während der detailreichen Beschreibung der Duschszene schiebt die Erzählerin ein, dass der Ehemann betont, die Pflege nicht als Belastung zu erleben. Offenbar gelingt es ihr in der intimen Situation, die sie als Anleitungssequenz ausgewählt hat, die Würde der Anwesenden zu wahren. Entwürdigend wäre die Szene sicherlich dann geraten, wenn die Pflegehandlung und die Beobachtung der nackten Frau beziehungslos durchgeführt und die Pflegebedürftige somit als Objekt behandelt worden wäre. Die Pflegeberaterin sorgt für Achtung und Schutz, indem sie nicht nur zuschaut, sondern aktiv teilnimmt, indem sie u. a. Handtücher zur Umhüllung der Blöße verwendet und sich taktvoll, wertschätzend verhält. Bei dem Ehemann kommt die Anerkennung der Pflegeberaterin offenbar an, denn danach werden tatsächlich weitere Termine zu Alltagspflegeszenen vereinbart. Am Ende mehrerer Einsätze wird der pflegende Ehemann nach den Lerneffekten der Einheiten gefragt und nennt, für die Pflgetrainerin überraschend, das Umlegen des Handtuchs in der ersten Duschszene.

Wie sehr die pflegerische Dienstleistung „Ganzkörperwaschung“ in die Gestaltung von Ehebeziehungen eingreift, illustriert diese Beschreibung der „tollen Pflegegeschichte“, wie die Pflgetrainerin ihre Erzählung einleitend bezeichnet. Wird sie jedoch ausschließlich als Arbeit und

potenzielle Belastung verstanden, schrumpft sie zur körperlichen „Verrichtung“. Im Rahmen einer Pflegeberatung lässt sich Körperpflege mit einer solch reduzierten Deutung sicherlich leichter und weniger beteiligt in die Hände von Dienstleistern empfehlen.

Frau Grün beschreibt in ihrer Fallbegleitung ebenfalls eindrücklich, wie bedeutend der Schutz der Intimität gerade in der Ehepartnerpflege sein kann. Obschon das frisch vermählte Ehepaar, das sie begleitet, sich auf den Sterbeprozess des Mannes einstellt und so um den gegenseitigen Abschied weiß, soll keine Dienstleistung die Körperpflege übernehmen. Das Paar sieht darin keine Ent-, sondern eine Belastung der Beziehung:

Grün Zeile 160 – 172 : Sie wollte KEINE externe ähm Pflege, also keinen ambulanten Pflegedienst dhaben, weil sie gesagt hat, (.) wir sind erst/ So, ne, immer dieses wir sind erst so kurz zusammen und ich will nicht, dass mein Mann/ Der wird hier im Krankenhaus schon von fremden Leuten gewaschen und im Intimbereich gepflegt und dann soll ich zu Hause dann auch Schwester XY dann und morgen den haben? So, also sie hatte sich dazu entschieden, nein, keinen ambulanten Pflegedienst, ähm ich mache das ALLEINE, [...] ich mache das, wenn ich weiß, wie das GEHT. Sie war eine Person, die sich bei YouTube dann Videos angeguckt hat (lacht leicht), wie man zum Beispiel digital ausräumt¹¹². Da war ich/ Da ist mir die Kinnlade runtergefallen, weil ich gedacht habe, krass, ich glaube, ich habe noch nie Angehörige gehabt (lacht sehr leicht), die sich mit dem Thema auseinandersetzt, weil sie ja jetzt wusste, mein Mann ist querschnittsgelähmt, er kann keine Verdauung mehr MACHEN. So, sie hatte im Krankenhaus mitgekriegt, wie die Krankenschwestern das gemacht haben. JA, dann sie sich gesagt, so schwer kann das nicht sein, da hat sie sich Videos angeguckt (lacht sehr leicht) und ähm war halt da total (.) abgeklärt und für sie war klar, ich muss diese Aufgabe übernehmen und ich mache das.

Frau Grün kämpft an vielen Stellen in der Erzählung, stellvertretend für das Paar, darum, den Schutz der Intimsphäre aufrechtzuerhalten, weil diese es dringend für sich wünschen. So werden auch gemeinsam YouTube-Tutorials zum Thema „Stuhlentleerung“ angesehen und der folgende Transfer in die Praxis, auf die eigentliche Anleitungssituation, wird rein mündlich akzeptiert. So wird gewährleistet, dass das schambelastete Ausräumen des Stuhlgangs mit den Fingern aus dem Darm des Ehemannes nicht von Fremden, auch nicht von der Expertin, direkt begleitet wird. Der Genitalbereich ist bei Menschen mit einem besonderen Berührungstabus versehen, verletzlich, und selbst der Blick darauf ist in der Regel nur Intimpartner*innen erlaubt.

Der Fallverlauf von Frau Rot wiederum zeigt, dass eine lang geführte Ehe nicht unbedingt bedeutet, dass sich die Ehepartner untereinander körperliche Intimität wünschen.

Rot Zeile 80 – 84 : „Und (.) dann war es auch klar, dass der Pflegedienst hinzugezogen werden sollte, weil sie ja eine emotional/ also nicht/ keinen emotionalen Zugang zu ihrem Mann hatte (.) und er es jetzt gewohnt war, durch das Krankenhaus ja auch, dass andere Personen bei ihm tätig wurden, so, damit gerade dieses Nahe dann schon mal abge/ abgedefert war, wo sie ja Schwierigkeiten mit hatte.“

¹¹² Unter der digitalen Ausräumung versteht man die manuelle Entfernung (Ausräumung) von Stuhl aus dem Rektum und/oder Mastdarm mithilfe eines Fingers oder mehrerer Finger.

Der hohe soziale und familiäre Druck auf die Ehefrau, pflichtgemäß die Rolle der pflegenden Angehörigen unbedingt und übergangslos zu übernehmen, wird in dieser Stegreiferzählung deutlich mit erzählt. In diesem quasi erzwungenen Pflegearrangement ist, trotz ambivalenter Bemühungen der Ehefrau und immer dichter Begleitung der Pflegeberaterin, keine Sicherheit für den Pflegebedürftigen zu erreichen. Er gerät schließlich in eine lebensbedrohliche Lage. Erst nachdem die Pflegeberaterin die akute vitale Bedrohung erkannt hat und den Rettungswagen ruft, werden in der Familie Überlegungen über ein neues Pflegearrangement möglich.

Zu einem lebensweltlichen Verstehen in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit und um tragfähige und erträgliche Pflegearrangements gestalten zu können, gehört das Wissen über die Bedeutung der körperlichen Zuwendung für Familien. Teilweise lässt sich diese nur über den biografischen Kontext verstehen. Wichtig ist dabei auch die Differenzierung von Pflegeverhältnissen zwischen Paaren, Kindern oder anderen Angehörigen, deren Bedürfnisse sich je unterscheiden. Denn Lebensthemen verändern sich in verschiedenen Altern. In einem guten Arbeitsbündnis und mit der entsprechenden Expertise kann oder muss die Pflegeberatung auch mal in die direkte Körperpflege eingebunden werden.

Macht und Scham

Ein reflektierter Umgang mit nackten Körpern und deren besonderer Verletzlichkeit bedeutet, das Bedürfnis nach Schutz in der Pflegeberatung wahrzunehmen. Über Foucaults historische Rekonstruktion (vgl. Kap. 2) wird sichtbar, dass Macht schon immer zuerst auf den Körper zielt bzw. in vielerlei Hinsicht mit der Disziplinierung der Körper beginnt. Gröning et al. (2016b) beziehen den Umgang mit strukturellen Machtpraktiken auf den nackten Körper und stellen diesen dann den Schutz durch den Vollzug von Pflegehandlungen gegenüber:

„Symbol des verletzungsoffenen Körpers ist die Nacktheit, auch deshalb hat Goffman (1973, in Gröning 2014) darauf hingewiesen, dass sie so zentral zum Aufnahme ritual in totalen Institutionen gehört. Sich nackt ausziehen zu müssen, die Untersuchung der Körperöffnungen konfrontiert mit der eigenen Verletzungsoffenheit und löst Regressionen und Angst aus. Umgekehrt wird der Schutz vor Verletzung des menschlichen Körpers durch die Pflege vollzogen. Sich zu kleiden, zu essen, gewärmt zu sein, hygienische Verrichtungen zu absolvieren, sich zu bewegen, alles, was zur Pflege gehört, macht den Körper weniger verletzlich und stellt Gesundheit her.“ (Gröning et al. 2016b: 17)

Ein Kontrast zur schützenden Handlung in Gegenwart von Nacktheit, wie das Handtuchbeispiel zeigte, kann der Erzählung von Frau Sepia entnommen werden. Die Sequenz der Pflegebegutachtung enthält die Forderung der wiederholten völligen Entkleidung der Pflegebedürftigen und symbolisiert damit die tiefe Verletzung, die der gesamten Situation innewohnt. Frau Sepia zeigt

im Fallverlauf, dass Pflegeberatung auf dem Boden des Sozialrechts auch noch zu weiterem Schutz fähig sein muss, als es die fachliche, körperbezogene Pflegekunst alleine es vermag.

Das Verfahren der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse wird von speziell dafür fortgebildeten Pflegefachleuten durchgeführt. Immer wieder kritisieren Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, besonders bis zum Wechsel des Verfahrens 2017, dass dieses Begutachtungsverfahren in der Grundstruktur entwürdigend angelegt sei (vgl. z. B. Bienstein 2017: 16; Mischke, Meyer 2008: 34). Während der Begutachtung müssen immer wieder peinliche „Schwächen“ differenziert beschrieben werden, die niemand öffentlich thematisieren will. Als Beispiel sei die schambelastete Inkontinenz und deren Auswirkungen und individuelles Management im Alltag genannt. Da das Verfahren viele Defizite benennt und dabei wenig Leistungen anerkennt, wird die Struktur als entwertend verstanden. Frau Sepia unterstreicht in ihrem Fall aber nicht die prägende Grundstruktur, sondern deckt die mächtige und vereinzelt missbräuchliche Vorgehensweise der Gutachter*innen auf.

Sepia Zeile 95 – 103: Ähm (.) im Vorfeld (.) war mir aufgefallen in dem Gespräch mit der gesamten Familie, ähm dass die Rückmeldung kam „Wir würden uns wünschen, es würden nicht permanent fremde Leute ins Haus kommen“, bei denen man sich immer ausziehen muss oder irgendwelche Aktionen machen muss, wenn es eine neue Matratze geben muss oder wenn ein Hilfsmittel äh angeschafft werden muss, dass irgendwie es damit einhergeht, dass es immer darum geht, die ähm pflegebedürftige Mutter vollständig zu entkleiden, weil die Tochter mir sagte, sie empfinde das mittlerweile als derart würdelos, dass sie diesen Weg irgendwie nicht mehr MITgehen wollte. Somit hatten wir gedacht im Vorfeld, ähm (räuspert sich) da auf einen guten Weg zu kommen, um das hinzubekommen und äh hatten den Antrag gestellt, ähm (.) äh auf eine neue Pflegebegutachtung bezüglich eines Höhergruppierungsantrages.

Dem Verzicht auf Mittel, die für die Pflege grundlegend sind, um sich ein entwürdigendes Verfahren zu ersparen, stellt sie gute Vorbereitung und Begleitung entgegen. Ihr verabredetes Ziel, entweder ein Gutachten zu formulieren, das die erneute vorbelastete Begutachtung vor Ort vermeidet, oder aber die Familie so gut vorzubereiten und aufzuklären, dass sie sich selbstbewusst dem Verfahren stellen könnte, scheitert jedoch. Die Ratsuchenden wurden mit einem mächtigen und aggressiven Vorgehen des MDK-Mitarbeiters konfrontiert. Auch die Anwesenheit einer weiteren Pflegefachfrau reichte als Schutz in dem Fall nicht aus:

Sepia Zeile 113 – 131: „[die Ratsuchende hat] vollkommen verzweifelt [...] am Telefon erzählt, (.) wie grauenvoll ähm die Begutachtung gewesen wäre, wie würdelos und wie verachtend sie behandelt worden ist von demjenigen, der vor Ort zu der Begutachtung kam, ähm mit den Worten „Was wollen Sie eigentlich alles? Wollen Sie das System noch mehr schröpfen? Sie kriegen schon Pflegegrad 4, mehr steht Ihnen überhaupt nicht zu. Was glauben Sie eigentlich, warum Sie sich hier ähm sozusagen auf diese Höhergruppierung beworben haben?“. Ähm es wurde dem pflegebedürftigen EHEMANN, der mit im Raum war, über den Mund gefahren, er solle den Mund halten, er könne überhaupt nichts dazu beitragen ähm zu der Begutachtung, er wäre selbst hilfebedürftig. Ähm die Patientin SELBST, die begutachtet werden sollte, die äh pflegebedürftige ältere Dame, 86 Jahre, die ja in der Kurzzeitpflege böse gestürzt war und sich eine Rippenfraktur zugezogen hatte, wurde GENÖTIGT, ähm äh Bewegungsübungen zu machen, die sie vor Schmerzen kaum aushalten konnte, und ähm die pflegende Angehörige sagte zu mir am Telefon „Ich habe

mich nicht getraut, (...) die Gutachterin rauszuschmeißen aus meiner äh aus meinen ähm sozusagen vier Wänden, obwohl ich mir NICHTS anderes gewünscht hätte“. Im Beisein war eine Pflegekraft und jemand vom ambulanten Pflegedienst, die auch während dieser Begutachtung vollkommen sprachlos waren über das, was da passierte, aber keiner war dergestalt eingeschritten.

Die ganze Szene wirkt beschämend. Das Pflegearrangement der Familie ist von den Leistungen der Versicherung abhängig, über die – wie es ihnen scheint – die beauftragte Gutachterin alleine zu urteilen hat. Die Funktion so zu vermitteln macht die MDK-Mitarbeiterin in der Situation mächtig und sie definiert in der Szene, wie die zu begutachtende Person anzusehen ist. Während sich die oben beschriebene Körperscham über die Nacktheit auf die Naturhaftigkeit und Verletzungsoffenheit des menschlichen Körpers bezieht und Angst erzeugt, gesellt sich hier noch die soziale Scham dazu, die sich auf die Degradierung der Personen konzentriert. Ihnen wird auf der sozialen Ebene Unmäßigkeit in den Forderungen an die PV vorgeworfen. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erfahren eine massive Zurückweisung ihrer dringenden Anliegen und damit verbunden das Gefühl von Minderwertigkeit. Verstärkt wird die Entwertung dadurch, dass der Beitrag des Ehemannes aufgrund seiner eigenen Pflegebedürftigkeit kein Gewicht erhält.

Georg Simmel (1901/1986) hebt in den verschiedenen Formen der Scham den besonderen Körperbezug hervor, der vor allem unter dem Blick der Öffentlichkeit zum Tragen kommt. Das eigene Ich wird in der Aufmerksamkeit anderer negativ hervorgehoben (vgl. Simmel 1986: 141, in Gröning 2014) und so entwickelt sich Schamgefühl in der Person. Der nackte, der schwache Körper, der von Falten und Makeln gezeichnet ist, kann laut Simmels Schamanalyse gesellschaftlich nicht zum Träger von hohem Status oder Prestige werden. Nackt repräsentiert der Mensch seine unzivilisierte Seite, etwas Niedriges, die Natur und das Vergängliche. Die Scham, sowohl die Körperscham wie die soziale Scham, vermittelt dem Ich, dass quasi mit der gesamten Person etwas nicht in Ordnung ist.

Zur Wiederherstellung der Würde nimmt die Pflegeberaterin Sepia eine intensive vertrauensvolle und durchgängig haltende Beziehung mit der Ratsuchenden auf. Sie führt die Ratsuchenden mit Unterstützung eines Sozialrechtsanwaltes durch ein zähes Rechtsverfahren, in dessen Verlauf die Familie allerdings erstmal noch weitere Entwertung erfährt. Ihr Anliegen wird ignoriert und das Verfahren verschleppt. Die Pflegeberaterin steht an der Seite der Familie und begleitet sie durch den gesamten Prozess, obschon die Ratsuchenden sich aus Sorge vor weiteren Diskreditierungen zunächst lieber zurückgezogen hätten, wie Frau Sepia erklärt:

Sepia: 289 – 291: „Ich ZIEHE jetzt lieber sozusagen den Schwanz ein, bevor es noch mehr Schelte gibt. Und äh das durchzuhalten und zu sagen „Nein, das machen wir jetzt nicht, wir machen uns an der Stelle jetzt groß und wir gehen dem Recht nach, was uns zusteht“, hat viel, viel Kraft gekostet.“

Zur Unterstützung setzt die Pflegeberaterin viel Zeit und persönliches Engagement ein:

Sepia Zeile 296 – 306 [...] wir haben bestimmt sozusagen dreimal die Woche Mails hin- und hergeschrieben, dann haben wir telefoniert, dann bin ich in ähm sozusagen äh gewissen Abständen immer zu Hause vorbeigefahren und habe geguckt sozusagen, was passiert. Mittlerweile hatte der Ehemann schon gesagt „Ach Gott, äh da kommt Frau [Sepia] wieder, Gott sei Dank, äh dann geht es erstmal wieder für drei Tage hier einigermaßen gut, dann kann ich meine Frau irgendwie ein bisschen wieder aufbauen und die findet wie/ findet wieder am normalen Leben statt“ und äh an Weihnachten sagte sie mir „Mein Mann sagt jeden Tag zu mir ‚Wenn es dir schlecht geht, ruf Frau [Sepia] an, die ist die einzige, die dich wieder irgendwie rumreißen kann‘“ und das fand ich eine schön/ wirklich eine sehr schöne Rückmeldung und wir haben wirklich Hand in Hand gekämpft bis zum Schluss und es ist ja Gott sei Dank erfolgreich gewesen und sie hat gesagt, sie hätte es alleine nicht durchgestanden, weil sie einfach ähm sozusagen sie hätte es nicht kompensieren können mehr.“

Die Familie erhält nach langer Zeit sowohl Recht als auch ihre Leistungen für die hochaufwendige Pflege zugesprochen. Danach erst konnten sie ein angemessenes, alle entlastendes Pflegearrangement samt Tagespflege installieren. Zur Herstellung der Würde trugen nicht nur die schützende Beziehung und die gerichtliche Bestätigung ihrer berechtigt gestellten Anträge bei, sondern auch der erneute Besuch eines MDK-Gutachters, der das Vorgehen der Vorgängerin in gewisser Weise öffentlich als falsch und unüblich bestätigt. Die Familienwürde, so könnte man sagen, wurde somit auch vor der Behörde, die sie beschädigt hat, wiederhergestellt. Die intensive Begleitung und der Kampf gegen Entwertung und Aggression auf dem Boden des Sozialrechts hat die Familie gesellschaftlich wieder rehabilitiert.

Scham und Inkontinenz

Fasst man den Körperbezug auf Nacktheit und Naturkörper (Simmel 1986) weiter, bezieht er sich auch auf den Umgang mit Ausscheidungen. Der Naturkörper ist nicht nur verletzlich, sondern auch unvollkommen und konfrontiert auch mit kulturell als unrein geltenden Organen wie die Geschlechtsorgane, Ausscheidungsorgane wie auch mit deren Ausscheidungen (vgl. Gröning 2014).

Eine Sequenz aus dem Interview mit Frau Gold bietet einen guten Einblick, wie nah Scham- und Schuldgefühle beim Thema Inkontinenz beieinanderliegen. Deswegen hat der kompetente Umgang mit Ausscheidungen eine ganz zentrale Bedeutung für die Gestaltung der familialen Pflege. In diesem Beispiel bringt das versteckte mangelhafte Inkontinenzmanagement die Schamdynamik innerhalb der Familie in Gang und somit eine dramatische Beschleunigung in die Veränderung des Pflegearrangements.

Es gehört zur pflegefachlichen Ausbildung, alle Sinne für die Pflegeanamnese zu nutzen. So wird der von der Pflegeberaterin Gold wahrgenommene Uringeruch in der Wohnung auch zum Gegenstand des Beratungsgesprächs und bringt eine entscheidende Wendung in den Verlauf:

Gold Zeile 75 – 86: „ ähm ich merkte dann auf dem Weg zur Toilette einen unangenehmen (.) Geruch, der auf einen (.) Uringeruch hindeutete, und ähm bin dann zurückgekommen und habe ihn nochmal daraufhin angesprochen, wie denn die Situation in der Nacht aussieht und ähm ob es denn weitere pflegerische Probleme (.) äh gibt bei seiner Frau und dann ist er (.) förmlich zusammengebrochen, (.) hat sehr viel geweint und hat dann eben gesagt, die Nacht wäre ganz, ganz schlimm, die Frau würde (.) völlig inkontinent sein - er hat es natürlich mit seinen Worten ausgedrückt; es ist jetzt mein Wortlaut - und würde eben tatsächlich in die Ecken urinieren (.) und er wäre eigentlich die ganze Nacht nur damit beschäftigt, alle Pfützen (.) wieder aufzuputzen (.) und ähm ihr hinterherzuräumen und der Tag wäre dann etwas RUHIGER, aber auch nicht jeder Tag wäre dann so, dass er sich ein bisschen erholen könnte und am meisten macht ihm eben zu schaffen, dass er überhaupt nirgendwo mehr hinkann und auch ähm keinen Arzt und (.) keinen Urlaub und keine Reha aufsuchen kann. Er wünscht sich eigentlich mal, dass er selber auch in die Reha kann, um für sich selber was zu tun.“

Die Pflegeberaterin und erfahrene Demenzexpertin erkennt sie vor Ort eine intensive, womöglich schwere Pflegesituation für den pflegenden Ehemann, die er bisher allerdings nach außen noch nicht geöffnet hat. Vorherige Qualitätsbesuche beschreiben bisher keinen zusätzlichen Bedarf an Dienstleistungen. Als Expertin kann sie den hohen Aufwand einschätzen und sucht im Gespräch Ansätze, um Unterstützung und Entlastung anbieten zu können.

Gold Zeile 98 – 108 : „Na ja, eigentlich (.) mehr aus meiner persönlichen Erfahrung, dass eben gerade Inkontinenzprobleme auch überwiegend in der Nacht problematisch sein könnten. Ähm (.) und eben, das war vielleicht auch einfach intuitiv. Ich habe keine Ahnung. Also ich glaube, (.) aufgrund dessen, dass ich dann durch die Wohnung gegangen bin und eben gemerkt habe, mein erster Eindruck von der ordentlichen Wohnung hat dann sich ein bisschen verändert und dieser sehr extreme Uringeruch ähm sich dann doch (.) gezeigt hat, habe ich gedacht, irgendwo muss da tatsächlich noch was anderes sein. Und das war auch das, was der Mann dann bestätigt hat. Also es war Erfahrung, möchte ich mal sagen, im Umgang mit Menschen mit Demenz gerade in der Nacht, ähm aber eben auch ähm die/ die/ meine Beobachtung, die ich dann halt in der Wohnung (.) getätigt habe.“

Die Expertin zeigt keine Ablehnung bei dem Geruch der Ausscheidungen, sondern kann ihr vertrauensvolles Gespräch mit dem Ehemann weiterführen, der sich ihr, in dieser Weise angenommen, anvertrauen kann. Die Pflegeberaterin weiß, dass solche Lagen besser gesteuert und entlastet werden können, und rät im nächsten Schritt, die Familie dazuzuholen. Die Familie reagiert schnell, allerdings anders als von ihr erwartet.

