

**Zum Verhältnis von professionsbezogenen Leitbildern in der Pflege, den subjektiven Orientierungen der Pflegenden in der ambulanten Pflege und den individuellen Handlungsstrategien im pflegerischen Berufsalltag**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt

der Philosophischen Fakultät der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg  
Fachbereich Erziehungswissenschaften

von Herrn Thomas Schilling  
geb. am 02.10.1963 in Halle/Saale

Erster Gutachterin: Frau Prof. Dr. Rabe-Kleberg  
Zweiter Gutachter: Herr Prof. Dr. H.H. Krüger

Die erfolgreiche Verteidigung der vorliegenden Dissertationsschrift fand am  
6. Mai 2008 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg an der  
Philosophischen Fakultät III- Erziehungswissenschaften statt.

**urn:nbn:de:gbv:3-000014752**

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000014752>]

*Hauptfragestellung: Welche Differenzen und Überlappungen bestehen zwischen professionsbezogenen Leitbildern, den subjektiven Orientierungen und individuellen Handlungsstrategien von Pflegenden?*

*„Die Beschämung, dass man nicht dieser Kranke unter dieser Decke war, der doch genauso ein Körper war wie man selber: 'unser beider Grundlosigkeit!' Ein Schaudern, ein Abwenden der Augen. Unerklärlicher Zufall, dass man nicht jener Kranke war; und wieder einmal, ruckhaft, die Empfindung, nur zufällig der zu sein, der man war.“*

*(Georges-Arthur Goldschmidt in „Der Spiegeltag“)*

**ERSTE UNTERSUCHUNGSEBENE: PROFESSIONSBEZOGENE  
LEITBILDER/GESELLSCHAFTLICHE PFLEGELEITBILDER ..... 16**

**KAPITEL I: EINLEITUNGSTEIL UND THEORETISCHE RAHMUNG DES  
UNTERSUCHUNGSTHEMAS ..... 18**

**1. KURZCHARAKTERISIERUNG DES UNTERSUCHUNGSTHEMAS ..... 18**

1.1	PERSÖNLICHE RELEVANZ DES THEMAS .....	18
1.2	GESELLSCHAFTLICHER WANDEL UND NEUE HERAUSFORDERUNGEN IN DER PFLEGE.....	19
1.3	DER EINTRITT VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT ALS BIOGRAPHISCHES RISIKO.....	20
1.4	THEORETISCHE PERSPEKTIVEN ZUR PROFESSIONALISIERUNG SOZIALER BERUFE .....	21
1.5	ZUSAMMENFASSUNG ZUM THEORIESTANDPUNKT UND DAMIT ZUM VERHÄLTNIS VON MODERNEN BIOGRAPHISCHEN RISIKEN, SOZIALEN PROFESSIONEN ALS SYSTEMATISCHEM ORT UND PROFESSIONELLEM SOZIALEM HANDELN ALS SPEZIFISCHER VERMITTLUNGSSTRATEGIE .....	22
1.6	UNTERSUCHUNGSANLAGE UND CHARAKTERISIERUNG DER UNTERSUCHUNGSEBENEN .....	23
1.6.1	SOZIALE LEITBILDEBENE .....	23
1.6.2	SUBJEKTIVE DEUTUNGSMUSTER DER PFLEGENDEN .....	24
1.7	ANALYTISCHE ZUSAMMENFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNGSEBENEN .....	24
1.8	EINSCHÄTZUNG DER UNTERSUCHUNGSRELEVANZ .....	25

**KAPITEL II: SOZIOKULTURELLE UND POLITISCH- ORGANISATORISCHE  
SCHWERPUNKTSETZUNGEN IN DER ALTENHILFE ..... 27**

**1. ALTENHILFEENTWICKLUNG IN OST- UND WESTDEUTSCHLAND..... 28**

1.1	GESELLSCHAFTLICHE CHARAKTERISIERUNG DES ALTERS.....	28
1.2	ZUORDNUNGS- UND EINTEILUNGSVERSUCHE IN DER ALTENHILFE.....	28
1.3	ALTENHILFEORIENTIERUNGEN IN DER (ALTEN) BUNDESREPUBLIK.....	29
1.4	EXKURS: STATIONÄRE PFLEGE-EINRICHTUNGEN ALS TOTALE INSTITUTIONEN .....	30
1.5	ÖKONOMISCHE BRÜCHIGKEIT DES SOLIDARPRINZIPS .....	31
1.6	ALTENHILFEORIENTIERUNGEN IN DER DDR .....	32
1.7	ZWISCHENBETRACHTUNG .....	35