Laut Neckel liegen die Gefühle Scham und Schuld nah beieinander, er bezeichnet Scham und Schuld auch als die beiden „psychischen Wachposten der Person“ (Neckel 1993: 249). Während das Gefühl von Schuld sich bei einem Normbruch einstelle, ist das tiefe Empfinden von Scham die Vorstellung darüber, dass andere von dem Normbruch Kenntnis haben, deren Bewertung anschließend auf das eigene Selbst zielt und nicht etwa lediglich auf die Handlung, die den Normbruch herbeigeführt hat.

„Schuld ist das Gefühl, durch eigenes Handeln die Verletzung einer Norm verantwortet zu haben; Scham jenes, in seiner Integrität beschädigt zu sein. Schuld entsteht in der Übertretung von Verboten, Scham im Verfehlen eigener Ideale“ (Neckel 1993: 249).

Es ist also nicht das schlechte Gewissen, sondern die „soziale Angst“, die in erster Linie aus der Entdeckung durch andere resultiert, wenn der Bruch von sozialen Normen und Konventionen gewahr wird. Der Ehemann schämt sich für den „Zivilisationsbruch“ seiner Frau und versteckt die degradierenden Zeichen. Damit handelt er aktiv und fühlt sich im Sinne Neckelschuldig. Es ist also kein Zufall, dass die Erzählerin kurz vor der Offenbarung der Inkontinenz davon berichtet, dass der Ehemann die vielen sprachlichen, also intellektuellen Fähigkeiten erwähnt, welche die Frau vor dem Verlust der sozialen Integrität noch hatte.

Die Pflegeberaterin erkennt zwar die Scham, konzentriert sich im weiten Verlauf aber aufgrund der körperlichen Verfassung des pflegenden Ehemannes auf Entlastung und sieht hier die Kinder als Ressource. Sie rechnet mit familialer Loyalität. Die überschnelle Reaktion der Kinder, die Mutter ohne Mitsprache des Vaters schnell und endgültig in einer dauerhaften stationären Einrichtung unterzubringen, wird von ihr deswegen latent als illoyales Verhalten gedeutet. In dieser Perspektive sieht die Beraterin wenig Ansatzpunkte für die Pflegeberatung, um Veränderung zu bewirken.

Sieht man in der Reaktion der Kinder jedoch eine Schamabwehr wirken, wäre die schnelle distanzierte, ja fast aggressive Aktion, die die Trennung der Eltern bedeutet, eventuell die affektive Antwort auf das unerträgliche Gefühl, bloßgestellt zu werden. Dass die Mutter in die Wohnung uriniert, der Vater als Mittäter und gleichsam Opfer die Verschmutzung versteckt, könnte die Familie durch entehren. Es ist eine unwürdige Situation. Der Geruch in der Wohnung, in der auch die Enkel und die Nachbarin verkehren, wird von einer Fremden, die im Auftrag einer Behörde erscheint, aufgedeckt, öffentlich gemacht. Konsequentes Handeln und Vernunft ist angezeigt, um die Sache wieder in Ordnung zu bringen. Schließlich ist es allen einsichtig: Es geht um die Gesundheit des Vaters, um eine saubere, langfristige Lösung. Das ist die Ebene, auf der man sich auch mit der Pflegeberaterin treffen kann. Inkontinenz ist weiterhin einer der führenden Anlässe für eine Heimübersiedlung im Alter.

Mit einer schamsensiblen Deutung der Lage hätte die Beraterin womöglich die Gelegenheit gehabt, dem Vater in Gegenwart der Familie eine Art symbolische Anerkennung als Gegengewicht zur Scham (vgl. Bauer, Gröning 2001: 103) anzubieten, und damit eventuell die Möglichkeit der Entschleunigung der überschnellen Entscheidung. Dann hätte in der Pflegeberatung auch das kompetente Inkontinenzmanagement thematisiert werden können – und damit vielleicht auch die nächtliche Betreuung durch die Familie.

Zusammenfassung Phänomen Körperbezogenheit

Die Gestaltung von Körperkontakten in der Pflegeberatung ist in keiner Weise simpel. Die Stegreiferzählungen zeigen die spezielle Körperbezogenheit der Pflegeberatung bei Pflegebedürftigkeit, die sie von anderen Beratungsformaten unterscheidet. Da Berührungen elementare Bedeutung für das (Wohl-)Befinden sowohl von Pflegebedürftigen als auch von pflegenden Angehörigen haben, sind sie selbst Gegenstand von Pflegeberatung und setzen Expertenwissen voraus. Der körperbezogene, pflegende Umgang ist explizit eine pflegfachliche Kunst, die in der Pflegeberatungspraxis die Grundlage für den Aufbau von Vertrauensbeziehungen und neuen Formen der Kommunikation sein kann. Die Aspekte Verletzlichkeit, Macht, Geschlecht, Alter und Migration sind dabei sorgfältig zu betrachten. Sowohl Praktiken der Macht, aber auch Abwehrmechanismen sind bisher in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit zu wenig beleuchtet.

Ursula Koch-Straube (2008) hat aufgrund der besonderen Körperbezogenheit in der Beratung durch professionell Pflegende einen leiborientierten Ansatz für die Beratung in der Pflege entwickelt. Auf der Grundlage der Leibtheorie sollte die Dualität von Körper und psychosozialen Anliegen in einem Menschen möglichst aufgelöst werden. In einer ihrer Arbeiten stellt sie die unterschiedlichen Ansatzpunkte von Pflegefachleuten und Sozialarbeiterinnen vor, die beide im Kontext Krankheit und Gesundheit in den psychosozialen Situationen ihren Ratsuchenden begegnen. Ihrer Analyse nach gehen die Pflege und die soziale Arbeit die Interaktion mit dem Menschen, der Unterstützung bedarf, von zwei unterschiedlichen Seiten an, mit dem Ergebnis, die jeweils andere Seite auszublenden. Koch-Straube fragt, ob

„diese Unterscheidung nur der kartesischen Trennung von Körper, Geist und Seele entspringt, oder ob wir Menschen grundsätzlich überfordert sind, den Menschen anders als in getrennten Dimensionen wahrnehmen zu können und sie dann mit Mühe zusammendenken und zu fühlen versuchen“ (Koch-Straube 2008: 88).

Uzarewicz und Uzarewicz (2005) haben in ihren Arbeiten zur Leibphänomenologie herausgearbeitet, dass das „Denken des Leibes“ für die Pflege ein zentrales Thema ist, und Moers und Uzarewicz (2012) sind der Ansicht, dass die Leibphänomenologie womöglich dabei helfen könnte, ihr Handlungsfeld theoretisch und anthropologisch grundlegend in diesem Rahmen zu beschreiben. Hülsken-Giesler möchte „Mimesis“ als Umschreibung für einen leibbezogenen Zugangsweg der Pflegepraxis theoretisch rekonstruieren (vgl. Hülsken-Giesler 2008: 80–97, 110–141, 155). Sie nutzt den Begriff der Mimesis, weil sich darin der Ansmiegecharakter, die Handlungsverwiesenheit der Interaktionspartner*innen darüber verdeutlichen lässt. Auf der anderen Seite lässt sich gleichzeitig für die Pflegeberufe feststellen, dass sie sich aus der kör-

perlichen Nähe und Berührung zurückziehen, wenn es um beruflichen Aufstieg geht. Körperferne Beratung wird in den Augen einer körperfeindlichen Gesellschaft eher als Karriereweg verstanden.

6.6.3 Das Phänomen Zeit

Zeitwahrnehmung ist ein wichtiger Aspekt in den Pflegeberatungsprozessen. Dabei sind besonders die Figuren Zeitdruck, Zeiterleben und Dauer zu beachten. Die Anerkennung der unterschiedlichen Temporalstrukturen durch die Pflegeberater*innen ist ein Scharnier, um Synchronisationsbewegungen in den Zeitantagonismus der Interaktionspartner*innen zu bekommen.

Die vielschichtige Bedeutung von Zeit lässt sich nicht nur anhand der umfangreichen Forschung über Temporalstrukturen in der Spätmoderne (Rosa 2001: 339) aufzeigen. Schon Norbert Elias fordert eine Beschäftigung mit der Zeit als soziales Phänomen (1988: 11). Er nimmt u. a. die menschliche Syntheseleistung der Begriffe Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in den Blick, weil sich dort die Beziehung eines Menschen oder einer Gruppe zu einem Geschehen ausdrückt (vgl. Elias 1988: 46). Zeit ist eben nicht nur eine Chronologie, sondern eine wichtige Dimension des Sozialen. Um das für die Pflegeberatung empirisch zu unterstreichen, sollen nun drei verschiedene Schichten von Zeit als einflussnehmende Elemente auf die Beratungsprozesse der Interviewten exemplarisch genauer betrachtet werden:

Die erste Schicht taucht zuerst als Zeitdruck in den Interviews auf. Zeit ist knapp und wird so als Druck im System wahrgenommen, der vor allem durch Effizienzorientierung erzeugt wird. Zeitdruck entsteht aber in besonderer Weise auch dann, wenn eine vitale Gefährdung oder das nahe Lebensende der Pflegebedürftigen sehr direkt in die Beratungssituationen wirken und durch diesen Zeitdruck hoher Handlungsdruck entsteht.

Neben dem Zeitdruck hat als zweite Schicht das unterschiedliche Zeiterleben einen starken Effekt auf die Pflegeberatung. Während die professionellen Akteur*innen vor allem die Gegenwart wahrnehmen, die linear nach vorne verläuft und daraus versuchen Pflegearrangements angemessen zu gestalten, richtet sich der Blick der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen oft episodisch in die Vergangenheit, die Bewegung dieses Zeiterlebens ist fast kreisförmig, auf Wiederkehr und Erinnerung ausgerichtet. Für sie ist es wichtig in dieser Perspektive die Situation zu halten. Hier können Konflikt und Entwertung entstehen, aber auch Anerkennung.

Der dritte Strang betrifft die zeitlichen Grenzen, die Dauer der Beratungsbeziehung. Mit zunehmender Dauer ist vor allem die Veränderung der Beziehung, aber auch die Einzigartigkeit des Miteinander schärfer wahrzunehmen. Dauer ist bestimmend für die tiefe professionellen Interaktionen Beratung, aber auch für die Verarbeitung der Prozesse.

Diese Unterscheidungen mit ihren je eigenen Dynamiken werden in den Szenen der Erzählungen deutlicher.

6.6.3.1. Zeitdruck: Pflegeberatung unter gesellschaftlicher Beschleunigung

Die Auswirkungen der gesellschaftlichen Beschleunigung im Versorgungssystem lassen sich in mehreren Stegreifzählungen darstellen. Beschleunigung in der Institution Krankenhaus durchdringt z. B. das Interview von Herrn Eisblau stark. Das moderne Krankenhaus wirtschaftet nach Fallpauschalen, deren Einführung die Verkürzung der Liegezeit, wie angezielt, erreicht hat. Eisblaus spontane, empathische Hilfehandlung, die pflegetypisch als Ad-hoc-Beratung verstanden wird, und sein Know-how kann in der durchrationalisierten, tayloristisch zergliederten Behandlung nur punktuell einsetzen; zudem quetscht sie sich zwischen die eigentlich geplanten Prozesse der Station. Der starke Körperbezug ist in dieser Sequenz für den Ehemann wichtig, um eine neue Form der Kommunikation zu lernen, und damit für die Entwicklung seiner Pflegebeziehung neben der vorhandenen Ehebeziehung. Es bedarf einer einfühlsam und taktvoll gestalteten gemeinsamen Interaktion für die Anleitung dieser intensiven Nähe. Die geschilderte Sequenz geschieht in kurzer Zeit. Herr Eisblau spricht von gefühlten 10 Minuten, die er alleine schon bei der Erzählung des Ablaufes überschreitet. Über das kurze, aber bedeutsame Beziehungsgeschehen in den minimalen Begleitprozessen werden tiefe Verstrickungen über Identifikationen vermieden. Die Zeit für ein prozesshaftes Beratungsgeschehen, für eine intensivere Beziehung, die durch die verschiedenen Phasen der Erkrankung begleitet und dabei haltend wirkt, ist im Krankenhausprozess nicht vorgesehen. Ist die akute Phase überstanden, folgt die Verlegung auf die nächste spezialisierte Station mit den entsprechenden Therapien.

Eisblau Zeile: 308 – 320 : „Ich habe die [Patientin] nur zwei Tage// erlebt, wie das bei uns doch so ist im Krankenhaus. Das ist nicht so, dass ich wie in einer Rehaklinik die wochenlang begleite und die kleine Fortschritte/ Ich habe wirklich nur diesen Ausschnitt gesehen, (.) ne, was dann am Tag drei und FÜNF, die ist ja dann aus dem Wachzimmerbereich entfernt worden. Ich habe nicht mehr gesehen, wie es weitergeht. Keine Ahnung.

I: Würdest du das gerne (.) wissen?

B: (.) Joa, wenn die mal/ (.) Eigentlich/..Ja...schon. Also aber das ist jetzt kein tiefes inneres Bedürfnis, muss ich sagen. Dafür sind einfach zu viele Fälle da. Ich bin da schon ein bisschen abgehärtet. (.) (räuspert sich)

Fallbegleitende Bildungs- oder Beratungsprozesse sind in den funktionalen Abläufen der Stationsroutinen im Krankenhaus nicht eingeplant. Krisen- und Grenzsituationen bei pflegebedürftigen Patient*innen und ihren Angehörigen wiederholen sich jedoch in seinem Arbeitsfeld vielfach und werden u. a. durch die Übertragung auf ein technisches Körperverständnis (vgl. Kapitel 6.6.2.) zeitweise auf Distanz gebracht. Der Überlegung, ob er die begonnenen Fallverläufe länger begleiten möchte, steht er ambivalent gegenüber. Sein eher geringes Bedürfnis dazu interpretiert der Experte selbst als Zeichen seiner persönlichen Abhärtung durch die hohe Anzahl vergleichbarer Situationen. Es sind starke emotionale Herausforderungen, aber auch paradoxe Anforderungen, die eine verständnisvolle Zuwendung in den wahrgenommenen Grenz- und Krisensituationen erforderlich machen und zugleich in schnellen zeitlichen Abfolgen wie am Fließband stattfinden müssen. Diese zeitliche Krise für die Pflegenden im Krankenhaus steht in deutlichem Kontrast zum Ideal einer sozialen und humanen Dienstleistung. Die Bearbeitung des Erlebten geschieht ebenfalls ohne Begleitung. Die Prozesse werden zwar nicht länger begleitet, jedoch beschäftigt die Erinnerung der Szene den Experten in Gedanken weiter. Nach Rosas Theorie der Beschleunigung ist die Folge der beschleunigten Prozesse, die er in der Steigerungslogik der Moderne erkennt, oft Entfremdung. Mit Rahel Jaeggi definiert er Entfremdung als „Beziehung der Beziehungslosigkeit“. Subjekt und Welt stehen einander indifferent, feindlich oder eben unverbunden gegenüber (Rosa 2019: 316).

Eine Entlastung und neue Perspektiven durch regelmäßige Reflexion in dem engen Arbeitsgeschehen erscheinen hier angemessen, um weiter auch spontane Hilfehandlungen aus Empathie zu ermöglichen. Der ausschließlich am Krankheitsverlauf orientierte therapeutische Prozess im Krankenhaus, der jeweils neue spezialisierte Personen austauscht, verhindert im geschilderten Fall die auf Vertrauensbeziehungen beruhende Begleitung von individuellen Bildungs- und Beratungsprozessen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit.

Die Entlassung aus dem Krankenhaus mit Pflegebedarf führt direkt in den Zuständigkeitsbereich des SGB XI. Mit dessen Einführung der Marktlogiken in die Versorgung Pflegebedürftiger wurden auch dort „die Uhren angepasst“ und Versorgungsprozesse enorm beschleunigt. Mit der Ausarbeitung neuer Zeitstrukturen und mit Zeitbegriffen wie „Minutenpflege“ konnte sich die ambulante wie auch die stationäre Pflege zum Markt hin ausrichten. Somit steht nun auch die Pflegeberatung unter Effizienz- und linearem Zeitdruck. Ein erstes Monitoring des DNQP zum überarbeiteten Expertenstandard Entlassungsmanagement wies bereits 2019 darauf hin, dass sich der Rahmenvertrag nach § 39 SGB V eher ungünstig auf die Umsetzung eines

pflegerischen Entlassungsmanagements auswirkt. Der Fokus liegt an der Schnittstelle einer effizienzorientierten Organisation deutlich mehr auf der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben (vgl. DNQP 2019) als auf der Ausarbeitung des Qualitätsstandards der Pflege, der Entlassung aus dem Krankenhaus als Transition versteht.

Die Wirkung dieses Zeitdrucks auf die Praxis der Pflegeberatung im Übergang von der Institution Krankenhaus in die Lebenswelt zeigt das Interview von Frau Rot. Sie begleitet die Gestaltung eines Versorgungsarrangements, das mit der Ehefrau geplant wurde und im Grunde von Beginn an kritisch ist. Aber der Prozessschritt Entlassung, zurück in die Lebenssituation des Patienten, steht schon fest, als die Pflegeberaterin dazugeschaltet wird. Die medizinische Notwendigkeit der stationären Diagnostik und Therapie ist abgeschlossen, sodass die Folgeversorgung als nächster Schritt im Prozess ansteht. An diesem Punkt entsteht nun ein „Zeitstau“. Denn die Zeit der Bearbeitung des Falls verläuft bei den beteiligten Menschen in verschiedenen Temporalstrukturen.

Die Familie ist nicht in der Lage, sich in der hohen Geschwindigkeit, wie es die Institution vorgibt, an die neue Situation anzupassen und diese auch noch gemeinsam zu verhandeln, um die Pflege sicher zu gestalten. Die enorme Veränderung des Mannes, der durch ein plötzliches Ereignis pflegebedürftig wurde, muss erst verstanden werden, um einen Umgang damit lernen zu können. Die Systemlogik der Klinik, mit ihren aufeinanderfolgenden und zeitlich zugechnittenen Prozessschritten läuft in einem anderen, kontinuierlichen Tempo nach vorne. Die Veränderung in der Lebenswelt ruckelt, zögert, bremst, richtet sich in verschiedenen Richtungen um sich neu anzupassen und so lassen sich derer Prozesse nicht nach einem Standard vorausberechnen.

Zudem wird im Verständnis der Prozessplanung des Krankenhauses die Lebenswelt hinter dem klinischen Ablauf eingereiht und findet erst im Anschluss, der Entlassung, eine eigene Bearbeitung. Tatsächlich überlappen sich jedoch die beiden Systeme in der Vorbereitung der Entlassung, wie sich am Fall auch über das Phänomen Zeit als Beobachtungslinie zeigt.

Im Fallverlauf von Frau Rot wirkt einmal das zunehmende Tempo, das sich durch immer mehr (Handlungs-)Druck in der Begleitung durch die Pflegeberaterin darstellen lässt. Dadurch ist sie im Übergang gefordert, die beteiligten Akteure zu befähigen, den Zeitdruck des Handelns auch praktisch zu meistern.

6.6.3.2. Zeiterleben

Allerdings zeigt sich an dieser Stelle eine weitere Eigenart der Zeit, die Einfluss auf die Beratung nimmt. Sie verläuft hier nicht nur in unterschiedlichen Geschwindigkeiten, sondern sie wechselt auch noch ihre Richtung. Der Austausch mit der Familie ist vielfach in die Vergangenheit gerichtet und Zukunft wie auch Gegenwart erscheinen nur als diffuser Punkt in der Beratung.

Rot Zeile 38 – 52: Genau. Und ähm (.) da haben wir dann uns erstmal HINGESETZT und diese Sachen besprochen, aber es war halt sehr verworren. Man konnte nicht jetzt ähm dieses erste Gespräch führen und einführen und langsam weiterleiten, weil die Dame, also die Ehefrau des Patienten, sehr VOLL war, emotional VOLL.[...] [...] und ähm hatte oft gar keinen Blick jetzt für den Bedarf, der jetzt in den nächsten Tagen da war [...] Ähm (.) sie war (.) äh, ja, ich würde mal sagen ein Stück voll Trauer, (.) ähm weil sie Angst hatte, dass ihr Leben sich so gravierend verändert, dass es so einschneidend ist, dass sie/ was sie nicht möchte. (.) [...] sie hat mir relativ schnell ihre ganze Lebensgeschichte erzählt und ihre Traurigkeit, (.) wie ihr quasi ihr Leben ver/ verlaufen ist. Es ist nämlich so, [...] Ich hatte den Eindruck, sie trauert darüber, dass sie das Leben verpasst hat. Ähm (.)[...] Genau. Also klar habe ich erstmal versucht, das aufzunehmen und nachzuhören und Fragen zu stellen, (.) aber es ist natürlich dann auch schwierig für mich, weil man hat eine gebren/ begrenzte Zeit (.) und ich muss ja dann auch wieder hinführen auf mein Ziel, dass die Pflegesituation auch äh gesichert wird. Und an die Lebenssituation kann ich nichts ändern. Aber ich wusste schon, dass das ein Problem sein wird [...]

Ähnliche Gespräche über die Vergangenheit und die Beziehungen zueinander führt sie auch mit dem Sohn. Gröning (vgl. Gröning 2016: 252 ff.) versteht Pflegebedürftigkeit in der Familie als Entwicklungsaufgabe und bezeichnet es als die erste Anforderung in der Krise, einen Umgang zu finden zwischen der Spannung, den neuen Lebensabschnitt anzuerkennen, versus das alte Leben zurückhaben zu wollen. Veränderungsbereitschaft ist dabei eine wichtige Voraussetzung. So erstarrt, wie die Pflegeberaterin die Familie beschreibt, bringt auch die ebenfalls unter Zeitdruck dazugekommene ambulante Pflege, die Entlastung bewirken soll, wenig Veränderung, die Anpassung ermöglichen würde.

Rot: Zeile 156 – 159 „Man merkte aber, die [der Pflegedienst] sind eigentlich voll, haben gar keine Zeit, haben es aber der Familie zuliebe gemacht, weil sie eine Beziehung auch hatten vom Ort, ich glaube auch über die Kirchengemeinde. Irgendwo eine Beziehung bestand da oder der Sohn hatte mit dem Sohn der äh Inhaberin des Pflegedienstes früher mal Kontakt gehabt in der Schule. (.)“

In den unterschiedlichen Temporalstrukturen stecken jeweils starke Dynamiken. Zeit und Zeiterleben sind zugleich Gestaltungs- und Strukturierungsmoment, sind das Gelenk, das Beweglichkeit in der Pflegesituation ermöglicht.

Die Pflegeberaterin Frau Rot ist um eine Synchronisation und Vermittlung dieser verschiedenen Wahrnehmungen bemüht und verliert sich dabei in den geplanten Interaktionen selbst auf den unterschiedlichen Ebenen der Zeit. Denn tatsächlich stellte sie schon vor der Entlassung fest, dass das Pflegearrangement schwierig werden könnte. Ihre Rolle als Pflegeexpertin, die

das Pflegearrangement sichern soll, kippt in den Versuch, die lange gewachsenen Familienbeziehungen zu klären, um womöglich Raum für die Beziehungsgestaltung in der Demenzpflege zu gewinnen. Sie sieht den kritischen Fallverlauf und gibt auch noch ihre eigene Zeit dazu, flexibilisiert und dehnt ihre Arbeitszeit. Die Beratung wird zunehmend gehetzter, die Erzählung atemloser und schließlich mündet diese Ungleichzeitigkeit, Zeit-Ungenauigkeit in Absprachen mit dem Pflegedienst sowie die Unbeweglichkeit der pflegenden Angehörigen, in einer vitalen Notfallsituation des Pflegebedürftigen, die ihn wieder ins Krankenhaus bringt.

Die Dynamik des Zeiterlebens, in die Frau Rot gerät, und das Knirschen zwischen Gegenwart, Zukunft und Vergangenheit findet sich in einer Schlüsselszene im Krankenhaus. Die Pflegeberaterin hatte in einem Hausbesuch vor der Entlassung schon eine ausführliche Darstellung der Lebensgeschichte der Familie erhalten und war bewegt von den individuellen Schicksalen. Sie begibt sich ins Krankenhaus, den Ort, an dem der Mann als Patient im akuten Krankheitszustand mit starker Desorientiertheit behandelt wird.

Rot: Zeile 101 – 117: „Meine erste Begegnung war auf Station. Da sah ich eine junge Kollegin von mir, die ihn/ Er hat wie gesagt eine Hirnlauf tendenz gehabt. Er war auf dem Flur und die ihn duzte und sagte/ Ich weiß nicht mehr den Namen, sagen wir mal Erwin. „Ähm, Erwin, ich bringe dich jetzt mal zurück in dein Zimmer.“ (...) Ja. Und (.) zeitlich kann ich das jetzt wieder auch wieder nicht einordnen, aber es passt jetzt in den Kontext. Ähm es war auch mal so eine Situation, er hat/ Dieser Mann machte einen sehr/ das muss ich vorwegschicken, machte einen sehr liebenswerten Eindruck. (.) Im Krankenhaus kriegte ich auch so mit: Ja, der Mann ist ja ganz nett, aber die Ehefrau, die ist ja ganz anstrengend und furchtbar, so. (.) Und ähm also er machte von seiner Art eine zurückhaltende, (.) nette, sagen wir mal vornehme Art, so. Deswegen passte die Situation auch nicht so ganz. Er hat wohl einer Schwester einen Fußtritt gegeben. (.) Es pass/ Also vom/ So vom Bild passte das überhaupt nicht, aber es war wohl so, dass da wohl auch so ein bisschen leicht übergriffig war, sie ihm irgendwas wegnehmen wollte (.) ähm und zack, dann kam diese Reaktion. Weil es war ja jetzt auch alles erst ein Vierteljahr her. Ich hatte auch im Gespräch nochmal bei der Ehefrau nach/ versucht nachzuspüren, ob vielleicht auch (.) ähm (.) Symptome aufgetreten sind, die vielleicht vorher für eine kognitive Einschränkung schon gesprochen haben. Teilweise, konnte man nicht so ganz eruieren. So ein bisschen hat es sich schon so angehört, aber konnte man nicht so eruieren. Als eine Diagnose Demenz war noch nicht gestellt worden. War ja auch viel zu früh. [...]

Nach dem Gespräch mit der Familie sieht sie einen Mann, der bis kurz vor der Aufnahme beruflich aktiv und sozial engagiert, selbständig handelte. Dann erlebt sie in dieser Szene den sozialen Abstieg des Mannes mit. Im Krankenhaus, ist vor allem das Jetzt Gegenstand der Beobachtung und Behandlung. Die Gegenwart ist von der Demenzsymptomatik des Mannes gezeichnet, so erkennen die Stationsmitarbeiter*innen einen desorientierten, zum Teil unberechenbaren Mann mit Hilfebedarf. Die soziale Entwertung erfolgt über die Ansprache, indem das demenzielle Verhalten des Patienten es offenbar erlaubt, ihn mit seinem Vornamen anzusprechen, zu duzen, ihm etwas gegen seinen Willen aus der Hand zu nehmen. Vor den Augen der Pflegeberaterin wird er damit entehrt und verliert er die Anerkennung seiner Lebensgeschichte. Auch die Ehefrau erhält durch die Stationsmitarbeiterin eine primitive Klassifikation,

so scheint die Situation weniger komplex und bedarf keiner weiteren Exploration. Die Pflegeberaterin will sich dieser Klassifikation aber nicht einfach so anschließen. Mit ihrer Empathie für die reiche Lebensgeschichte der Familie zielt sie auf die Wiederherstellung der verletzten Würde im Begleitprozess. Damit gewinnt sie das Vertrauen der Familien, es gelingt ihr aber nicht die Bearbeitung der aktuellen unsicheren Pflegesituation zu vermitteln. Ganz am Ende der Erzählung fasst sie nochmal den für sie offen gebliebenen Verlauf zusammen. Die Schilderung zeigt, wie sehr die Zeitschichten in Krisensituationen überlappen und auf die darin mit steckengebliebene Beraterin auch handlungshemmend wirken:

Rot: Zeile 519-529 „Er [der Patient] war absolut haltlos, hat man ja gemerkt, weil er war wirklich ein feiner Mensch gewesen und wenn er sowas erlebt von Oktober, da war er fahrtüchtig und im Beruf, und dann innerhalb von kurzer Zeit wird er von einer Schwester mit geduzt und ins Zimmer geführt oder irgendwas wird ihm weggenommen und/ Das war ja diese äh Situation, wo er einen Fußtritt gegeben hat. Ähm (...) das hat mich... mir für ihn ähm, ja, sehr leid getan, weil er ja auch jemand war, der sich für andere investiert hat zum Beispiel, ja. Klar, man muss seinen Abstand haben, aber trotzdem, ich wollte die Frau verstehen mit ihrer Geschichte, die natürlich da war, und auch ihre/ Ja, sie war ja auch EINSAM, auch in ihrer Art einsam, isoliert im Ort und Torben [der Sohn] hat eine andere Position gehabt ähm und diese Traurigkeit über ihr Leben, das sie anscheinend so - sage ich jetzt mal - verpasst hat, was sie nicht richtig ausleben konnte und aber auch dem Ehemann (...) und das ist halt nicht fertig, so. Ich hätte die gerne/ (...) Ich hätte es gerne weiter auf den Weg gebracht oder sie weiter [begleitet]“

Die Pflegeberaterin investiert viel in den Aufbau des Vertrauensverhältnisses mit den einzelnen Personen der Familie, um Verständnis und Anerkennung zu vermitteln. Dabei verwickelt sie sich in die einzelnen Dynamiken der Personen. Das reflektierte Herauslösen fällt ihr schwer, daher kompensiert sie die schnell nacheinander auftretenden akuten Ereignisse, wie nächtliche Sturzereignisse, fehlende Medikamente u.ä. mit ihrer pflegefachlichen Kompetenz, allerdings ohne zu einer situationsangemessenen gemeinsamen Planung zu kommen. Die eigene Verstrickung in die Familiendynamik, in der alte Konflikte der Familie bearbeitet oder verdeckt werden wollen, hindert die Pflegeberaterin mit den Angehörigen z.B. moderierend über die konkreten Pflegeaufgaben und die gerechte Aufteilung ins Gespräch zu kommen. Ihre hohe Anerkennung für die gelebten Leben ermöglichte jedoch in einem Setting, wie der Familienmoderation womöglich die Gegenwart für die Familie weniger verengt und bedrohlich erscheinen zu lassen und eröffnet neue Gestaltungsräume – allerdings ohne den Anspruch die Familienbeziehungen im Rahmen der Versorgungssituation zu heilen, wie es Frau Rot anstrebt, sondern um den drohenden Schaden durch die fehlende Pflege zu verhindern. Eine von Vertrauen getragene Beziehung zwischen Ratsuchenden und Berater*innen, die zunächst explorierend und verstehend vorgeht, ist die Grundlage für eine gemeinsame Interaktion. Die weitere professionelle Gestaltung der Beziehung hat zum Ziel Entscheidungen in Bezug auf die Pflege zu fördern. Dafür sind gezielte beraterische Interventionen erforderlich.

Pflegeberatung ist in den vorgestellten Interviews tatsächlich mehrfach von vitalen Notfallsituation und einem Wettlauf mit der Zeit gekennzeichnet. Deswegen ist auch die Fähigkeit der Pflegeberaterinnen wichtig, akute gesundheitliche Krisen schnell richtig einzuschätzen und diese sicher mit zu steuern. Doch auch das besondere Können, das die Gestaltung von Pflegeberatungsbeziehungen kennzeichnet, schützt vor Schaden.

Die zur Verfügung stehende linear verlaufende Zeit einzuschätzen, aber auch die Wahrnehmung von unterschiedlichen Zeiterleben und dessen Wirkung im Prozess zu verstehen, sowie die Synchronisation der Temporalstrukturen mit gestalten zu können, zählt zur Beratungskunst der Pflegeberater*innen.

Zeit der Ratsuchenden anzuerkennen ist nicht trivial. Auch in den anderen Stegreiferzählungen gibt es immer wieder Sequenzen, in denen von pflegenden Angehörigen auf Zeiten verwiesen wird, in denen mehr Potenzial für gesellschaftliche Anerkennung zu finden ist, mit der Absicht, Verständnis für die aktuelle Ausgestaltung der Pflegesituation zu erhalten. So verweist der pflegende Ehemann den Frau Gold berät auf die vielen Sprachen, die seine pflegebedürftige Ehefrau in der Vergangenheit beherrscht hat, oder der technisch begabte pflegende Ehemann auf die frühere Tätigkeit als Feuerwehrmann, in der seine Hilfetätigkeit noch gesellschaftlich hohes Ansehen genoss. Die pflegende Freundin präsentiert Fotos aus geselligen Tagen in der Vergangenheit, die sie offenbar aneinanderbindet. Die andere Zeit wird als Möglichkeit angeboten, die vorgefundene aktuelle Situation anders zu bewerten, die aktuell sichtbare Lage zu unterscheiden von anderen Zeiten, die im Jetzt nicht zu sehen, aber dennoch anzuerkennen sind. Die Anerkennung der Bedeutung des anderen Zeiterlebens hat Folgen für die Kommunikation und damit für die weitere Interaktion in der Pflegeberatung.

Zeit enthält so gelesen ebenfalls ganz eigene, soziale Machtpotenziale:

Wird ein Rhythmus festgelegt, in dem sich eine gesellschaftliche Praxis vollziehen muss, zwingt sie dem einzelnen Menschen Dynamiken auf und beraubt ihn der Fähigkeit, Handlungen selbst zu planen oder in einem Tempo zu gestalten, in dem ihm eine Anpassung an die neuen Gegebenheiten gelingen kann. Am Fallverlauf von Frau Gold wird mächtiges Handeln durch die knappe Zeit ersichtlich, die alle zum schnellen Handeln zwingt. Verantwortlich scheint aber nur das zu sein, was vernünftig und ressourcensparend von statten geht. Die beschleunigte Gesellschaft lebt mit schnellen Lösungen. Lösungsorientierung nimmt sich nicht oft Zeit zur Reflexion. Im zyklischen Verständnis von Zeit wiederum wiederholt sich mit dem episodischen Erinnern das Bindungsverhalten zueinander und entwickelt stark entschleunigende Wirkung. Hartmut Rosas theoretische Antwort auf soziale Beschleunigung, und die damit einhergehende

Entfremdung, ist nicht die Bereitstellung von mehr Ressourcen, sondern sind resonante Beziehungen. Für die Pflegeberatung bedarf es für die professionelle Ausgestaltung Derselben noch einer zeitsensiblen Reflexion weiterer Fallverläufe.

6.6.3.3. Dauer der Beratungsbeziehung

Nachdem Zeitdruck und Zeiterleben in den Fallverläufen differenziert angesehen wurde, soll als letzte Zeitschicht die „Dauer der Beratungsbeziehung“ thematisiert werden. Pflegeberater*innen sprechen mit Menschen, die ratbedürftig sind und Hilfe benötigen. Im Rahmen dieser Interaktion gehen die Gesprächspartner*innen eine Beziehung ein, die nicht auf Dauer angelegt sind, sondern sich auf einen konkreten Anlass bezieht. Da Pflegebedürftigkeit aber eine kritische Lebenslage ist, kann die zeitliche Dauer der Ratbedürftigkeit zu Beginn der Beratung nicht genau bestimmt werden. Pflegebedürftigkeit, wie auch Lern- und Beratungsprozesse verlaufen in Phasen und gestalten sich individuell.

In den Interviews wird z.B. ein Prozess vorgestellt der nur einen einzigen Termin von kurzer Dauer behandelt. Die meisten Erzähler*innen stellen jedoch Fallverläufe vor, die Beratungsprozesse über die Dauer von drei bis fünf Terminen rekonstruieren. Im Fallverlauf von Frau Grün oder Frau Sepia und auch in einer der Erzählungen von Frau Orange werden aber auch schon die einzelnen Treffen nicht mehr gezählt, weil der jeweilige Prozess Monate oder sogar Jahre lang dauerte.

Diese Unterschiede in der Dauer bestimmen auch die Gestaltung der Beziehung, setzten je andere Beratungskompetenzen voraus und wirken auf die Verarbeitung der Erlebnisse im Beratungsprozess. Auch zeigt sich in der grundsätzlichen Konzeption der Beratungsdauer eine Wirkung auf die Rollenklärung der Berater*innen selbst.

Die zeitlich kürzeste Begegnung schildert Herr Eisblau. Der Effekt der spontanen Anleitungssituation war für die Beziehung des pflegenden Ehemannes sicherlich bedeutsam. Auch die Beziehung zum Experten lässt sich bei den weiteren kurzen Begegnungen zwar positiv deuten. Der Bildungs- und Beratungsbedarf des pflegenden Angehörigen geht aber ganz offensichtlich über diese Begegnung hinaus. Da die Liegedauer im Krankenhaus jedoch begrenzt ist, endet auch die Begleitung schon vor den weitem Phasen der Erkrankung und kann nicht mehr durch diesen Experten geschehen. Prozesse von längerer Dauer durchlaufen verschiedenen Phasen und erfordern auch andere Kompetenzen, wie Eisblau erkennt (vgl. Kap. 6.6.3.). Damit ist die Erwartung an seine Rolle im Bezug auf Beratung bei Pflegebedürftigkeit begrenzt auf Ad hoc Einsätze und kann somit kaum über Kurzinterventionen und funktionale

Anleitungen hinaus gehen. Die phasischen Verläufe, die Beratungsbeziehungen kennzeichnen, entfallen durch die fest an das Krankheitsbild gebundenen Liegedauer. Diese Pflegeberatungsexpertise, passt sich im Wesentlichen an die ökonomisch gesetzte Ordnung der Liegedauer an, die sich an biomedizinisch bestimmten Fällen orientiert. Auf diese Weise entfallen auch die bildungs- oder beratungstheoretisch fundierten Begründungen für Beratungsprozesse in akuten Kliniken, die auf Vertrauensbeziehungen als stützendes Element in der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit bauen. Die kurze Dauer der Beziehung, die punktuell erfolgreich und damit auch für die Pflegenden entlastend wirkt, übernimmt nur für kurze Zeit Verantwortung für den Bildungsprozess. Kontinuierliche Fallverläufe und damit auch konfliktreiche Phasen werden strukturell ausgespart und verhindern auf diese Weise die Entwicklung pflegefachlicher Kritik am System der Beratung von Pflegebedürftigkeit in der akuten Versorgung. Die begleitende Beratung wird hinter diese Phasen der Pflegebedürftigkeit verlegt und zeigt sich in den Erzählungen der anderen Interviewten, die Fallverläufe in der familialen und ambulanten Versorgung vorstellen:

In diesen zeigen sich Phasen die Beratungsbeziehungen durchlaufen (vgl. Prozessmodell Kapitel 4.1.), die den Anfang beschreiben, das Kennenlernen, die Probleme benannt werden, in denen Konflikte auftreten und Abschiede sich unterschiedlich gestalten. Wie bereits beschrieben zeigt sich oft in Momenten der Spannung oder des Konfliktes das jeweilige Beratungsverständnis (vgl. Kapitel 6.6.1.3.) und kommt es - ausgesprochen oder unausgesprochen - zu neuen Vereinbarungen bzgl. der weiteren Pflegeberatung.

Beziehungen brauchen Zeit und werden auf die Dauer gesehen stabiler, verwobener besonders wenn Krisen gemeinsam erlebt werden und stellen vor allem andere Anforderung an die Beziehungsgestaltung und Beratungskompetenz, als es bei Beratungen von kurzer Dauer erforderlich ist:

Grün: Zeile 379- 392 Beratungsanleitungssituationen vom/ vom Examen her, aber das sind ja ähm Situationen, die im Krankenhaus, also die, ne, im Krankenhaus stattfinden oder ähm wo es ansatzweise ja mal vielleicht um so Beratungsanleitung bezüglich (.) Blutzucker messen oder, ne, Ernährung oder (.) wie/ wie lagere ich jemanden richtig, aber in diese/ in diesem AUSMASS nicht. Vor allen Dingen nicht in der Menge, die hintereinander kommt. Also (.) wenn ich im Krankenhaus eine Beratungssituation habe, dann (.) habe ich/ Wir sind ja jetzt eine Klinik, eine Akutklinik, wo ein Patient ähm (.) maximal einen gewissen ZEITRAUM hier ist, ne. Also wenn ich jetzt, ne, in einer Rehaklinik bin, wo ich/ wo die Leute vielleicht noch länger da sind, dann kann ich die Prozesse ja auch noch ein bisschen mehr begleiten. Aber hier habe ich ja meistens den Fall, eine Ist-Situation und dann braucht die Familie da JETZT, (.) also im stationären Bereich meine ich jetzt, mal Hilfe. Wenn ich jetzt an meine Ja/ Berufsjahre vorher vor/ bevor ich Pflege-trainerin war, zurück denke, hat man halt mal (.) eine Beratungsanleitungssituation gehabt, aber (.) die hat jetzt nicht so ein Ausmaß.

Sind es lange Verläufe und viele kritische, oder intime Situationen fällt der Abschied aus der Beziehung oft schwer. Das gilt für Ratsuchende und Berater*innen gleichermaßen. Frau Sepia stellt zu Beginn ihrer Erzählung vor, wie sie den äußeren Rahmen des Arbeitsbündnis sachlich und transparent als Vertrauensangebot gestaltet (vgl. Kapitel 6.6.1.1.). Am Ende schildert sie wie sie das im Prozess gewachsene intensiven innere Arbeitsbündnis, in dem Sie viel Sorge mit gehalten hat, ein anderes Beziehungsformat transformiert und dazu Angebote gestaltet:

Sepia: Zeile 380 – 394: Das, was mir besonders am Herzen liegt, ist: Mit all meinen Klienten, mit denen ich arbeite, stehe ich auch immer noch heute in Kontakt. Also wir haben immer enge Kontaktpunkte und viele von denen ähm begleiten mich in dem Gesprächskreis für pflegende Angehörige, den ich gegründet habe, und kommen da regelmäßig zu den Treffen hin, (.) was ja auch ein ehrenamtliches Angebot ist, wofür es sozusagen keine Vergütung gibt oder wofür ich auch natürlich kein Geld nehme. Ähm (.) und im Zuge dessen ist es so, dass das äh ein/ dass das schöne Kontakte sind und wenn ich zwischendurch nach Hause komme und es ist auf dem Anrufbeantworter „Ich wollte mal nur Hallo sagen und sagen, dass alles ganz gut läuft und dass es der Mutti gut geht und dass es dem Papi gut geht und dass alle gut versorgt sind und es mir selber auch wieder gut geht und ähm (.) würde mich freuen, Sie mal wiederzusehen“, das ist das, was daraus resultiert. Also es sind SEHR nette dauerfristige Kontakte und meine Erfahrung ist/ (.)

Diese Haltung, lässt sich unter dem Konzept Care-Moral einordnen und trägt in der Versorgung von Pflegebedürftigkeit auch die Grundlage für unabhängige und selbstständige Pflegeberatung:

Sepia: Zeile 402 – 406 Also häufig entstehen aus diesen Erstkontakten häufig weitere Aufträge (.) letztendlich, ähm die sich dann im/ im/ innerhalb des Netzwerkes oder äh um dieses Netzwerk herum bilden, weil jemand jemanden kannte, der jemanden kannte, der auch Hilfe brauchte und gerne mal sozusagen (.) dann angeklungelt hat oder ähnliches. #00:32:27-0#

Nicht immer gelingen solche Transformationen, vor allem, wenn die Möglichkeit fehlt die tiefen Verstrickungen gut zu reflektiert und besser zu verstehen. Dann sind die Abschiedsprozesse oft schwer oder schmerzhaft. Das ist in der Sequenz von Frau Grün gut ersichtlich, die im Verlauf der Erzählung berichtet wie ihre Rolle als Expertin verschwimmt und sie am Ende der Begleitung an der Beerdigung des verstobenen Patienten beteiligt wird:

Grün: Zeile 521-543: [...] sie [die pflegende Ehefrau] hatte mich gebeten einen Text vorzulesen (.) vorne dann, das war ein Urnenbegräbnis, (.) einen Text vorzulesen ähm/ (.) Ja, das habe ich dann auch/ habe ich mir ein paar Tage Zeit gelassen, mir das zu überlegen, ob ich das möchte oder nicht, aber (.) habe mich dann dazu entschlossen, das auch zu MACHEN und ähm, ja, die/ das Begräbnis an sich war (.), ja, sehr emotional, weil die zwei halt einfach so ein tolles Ehepaar waren. Also die Geschichte war einfach der Hammer, die war schon sehr anrührend ähm so, was die so zusammen erlebt haben und dann hat der Pastor mich dann auch noch namentlich ERWÄHNT und, ne, die Arbeit, die wir oder die ich geleistet habe plus auch die ganzen ÄRZTE und das Palliativ-Team und so. Das fand ich schon sehr bemerk/ bewundernswert oder hat mich natürlich auch irgendwo ein Stück weit gefreut und ähm, (.) ja, somit war die Beerdigung

gung dann sehr (.), ja, emotional und äh ich habe den Text vorlesen können mit ähm gefühlt 100 Unterbrechungen und drei Tempos (lacht kurz auf). Ähm (.), ja, und der Kontakt danach ist jetzt eigentlich auch geblieben. (.) Also wir hatten dann noch einige Zeit Kontakt.

Frau Orange hadert ebenfalls mit der Einordnung des über Jahre dauernden Beratungsprozess mit den hochaltrigen Ehepaar das gemeinsam die Mutter pflegt. Immer wieder werden an sie unerwartet, zudem auf privaten Kontaktwegen, Pflegeprobleme vorgestellt. Diese langjährige Begleitung stellt neue Fragen an ihre Rolle als Pflegeberaterin.

Orange Zeile 700 – 706: Ich glaube, ich kann denen nicht mehr helfen. Ich weiß/ Ich glaube, die sind inzwischen auch so informiert, dass ich auch gar nichts Neues mehr mitbringen kann. Also ich bin nicht so weit ausgebildet/ Meine Ausbildung ist begrenzt und deren Wissen ist schon höher als meins (lacht leicht), weil sie ja schon so viele Hilfsmittel kennen. Dadurch dass deren Lebensinhalt ja ist, sich nur noch damit zu beschäftigen, (.) ist äh ist/ ist/ ist es un/ ungleich geworden, ne. Die Waage ist nicht mehr gleich und ich kann/ kann nichts/ Also ich habe alles gezeigt, was ich weiß, was ich gelernt habe

Selbst im Interview schwankt sie in der Erzählung verschiedentlich in der Einordnung, ob „der Fall“ abgeschlossen ist, oder nicht. Am Ende des Interviews ist sie dann wieder sicher, dass die Familie wieder Kontakt aufnimmt und sie weiter miteinander arbeiten werden.