**2. ENTWICKLUNG DER AMBULANTEN PFLEGE ..... 35**

2.1	HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER GEMEINDEKRANKENPFLEGE UND GRÜNDUNG VON SOZIALSTATIONEN.....	35
2.2	AUFGABEN, ZIELE UND NORMATIVE BEDEUTUNG VON SOZIALSTATIONEN.....	37
2.3	EXKURS. ENTWICKLUNG DER HÄUSLICHE PFLEGE IN DER DDR.....	37

**3. DIE INSTITUTIONELLE UND HABITUELLE TRANSFORMATION DES  
AMBULANTEN PFLEGESYSTEMS IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN. .... 43**

3.1	MODERNISIERUNGSDISKUSSION IM RAHMEN DES TRANSFORMATIONSPROZESSES.....	43
3.2	WENDE- UND UMBRUCHSITUATION IN DER AMBULANTEN PFLEGE.....	46

#### **4. STRUKTURELLER WANDEL IN DER ALTENHILFE NACH EINFÜHRUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG ..... 50**

4.1	PFLEGEVERSTÄNDNIS UND RAHMENBEDINGUNGEN DES SGB XI .....	50
4.2	PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSRICHTLINIEN UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF .....	52
4.3	EXKURS: PROZESSUALES VERSTÄNDNIS VON HILFE -UND PFLEGE .....	54
4.4	ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN DES SGB XI.....	55
4.4.1	PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND VORRANG DER FAMILIÄREN PFLEGE .....	55
4.4.2	TÄTIGKEITSBEZOGENE AUFSPLITTUNG UND QUALIFIKATORISCHE DOMÄNISIERUNG IM RAMEN DES PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZES .....	57
4.5	EXKURS: MARKTORIENTIERUNGEN UND ANBIETERKONKURRENZ. GESAMTDEUTSCHE AUSWIRKUNGEN DES SGB XI AUF DIE AMBULANTE PFLEGE .....	59

#### **KAPITEL III: VERORTUNG VON ALTENPFLEGE, ZWISCHEN NORMATIVEN HANDLUNGSORIENTIERUNGEN, VERBERUFLICHUNG UND PROFESSION..... 61**

##### **1. HANDLUNGSFELDBEZOGENE LEITBILDER ..... 61**

1.1	ALLGEMEINE EINORDNUNG DES LEITBILDBEGRIFFS .....	61
1.2	LEITBILDER IN DER PFLEGE.....	62
1.2.1	ZUSAMMENHANG VON KOLLEKTIVEN UND SUBJEKTIVEN ORIENTIERUNGEN IN DER PFLEGE....	64
1.2.2	DER EINFLUSS VON LEITBILDERN AUF BERUFLICHE ROLLENMUSTER .....	64
1.2.3	LEGITIMATIONSKRISEN VON ÜBERGEORDNETEN LEITBILDERN .....	66
1.2.4	VERHÄLTNIS ZWISCHEN ÜBERGEORDNETEN UND KONKRETEN LEITBILDERN .....	68
1.2.5	KONTEXTBEZOGENE LEITBILDER IN BEZIEHUNG ZU EXISTENTIALISTISCHEN DENKMUSTERN ..	71
1.3	EXKURS: VERHÄLTNIS VON VERGANGENEN UND GEGENWÄRTIGEN LEITBILDERN.....	72
1.4	(PFLEGE-) LEITBILDER ALS NORMATIVE HANDLUNGSGRUNDLAGE .....	73

##### **2. CARITATIVES LEITBILD..... 74**

2.1	DAS CHRISTLICHE LIEBESGEBOT ALS HANDLUNGSGRUNDLAGE KONFESSIONELL GETRAGENER PFLEGE .....	74
2.2	CHRISTLICH FUNDIERTES ABLÖSE- UND RÜCKZUGSVERSTÄNDNIS IN DER ALTENPFLEGE.	75
2.3	TRADITIONELL CHRISTLICHES ROLLENVERSTÄNDNIS VON PFLEGENDEN .....	75
2.3.1	TRADIERUNG UND AUFWEICHUNG TRADITIONELLER ROLLENZUSCHREIBUNGEN IN DER KONFESSIONELL AUSGERICHTETEN PFLEGE .....	76
2.3.2	DIFFERENZEN UND KONSENSUELLE ANKNÜPFUNGEN IM BERUFLICHEN PFLEGEVERSTÄNDNIS VON ORDENSSCHWESTERN UND FREIEN SCHWESTERN .....	78
2.4	GANZHEITLICHER CHARAKTER VON CHRISTLICH GEPRÄGTEN PFLEGELEITBILDERN .....	79
2.5	EXTERNE EINORDNUNG DES CARITATIVEN LEITBILDES IN DER PFLEGE.....	80