Die Gestaltung des Abschieds aus den Beratungsprozesse obliegt den Berater*innen. In manchen Interviews kommt der Abschluss aber auch unerwartet und steht am Ende offen. Auch hier ist Beratungskompetenz zur Einordnung und Verarbeitung wichtig. Frau Gold sucht z.B. den Abschluss nach dem plötzlichen Ende der Beratung in einem Telefonat mit dem pflegenden Ehemann. Es dient der Selbstvergewisserung und dem Abschied.

Beratung bei Pflegebedürftigkeit sind oftmals intensive Prozesse von langer Dauer. Auf die Gestaltung dieser Prozesse reichen in der Regel die Grundausbildungen der Pflegeberater*innen, wie auch die meisten Qualifikationen nicht aus.

Resümee:

Gesellschaftliche Beschleunigung lässt sich auch in der Pflegeberatung darstellen. Die Steigerungslogik der modernen Institutionen limitiert das Beratungshandeln der Pflegeberater*innen und schiebt im rationalisierten Versorgungsprozess zeitlich enge Grenzen vor eine begleitende Beratungsbeziehung.

Beratung bei Pflegebedürftigkeit setzt vor allem an Umbrüchen und den Grenzen der Lebenszeit ein. Solche Wendepunkte bieten den Betroffenen in besonderer Weise an, Vergangenes zu reflektieren. Pflegeberatung ist gefordert, unterschiedliche Geschwindigkeiten und Zeiterleben zu erkennen sowie anzuerkennen und nicht in die unruhige Entwertung der vergangenen Zeiten einzusteigen. So kann an die Rückwendungen des Denkens angeknüpft werden, um die Synchronisation der Temporalstrukturen zu vermitteln und zu unterstützen, damit ein stabiles Pflegearrangement geplant werden kann.

Mit der Dauer von intensiven Beratungsprozessen in progredienten Krankheitsverläufen sind nicht nur individuelle Dienstleistungen und punktgenaue Sozialberatung, sondern auch haltende Beziehungen gefragt. Mit der Zunahme der Dauer einzelner Fallverläufe steigt aber auch die Gefahr der emotionalen Verstrickung und des fehlenden Abschlusses der Beratungsbeziehung. Das äußere Arbeitsbündnis, in dem der zeitliche Rahmen bestimmt wird, wirkt auf den inneren Rahmen, in dem Vertrauensräume gebaut werden.

Mit zunehmender Dauer von Fallverläufen, wie sie sich bei Pflegebedürftigkeit häufiger darstellt, werden besondere Anforderungen an die Beratungskompetenz der Pflegeberater*innen gestellt. Zudem nimmt die Verunsicherung durch akute Krisen in der Erkrankung zu und unterbricht oft die Beratungsbeziehung. Gerade hier fehlen die reflexiven Instrumente zur Selbstvergewisserung und zur emotionalen Verarbeitung von mit erlebten Grenzsituationen.

Zeit gehört zu den wichtigsten Gestaltungselementen der Pflegeberatung, um Vertrauen aufzubauen und krisenhafte Situationen zu halten. In der Regel wird sie in den Fallverläufen so lange angeboten, wie die Ratsuchenden sie nachfragen, auch über den vom gesetzlich oder institutionell vorgesehenen Rahmen hinaus. Die Klärung zwischen den Berater*innen und den Ratsuchenden bezogen auf den Umgang mit Zeit unterscheidet sich in den Fallverläufen.

Zugehende Pflegeberatung muss sowohl mit Zukunftsvagheiten als auch mit akuten, lebensbedrohlichen Krisen umgehen.

All das spricht für Supervision als kontinuierliches reflexives Instrument der Unsicherheitsbewältigung, das allerdings keinem der befragten Interviewpartner*innen zur Verfügung stand.

7. Perspektiven für Ausbildung und Professionalisierung der Pflegeberatung

Über die Analyse der wenigen Fallerzählungen konnten die vielen Facetten der Beratung bei Pflegebedürftigkeit nur anklingen. Hilfe als Leitmotiv der Beratungsinteraktion, die Wahrnehmung und Struktur von Zeit sowie der sehr konkrete Körperbezug bildeten jeweils einen eigenen Zugang zur Pflegeberatungswirklichkeit. Verbunden mit der theoretischen Rekonstruktion von Beratung lassen sich Perspektiven für die Zukunft aufnehmen und einige Elemente für die Bildung von Pflegeberater*innen formulieren, die in weiteren Arbeiten differenziert entwickelt werden könnten.

Nach der vorausgegangenen ausführlichen Entwicklung hat sich herausgebildet, dass es für den in der Einleitung erwähnten neuen Typ von Sozialberatung bei Pflegebedürftigkeit auch elementar um die Frage geht, welche Fähigkeiten erworben werden müssen, um Beratung bei Pflegebedürftigkeit professionell anbieten zu können.

Die Erkenntnisse aus den Interviews belegen, dass die Beratungsprozesse fundierte Kenntnisse zur Beziehungsgestaltung erfordern und dabei am Alltag der Menschen ansetzen. Damit eröffnen sich im Blick auf die Ausbildung und Professionalisierung der Pflegeberatung mindestens zwei Perspektiven.

7.1 Gemeinsame Bildung und Reflexion der beratenden Berufsgruppen

Zwischen den Berufsgruppen der Pflegefachleute und Sozialarbeiter, als die wichtigen professionellen Akteur*innen der verschiedenen für pflegebedürftige Menschen tätigen Hilfesysteme, fehlt es vielfach an einem gemeinsamen wissenschaftlichen Diskurs und damit auch an der gemeinsamen Sprache, wie Lebenssituationen und der entsprechende Hilfebedarf überhaupt zu beschreiben sind. Diese Lücke trägt u. a. dazu bei, dass sich das Ineinandergreifen der Hilfeprogramme so schwierig gestaltet. Daher erscheinen regelmäßige gemeinsame Bildungszeiten, oder auch Studiengänge sowie Räume für die Fallreflexionen von Pflegeberatungsprozessen als ein geeignetes Instrument, um hier Veränderung zu bewirken. Pflegeberatung braucht gute interdisziplinäre Zusammenarbeit in Form von Netzwerken, auch über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg. Für den gemeinsamen, verbindenden wissenschaftlichen Zugang könnte die Care-Debatte eine Spange bilden.

7.2 Bausteine für die Bildungsangebote

Zum Zweiten geht es darum zu fragen, wie Bildung zur Beratung gestaltet sein muss, in der es um das Wohl der Ratsuchenden gehen kann. Bildung, über die die professionellen Berater*innen in die Lage versetzt werden, vertrauenswürdige Arbeitsbündnisse herzustellen, in denen es um die Ratsuchenden und um ihre individuellen Anliegen geht, nicht um das Steuern ihres Falls oder um eine Normalisierung ihres Verhaltens bzw. ihrer Verhältnisse. Die Aufgabe zu haben, bei Pflegebedürftigkeit zu beraten und womöglich auch Assessments und Standards vorzuhalten, ist ein Rahmen – vermittelt aber keine Fähigkeit. Folgende Bausteine werden aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit als Elemente der Ausbildung für Pflegeberater*innen vorgeschlagen:

- **Beziehungsgestaltung:** Zentral wird der Prozess der Beziehungsgestaltung fokussiert, der für die Pflegeberatung bisher tatsächlich kaum oder hauptsächlich im Bezug auf die Bewältigung von pflegebezogenen Interventionen beschrieben wird. Dafür sollte eine qualifizierende Ausbildung **eine systematische Vorgehensweise** anbieten. Im Beratungsformat der Supervision wird beispielsweise der Prozess der Beziehungsgestaltung beschrieben und die Elemente Anfang, Diagnose, Kontrakt, Arbeitsbündnis, Setting, Abschied theoretisch fundiert sowie fachwissenschaftlich diskutiert und begründet.
- **Familiensensibilität:** Es geht in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit immer um mehr als einen Menschen. Deswegen sind Beratungsformate, die sich ausschließlich auf eine Person beziehen und diese womöglich zu ihrem Klienten machen, nicht ausreichend. Familiensensibilität, Kenntnisse zu Entwicklungsphasen (z. B. nach Erikson) sowie krisenhafte Ereignisse an Wendepunkten im Lebenslauf helfen bei der Orientierung in Familiendynamiken im Pflegeberatungsprozess.
- **Reflexion unter dem Ansatz des lebenslangen Lernens:** Kenntnisse über Interventionsmethoden in der Beratung und Grundsätze zur Gesprächsführung sind bereits wichtige Elemente der üblichen Qualifikationen. Diese beiden Fähigkeiten reichen aber nicht aus, wenn man mit Grenzfragen des Lebens konfrontiert wird. Hier ist Empathie gefragt, allerdings brauchen Berater*innen, um mitfühlen zu können, die Möglichkeit zur Reflexion des Miterlebten. Das Konzept des lebenslangen Lernens bedeutet in dem Zusammenhang, anhand von erlebten Fällen kontinuierlich und reflexiv zu verstehen und zu lernen.

- **Selbstreflexion zur Klärung der Rolle und zur Selbstvergewisserung:** Auch Selbstreflexion muss gelernt, angeleitet und erfahren werden, sonst wird das Instrument der Supervision zur Selbstvergewisserung und zur Verarbeitung des Erlebten weder eingefordert noch genutzt, wenn es angeboten wird. Ziel der Reflexion in Ausbildungen könnte es sein, das Rollenverständnis der Pflegeberatung zu klären, indem Fachwissen, Handlungsautonomie und individuelle wertebasierte Urteilsfähigkeit zusammengebracht werden. Die Berufsgeschichte, historische Entwicklungslinien zu verfolgen, wird dabei als sinnvolles Element gesehen, Berufsidentität und Rollenverständnis zu entwickeln.
- **Geschlechtersensibilität:** Es ist evident, dass Pflegebedürftigkeit eng mit dem Geschlecht zusammenhängt. Deswegen sollte dieser wichtige Aspekt auch in der Bildung nicht unsichtbar bleiben. Die Geschlechterperspektive eröffnet neue Verstehenszugänge in die Pflegelagen.
- **Körperbezug:** Die Bedeutung des Körperbezugs in der Pflegeberatung ist ähnlich deutlich wie die vorher genannte Beziehung zwischen Pflegebedürftigkeit und Geschlecht. Es kann als ungünstige Mischung betrachtet werden, dass zum einen der Aufstieg in der sozialen Arbeit wie auch in der Pflege häufig über beratende Tätigkeiten verläuft während gleichzeitig beruflicher Aufstieg in diesen Disziplinen mit einer körperfernen Tätigkeit verbunden wird. Ein Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberatung bei Pflegebedürftigkeit ist in dem Aspekt Forschung zu Körperbezug in der Beratung zu sehen. Eng damit verbunden steht der Bildungsbedarf. Damit das gelingt, muss der Körperbezug in der Ausbildung zur Pflegeberatung platziert sein. Interessante Ansätze, die in der Dissertation verwendet wurden, finden sich z. B. in der leiborientierten Beratung, der Parallele von Körpergeschichte und Demokratieentwicklung, Konzepten wie der basalen Stimulation.
- **Kritik:** Ein Faden, der sich durch diese Dissertation zieht, betrachtet die Beratung zur Gesundheit unter der Wirkung von Ideologien und hebt die Bedeutung von Reformen und der Aufklärung der Ratsuchenden hervor. Wie viel Kraft Beratung hat, notwendige Reformen anzustoßen, sich für den Schutz von Ratsuchenden einzusetzen u. Ä., hängt auch von ihrer Unabhängigkeit und der Fähigkeit zur Kritik ab. Der Impuls, ideologiekritisch zu denken, sollte ebenfalls in den Ausbildungen zum*r Berater*in gesetzt werden. Thematische Vorschläge aus den Ergebnissen der Empirie beginnen damit, Beratungsbeziehungen unter dem Aspekt Zeit und Beschleunigung zu betrachten. Der Blick auf Machtpotenziale und Machttechniken in der Pflegeberatung sensibilisiert die Wahrnehmung, dass die Institutionen mit in die Beratung genommen werden und dass z. B. Gutachten sowohl zum Schutz dienen –

als auch zum Gewaltakt werden können. Die mächtige Position der Pflegeberater*innen in fragilen Lebenslagen Hilfe- und Ratbedürftiger, in denen sie in die Entscheidungen an Wendepunkte in Familien wirken, führt notwendigerweise zu den Überlegungen, wie ratbedürftige Menschen wohl vor unberechtigten Eingriffen in Lebensentscheidungen bewahrt werden können. Empirisch zeigte sich in den Interviews nur eine eingeschränkte Wahrnehmung zur Kontrolle zugunsten der Hilfe. Der nächste Baustein trägt dazu bei, hier einen Orientierungsrahmen zu finden:

- **Ethik:** Um sich als professionelle Pflegeberater*in in der beruflichen Integration zu orientieren, ist eine Beratungsethik entscheidend. Pflegeberater*innen müssen ihr Handeln vor sich und anderen ethisch begründen können. Die Fähigkeit, zum richtigen Zeitpunkt das Richtige zu tun, was in moralischer Hinsicht zu überzeugen weiß, braucht einen Orientierungsrahmen außerhalb der reinen Ordnungsfunktion, wie die Pflegeberater*innen eindrucksvoll belegt haben, und wird desweiteren durch konkrete Erfahrung und deren Reflexion entwickelt. Thematische Vorschläge in dieser Dissertation finden sich z. B. im Capability Approach von Martha Nussbaum oder im Diskurs um eine Care-Ethik.

8. Zusammenfassende Erkenntnisse

Diese Dissertation hatte die Absicht, über eine historische Rekonstruktion der Beratung bei Pflegebedürftigkeit mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Entwicklung der Beratung im SGB XI sowie einer Analyse der aktuellen konkreten Beratungspraxis einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberatung zu leisten. Die vorliegende Arbeit wurde aus Wissensbeständen der Pflegewissenschaft und der Sozialen Arbeit entwickelt. Durch diese interdisziplinäre Perspektive konnten besonders lange Linien gezogen werden und die Ergebnisse verweisen damit deutlicher auf die Rahmenbedingungen, die gemeinsamen wie die unterschiedlichen Entwicklungslinien sowie auf Interdependenzen der beiden Disziplinen, die aktuell bei Pflegebedürftigkeit beraten. Im Ergebnis liefert diese Herangehensweise nun Hinweise für Qualifizierungselemente, Argumente für die Ausarbeitung eines Sozialberatungstypus bei Pflegebedürftigkeit, der sowie für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Die hier aufgefalteten Notwendigkeiten für pädagogische Arbeit im Sinne eines bildenden, aufklärenden, wegweisenden und unterstützenden Instrumentes bietet Entwicklungspotential für eine reformierte Rolle der aktuellen Pflegeberatung.

Mit der Einführung und Umsetzung der Pflegeversicherung wurde sowohl die Aufmerksamkeit der Sozialpolitik als auch der verschiedenen Akteure in der Versorgung auf die Beratung bei Pflegebedürftigkeit gelenkt. Pflegeberatung wurde über die verschiedenen Reformen des SGB XI fortwährend entwickelt und hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. Im theoretischen Teil dieser Arbeit konnten Verschiebungen von Beratungsthemen zwischen Sozial- und Gesundheitswesen nachvollzogen werden, die je auch mit Ideologien der Zeit verbunden sind. Es konnte somit festgehalten werden, dass es sich mit der fünften Säule der Sozialversicherung nicht ausschließlich um eine Ergänzung des Sozialversicherungswesens handelt.

Über die interdisziplinäre Herangehensweise wurde sichtbar, dass die Erkenntnisse aus der systematischen Beratungskritik und den beratungswissenschaftlichen Diskursen der Sozialpädagogik in der Entwicklung der Pflegeberatung im SGB XI kaum Beachtung fanden, obschon es sich hier um ein bedeutendes Handlungsfeld der Beratung in der Sozialen Arbeit handelt. Die Rekonstruktion legt nahe, dass sich die Wissenschaftsdisziplinen Soziale Arbeit und Pflegewissenschaft für die Beratung von Pflegebedürftigkeit, auch im Rahmen der eigenen Professionalisierung, mehr füreinander interessieren sollten. Der geschlechtersensible Blick in die eigene Berufsgeschichte, wie vorliegend versucht, ist dabei für die Wahrnehmung der Interdependenz ergänzend hilfreich.

Weiter wird trotz der offensichtlichen Bedeutung von Geschlecht beim Thema Pflegebedürftigkeit in Gesellschaft, Arbeitsmarkt und Familie dieser Aspekt nicht als eine integrierende Perspektive zur Entwicklung der Versorgungssituation aufgenommen. Stattdessen wurden Geschlechterdifferenzen in der Konstruktion des SGB XI unsichtbar gemacht und in Frage stehende bzw. überkommene geschlechterspezifische Reproduktions- und Erwerbsarbeitsteilungen in den pflegenden Familien gefestigt, die schließlich in den Pflegebeziehungen wirken.

Die auf dieser Grundlage entwickelten und vom Spitzenverband der Krankenkassen empfohlenen Qualifikationen zur Beratung bei Pflegebedürftigkeit weisen daher, wie diese Dissertation belegen konnte, Leerstellen und Entwicklungspotenziale auf.

Das hat Folgen für die Beratungspraxis:

Die hier vorgelegten empirischen Ergebnisse der narrationsanalytisch ausgewerteten Stegreif-erzählungen stützen die Annahme, dass Pflegeberatung in der Regel über die Vermittlung von individuellen Sozialleistungen oder Hilfe bei speziellen Pflegeverrichtungen hinausgeht und sich vor allem an den Alltag der Menschen richtet. Jedoch wirkt die aktuelle Gewichtung der Pflegeversicherung, die auf Dienst- und Sozialleistungen zur Entlastung liegt, insoweit in die Beratungsprozesse hinein, als dass die Berater*innen oft blind für weitere Anliegen werden, bzw. diese dann eher der persönlichen Hilfeleistung zuordnen, oder um die Anpassung der Familien bemüht normalisierend arbeiten. Dadurch entgehen diese ausgeblendeten, aber zentralen Aspekte der Entwicklung und Professionalisierung von Beratung bei Pflegebedürftigkeit.

Für die beratenden Pflegeberufe erscheint somit die alltagsnahe und lebensweltbezogene Pflegeberatung nicht als ein aus der Theorie gestützter Bereich, der aus der eigenen Disziplin z. B. anhand von Fallbezügen weiterentwickelt und ethisch fundiert werden muss, sondern es wird womöglich ein längst überwunden geglaubtes Berufsverständnis tradiert, in dem Pflegenden eine im Wesentlichen in der Person verankerte Befähigung zur Bildung von Vertrauensräumen und sorgender Zuwendung hatten. Damit verstärkt sich die Deutung von sogenannten schwierigen Helferproblematiken, wenn die Pflegeberater*innen sich in der Ausgestaltung ihrer Rollen auf intensive individuelle Hilfebeziehungen einlassen.

Die vorgelegten Fallverläufe zeigen allerdings andere Konflikte deutlicher. Es sind Care-Dilemmata oder Care-Entgrenzungen, Ausweichstrategien, die nicht ursächlich in den individuellen Personen liegen, sondern vor allem mit Hierarchien, Systemspannungen, bürokratischen Vorgaben oder ökonomischen Zwängen zu tun haben.

Aus der Erzähllogik der Stegreiferzählungen wurden vor allem die Phänomene Hilfehandlung, Körperbezug und Zeit herausgehoben, die über die Interpretation aus den Einzelfällen schließlich als allgemein wenig ausgeleuchtete Aspekte der Pflegeberatung bei Pflegebedürftigkeit erkannt wurden. Zunächst führen sie auf die Vorderbühnen der Pflegeberatung, zu Leitideen und Programmen. Die analytische Rekonstruktion aus den empirischen Daten und das theoretische Kontrastieren ermöglichten dann den Zugang zu den Wirklichkeiten der Pflegeberatungspraxis.

So werden Helfen und Hilfehandlungen von den befragten Pflegeberater*innen als Orientierungsrahmen genannt, bieten aber als Konzept noch wenig theoretisch ausgearbeiteten Rückhalt, um Entscheidungen zu lenken, und wurden daher weiter nach ihrem individuellen Sinn ausgeleuchtet. Nach dem systematischen narrationsanalytischen Auswerten der erzählten Hilfehandlungen der Pflegeberater*innen ließen sich in den Fallverläufen keine Motive auf der Grundlage eines „Helfer-Syndroms“ oder unreflektierter Größenfantasien aufdecken. Es stellten sich allerdings in einigen der Erzählungen tatsächlich tiefe Verstrickungen dar. Diese folgten jedoch nicht dem Muster, (unbewusst) Abhängigkeiten produzieren zu wollen, sondern es waren jeweils nicht ausreichend ausgearbeitete soziale Rollen, unklare Schnittstellen und der Mangel an Räumen, in denen Verstrickungen reflektiert, verstanden und gelöst werden können.

Die Pflegeberater*innen handeln im heterogenen Handlungsfeld vielfach in einem beratungsspezifisch nur schwach ausgearbeiteten Hilfeprogramm der Dienstleistungsorganisation, das unterschiedliche, zum Teil gegensätzliche Anforderungen an sie stellt. Auf der einen Seite wird dort die reibungslose Kunden- und Prozessorientierung gefordert und auf der anderen Seite das Bild der „menschlichen Pflege“ in liebevoller, persönlicher Zuwendung und Fürsorge implizit angeboten. Die Spannungen dieser und weiterer paradoxer Erfordernisse zeigten sich in den Fallverläufen und wurden unterschiedlich erlebt und bearbeitet:

Zum einen stellt sich über die Auswertung der Interviews eine Handlungsweise dar, in der die Pflegeberater*innen sich des Falls annehmen und ihn unter dem Dach einer Care-Moral weiterführen. Hier findet sich ein Anschluss an den Care-Diskurs, in dem z. B. Kari Waerness (1984; 2000) diese Handlungslogik mit dem Begriff der Fürsorgerationalität (*rationality of caring*) aufgreift. Care kann, mit Schönwälder-Kuntze formuliert, als eine auf einen (oder mehrere) Menschen (oder die Umwelt) gerichtete Haltung und Praxis bestimmt werden, die durch Aufmerksamkeit oder Achtsamkeit sowie Unbehagen gekennzeichnet ist und die in ihrer Funktion als schützend und erhaltend wahrgenommen wird (vgl. Schönwälder-Kuntze 2017: 25–26). Für Waerness umfasst Care ein Spektrum an menschlichen Erfahrungen (Waerness 1984:

188), in denen das Gefühl, angesprochen zu sein, relevant für die Übernahme von Verantwortung wird. Es ist aber eine spezifische Fürsorgerrationalität, die eben nicht den Gegensatz zwischen verfangenem Gefühl und fachlicher Rationalität aufmacht, sondern in der die lange praktische Erfahrung die Bedingungen für das Wohlbefinden des anderen kennt und umsetzt, was dafür nötig ist. Einige der interviewten Pflegeberater*innen lassen sich tief auf ihre Gegenüber ein und begeben sich in den erlebten Fallverläufen mit in die Abhängigkeitsverhältnisse der Pflegebedürftigen. Anders als in der oft als Helferproblematik benannten Konstellation werden sie darin aber selbst nicht hilflos, obschon sie auch mit Hilflosigkeitsgefühlen konfrontiert sind, sondern sie greifen aus Sorge um den Hilfebedürftigen auf individuelle Hilfehandlungen zurück. Beispielsweise dehnen sie ihre Arbeitszeit aus und stellen ungewöhnliche Flexibilität zur Verfügung, sie weichen von Standards ab, suchen informelle Wege, wo es keine offiziellen gibt, geben Halt und bleiben über das eigentliche Hilfeprogramm im Kontakt. Ihre Hilfehandlungen sind dann von der Teilnahme an der Situation des Gegenübers geprägt. Ihre anteilnehmende Fürsorge ist so gesehen die Ausarbeitung der Beziehungsarbeit und Bedürfnisorientierung und teilt sich in Identifikationsprozessen mit. Dafür ist die Fähigkeit zur Empathie erforderlich. Da das nicht ohne einen gewissen Anteil an persönlicher Verstrickung gelingt, ist Selbstreflexion ebenso unentbehrlich wie das vorher aufgebrachte Mitgefühl, besonders wenn die Fallverläufe in Grenzsituationen des Lebens und über eine längere Zeit begleitet werden. Mitgefühl und Reflexion beziehen sich im systematischen Beratungsprozess aufeinander. Dafür fehlt allerdings in fast allen Stegreiferzählungen das professionelle und regelmäßige Angebot.

Die Konflikte, in die die Berater*innen in den Fallverläufen geraten, haben oft damit zu tun, dass sie alleine und auf sich gestellt entscheiden und handeln. Urteilen geschieht in den direkten Interaktionen vor Ort, Entscheidungen müssen oft ohne Team im Hintergrund getroffen und ebenso alleine „verdaut“ werden. So taucht auch in den Interviews mehrmals die Figur des*der Einzelkämpfer*in auf, der*die stellvertretend kämpft, um die Situation des Gegenübers zu verbessern. Scheitern sie an institutioneller Unbeweglichkeit oder an der alleine schwer zu überwindenden Bruchkante zwischen Systemlogik und Lebenswelt, setzen die Pflegeberater*innen ggf. statt der geforderten Dienstleistung sich selbst als ganze Personen ein – nicht weil sie schwache, hilfebedürftige Menschen um sich herum brauchen, sondern weil es an einem sonstigen haltenden Rahmen mangelt und sie erstmal tun, was nötig ist.

Allerdings geraten sie damit zum einen an die Grenzen ihrer in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten und zum anderen verstärkt in ethische Dilemmata. Neben den bekannten, unvereinbaren Kernproblemen im Gesundheits- und Sozialwesen setzen die sehr begrenzten und teilweise starren Rahmenbedingungen in der Versorgung die Pflegeberater*innen zusätzlich unter Spannung. Nach Schütze resultieren daraus Fehlerpotenziale, die besonders dann zunehmen, wenn Paradoxien nicht bearbeitet, sondern ausgeblendet, einseitig gelöst oder biografisch kurzgeschlossen werden. Auch solche Prozesse konnten empirisch beobachtet werden:

Denn zum Zweiten führten auch in den analysierten Fallverläufen die professionellen Einschätzungen der Pflegeberater*innen, gerade bei widerstreitenden Impulsen, nicht unbedingt zur deutlicheren Wahrnehmung der gegensätzlichen Pole und zu (neuen) inneren Kontrakten oder zur Übernahme des Falls, sondern wirkten durchaus auch Institutionsinteresse, Kontroll- oder Effektivitätsprozesse mächtiger. Bei Auftreten von Spannungen und Verunsicherungen bot sich der Blick auf den institutionellen Auftrag und die Orientierung an routinierten Handlungsschemata als Ausweichmöglichkeit an. Schütze zeigt in seinen Beobachtungen zu professionellem Handeln im Sozialwesen auf, wie sich in der Entwicklung von Routinen vermehrt auch bürokratische Sicht- und Handlungsweisen in der Beratung und Begleitung durchsetzten. Er beschreibt zwar, dass gerade das Erkennen und Aushalten der Unvereinbarkeiten professionelles Handeln auszeichnet, sieht aber auch, wie durch Verschleierung dieser inneren Spannungen Distanz zur Lebenswelt geschaffen wird, auftretende Paradoxien und Konflikte in den Anforderungen der Institution verschwinden und so der Fall selbst mehr und mehr in der Fallakte aufgeht. Die professionellen Berater*innen neigen ohne Selbstreflexion zur Unsicherheitsbewältigung und – je nach Grad der Professionalisierung – dazu, nach kurzgeschlossenen Stereotypen zu handeln oder zumindest professionelles Handeln abzukürzen. So konnte es auch hier in der Pflegeberatungspraxis dargestellt werden.

Dennoch lässt sich, neben dieser Bestätigung der Professionalisierungstheorie Fritz Schützes, über die vorliegenden empirischen Erkenntnisse der Pflegeberatungspraxis seine Theorie noch erweitern. Nach Schütze führt die Auflösung der Antinomie zu einem Pol hin grundsätzlich zu systematischen Fehlern. Die vorgestellten Fallverläufe eröffnen jedoch eine zusätzliche Perspektive: nämlich den Impuls einer offenbar tief verankerten Care-Moral, auf die Care-Handlungen folgen, welche auf die Bedürfnisse des Gegenübers reagieren. Mit dieser Sicht findet sich auch wieder ein (vorsichtiger) Anklang an die frühe Geschichte der sozialen Arbeit sowie den Beginn der beruflichen Pflege. Die Pionierinnen der Frauenvereine taten im gesellschaftlichen Wandel, was nötig ist, und „arbeiteten für eine bessere Welt“. So gelesen findet sich im

Sinne einer Care-Ethik in der erzählten Pflegeberatungspraxis auch handlungsstarke Gesellschaftskritik bzw. das Aufzeigen eines Reformbedarfs und eben nicht unbedingt die Einführung systematischer Fehler.

Denn im Modernisierungsprozess und der damit einhergehenden Entgrenzung der Lebensbereiche (vgl. Jurczyk, Szymenderski 2012), wie die Pflegeberater*innen ihn beschreiben, lässt sich in Bezug auf Sorgetätigkeiten in der Konstruktion des SGB XI kein neues Gesamtmodell erkennen, das ganze Lebensläufe in den neuen Geschlechterverhältnissen berücksichtigt, so dass auch Arbeitsteilung zwischen Care- und Erwerbsarbeit gelingen kann. Es zeigt sich aber, dass Pflegeberatung wesentlich mit unserer Geschlechterformation zusammenhängt und die geschlechterspezifische Praxis des Sorgens die gegenwärtige gesellschaftliche Ordnung bei bestehender Pflegebedürftigkeit stabilisiert. In diesem Kontext ist eine Erweiterung des Handlungsrahmens hin zu Geschlechtergerechtigkeit und Demokratie dringend geboten.

Wenn Pflegeberatung nun aber mehr leisten soll als Dienst- und Sozialleistungsberatung, sind in der Beratung zum einen die Rahmenbedingungen der Beratungsnutzer*innen besser in den Blick zu nehmen, und zwar nicht nur unter dem Aspekt der Entlastung, sondern unter der Perspektive von mehr Gemeinsamkeit, um Fürsorglichkeit überhaupt zu ermöglichen, wie im geschilderten Fallverlauf die fehlende Nachtpflege. Sozialberatung bei Pflegebedürftigkeit könnte unterstützen, Verfahren und Alltagshandlungen zu entwickeln, um Familie als Lebenszusammenhang aufrechtzuerhalten, wenn Angehörige nicht nur als Ressource im Versorgungsprozess verstanden werden. Dafür muss die Qualifizierung zur Pflegeberatung Familien- und Geschlechtersensibilität fördern.

Diese Professionalisierung der Beratung bei Pflegebedürftigkeit kann meiner Ansicht nach nur über die regelmäßige Rekonstruktion der geführten Beratungen geschehen. Dafür bietet sich das Instrument der Fallsupervision an, auch um Unsicherheiten bewältigen zu können und um z.B. die eigenen Familienvorstellungen zu reflektieren.

Das oben genannte Mitfühlen hat im Kontext Pflegebedürftigkeit auch viel mit Fühlen, mit Berührung und Berührt-Sein zu tun. Bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit zeigt sich im körperlichen Annähern auch ganz konkret, was den Menschen bewegt und was er braucht. Fürsorge-Interaktionen in der Pflege sind oft nonverbal und vermitteln sich über Haptik. Steht nun in der Pflegeberatung die Alltagsgestaltung im Fokus, die durch Krankheit und Einschränkung immer einen starken Körperbezug aufweist, wird klar, dass alle Berufsgruppen, die Pflegebedürftigkeit beraten, den Körper nicht ignorieren können. Fallarbeit in den jeweiligen Fachdisziplinen könnte den Fokus bewusst auf das Gespräch *über* und die Arbeit sowie das Erleben

mit dem Körper legen, um sich diesem Thema anzunähern. Folgt man Richters These des Zusammenhangs von Körper- und Demokratieggeschichte, dient auch dieses Vorgehen der Entwicklung von mehr Mitgefühl und Gerechtigkeit. Auch in der Professionalisierung der Pflegeberufe ist der Aufstieg häufig über die Ausdifferenzierung körperferner, weniger „schmutziger“ Beratungstätigkeiten zu beobachten. Aber gerade in der Beratung Pflegebedürftigkeit sollte diese Expertise nicht untergehen, sondern als eigenes Bildungselement in der Beratung entwickelt werden, wie hier vorgeschlagen.

Fazit

Die Ergebnisse der Arbeit belegen und begründen die Relevanz für die Entwicklung eines innovativen Sozialberatungstyps für die Beratung bei Pflegebedürftigkeit aufbauend auf den Wissenssystemen von sozialer Arbeit und Pflege.

Für die Gestaltung von Beratungsbeziehungen, die in Care-Arrangements als besonders bedeutsam erkannt wurden, wurden Leerstellen in den vorhandenen Qualifizierungsmöglichkeiten aufgezeigt. Daran anschließend konnten Bildungselemente in Grundzügen vorgeschlagen werden.

Die so ausgebildeten Fähigkeiten schärfen fraglos den Blick auf Bedarfe und Bedürfnisse bei Pflegebedürftigkeit. In der Folge ist eine kritische Haltung zu einer Ökonomisierung, die im Wesentlichen auf Zeit- und Pflegemangel beruht zu erwarten und bieten zeitgleich Potential für Beiträge zu Reformen der Pflegeversicherung.

Auf Basis der rekonstruierten Einzelfallanalysen wurden Hilfe, Körperbezug und Zeit als zentrale, aber bisher wenig ausgeleuchtete Merkmale in der Beratungspraxis näher bestimmt, in denen sich Spannungen, Anpassungen, Distanzierungen, Konflikte, Brüche und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen lassen.

Die Interpretation der Pflegeberatungspraxis unter Rückbindung an eine Care-Ethik erweist sich als eine Weiterentwicklung zu Schützes Paradoxien professionellen Handelns und der damit verbundenen systematischen Fehlerproduktion. Denn diese Betrachtung erweiterte die Diskussion um die Bedeutung der haltenden Sorgebeziehungen für das Funktionieren des Care-Arrangements. Darin enthalten findet sich eine handlungsstarke Kritik am Versorgungssystem bei Pflegebedürftigkeit.

Es zeigt sich weiter, dass Pflegeberatung wesentlich mit unserer geschlechterspezifischen Gesellschaftsformation zusammenhängt und die geschlechtsspezifische Praxis des Sorgens die gegenwärtige gesellschaftliche Ordnung bei bestehender Pflegebedürftigkeit stabilisiert. Auch in

diesem Kontext ist eine Erweiterung des Handlungsrahmens hin zu Geschlechtergerechtigkeit und -demokratie dringend geboten.

Weiterer Forschungsbedarf ergibt sich aus der hier bearbeiteten Anzahl an Fallverläufen. Zur Entwicklung einer Sozialberatung bei Pflegebedürftigkeit, wie vorliegend vorgeschlagen, bietet es sich an, im heterogenen Feld der Pflegeberatung weitere Fallverläufe narrationsanalytisch auszuwerten und über eine deutlich größere Anzahl auch Typen zu bilden. Interessant wäre es auch zu untersuchen, wie sich die Fallverläufe der Pflegeberater*innen unterscheiden, die mittlerweile zunehmend freiberuflich auf dem Gesundheitsmarkt agieren.

Da über die Erkenntnisse aus der Empirie erst im Laufe der Dissertation die Care-Debatte besondere Bedeutung bekommen hat, sollte in weiteren wissenschaftlichen Arbeiten auch die Frage behandelt werden, wie die Begriffe Kontrolle und Hilfe unter dem Dach einer Care-Ethik für die Pflegeberatung bei Pflegebedürftigkeit konzeptionalisiert werden könnten.

Literaturverzeichnis

A

Abt-Zegelin, A. (1999): Patienten-Edukation als Pflegeaufgabe. In: Forum Sozialstation Nr. 96, S. 66–68.

Abt-Zegelin, A. (2016): In: Segmüller, T. (2015): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege, Mabuse. Alltag leben trotz Krankheit (S. 15–38), Formate der Patientenedukation (S. 49–84).

Abt-Zegelin A (2019) Kritischer Kommentar zum Beitrag „Weiterbildung für Advance Care Planning“ von Henrikje Stanze und Friedemann Nauck in: Padua 3 / 2019. PADUA 14(4):277–278

Abel, T. & Sommerhalder, K. (2015): Gesundheitskompetenz / health literacy. Bundesgesundheitsblatt 58(9), S. 923–929

Adam-Paffrath, R. (2013): Die Diskurse der ambulanten Pflege in Deutschland zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung 1993–1996.

Altgeld, T. & Kickbusch, I. (2012): Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien I, Gesundheitsförderung. In: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage, München, S. 187–197.

Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V. (2014): Qualitätskonzept „Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch nach § 37 Abs. 7 SGB XI anerkannte Beratungsstellen für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen“. Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V., Potsdam. Zu beziehen über die Herausgeberin.

Ammende, R., Arens, F., Darmann-Finck, I., Ertl-Schmuck, R., Von Germeten-Ortmann, B., Hundenborn, G., ... & Walter, A. (2019). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. o. A, 5-7.

Aner, K. (2010): Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Handbuch Soziale Arbeit und Alter (S. 33–50), VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ansen, H. (2008): Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. Klinische Sozialarbeit. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag, S. 51–69.

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. In Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. dgvt-Verlag.

Arnold, J. & Macsenaere, M. (2018): Ergebnisse der bundesweiten „Wirkungsevaluation in der Erziehungsberatung“ (Wir.EB) und deren Relevanz für die Beratungspraxis. In: Rietmann, S. & Sawatzki, M. (Hrsg.): Zukunft der Beratung. Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion, Bd. 11. Wiesbaden: Springer VS.

Asam, W. (2010): Kommunale Alten (hilfe-)planung und SGB XI. In: Handbuch Soziale Arbeit und Alter (S. 59–66). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Auli, P. M. (2009): Pflegeberatung und Pflegestützpunkte. In: Dräther, H. & Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Die WIdO-Reihe. Berlin: KomPart, S. 161 ff.

Aurin, K. (Hrsg.) (1984): Beratung als pädagogische Aufgabe. Bad Heilbronn: Klinkhardt.

Auth, D. (2013): Ökonomisierung der Pflege–Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. WSI-Mitteilungen, 66(6), S. 412–422.

Auth, D. (2017). Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung: Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland. Westfälisches Dampfboot.

Auth, D. (2018). „Employment first“!? Gleichstellung in Zeiten investiver Familienpolitik. In Care und die Wissenschaft vom Haushalt (S. 33-46). Springer VS, Wiesbaden.

B

Baader, G. & Peters J. (2018): Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Gesundheit und Krankheit als Vision der Volksgemeinschaft. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Backes, G. M. (1983): Frauen im Alter. Bielefeld: AJZ.

- Backes, G. M.** (2008): Alter(n): Ein kaum entdecktes Arbeitsfeld der Frauen- und Geschlechterforschung. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91972-0_53
- Badura, B. & Ritter, W.** (1997): Zehn Jahre nach der Ottawa-Charta: die betriebliche Gesundheitsförderung am Scheideweg zwischen Neuanfang und Marginalisierung. *Journal für Psychologie*, 5(3), S. 3–12. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29110>
- Bagel-Bohlan, A. et al.** (1990): Sexualmoral und Zeitgeist im 19. und 20. Jahrhundert. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bahrenberg, R.** (2002): RAT Richtig beraten. Anregungen, Techniken – Grundwerk individueller Beratung. Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.). Nürnberg.
- Barmer Ersatzkasse (BEK)** (1998): Auswertung der Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI im Kalenderjahr 1998. Wuppertal (unveröffentlicht).
- Bartholomeyczik, S., Hunstein, D. Koch, V. & Abt-Zegelin, A.** (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs, Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitmessung. Frankfurt am Main: Mabuseverlag Wissenschaft Bd. 59.
- Baron, R.** (Hrsg.) (1983): Sozialarbeit und Soziale Reform. Zur Geschichte eines Berufs zwischen Frauenbewegung und öffentlicher Verwaltung. Weinheim: Beltz.
- Bastian, P.** (2019). Sozialpädagogische Entscheidungen: Professionelle Urteilsbildung in der Sozialen Arbeit. UTB GmbH.
- Bauer, A., Gröning, K., Kunstmann, A. C., & Rensing, E.** (2001). Im Guten wie im Schlechten-Zur Bedeutung der Ethik in der Angehörigenarbeit. In Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Ergebnisse und Erfahrungen aus einem Modellprojekt.
- Bauer, A.** (2008): Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. In: Bauer, A. & Gröning, K. (Hrsg.): Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bauer, U. & Büscher, A.** (2008): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung — ein Bezugsrahmen. In: Bauer, U. & Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91014-7_1
- Bäumer, G.** (1917) Die Ziele der sozialen Frauenschule und des sozialpädagogischen Instituts in Hamburg. In: *Die Frau*, 24. Jg., 1917, S. 338–341.
- Beck, M.** (1991): Beratung als multiprofessionelles und kooperatives Handeln. In: Beck, M., Brückner, G. & Thiel, H.-U. (Hrsg.): Psychosoziale Beratung. Tübingen: dgvt.
- Beck, U.** (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Becker, R., Bergold-Caldwell, D., Hafeneger, B., Grösch, S., Krüger-Kirn, H., Kustor-Hüttl, B., ... & Rohr, E.** (2013). Psychosoziale Beratung im Spannungsfeld von Gesellschaft, Institution, Profession und Individuum. Vandenhoeck & Ruprecht
- Benner, P.** (1984): From novice to expert. Menlo Park.
- Bestmann, B., Wüstholtz, E. & Verheyen, F.** (2014): Pflegen: Belastung und Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/699766/Datei/140125/Bestmann-Pflegen-Belastung-und-sozialer-Zusammenhalt-2014.pdf> (Abruf: 16.02.2017).
- Betzien, P.** (2018): Krankenschwestern im System der nationalsozialistischen Konzentrationslager. Kula Verlag, Dr. Edgar Bönisch.
- Beyer, M. et al** (2011): Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105 (1), S. 13–20.
- Bieback, K. J.** (2004). Qualitätssicherung der Pflege im Sozialrecht: rechtliche Möglichkeiten einer Institutionalisierung der Qualitätssicherung (Vol. 1). CF Müller GmbH.
- Bischoff, C.** (1992): Frauen in der Krankenpflege: zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Campus-Verlag.
- Blenker, M.** (1965): Social work and family relations in later life with some thoughts on filial maturity. In: Shanes, E. & Streib, G. (Hrsg.): Social Structure and the family: Generational relations. Prentice Hall, Englewood Cliffs/NJ.
- Blinkert, B., & Klie, T.** (2008). Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In *Soziale Ungleichheit und Pflege* (pp. 238-255). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bloech, J.** (2013): Soziale Arbeit in der stationären Altenhilfe – Implementierung, Degeneration und Perspektive. Masterarbeit Universität Bielefeld.
- Blomenkamp, L., von Kamen, R. V., Lagedroste, C., Seifen, S., & Gröning, K.** (2014). Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation. Evaluationsbericht. Uni Bielefeld: Eigenverlag.
- BMGS** (2004) Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn
- BMGS** (ab 1996) 6 Berichte über die Entwicklung der Pflegeversicherung
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie Soziales Familie und Jugend** (2001): Dritter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, Berlin.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie Soziales Familie und Jugend** (2003): Vierter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, Berlin.

- Bode, I.** (2004): Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Boldorf, M.** (2007): Bundesrepublik Deutschland 1957–1966. Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes (Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4, hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesarchiv). Baden-Baden.
- Bohnsack, R.** (2007). Dokumentarische Methode und praxeologische Wissenssoziologie. Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung, 180-190.
- Bowlby J./ Ainsworth, M.** in Grossmann, Klaus E. (Hrsg.). (2015). Bindung und menschliche Entwicklung. Klett-Cotta-Fachbuch (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Böhnisch, L., & Lösch, H.** (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. na.
- Böhnisch, L.** (2005): Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden, S. 199–213.
- Böhnisch, L.** (2012). Lebensbewältigung. In Grundriss Soziale Arbeit (S. 219-233). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Böhnisch, L. & Schröer, W.** (2020): Die gesellschaftliche Rückkehr des Alters. In: sozialraum.de (5) Ausgabe 1/2013. URL: <https://www.sozialraum.de/die-gesellschaftliche-rueckkehr-des-alters.php> (Abruf: 24.08.2020).
- Böhringer, D. & Artner, L.** (2017): Die Veralltäglicung grenzwertiger Arbeit durch Pflegedinge. In: Artner, Lucia et al.: Pflegedinge. Materialitäten in Pflege und Care (S. 169–200). Bielefeld: Transcript.
- Braunstein, D. & Link, F.** (2019): Demokratisches Denken durch die Praxis der Soziologie. Die Reeducation-Konzepte des Instituts für Sozialforschung in den 1950er Jahren. In: Amos, K., Rieger-Ladich, M. & Rohstock, A: (Hrsg.): Erinnern, Umschreiben, Vergessen (S. 187–209).
- Brendebach, Ch. M.** (2000): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Ergebnisse einer Studie der „Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter“. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Brucker, C.:** Moralstrukturen. Grundlagen der Care-Ethik. Weinheim 1990.
- BSB – Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz** (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg (PSPHH). Abschlussbericht. Hamburg.

- Bundesamt für Statistik (BFS)** (Hrsg.) (2017a). Erwerbstätige nach Wirtschaftsabschnitt und Nationalität. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/erwerbstaetige/beruf-berufliche-stellung.assetdetail.2646538.html> (Abruf: 15.01.2020).
- Bundesministerium für Gesundheit** (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2009): „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Universität Tübingen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2013): Länger zuhause leben – Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter. Berlin.
- Bundestag, D. Unterrichtung durch die Bundesregierung** (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. *BT-Drucksache, 13, 9528*.
- Burger, S.** (1994): Die Qualität sozialer Dienste im Spannungsfeld zwischen sozialpolitischem Anspruch und ökonomischer Rationalität. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in Sozialen Diensten, 109.
- Böhle, A.** (2012). Beziehungsarbeit unter den Bedingungen von Freiwilligkeit und Zwang. *Soziale Passagen, 2012, 4, 2, 183*.
- Burston S, Chaboyer W, Gillespie B** (2014) Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality. A review and discussion of issues. *J Clin Nurs 23(13–14)*
- Butterwegge, C.** (2001): Wohlfahrtsstaat im Wandel – Probleme und Perspektiven der Sozialpolitik. 3. Auflage, Opladen.
- Butterwegge, C.** (2014): Wohlfahrtsstaatsentwicklung und soziale Unsicherheit im Risikokapitalismus. Zwischen Sicherheitserwartung und Risikoerfahrung. Vom Umgang mit einem gesellschaftlichen Paradoxon in der Sozialen Arbeit. sl: transcript Verlag, S. 121–140.
- Büscher, A., Holle, B., Emmert, S. & Fringer, A.** (2010): Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine empirische Bestandsaufnahme. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Brüsemeister, T.** (1999). Qualitative Sozialforschung: Ein Überblick. Studienbrief, FernUniversität Hagen.
- Büscher, A. & Klie, T.** (2013): Perspektivenwerkstatt 2013. Qualitätsentwicklung und Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. Berlin.

- Büscher, A.** (2016): Qualitätsrahmen für die Beratung in der Pflege. ZQP Berlin
- Büscher, A., & Krebs, M.** (2018). Qualität in der ambulanten Pflege. In *Pflege-Report 2018* (S. 127-134). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Büscher, A., Wingenfeld, K., & Igl, G.** (2018). Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In *Pflege-Report 2018* (S. 37-44). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Büscher, A., Igl, G. & Winterfeld, K.** (2018): Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018*.
- Büker, C. & Lademann, J.** (2019): Beziehungsgestaltung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

C

- Campanini, G., Blume, E. & Neuber, A.** (2001): Der Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bei selbst beschaffter Pflegehilfe. Empirische Untersuchung zu Inanspruchnahme, Akzeptanz und Wirkung. Projektbericht. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung, Hannover.
- Carell, A.** (1998): Gewalt und Zwang in der familiären Pflege. Gewalt im höheren Lebensalter: 1. Gerontologisches Forum im Münsterland.
- Carell, A.** (1999): Gewalt gegen ältere Menschen. In: Brunner, Thomas (Hrsg.): *Gewalt im Alter. Formen und Ursachen lebenslagenpezifischer Gewaltpotentiale*.
- Clemens, W.** (2008): Zu früh in die „Späte Freiheit“? — Ältere Arbeitnehmer im gesellschaftlichen und demografischen Wandel. In: Amann, A. & Kolland, F. (Hrsg.): *Das erzwungene Paradies des Alters? Alter(n) und Gesellschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Cochrane, A. L.** (1972): *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services* (Vol. 900574178). London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Corbin, J. & Strauss, A.** (2004): *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.

D

- Dallinger, U.** (2016): Der Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf als handlungstheoretisches Problem. *Zeitschrift für Soziologie*, 27(2), S. 94–112. doi:10.1515/zfsoz-1998-0202 (Abruf 22.01.2020).
- Dammert, M.** (2009): Angehörige im Visier der Sozialpolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? Wiesbaden.

- Daiminger, C., Hammerschmidt, P. & Sagebiel, J. (2015):** Gesundheit und Soziale Arbeit – Einführung. In: Daiminger, C., Hammerschmidt, P. & Sagebiel, J. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, S. 9–34.
- Dahl, H. M. (2017).** Struggles in (elderly) care: A feminist view. Springer.
- Daly, M. & Lewis, J. (1998):** Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring. In: Lewis, J. (Hrsg.): Gender, Social Care And Welfare State Restructuring in Europe, Aldershot, S. 1–24.
- Daly, M. & Lewis, J. (2000):** The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, Jg. 51, H. 2, S. 281–298.
- Dann, O. (1984) (Hrsg.):** Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland. (= Historische Zeitschrift, Themenheft) München.
- Dangel, B. & Korporal, J. (2003):** Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? *Z Gerontol Geriat* 36, S. 50–62. <https://doi.org/10.1007/s00391-003-0088-y>
- Darmann-Finck, I. & Sahn, I. (2006):** Biographieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. In: *Pflege*, 19 (5), S. 287–293.
- Darmann-Finck, I., Baumeister, A. & Greiner, AD (2016):** Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus. Projektbericht. <http://www.public-health.uni-bremen.de/mitglieder/ingrid-darmann-finck/publikationen/?publ=6505> (Abruf: 16.11.2017).
- Dausien, B., Fischer-Rosenthal, W., Hanses, A., & Keil, A. (1999).** Biographie und Leib. P. Alheit (Ed.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- DBFK Stellungnahmen (2019).** <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2019/Schleswig-Holstein-Pflegelotse-ist-keine-kompetente-Unterstuetzung.php>.
- Deppe, H. U. (2002).** Kommerzialisierung oder Solidarität? Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik. *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin*. Hamburg: VSA-Verlag, 10-23.
- Dettmers, S. (2017):** Perspektiven von Fort- und Weiterbildungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. In: *Klinische Sozialarbeit*. 13 (1), S. 9–10.
- Deutscher Bundestag (2015):** Drucksache 18/5926, 07.09.2015, 18. Wahlperiode. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/059/1805926.pdf>, Abruf 30.05.2017.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) (Hrsg.) (2006):** Pflegekurse im Blickpunkt. Strukturen – Konzepte – Erfahrungen . Hannover: Schlütersche.

- Abt-Zegelin**, A. (2003): Häusliche Pflegeschulung, Höchste Zeit für fundierte Programme. Forum Sozialstation Nr. 120/Februar 2003, S. 22–24.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.** (2009): Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR)** (Hrsg.) (2002): Berufskompetenzen professionell Pflegender. Mainz.
- Dewe, B., & Scherr, A.** (1990). Beratung und Beratungskommunikation. *Neue Praxis*, 20(6), 488-500.
- Dewe, B. & Otto, H.** (2012): Reflexive Sozialpädagogik. In: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Dieck, M. & Naegele, G.** (1993): „Neue Alte“ und alte soziale Ungleichheiten — vernachlässigte Dimensionen in der Diskussion des Altersstrukturwandels. In: Naegele, G. & Tews, H. P. (Hrsg.) *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dießenbacher, H. & Wambach, M. M.** (1990): Sollen wir unserer Pflicht, gehorsam zu sterben, in jedem Falle nachkommen? Ein Dialog über Sterbevarianten zwischen Hartmut Dießenbacher und Max Wambach. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 14(4), S. 47–60. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266691>
- DiGiorgio, L. et al.** (2016): Is higher nursing home quality more costly? *Eur J Health Econ* 17: 1011–1026.
- Dämmert, M.** (2009). *Angehörige im Visier der Pflegepolitik*. Wiesbaden: VS
- Dörr, M.** (Hrsg.) (2002): *Klinische Sozialarbeit*. Hohengehren.
- Dörner, K.** (2004). *Das Gesundheitsdilemma. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung*. Berlin.
- Dörpinghaus, S.** (2006). Evaluation von Pflegekursen: Stärken und Herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft*, 11(3), 223-240.
- E**
- Eastman, M.** (1991): *Gewalt gegen alte Menschen*. 2. Aufl. Freiburg i. B.: Lambertus-Verlag.
- Eggert, S., Kossatz, N., & Sulmann, D.** (2018). *Prävention von Gesundheitsproblemen-Fokus häusliche Pflege*.
- Elias, N. & Schröter, M.** (1987): *Über die Zeit*. Suhrkamp.
- Elias, N.** (1988). Was ich unter Zivilisation verstehe. Antwort auf Hans Peter Duerr. *Die Zeit*, 25, 1988.

- Emme von der Ahe, H.** (2014): Abschlussbericht des Projektträgers AnSchuB45: Auf gute Schulung und Beratung kommt es an! PariSozial – gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialdienste mbH – Minden.
- Emme von der Ahe, H., Weidner, F., Laag, U., Isfort, M. & Meyer, Sinia, H.** (2010). Entlassungsprogramm bei Demenz - EDe I: Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Köln, Minden: MV-Verlag.
- Engelmeyer, E.** (1994): Die Putzfrau als Therapeutin. In: Bertram, A. (Hrsg.): Dichotomie, Dominanz, Differenz – Frauen platzieren sich in Wissenschaft und Gesellschaft (S. 155–168). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Entzian, H.** (1999): Die Pflege alter Menschen und die professionelle Pflege. Pflegewissenschaft und Lebensweltorientierung. In: Klie, Schmidt 1999: 93–120.
- Erlemeier, N.** (2006): Soziale Arbeit und stationäre Altenhilfe. Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit, 2006.
- Etgeton, S.** (2011). Patienten als souveräne Verbraucher–neue Optionen für Patienten. In Der Patient als Kunde und Konsument S. 31-48. Gabler.
- Evers, A.** (1998). Zwischen Versorgung und Aktivierung. Das Pflegegesetz ermöglicht eine neue Kultur der Pflege–seine Umsetzung droht sie zu verbauen. Schmid, Roland; Thiele, Albert (Hg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg. Transfer Verlag, 6-22.
- F**
- Feuerstein, G.** (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Bandura, B. & Feuerstein, G. (Hrsg.): System Krankenhaus, Weinheim/München: Juventa, S. 41–67.
- Feuerstein, G.** (2008): Die Technisierung der Medizin. Anmerkungen zum Preis des Fortschritts. In: Saake, I. & Vogd, W. (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden, S. 161–188.
- Filipp, S. H.** (1995): Kritische Lebensereignisse. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags-Union, Beltz-Verlag.
- Fischer, A., & Sibbel, R.** (2011). Der Patient als Kunde und Konsument. Gabler.
- Fischer-Rosenthal, W.** (1996): Strukturelle Analyse biografischer Texte. In: Brähler, E./Adler, C. (1996): Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Gießen, S. 147–209.
- Flaiz, B.** (2018): Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen. Frankfurt: Mabuse Verlag.
- Fleißner, H.** (1995): Mütterlichkeit als Beruf: historischer Befund oder aktuelles Strukturmerkmal sozialer Arbeit. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Univ.

- Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (2003).** Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg.
- Flick, U. (2014).** Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. S. 411–423 in: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.
- Foucault, M. (1976):** Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main, Berlin, Wien.
- Foucault, M. (1977a):** Der Wille zum Wissen (Sexualität und Wahrheit, Bd. 1). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1977b):** Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 184). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1999):** In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France 1975/76. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2003):** Sexualität und Macht. In: Defert, D. (Hrsg.), Dits et Ecrits, Bd. 3, Frankfurt am Main.
- Foucault, M. (2004):** Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Vorlesungen am Collège de France 1977/1978 (Geschichte der Gouvernementalität, Bd. 1). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2006):** Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 1809). Vorlesung am Collège de France 1978/1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2007):** Subjekt und Macht. In: ders. (Hrsg.): Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst, Frankfurt am Main 2007, S. 81–104.
- Fousek, S., Domittner, B. & Nowak, P. (2012):** Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Gesundheit Österreich GmbH. <http://www.goeg.at/>
- Forster, R. (1997):** Medikalisierung als Teil gesellschaftlicher Modernisierung. In: Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-87283-8_7
- ForsthoFF, E. & Bachof, O. (1973):** Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates (Bd. 12). Walter de Gruyter.
- Föcking, F. (2007):** Fürsorge im Wirtschaftsboom: die Entstehung des Bundessozialhilfegesetzes von 1961 (Bd. 73). Oldenbourg Verlag.
- Franke, L. (2006):** Demenz in der Ehe. „Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung“. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

- Frankfurt, H. G.** (1971). Freedom of the will and the concept of a person. *Journal of Philosophy*, 68(1), 5–20.
- Franzkowiak, P.** (2003): Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung. In: *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, H. 1, 26. Jg., S. 25–28.
- Frevert, U. & Frevert, U.**(1986): *Frauengeschichte. Zwischen bürgerlicher Verbesserung und Neuer Weiblichkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Friebe, J.** (2010): Weiterbildung älterer Menschen im demografischen Wandel: Deutsche und internationale Perspektiven. In: *REPORT – Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, 33(3), S. 54–66. <https://doi.org/10.3278/REP1003W054>.
- Fritz, E.** (1964): *Problematik der Krankenpflege und ihrer Berufsverbände*. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Frommann, A., Schramm, D. & Thiersch, H.** (1976): Sozialpädagogische Beratung. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 22(5), S. 715–741.
- Fuchs, H.** (1997): Die Wohltaten der Pflegekasse – Satt, sauber, still – Prozeßqualität im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes? In: *Soziale Sicherheit*, 46. Jg., H. 10, S. 321–331.
- Fuchs, Th.** (2000): *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fuhr, R.** (2003). Struktur und Dynamik der Berater- Klient- Beziehung. In C. Krause, B. Fittkau, R. Fuhr, & H.U. Thiel (Hrsg.), *Pädagogische Beratung* (S. 32-50). Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Führ, C. & Berg, C.** (Hrsg.). (1987): *Handbuch der deutschen Bildungsgeschichte*. CH Beck.
- Fussek, C.** (1997): „Manchmal kann ich einfach nicht mehr – dann ...“. Ein Tabu: Ursachen für Gewalt und Misshandlungen in der häuslichen Pflege. In: *Häusliche Pflege*, 1, S. 40–43.
- G**
- Gahleitner, B.** (2016): Professionelle Beziehungsarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. *Jugendhilfe*, 54,1, S. 6-11.
- Gaidys, U.** (2011). Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung—Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege*, 24(1), 15.
- Gehl, Günter** (Hrsg.), *Tatort Gesundheitsmarkt. Wirtschafts-) Kriminalität in ihrer gesellschaftspolitischen Dimension*, Weimar, 42.
- Geß, S. & Stegmüller, T.** (2017): *ifo Schnelldienst* 5/2017 – 70. Jahrgang – 9. März 2017.

- Geller, H., & Gabriel, K.** (2004). *Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt*. Lambertus.
- Gerhard, U.** (1978): *Verhältnisse und Verhinderungen: Frauenarbeit-Familie, Frauenarbeit, Familie und Rechte der Frauen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gerhard, U.** (1983): Über die Anfänge der deutschen Frauenbewegung um 1884. In: Hausen, K. (Hrsg.): *Frauen suchen ihre Geschichte. Historische Studien zum 19. und 20. Jh.*, München S. 22-60
- Gerhardt, U.** (2005): *Soziologie der Stunde Null. Zur Gesellschaftskonzeption des amerikanischen Besatzungsregimes in Deutschland 1944–1945/1946*, Frankfurt am Main.
- Gerlinger, T., & Röber, M.** (2012). *Die Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung*. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72804/ziele-und-wirkungen-der-pflegeversicherung>
- Geyer, E., Rose, A., Zwicker-Pelzer, R. & Laag, U** (2011).: *Systemische Beratung – Das neue Konzept für Pflegeberatung und Pflegebildung*. In: *Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung: Anregungen zur Weiterentwicklung neuer beruflicher Kompetenzen*, S. 17–24. Opladen; Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, 2011. Accessed December 13, 2020. doi:10.2307/j.ctvdf083b.4.
- Gieseke, W., Opelt, K. & Ried, S.** (1995): *Weiterbildungsberatung II. Studienbrief Erwachsenenbildung des Zentrums für Fernstudien und universitäre Weiterbildung*. Universität Kaiserslautern.
- Gieseke, W.** (1997): *Weiterbildungsberatung als Schanierstelle zwischen Angebot und Teilnahmeentscheidung*. In: Nuissl, E., Schiersmann, C. & Siebert, H. (Hrsg.): *Pluralisierung des Lehrens und Lernens*. Bad Heilbronn: Klinkhardt.
- Gieseke, W.** (2000): *Beratung in der Weiterbildung – Ausdifferenzierung der Beratungsbedarfe*. In: *Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung*, 46, S. 10–17.
- Gieseke, W.** (2005): *Vielfalt der Weiterbildungsberatungen – Präzisierungen und Forschungsentwicklungen*. In: *dvb-forum* (2005) 2, S. 43–48.
- Gieseke, W.** (2006): *Gender Mainstreaming in der Bildungsberatung*. In: Fellermeier, G. & Herbrich, H. (Hrsg.) (2006): *Lebenslanges Lernen für alle – Herausforderungen für die Bildungsberatung*. Berlin: Kramer.
- Giesecke, J. & Müters S.** (2006): *Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile*. In: *Gesundheitliche Ungleichheit VS Verlag für Sozialwissenschaften*. (339-352).
- Giesecke, H.** (2007): *Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns*. Weinheim: Juventa.

- Gieseke, W., Käpplinger, B. & Otto, S.** (2007): Prozessverläufe in der Beratung analysieren – ein Desiderat. In: Report (2007) 1, S. 33–42.
- Gilligan, C.** (2011). Ethics of care. Entrevista concedida a Webteam em, 21.
- GKV Spitzenverband der Pflegekassen** (Hrsg.): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Bericht des GKV-Spitzenverbandes. Bonn 2011. Online unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2011_07_15_GKV-SV-Bericht_Eval_Pflegeberatung_Vfinal.pdf (Abruf: 04.12.2012).
- Glammeier, S.** (2011): Wie Frauen (nicht) zu Objekten/Opfern von Gewalt werden. In: Zwischen verleblichter Herrschaft und Widerstand (S. 403–427). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- González-Campanini, I.-M., Blume, E. & Neuber, A.** (2001): Der Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bei selbst beschaffter Pflegehilfe. Empirische Untersuchung zu Inanspruchnahme, Akzeptanz und Wirkung. Hannover: IES Projektberichte.
- Greb, U.** (2006): „Helfen“ im Diskurs der Negativen Dialektik – ein Chiffre für pflegerisches Handeln Pflege und Gesellschaft. 11. Jahrgang (1), S. 12–16.
- Grieshaber, U.** (1996): „Oft reicht ein einzelner Besuch nicht aus“: Forum-Gespräch mit der Freiburger Altenpflegerin Elfi Legl zum Pflegeeinsatz. In: Forum Sozialstation 20, 4, S. 17–19. Zitiert nach Büscher et al. 2010.
- Großmaß, R.** (2007): Beziehungsgestaltung in der Beratung. Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 3, S. 7–8.
- Gonzales-Campanini, I. M., Blume, E., & Neuber, A.** (2000). Der Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bei selbst beschaffter Pflegehilfe–Empirische Untersuchung zu Inanspruchnahme, Akzeptanz. Wirkung. Projektbericht. Hannover: Institut für Entwicklung und Strukturforschung an der Universität Hannover.
- Göckenjan, G.** (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt am Main.
- Görgen, Th. & Greve, W.** (2006): Alter ist kein Risiko an sich für die Opferwerdung. In: Heitmeyer, W. & Schröttle, M. (Hrsg.): Gewalt. Beschreibungen – Analysen – Prävention (S. 144–163). Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Band 563. Bonn.
- Görgen, T., Herbst, S. & Rabold, S.** (2006): Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege: Zwischenergebnisse der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“. Projekt „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ KuGiLaM-Bericht No. 2 (KFN-Forschungsberichte No. 98) Hannover: KFN.

- Görge**, T. (Hrsg.) (2010): Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Graumann, S. & Offergeld, J.** (2013): SeniorInnen in besonderen Lebenslagen – AdressatInnen Sozialer Arbeit? In: Soziale Arbeit in der Krise (S. 185–200). Wiesbaden: Springer VS.
- Gröning, K.** (1998): Entweihung und Scham. Grenzsituationen bei der Pflege alter Menschen. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Gröning, K.** (2000): Über Gewalt in der Pflege. In: Neue Praxis, 30 (6), S. 587–597.
- Gröning, K.** (2002): Häusliche Pflege und familiäre Entwicklung. In: Neue Praxis, 32 (6), S. 595–601.
- Gröning, K.** (2004a): Qualität und Kommunikation in Organisationen. In: Beckmann, C., Otto HU., Richter, M. & Schrödter, M. (Hrsg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-89070-2_14
- Gröning, K.** (2004b): Welche Qualität sichert die Qualitätssicherung? Möglichkeiten einer hermeneutischen Wahrnehmung. In: Schnell, M. (Hrsg.): Leib, Körper, Maschine. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Düsseldorf, S. 145–
- Gröning, K.** (2006): Pädagogische Beratung. Wiesbaden.
- Gröning, K.** (2010a) Die Berufsberatung. In: Entwicklungslinien pädagogischer Beratungsarbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gröning, K.** (2010b): Studienbrief Beratungswissenschaften, Masterstudiengang Supervision und Beratung, Bielefeld.
- Gröning, K.** (2011a): Menschliche Entwicklung und Beratungskunst. In: Pädagogische Beratung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92892-0_6
- Gröning, K.** (2011b). Vereinseitigungen–der Diskurs über Geschlecht und Gewalt gegen Pflegebedürftige. GENDER–Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 3(2).
- Gröning, K.** (2011b): Familiäre Pflegenetzwerke beraten und stärken. Studienbrief im Projekt „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs“. Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, AG 7.
- Gröning, K.** (2011c). Pädagogische Beratung: Konzepte und Positionen. Springer-Verlag.
- Gröning, Katharina** (2012): In: Grundwissen Pädagogische Beratung. Bauer A, Gröning K, Hoffmann C, Kunstmann A-C (Eds); Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 38-48.
- Gröning, K.** (2014): Supervision in der Pflege. FoRuM Supervision – Zeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision; 2010: Heft 36 – Supervision in Zeiten sozialer Beschleunigung; 92–95 ; 2199-6334. Fakultät für Erziehungswissenschaft – AG 7: Pädagogische Beratung.

Gröning, K. (2015): Sozialwissenschaftlich fundierte Beratung in Pädagogik, Supervision und Sozialer Arbeit. Psychosozial-Verlag.

Gröning, K. (2016a): Entwicklungslinien und Systematik sozialpädagogischer Beratung. In: Professionalisierungs- und Kompetenzentwicklungsprozesse in der sozialpädagogischen Beratung. Bauer, P. & Weinhardt, M. (Hrsg.): Grundlagen der Sozialen Arbeit, 39. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 123–135.

Gröning, K. & Schütze, F. (2016b): Fallsupervision als hermeneutische Methode – eine Würdigung der Fallanalyse von Fritz Schütze. Zusammenfassung des Festvortrages anlässlich des fünfjährigen Bestehens des Masterstudiengangs Supervision und Beratung. In: FoRuM Supervision – Zeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision, S. 4–11.

Gröning, K. (2018). Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG". Jahrbuch Familiale Pflege, 1.

Gröning, K. (2019). Geschlechterreflexive Beratung: Entwicklungslinien, Positionen und Praxisen von Sozialberatung und feministischer Beratung. In Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung (S 973-981). Springer VS, Wiesbaden.

Griewatz, H. P., & Walpuski, V. J. (2018). Foucault im Jobcenter: Supervision in einem widersprüchlichen gesellschaftlichen Feld (Teil 2).

Globalrichtlinie (2002), Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie

Gängler, H. (2011). Jugendverbände und Jugendpolitik. Handbuch Soziale Arbeit, München, 669-675.

H

Hackmann, M. (2020): Aspekte der Generalistik und Spezialisierung in Pflegelehrbüchern des 20. Jahrhunderts. Geschichte der Pflege, Hungen 1-2020 S. 103 – 109

Hagen, B. (2001): Gewalt gegen alte Menschen in der familialen Pflege. Ein Zukunftsthema für die Soziale Arbeit. In: Soziale Arbeit, 2001, 50,

Hahn, K. (2011): Alter, Migration und soziale Arbeit. Zur Bedeutung von Ethnizität in Beratungsgesprächen der Altenhilfe. Bielefeld: transcript.

Hammerschmidt, P. & Löffler, E. M. (2020): Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial(hilfe-)politik. In: Handbuch Soziale Arbeit und Alter (S. 9–26). Wiesbaden: Springer VS.

Hartmann, H. (1997): Neue Steuerung in der öffentlichen Verwaltung: Anspruch, Wirklichkeit und Perspektiven. In: Überlebt die soziale Stadt? (S. 111–135). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hasseler, M., Görres, S. & Fünfstück, M. (2013): Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. GKV-Spitzenverband, Berlin.

- Hasseler, M. & Fünfstück, M. (2015):** Informiert entscheiden. Qualitätsentwicklung und Qualitätsberichterstattung in der stationären Langzeitpflege – Eine Debatte über Anforderungen und Herausforderungen (Teil II). *Pflegezeitschrift* 68 (9), S. 554–559.
- Hasseler, M., Stemmer, R. & Weidekamp-Maicher, M. (2016):** Abschlussbericht. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Berlin (https://www.gkvspitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wissenschaftliches_qualitaetsverstaendnis/wissenschaftliches_qualitaetsverstaendnis.jsp)
- Haupt, M. (1995):** Behandlung gegen Angst und Aggression bei Demenz. In: Blonski, H. (Hrsg.): *Alte Menschen und ihre Ängste*. München, Basel: Ernst Reinhardt-Verlag.
- Heinze, R., Schmid, J. & Strünck C. (1999):** Vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat; Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in den 90er Jahren. Opladen: Leske + Budrich.
- Heitmeyer, W. (2012):** Rohe Bürgerlichkeit, Bedrohung des inneren Friedens in: *Wissenschaft und Frieden 2012-2*, Hohen See, S. 39–42.
- Heitmeyer, W. (2012) :** Desintegration und Gewalt. In: Pädagogisches Zentrum Berlin (Hrsg.), *Schule ohne Gewalt*, Bd. 1, 1992 Bauer, A. (2012): *Sozialpädagogische Beratung*. In: Bauer, A. & Heimann, R. (Hrsg.): *Grundwissen Pädagogische Beratung*. Stuttgart, Göttingen: UTB; Vandenhoeck & Ruprecht, S. 84–100.
- Helsper, W. (2004).** Pädagogisches Handeln in den Antinomien der Moderne. In *Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft* (S. 15-34). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Henne, M. (2019).** Technik, die begeistert!?: ethische Reflexion technischer Unterstützung in der Diakonie ausgehend vom Capabilities Approach nach Martha Nussbaum (Vol. 12). Nomos Verlag.
- Hering, S. (2008):** Die Frauenbewegung, der soziale Frauenberuf und die langen Schatten der Armenpflege. In: Franke-Meyer, D. & Kuhlmann, C.: *Soziale Bewegungen und Soziale Arbeit. Von der Kindergartenbewegung zur Homosexuellenbewegung*, Wiesbaden, S. 141–154.
- Hering, S. & Münchmeier, R. (2012):** Restauration und Reform – Die Soziale Arbeit nach 1945. In: *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 109–130). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Herlitzius, A. (2013):** Frauenbefreiung und Rassenideologie: Rassenhygiene und Eugenik im politischen Programm der „Radikalen Frauenbewegung“ 1900–1933. Springer-Verlag.
- Heuel, L. (2019):** Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG): *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2019*. Gießen 2019 (<https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2019/DAGSHG-Jahrbuch-2019-Heuel.pdf>)

- Heusinger, J.** (2018): „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements (Dissertationsschrift – Freie Universität Berlin).
- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., Nock, L., & Ischebeck, M.** (2017). Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Studie der Hans Böckler Stiftung, 363.
- Hirsch, R. D.** (1999): Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen: Bonner HsM-Studie. Versorgung von Pflegeabhängigen. Ergebnisse der Podiumsdiskussion: Was sind uns die Alten wert? Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen, 234.
- Hirsch, R. D., Kranich, M. & Erkens, F.** (1999): Menschen in Not: Gewalt im Alter. Auswertung von Protokollen des Notrufs und der Krisenberatungsstelle. In: *Betreuungsrechtliche Praxis*, 8(3), S. 89–92.
- Homfeldt, H. G.** (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 4. Auflage (S. 489–503). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoops, W.** (2006): Eine kleine Phänomenologie des Helfens – Versuch über Husserl, Pflege und Gesellschaft, 11. Jahrgang (1), S. 44–50.
- Höhmann, U.** (2006). Hilfehandeln als Tätigkeit der beruflichen Pflege. Eine Annäherung an zentrale Elemente eines Bezugsrahmens in der Verschränkung von systemischer und handlungstheoretischer Perspektive. *Pflege & Gesellschaft*, 11(1), 17-29.
- Höhmann, U.** (2013): Die Akademisierung der Pflege: Vom Bohren dicker Bretter. In: Rebecca Palm und Martin Dichter (Hrsg.): *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik* (S. 315–337). Bern: Hans Huber.
- Höhmann, U., Lautenschläger, M. & Schwarz, L.** (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: *Pflege-Report*, S. 73–89.
- Höhmann, U.** (2006): „Hilfehandeln“ als Tätigkeit der beruflichen Pflege. In: *Pflege und Gesellschaft*, 11. Jahrgang (1), S. 17–30.
- Hubenstorff, M.** (2005): Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public Health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg?
- Humboldt, S. v.** Ideen zu einem Versuch, die Grenzen der Wirksamkeit des Staates zu bestimmen, 1792, Reclamausgabe, S. 58; s. hierzu Petersen, Wilhelm von Humboldts Rechtsphilosophie, 2. Aufl. 2007, 4. Kapitel, S. 83 ff
- Hunt, Lynn.** (1989): Forum: Beyond Roles, Beyond Spheres: Thinking about Gender in the Early Republic, *The William and Mary Quarterly*, Band 46, 1989, S. 565–585.

Hummel-Gaatz, S. & Doll, A. (2007): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Themenbereich 3. Werkstattbücher zu Pflege Heute. München: Urban & Fischer.

Hüper, C. & Hellige, B. (2012): Kooperative Pflegeberatung und Beratungsqualität. Mit einem Exkurs zu Macht und Eigensinn. Frankfurt am Main: Mabuse.

Hüper C, Hellige B (2015) Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Mabuse, Frankfurt

Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In *Gesundheitliche Ungleichheit* (pp. 13-33). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hülken-Giesler, M. (2010): Modernisierungsparadoxien der beruflichen Pflege im 21. Jahrhundert. In: Kreutzer, S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert (S. 155–174). Vandenhoeck & Ruprecht unipress Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen.

I

IGES-Insitut (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen §7a Absatz 9 SGB XI – Berlin

Igl, G., & Sulmann, D. (2017). 10 Jahre Pflege-Charta. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50(4), 287-293.

Illich, I. (2007): Die Nemesis der Medizin: die Kritik der Medikalisierung des Lebens (Bd. 1104). CH Beck.

Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten“ (MuG 3). München.

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg Essen (2017).

Isfort, M., Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Hrsg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Köln. Online unter <http://www.dip.de>

J

Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.) (2017): Pflege-Report 2017: Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer Verlag.

Jacobs, K., Schwinger, A., Klauber, J., Greß, S., & Kuhlmeier, A. (Eds.). (2016). *Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Schattauer Verlag.

- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A.** (Hrsg.) (2020): Pflege-Report 2020. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_11
- Jansen, B.** (1997): Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, Schmidt 1997: 77–95.
- Jurczyk, K.** (2007): Doing Family – Familie als Herstellungsleistung (Interview). DJI Online [1. September 2007] Google Scholar.
- Jurczyk, K. & Oechsle, M.** (2008): Das Private neu denken – Erosionen, Ambivalenzen, Leistungen. In: Jurczyk, K. & Oechsle, M. (Hrsg.): Das Private neu denken. Münster, S. 8–47. Google Scholar.
- Jurczyk, K. & Szymenderski, P.** (2012): Belastungen durch Entgrenzung – Warum Care in Familien zur knappen Ressource wird. In: Erschöpfte Familien (S. 89–105). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- K**
- Kasakos, G.** (1980): Familienfürsorge zwischen Beratung und Zwang: Analysen und Beispiele. Familienfürsorge zwischen Beratung und Zwang, 255.
- Kämpfe, N.** (2019): Pädagogische Beratung. In: Kracke, B. & Noack, P. (Hrsg.): Handbuch Entwicklungs- und Erziehungspsychologie. Springer Reference Psychologie. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-53968-8_34
- KDA** (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. http://www.kda.de/tl_files/kda/Jubilaem1962%20-%202012/PDFs/bundes_einheitliche_altenpflegeausbildung_materialien.pdf
- Kessl, F., Kruse, E., Stövesand, S. & Thole, W.** (Hrsg.) (2017) : Soziale Arbeit – Kernthemen und Problemfelder. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich
- Kidwood, T.** (2000): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hogrefe.
- Kirchen-Peters, S., Nock, L., Baumeister, P., & Mickley, B.** (2016). Pflegestützpunkte in Deutschland. Die Sicht der Mitarbeitenden–Der rechtliche Rahmen–Die politische Intention. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn (WISO Diskurs 07/2016).
- Klemperer, D.** (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Kleiner, G.** (2001): Ambulante Rehabilitation im Alter. Der Stellenwert psychosozialer Orientierungen. Frankfurt am Main.
- Klie, T.** (1998): Der Hausbesuch gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI und Datenschutz. Pflege Recht 2, 2, 37–41, zit. n. Büscher u. a. 2010.
- Klie, T. & Schmidt, R.** (Hrsg.) (1999): Die neue Pflege alter Menschen. Bern

- Klie, T. & Blinkert, B. (2002):** Pflegekulturelle Orientierungen. In: Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Gerontologie und Sozialpolitik, Stuttgart, S. 197–217.
- Klie, T., Frommelt, M., Schneekloth, U. et al. (2012):** Evaluationsbericht: Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. In: GKV Spitzenverband (Hrsg.): Pflegeberatung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Band 10: S. 35–402). Berlin.
- Klie, T. (2018):** Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit.
- Klie, T. (2019).** 8. Pflegepolitischer Handlungsbedarf und Reformoptionen. Pflegereport 2019, 223.
- Klie, T. (2020):** Care und Case Management – Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger A. (Hrsg.): Pflege-Report. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Kliemt, H. (2011).** Das kundenorientierte Gesundheitssystem – ein ökonomisches Modell. In Der Patient als Kunde und Konsument (pp. 11-30). Gabler.
- Klug-Redmann, B. (1997):** Patientenschulung und -beratung. Wiesbaden: Ullstein-Mosby Verlag.
- Klug-Redmann, B. (2009):** Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflegende. Bern: Hans Huber Verlag.
- Lamparter-Lang, R. (1997):** Patientenschulung. Bern: Hans Huber Verlag.
- Lange, C. (2007).** Gender Mainstreaming in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Lebeda, D., Sunder, N. Schieron, M. (2020):** Workshopunterlagen 06.03.2020 Website Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft Sektion BIS
- London, F. (2010):** Informieren, Schulen und Beraten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Klusen, N. (2009):** Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft. Baden-Baden: Nomos.
- Koch-Straube, U. (1997).** Fremde Welt Pflegeheim. *Eine ethnologische Studie. Bern.*
- Koch-Straube, U. (2001).** Beratung in der Pflege. Bern.
- Koch-Straube, U., & des Vereins, D. G. (2004).** Entwicklung eines Beratungskonzeptes für die Pflege. Pflegemagazin, 4, 4-9.
- Koch-Straube, U. (2006, April).** Was versteht „Beratung in der Pflege eV“ unter Beratung. In Kurze Antwort: Eine in die Pflege integrierte leiborientierte Beratung, Beitrag, Symposium
- Koch-Straube, U. (2008):** Beratung in der Pflege. Hans Huber Verlag.

Korthaase, H. (1997): Forschungsinstitut der Friedrich Ebert Stiftung: Konsequenzen der Pflegeversicherung für die Pflegeberufe Gesprächskreis Arbeit und Soziales N. 79, Bonn.

Körte, S. (2018): Deutschland unter Kaiser Wilhelm II. – Band 3. Verlag von Reimar Hobbing, Berlin 1914, Seite 1427. URL: https://de.wikisource.org/w/index.php?title=Seite:Deutschland_unter_Kaiser_Wilhelm_II_Band_3.pdf&oldid=3270770

Krause-Köhler, K. & Neumann, B. (2016): Projektbericht (01.04.2015 bis 30.09.2016). Evaluation des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch nach § 37 Abs. 7 SGB XI anerkannte Beratungsstellen für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen im Land Brandenburg – Projekt des Kompetenzzentrum Demenz / Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V. in Zusammenarbeit mit der AOK Nordost. Hrsg.: Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg in Trägerschaft der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V., AOK Nordost. Zu beziehen über die Herausgeber/innen. Kreis Soest, Geschäftsstelle der Pflegekonferenz, Arbeitsgruppe „Ambulante Pflege“ (2009): Qualitätsstandard Beratungseinsatz nach § 37.3 SGB XI einschließlich Kommentierung. Januar 2002, aktualisiert Dezember 2009.

Kricheldorf, C. (2010): Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In: Handbuch Soziale Arbeit und Alter (S. 99–109). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuhlmann, C. (2000): Alice Salomon: ihr Lebenswerk als Betrag zur Entwicklung der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Beltz Deutscher Studien Verlag.

Kumbruck, C. (2009): Veränderungen in den Beziehungsaspekten der Pflegearbeit – eine qualitative Studie zur kirchlichen Pflegearbeit, *Arbeit*, 18(1), S. 63–75. doi: <https://doi.org/10.1515/arbeit-2009-0107>

Kundrus, B. (1995): Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg, *Hamburger Beiträge zur Sozial- und Zeitgeschichte*. Band 32. Christians, Hamburg.

Kühnert, S. (2009): Stand und Sicherung der Qualität der Pflege. In: Dräther, H. & Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Die WIdO-Reihe. Berlin: KomPart.

L

Labisch, A. (1992): *Homo Hygienicus*. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt, New York.

Lampert, T., Saß, A. C., Häfelinger, M., & Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit.

Lampert, T. (2011): Armut und Gesundheit. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_32

- Lampert, T. & Kuntz, B.** (2019): Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl 62, 1263–1274. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03009-6>
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW** (2004): Leistungsempfänger(innen) der Pflegeversicherung in NRW im Dezember 2003. Düsseldorf.
- Landesinstitut für Lehrerbildung** (2020): Seuchen und Gesundheit Unterrichtsmaterialien zur Medizin- und Sozialgeschichte Hamburgs. Hamburg.
- Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL)** (1984): Westfälische Zeitschrift 134. Internet-Portal „Westfälische Geschichte“. URL: <http://www.westfaelische-zeitschrift.lwl.org>
- Lang, A.** (2007): Pflegestützpunkte. Eine neue Form der wohnortnahen Beratung und Versorgung. In: Soziale Sicherheit, Heft 10, S. 330–337.
- Laufenberg, M.** (2016): Die Macht der Medizin. Foucault und die soziologische Medikalisationkritik. In: Orsolya, F. et al. (Hrsg.): Nietzsche, Foucault und die Medizin. Philosophische Impulse für die Medizinethik (S. 109–130). Bielefeld.
- Lebeda, D., Frenkel, C. & Möller, J.** (2017): Die Perspektive des psychiatrischen Krankenhauses. In: Meissner, A. (Hrsg.): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (S. 189–213). Hogrefe Verlag.
- Lehnert, E.** (2010): Fürsorge im Nationalsozialismus – Die Beteiligung von Fürsorgerinnen an einem ausmerzenden System. In: Engelfried, C. & Voigt-Kehlenbeck, C. (Hrsg.): Gendered Profession. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92303-1_5
- Lersner, O.** (1955): Der Mensch als Inhalt und Ziel der Krankenpflege. Vortrag psychiatrische Klinik Weissenhof Weinsberg, Heidelberg.
- Link, J.** (2014): Herausforderungen durch neue Normalitäten in der Krise? Forum Supervision Online, 22(2), 6-13. Verfügbar unter: <http://fs.ub.uni-bielefeld.de/index.php/fs/issue/view/27/showToc>.
- Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R. & Wendt, W. R.** (2009): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit, 4.
- Loskamp, B.** (2003). Der Pflegeprozess–sein Anspruch und seine Umsetzung in die Praxis. Unterricht Pflege, 8, 2-10.
- Loth, W.** (2003): Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52(4), S. 250–265.
- Luhmann, N.** (1973): Formen des Heffels im Wandel gesellschaftliche Bedingungen. In: Otto, H.-U. & Schneider, S. (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit 1. Halbband. Neuwied, Berlin, S. 21–43.

Luhmann, N. (1975): Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Soziologische Aufklärung 2. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

M

Mader, W. (1999): Weiterbildung und Beratung. In: Tippelt, R. (Hrsg.) (1999): Handbuch Erwachsenenbildung / Weiterbildung. Opladen: Leske & Budrich.

Marx, K. & Engels, F. (1972): „Die Lage der arbeitenden Klasse in England 1848“ Dietz Verlag, Berlin/DDR (http://www.mlwerke.de/me/me02/me02_225.htm).

Manz, U. (2007): Bürgerliche Frauenbewegung und Eugenik in der Weimarer Republik. Königstein im Taunus.

Marengonia, A., Anglemanna, S., Melisa, R. et al. (2011): Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. In: Ageing Research Reviews; 10, S. 430–439.

Matza, D. (1973). Abweichendes Verhalten: Untersuchungen zur Genese abweichender Identität. Quelle & Meyer.

Maurer, S. (2008): Frauen und Männer in der Zukunft Sozialer Arbeit: Entwurf einer neuen Geschlechter Un Ordnung. In: Amthor, R. Ch.: Soziale Berufe im Wandel. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft Sozialer Arbeit (S. 177–204), Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Mayring, P. (2007). Generalisierung in qualitativer Forschung. In Forum Qualitative Sozialforschung (Vol. 8, Nr. 3, S. 26).

McKeown, T. (1982): Die Bedeutung der Medizin: Traum, Trugbild oder Nemesis? Suhrkamp.

Mecheril, P. & Melter, C. (2010): Differenz und Soziale Arbeit. Historische Schlaglichter und systematische Zusammenhänge. In: Kessel, F. & Plößer, M. (Hrsg.): Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mehnert, T. & Tebest, R. (2017): Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg – Pflegestützpunkte in Deutschland. Quo vadis? Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte. Das Gesundheitswesen, 79(02), 67-72.

Meißner, A. (2017): In Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. Hogrefe Verlag.

Meleis, A. I. (1999): Pflegelehre. Bern: Huber.

Meyer, J. A. (1996): Der Weg zur Pflegeversicherung. Positionen – Akteure – Politikprozesse. Frankfurt am Main: Mabuse.

Meyer, M., Mischke, C. et al. (2008): Beratung Pflegenden Angehöriger – Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von ‚Pflegendenkarrieren‘ aus der Perspektive Pflegenden Angehöriger – Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Eigenverlag Saarbrücken.

- Michalitsch, G.** (2013): Das Geheimnis der Gouvernamentalität: der maskuline Ökonomie-Begriff und die verdrängte Reproduktion. In: *Feine Politika – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 22(1), 20–30.
- Michell-Auli, P., Strunk-Richter, G. & Tebest, R.** (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Mielck, A.** (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.
- Miersch, Wiebke** (2016) Pflegekurse für pflegende Angehörige (§45 SGB XI). Eine angehörigensorientierte Bestandsaufnahme.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie** des Landes Brandenburg (2011) (Hrsg.): Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Potsdam.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie** (2015): Presseinformation Nr.: 105/2015: Erweiterte Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Potsdam, 13. Juli 2015, http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/105_15_Projekt_Alzheimergesellschaft_Beratung_Demenz_150713.pdf (Abruf: 16.05.2017).
- Mischko-Kelling, M.** (2012): Zur Theorie des Pflegehandelns. Eine explorative Studie zur Bedeutung des Selbst, Selbstkonzepts und Körperbildes für die Transformation des Pflege-modells von Roper, Logan und Tierney in eine Pragmatisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns. Bremen, Hamburg: Universität Bremen.
- Mitscherlich, A.** (1969): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. 5. Auflage. Frankfurt am Main.
- Morys, L.** (2016): Chancen und Grenzen der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (Masterarbeit) Uni Bielefeld.
- Müller, B.** (2012): Sozialpädagogisches Können, überarbeitete und erweiterte 7. Auflage, Freiburg i. B.: Lambertus.
- Müller, C. W.** (1997): Wie Helfen zum Beruf wurde. Band 2. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit 1945–1995. 3. erweiterte Aufl.
- Müller, C. W.** (2006): Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der sozialen Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag.
- Müller, C., Mührel, E. & Birgmeier, B.** (2016): Nepper, Schlepper, Sozialarbeiterfänger. Eine Einleitung in das Thema „Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle“. In: Müller, C., Mührel, E. & Birgmeier, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle? Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft. Springer VS, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007>

Müller, E. (1997): Die geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung. In: Bartholomeyczik, S. & Müller, E. (Hrsg.): Pflegeforschung Verstehen. München: Urban & Schwarzenberg, S. 1–28.

Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern.

Müller, M. (2006): Von der Fürsorge in die soziale Arbeit. Fallstudie zum Berufswandel in Ostdeutschland. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Müller-Hergl, C. (2011): Über das Verhältnis von Validation und Kommunikation und die "richtige" Art des Kontaktes mit Menschen mit Demenz. Wie reden wir eigentlich miteinander? pflegen: Demenz 21: 36-44.

N

Naegle, G. (1991): Anmerkungen zur These vom Strukturwandel des Alters aus sozialpolitikwissenschaftlicher Sicht. Sozialer Fortschritt, 40(6/7), S. 162–172. <http://www.jstor.org/stable/24510425> (Abruf 26.08.2020).

Neckel, S. (1991): Status und Scham. Frankfurt am Main: Campus.

Nestmann, F. (2002): Verhältnis von Beratung und Therapie. In: PiD – Psychotherapie im Dialog, 3(04), S. 402–409.

Nestmann, F., Engel, F., & Sickendiek, U. (2007). Das Handbuch der Beratung Band 1: Disziplinen und Zugänge.

Nickel, W., Hanns, S., Brähler, E. et al. (2012): Pflegeberatung – die Erwartungen der Betroffenen. In: Gesundheitswesen 74, S. 798–805.

Nullmeier F. (2004) Zwischen Performance und Performanz — Funktionen und Konzepte der Evaluierung in öffentlichen Verwaltungen. In: Kuhlmann S., Bogumil J., Wollmann H. (eds) Leistungsmessung und -vergleich in Politik und Verwaltung. Stadtforschung aktuell, vol 96. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Nullmeier, F. Lob-Hüdepohl, A., & Lütge, C. (2007). Vermarktlichung des Sozialstaates?. Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft, 97-108.

Nolte, K. (2016): „Todkrank“ Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert. Wallenstein Verlag.

Nowossadeck, S. (2016): Seniorenspezifische Dienstleistungen – Befunde des DEAS 2014. (DZA-Fact Sheet). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-47275-8>

O

- Ortmann, V.** (1963): Probleme der Geburtenregelung in Deutschland in den Jahren 1914–1933 besonders im Lichte der Protestantischen Anschauungen. Dissertation, Medizinische Fakultät Hamburg – Eigenverlag.
- Oschmianski, H.** (2013): Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohlfahrtstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden. Dissertation, Freie Universität Berlin.
- Otto, H. & Seelmeyer, U.** (2004): Soziale Arbeit und Gesellschaft — Anstöße zu einer Neuorientierung der Debatte um Normativität und Normalität. In: Hering, S. & Urban, U. (Hrsg.): „Liebe allein genügt nicht“. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Otto, H. U., & Ziegler, H.** (Eds.). (2014). Critical social policy and the capability approach. Verlag Barbara Budrich.
- Oevermann, U.** (1981): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Zum Typus pädagogischen Handelns (S. 70–182), Frankfurt am Main.
- Oevermann, U.** (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, 1, 70-182.

P

- Panke-Kochinke, B.** (2003): Sichtbar zufrieden – Probleme, Ziele, Anforderungen im Berufsfeld Krankenpflege (1949–2003). In: Pflege & Gesellschaft, 8(4), S. 146–154.
- Pankoke, E. & Nokielski, H.** (1995): Lebensraumorientierte Netzwerkhilfe für ältere Menschen, Forschungsprojekt gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Essen.
- Pankoke, E.** (1999): Sozialethiken und Wohlfahrtskulturen: Grenzen und Schwellen wohlfahrtsstaatlicher Modernität, in Pirsching, M. (Hrsg.) Ethische Probleme des Wohlfahrtsstaates, Wien.
- Pätzold, H.** (2004): Lernberatung und Erwachsenenbildung. Baltmannsweiler: Schneider.
- Pernlochner-Kügler, C.** (2004): Körperscham und Ekel – wesentlich menschliche Gefühle. GRIN Verlag – open publishing gmbh.
- Petermann, F.** (1997): Patientenschulung und Patientenberatung. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Pfau-Effinger, B., Och, R. & Eichler, M.** (2008): Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen. In: Sozialpolitik (S. 83–98). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pühl, K. (2008). Zur Entsicherung von Geschlechterverhältnissen, Wohlfahrtsstaat und Sozialpolitik. Gouvernementalität der Entgarantierung und Prekarisierung. In: Purtschert, P., Meyer, K. & Winter, Y. (Hrsg.): *Gouvernementalität und Sicherheit. Zeitdiagnostische Beiträge im Anschluss an Foucault* (S. 103–126), Bielefeld.

Pühl, K. (2009). Rezension zu: Nina Bauer, Jens Luedtke (Hg.): *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland*. Opladen ua: Verlag Barbara Budrich 2008.

Q

Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016). *Health Literacy–Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*. Bielefeld: Universität Bielefeld, 7.

R

Rätz, R. & Völter, B. (Hrsg.) (2014): *Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Rechtien, W. (2004): *Beratung. Theorien, Modelle und Methoden* (2., überarb. und erg. Aufl.). München, Wien: Profil.

Reichert, M., Gösken, E. & Ehlers, A. (Hrsg.) (2007): *Was bedeutet der demografische Wandel für die Gesellschaft? Perspektiven für eine alternde Gesellschaft*. Berlin: Lit Verlag, S. 77–98.

Reinicke, P. (2001): Rückblick auf die Entwicklung der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK). In: Reinicke, Peter (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft* (S. 15–22). Freiburg i. Br.

Reinecke, C. (2010b). *Wissensgesellschaft und Informationsgesellschaft*.

Reinhartz, P. (2007). Andreas Wernet: *Hermeneutik-Kasuistik-Fallverstehen. Eine Einführung* (Grundriss der Pädagogik/Erziehungswissenschaft Bd. 24). Stuttgart: Kohlhammer 2006 (207 S.) [Rezension]. *Erziehungswissenschaftliche Revue (EWR)*, 6(2).

Reinicke, P. (2010): *Die Geschichte der Krankenhausfürsorge für jüdische Patienten*. Berlin: Hentrich und Hentrich.

Reinicke, P. (2012): *Die Ausbildungsstätten der sozialen Arbeit in Deutschland 1899–1945*, Freiburg.

Reiter, A. et al. (2007): *QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. BQS Düsseldorf, Universität Düsseldorf, Universität Freiburg*.

Richter, H. (2020): *Demokratie eine deutsche Affäre*. CH Beck

Richter, M., & Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*. In *Gesundheitliche Ungleichheit* S. 13-33. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Richter, R.** (2017). Die neue soziale Pflegeversicherung-PSG I, II, I: Pflegebegriff, Vergütungen, Potenziale. Vincentz Network GmbH & Co. KG.
- RKI – Robert Koch-Institut** (2009): 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Robert Koch-Institut November 2009, S. 11–41.
- Robert Koch-Institut** (2019): Journal of Health Monitoring 4(1). Journal of Health Monitoring Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung – Robert Koch-Institut Berlin.
- Roling, G., Sesselmann, Y., Fleischer, S., Beutner, K., Behrens, T., Lupp, M. & Riedel-Heller, S. G.** (2012): Handlungsanleitung für die Durchführung präventiver Hausbesuche. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 11(2).
- Rommelspacher, B.** (2005): Transkulturelle Beratung in der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft 10 Jahrgang, Heft 4, S. 182–189.
- Rosa, H.** (2005): Beschleunigung. Über die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag.
- Rosa, H.** (2016). *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Suhrkamp verlag.
- Rosenthal, G.** (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R., & Unger, R.** (2018). Pflegereport 2018 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Barmer, Berlin.
- Roßberg, Siri,** in Hüntelmann, A. (2006): Gesundheit und Staat, Johannes Rabnow und das Modell Schöneberg – ein kommunales Gesundheitswesen zwischen Sozialreform und Bevölkerungspolitik 1900–1914 (S. 125–136), Matthiesenverlag, Husum.
- Rös, M.** (2020): Übergabe-Podcast, UG050 Expertenstandard Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz Interview 16.08.2020.
- Rudel, B.** (2003): Klaus Mollenhauer in diskurs-philosophischer Perspektive. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln.
- Rübenstahl, M.** (2011): „Wilde Schwestern“. Krankenpflegereform um 1900. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 3. Auflage.
- S**
- Sachße, C.** (2011): Zur Geschichte Sozialer Dienste in Deutschland. In: Evers, A., Heinze, R. & Olk, Th. (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste (S. 94–116). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Sahm, M.** (2005): Patientenedukation – nur ein neues Handlungsfeld der Pflege oder eine neue qualitative Dimension pflegerischer Versorgung? – Der Weg zu einem gesellschaftlichen Bildungsauftrag der Pflege Universität Bremen. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Sciborski, C. & Elzer, M.** (2007): Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schaeffer, D. Moers, M.** (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe) (S. 447–486), Weinheim: Juventa Verlag.
- Schaeffer, D.** (2011): Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität. Gesundheits- und Sozialpolitik, 65(5/6), S. 30–37.
- Schaeffer, D.** (2012): Lehrbuch Patientenberatung Bern: Hans Huber; 2012.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Gille, S. & Vogt, D.** (2018): Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. Das Gesundheitswesen. doi: 10.1055/1-0667-9414.
- Scharper, H. P.** (1987): Krankenwartung und Krankenpflege; Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schäfer, I., Kaduszkiewicz, H., Wagner, H. O. et al.** (2014): Reducing complexity: a visualisation of multimorbidity by combining disease clusters and triads. BMC Public
- Schewe-Gerigk, I.** (1996): Plenarprotokoll Deutscher Bundestag – 13. Wahlperiode – 145. Sitzung. Bonn, Donnerstag, den 5. Dezember 1996 Tagesordnungspunkt 9)
- Schierz, S.** (2013). » Soziale Kontrolle. Prävention und soziale Probleme als Denkfolien Sozialer Arbeit und sozialpädagogischen Handelns «. *Nina Oelkers/Martina Richter (Hg.), Aktuelle Themen und Theoriediskurse in der Sozialen Arbeit, Frankfurt aM: Peter Lang, 29-44.*
- Schimany, P.** (2003): Die Alterung der Gesellschaft. Ursachen und Folgen des demografischen Umbruchs, Frankfurt/New York: Campus.
- Schiller, C.** Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG “. Jahrbuch Familiäre Pflege 1. Jahrgang 2018, 55.
- Schmidbauer, W.** (Ed.). (1992). Pflegenotstand-das Ende der Menschlichkeit: vom Versagen der staatlichen Fürsorge. Rowohlt.
- Schmidbauer, W.** (2018). Die hilflosen Helfer: über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Rowohlt Verlag GmbH.

- Schmidt, K.** (2017). Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege-Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. *Femina Politica-Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 26(2), 89-101.
- Schmidt, M. & Schneekloth, U.** (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG.
- Schmidt, S., & Kraehmer, S.** (2016). Care support points of Mecklenburg-West Pomerania. Results of a scientific analysis/Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. Ergebnisse einer wissenschaftliche Analyse. *International Journal of Health Professions*, 3(2), 165-176.
- Schmidt, S.** (2018): „Ich bin wieder ein Mensch geworden“. Care und Case Management als Unterstützung der Eigenständigkeit allein lebender, mehrfacherkrankter, älterer Menschen: Ergebnisse einer interpretativ-hermeneutischen Analyse. In: *International Journal of Health Professions*, Bd. 5, Iss. 1, S. 35–43 (2018). Sciendo.
- Schmitt, S.** (2019): Care. In: *Gender Glossar*. Verfügbar unter <http://gender-glossar.de>
- Schmidt, M. G.** (2001): Ursachen und Folgen wohlfahrtsstaatlicher Politik: Ein internationaler Vergleich. In: *Wohlfahrtsstaatliche Politik* (S. 33–53). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schmidt, U.** (2002): Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik. https://www.polsoz.fu-berlin.de/kommwiss/arbeitsstellen/wissenskommunikation/media/Gesundheitskommunikation/D_Schmidt.pdf
- Schmiedebach, H. P.** (2002): Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit vom Gesellschaftsbegriff. In: *Stöckel, S. & Walerien, U.: Prävention im 20. Jahrhundert* (S. 26–39), Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schneekloth, U.** (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: *Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (S. 55–98). München.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R.** (2017): Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München: TNS Infratest Sozialforschung.
- Schneider, A., Rademaker, A. L., Lenz, A. & Müller-Baron, I.** (Hrsg.) (2013): *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit: Forschung: bio-psycho-sozial*. Verlag Barbara Budrich.

- Schnell, M. W., & Kolbe, H.** (2013). Die Qualitative Inhaltsanalyse im Licht der Wissenschaftstheorie. In *Der Patient am Lebensende* (pp. 9-22). Springer VS, Wiesbaden.
- Schröck, R. & Drerup, E.** (Hrsg.) (2003): Der informierte Patient. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Schröder, I.** (2001): Arbeiten für eine bessere Welt. Frauenbewegung und Sozialreform 1890–1914. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Schröder, A.** (2007). Psychologie und Beratung. Zur Geschichte der Psychologie im Kontext von Beratung. 2007 a): Das Handbuch der Beratung. Disziplinen und Zugänge, 1, 2.
- Schröder, J.** (2011): Unabhängige Patientenberatung in Deutschland. Public Health Forum, 2011, 19
- Schönberger, B.** (2002): Militär und Geschlechterverhältnisse im Zeitalter der Weltkriege S. 108–127, Frankfurt am Main [u. a.]: Campus-Verlag.
- Schönwälder-Kuntze, M. S. T.** (2017): Wie subsidiär ist (der), Care ‘(-Diskurs)? FEMINA, 2, S. 19.
- Schubert, F. C., Rohr, D. & Zwicker-Pelzer, R.** (2019): Was ist Beratung? In: Beratung (S. 15–32). Springer, Wiesbaden.
- Schuster, M.** (1990): Sexualaufklärung im Kaiserreich. In: Bagel-Bohlan, A. & Salewski, M. (Hrsg.): Sexualmoral und Zeitgeist im 19. und 20. Jahrhundert. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schütze, F.** (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, 13(3), 283–293. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-53147>
- Schütze, F.** (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M. & Günther, R. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit (S. 78–117). Stuttgart (Metzler).
- Schütze, F.** (1992): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Erziehen als Profession (S. 132–170). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schütze, F.** (1993): Die Fallanalyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der sozialen Arbeit. In: Rauschenbach, T., Ortmann, F. & Karsten, M.-E. (Hrsg.): Der sozialpädagogische Blick (S. 191–221). Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Schütze, F.** (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriß. In: ZQF – Zeitschrift für Qualitative Forschung, 1(1) S. 49-96
- Schütze, F.** (2001): Rätselhafte Stellen im narrativen Interview und ihre Analyse. In: Handlung Kultur Interpretation. Zeitschrift für Sozial- und Kulturwissenschaften, Heft 1, S. 12–28.

- Schweppe, C.** (2005): *Alter und soziale Arbeit. Grundlagen der sozialen Arbeit*; 11. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Seithe, M.** (2011): in Müller, C. et al. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle? Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft*. Springer.
- Seithe, M.** (2010): *Schwarzbuch Soziale Arbeit (Bd. 1)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seithe, M. & KollegInnen, L.** (2014): *Repolitisierung und sozialpolitische Einmischung Sozialer Arbeit*. In: *Politik der Sozialen Arbeit – Politik des Sozialen*, S. 39–50.
- Sickendieck, U., Engel, F. & Nestmann, F.** (1999): *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Sickendieck, U., Engel, F. & Nestmann, F.** (2002): *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Simmel, G.** (1901/1986). *Psychologie der Scham*. In G. Simmel (1901/1986), *Zur Psychologie der Scham*. In J. Dahme & O. Rammstedt (Hrsg.), *Schriften zur Soziologie* (S. 151–158). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Sinnige, J., Braspenning, J., Schellevis, F. et al.** (2013): *The Prevalence of Disease Clusters in Older Adults with Multiple Chronic Diseases – A Systematic Literature Review*. PLoS One
- Spieß, Ch. K.** (2001): *Gütesiegel als neues Instrument der Qualitätssicherung von Humandienstleistungen Gründe, Anforderungen und Umsetzungsüberlegungen am Beispiel von Kindertageseinrichtungen (No. 243)*. DIW Discussion Papers.
- Spieler, M.** (1974): *Sozialstaat contra Rechtsstaat? Einwände gegen die emanzipative Sozialstaatsdeutung*. *Zeitschrift für Politik*, 21(4), Neue Folge, S. 329–342. <http://www.jstor.org/stable/24224980> (Abruf: 12.12.2020).
- Statistisches Bundesamt Pflegestatistik** (2013): *Deutschlandergebnisse*.
- Statistisches Bundesamt** (2019): *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2017*. DeStatis, Wiesbaden.
- Steppe, H.** (1994): *Caritas oder öffentliche Ordnung? – Zur historischen Entwicklung der Pflege*. In: Schaeffer, D., Moers, M. & Rosenbrock, R. (Hrsg.): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen* (S. 43–54). Berlin.
- Steppe, H.** (2000a): *Das Selbstverständnis der Krankenpflege und seine historische Entwicklung*. In: *Geschichte der Pflege*, Ausgabe 1/2017 (S. 12–18). Hans Huber Verlag.
- Steppe, H.** (2000b): *Zur Situierung und Bedeutung von Pflege-theorien in der Pflegewissenschaft*. In: *Pflege*, 13, S. 91–98.

- Steppe, H.** (2003): „Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten“. Ausgewählte Texte. Bern: Hans Huber.
- Steinacker, S. Sachße, F.** (2012): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Band 4: Fürsorge und Wohlfahrtspflege in der Nachkriegszeit 1945–1953. Stuttgart: Kohlhammer 2012 (234 S.) [Rezension]. *Erziehungswissenschaftliche Revue (EWR)*, 11(6).
- Strünck, C.** (2000). Pflegeversicherung–Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Opladen: Leske+ Budrich.
- Stuhlmann, W.** (1995): Gewalt in dyadischen Pflegebeziehungen. Gewalt in Dyadischen Pflegebeziehungen, 1995, 8, 1-2, Kindertageseinrichtungen. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin.
- Stuhlmann, W.** (2006): Arbeit in der Pflege nach dem Bindungskonzept. www.geronet.de/files/alzheimer_berlin_601012.pdf
- Stuhlmann, W.** (2007): Arbeit in der Pflege nach dem Bindungskonzept. In: Demenz – eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Tagungsreihe Band 6, Berlin.
- Stuhlmann, W.** (2011): Demenz braucht Bindung: Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Suhr, R., Raeder, K., Kuntz, S., Strube-Lahmann, S., Latendorf, A., Klingelhöfer-Noe, J. & Lahmann, N.** (2018): Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. In: *Gesundheitswesen*, 81(08/09), S. 590–598. doi: 10.1055/a-0600-2348.
- Strupeit, S.** (2008): Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben und Maßnahmen durch Gemeindegewestern in der ehemaligen DDR – ein Rückblick. In: *Pflege & Gesellschaft*, 13(2), S. 159–173.

T

- Tebest, R.** (2014): Zur Weiterentwicklung der Beratungsinfrastruktur für ältere und hilfebedürftige Menschen und der Pflegestützpunkte. In: Klie, T., Kraemer, U. & Plantholz, M. (Hrsg.): *Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung – Lehr- und Praxiskommentar* (S. 1028–1032). Baden-Baden: NOMOS-Verlag.
- Tebest, R. & Stock, S.** (2013): Beratung älterer und hilfebedürftiger Menschen in Deutschland – Status quo und Ausblick in die Zukunft. In: Blonski, H. (Hrsg.): *Beratung älterer Menschen, Methoden – Konzepte – Erfahrungen*. Köln: Mabuse Verlag.
- Tews, H.** (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alterns. In: Naegele, G. & Tews, H.-P. (Hrsg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik*. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Theobald, H. (2006): Restrukturierung der Altenbetreuung: formelle, informelle Versorgung und die Frage der Gleichheit. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2 (S. 3700–3709). Frankfurt am Main: Campus Verlag. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-142603>.

Thiekötter, A. (2006): Die Berufsausbildung in der Kranken- und Kinderkrankenpflege in der DDR. Ein Beitrag zur Berufsgeschichte und zum Professionalisierungsdiskurs der Pflegeberufe. Biographische Risiken und neue professionelle Herausforderungen: Identitätskonstitutionen – Wandlungsprozesse – Handlungsstrategien, 69.

Thierney, A. (1994): The Development of nursing Research in Europe. Opening Plenary Paper. In: Workgroup of European Nurse Researchers (Hrsg.): 17th Workgroup Meeting, Oslo, S. 159–185.

Thiersch, H. (2002): Beratung, von unten gesehen. Einige Fragen und Mutmaßungen. In: Die Zukunft der Beratung (S. 155–163). Tübingen: dgvt.

Thiersch, H., Grunwald, K., & Königeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In Grundriss Soziale Arbeit (D. 175-196). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Thole, W. (Hrsg.). (2011): Grundriss soziale Arbeit: ein einführendes Handbuch. Springer-Verlag.

Tolsdorf, M. (2010). Patientenwissen „to go“ Mikroschulungen. CNE Fortbildung, 2(02), 10-12.

Townsend, P. & Davidson, N. (1982): Inequalities in health: The black report. Penguin: Harmondsworth.

Trabert, G. & Waller, H. (2013): Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis. Kohlhammer.

U

UPD (2018): Monitor Patientenberatung 2015. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V–Berichtszeitraum, 1(04), 2013-31.

Uzarewicz, C., & Uzarewicz, M. (2005). Das Weite suchen: Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege (Vol. 7). Lucius & Lucius DE.

Uzarewicz, Ch. (2006): Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege. In: DV Pflegewissenschaft (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt a. Main: Mabuse Verlag, S. 13 - 26

V

- Van den Bussche, H., Heinen, I., Koller, D. et al. (2013):** Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. *Z Gerontol Geriat*; 47, S. 403–409.
- Villa, P.I. (2018) :** Debatte Care Arbeit– um das Kümmern kümmern, TAZ 4.7.2018
- Vollhardt, B. R. (1999):** Was wissen wir über Gewalt in Pflegebeziehungen? Eastman, Mervyn (1999). *Gewalt gegen alte Menschen*. 2. Aufl. Freiburg i. B.: Lambertus-Verlag.
- von der Lippe, H. & Reis, O. (2020):** Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten im jungen und mittleren Erwachsenenalter. In: Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., von der Lippe, H. & Vonneilich, N. (Hrsg.): *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Vogel, D. (2019):** *Habitusreflexive Beratung im Kontext von Schule*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Vossler, A. (2005):** Das Jahrhundert der Beratung: Entwicklung und gesellschaftliche Bedeutung von Beratungsangeboten. In: *MERZ: Medien and Erziehung (Media and education)(5)*, S. 9–13. URL: http://www.merz-zeitschrift.de/index.php?NAV_ID=11...

W

- Waerness, K. (1984):** Caring as women's work in the welfare state. In: *Patriarchy in a welfare society*, S. 67–87.
- Walter, U. & Stöckel, S. (2002):** Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende. *Prävention im 20JH*, S. 273–299.
- Wahrig, B. & Sohn, W. (Hrsg.) (2003):** *Zwischen Aufklärung, Policy und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens 1750–1850*. Herzog August Bibliothek, Wolfenbüttel, Harrassowitz Verlag, Wiesbaden.
- Weber-Reich, E. (1993):** „Um die Lage der hiesigen nothleidenden Classe zu verbessern“. Der Frauenverein zu Göttingen von 1840 bis 1956. *Studien zur Geschichte der Stadt Göttingen (Bd. 18)*, Göttingen.
- Welti, F. (2009).** Rechtliche Rahmenbedingungen von Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(2), 104-11
- Welter-Enderlin, R. (1992).** Kommentar zu L. Richterichs Beitrag «Gender-Sensitivity: Bemerkungen aus einer männlichen Perspektive»: Eine unter vielen möglichen Antworten. *System familie*, 5(1), 49-52.
- Wendt, W. R. & Bohrke-Petrovic, S. (2009):** *Standards und Fachlichkeit im Case Management*, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Berlin, Hamburg: Economica-Verlag.

- Wendt, W. R.** (2018): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Lambertus-Verlag.
- Wiedemann, P. M.** (1986). Erzählte Wirklichkeit: Zur Theorie und Auswertung narrativer Interviews (S. 189). Beltz.
- Wiedenbach, E.** (1963). The helping art of nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 63(11), 54-57.
- Winkler, G.** (2015) : Care Revolution – Schritte in eine solidarische Gesellschaft, Transkript Verlag Bielefeld
- Willett-Parkes, G. A.** (2013): Constructing Nurses Identity through social identity theory. In: International journal of nursing practice 20 (2), S. 164–169.
- Wild, C., & Zechmeister, I.** (2007). Gestaltung von Gesundheitspolitik: Rationalitäten einer gerechten Verteilungspolitik.
- Wilkening, K.** (2000): Angehörigenarbeit und Abschiedskultur: Begegnung mit dem Tod als Chancen individueller und institutioneller Entwicklungsprozesse. In: Haus Neuland (Hrsg.): Praxis der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen, Tagungsvortrag am 7./8. Dez. 2000, Tagungsdokumentation.
- Wingenfeld, K., Joosten, M., Müller, C., & Ollendiek, I.** (2007). Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Inst. für Pflegewiss. an d. Univ. Bielefeld.
- Wissert, M.** (2004). Case-Management. *Managed Care*, 7, 29.
- Wittneben, K.** (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft: über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Lang.
- Wolff, H. P. & Wolff, J.** (2008): Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte. Mabuse-Verlag.
- Wolff, H. P. & Wolff, J.** (2011): Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte, Mabuse-Verlag
- Z**
- Zeller, S.** (1994): Geschichte der Sozialarbeit als Beruf. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Zenz G** (2007) Autonomie und Abhängigkeit – familienrechtliche Schutzbelange im Alter. In: Igl G, Klie T (Hrsg) Das Recht der älteren Menschen. Nomos, Baden-Baden, S 131–172
- Zehetner, B.** (2011). Performative Konstruktion von Krankheit und Geschlecht und feministische psychosoziale Beratungspraxis (Dissertation, uniwiien)

Ziegler, H., Schrödter, M., & Oelkers, N. (2010). Capabilities und Grundgüter als Fundamente einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive. In: Grundriss Soziale Arbeit . VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2012. S.297-310