##### **3. NATURWISSENSCHAFTLICH-MEDIZINISCHE LEITBILD IN DER PFLEGE..... 81**

3.1	MEDIZINIERUNG UND SUBORDINATION DER PFLEGE.....	82
3.2	KÖRPERMEDIZINISCHE UND LEISTUNGSORIENTIERTE BETRACHTUNG DES ALTERS .....	83

3.3	AMBIVALENZ VON BEHANDLUNG UND PFLEGE IM ALTER .....	84
3.4	ROLLENMUSTER IN DER NATURWISSENSCHAFTLICH AUSGERICHTETEN PFLEGE .....	85
3.5	EXKURS: KOLLEKTIVE PFLEGELEITBILDER IN DER DDR.....	85
3.5.1	ZWISCHEN CHRISTLICHER TRADITION UND SOZIALISTISCHER IDEOLOGIE .....	86
<b>4.</b>	<b><u>GANZHEITLICHES PFLEGELEITBILD.....</u></b>	<b>88</b>
4.1	GANZHEITLICH-ÖKOLOGISCHES DENKEN.....	89
4.2	GANZHEITLICHE GESUNDHEITSORIENTIERUNG .....	89
4.2.1	KOLLEKTIVE UND INDIVIDUELLE GESUNDHEITSVERANTWORTUNG .....	91
4.2.2	SUBSIDIÄRES PFLEGEVERSTÄNDNIS.....	91
4.2.2.1	Ambivalenz optimistischer Gesundheitsorientierungen.....	92
4.3	BIOGRAFISCHES ABLÖSEVERSTÄNDNIS.....	94
4.4	GANZHEITLICHE GEMEINSCHAFTS- UND RÜCKZUGSORIENTIERUNG .....	94
4.5	GANZHEITLICHE ROLLENMUSTER IN DER PFLEGE.....	96
4.5.1	DIE THEORETISCHE AUFWERTUNG DES BERUFLICHEN STATUS VON PFLEGEFACHKRÄFTEN .....	96
4.6	GANZHEITLICHE PFLEGE ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT .....	97
<b>5.</b>	<b><u>BEDEUTUNG VON UNTERNEHMENSLEITBILDER IN DER PFLEGE.....</u></b>	<b>98</b>
5.1	CORPORATE IDENTITY DER DIAKONIE-STATIONEN .....	99
5.1.1	MARKWIRTSCHAFTLICHE AUSRICHTUNG UND TRADITIONELL WERTUNTERLEGTES PROFIL....	100
5.1.2	ORIENTIERUNG AUF PERSONALE RESSOURCEN .....	100
5.2	KUNDENORIENTIERUNG ALS NIVELLIERENDES UNTERNEHMENSLEITBILD .....	101
<b>6.</b>	<b><u>UNTERSUCHUNG DES BERUFSPEZIFISCHEN HANDLUNGSSYSTEMS.....</u></b>	<b>104</b>
6.1	ZUM ALLGEMEINEN VERHÄLTNIS VON MEDIZIN UND PFLEGE .....	104
6.2	DIE STELLUNG VON ALTENPFLEGE .....	105
6.3	EXKURS: HAUSARBEIT UND GEFÜHLSARBEIT IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE .....	106
6.4	DIE WESENHAFTHE VERORTUNG VON PFLEGE.....	107
<b>7.</b>	<b><u>BERUFSENTWICKLUNG IN DER ALTENPFLEGE .....</u></b>	<b>109</b>
7.1	VORBEMERKUNGEN ZUM TRADITIONELLEN BERUFSVERSTÄNDNIS .....	109
7.2	PROFESSIONSENTWICKLUNG IN DER MODERNE.....	110
7.2.1	MODERNES ROLLENVERSTÄNDNIS IN DER PFLEGE .....	111
7.2.2	ALTENPFLEGE ALS BERUF .....	112
7.3	AUSBILDUNGS- UND BERUFSENTWICKLUNG IN DER DDR-ALTENPFLEGE.....	113
7.3.1	AUSGEWÄHLTE KIRCHLICHE AUSBILDUNGSGÄNGE IN DER ALTENPFLEGE.....	114
7.3.2	AUSBILDUNG UND FACHSPEZIALISIERUNG ZUR STAATLICHEN GEMEINDESCHWESTER .....	116
7.4	AUSBILDUNGS- UND BERUFSENTWICKLUNG IN WESTDEUTSCHLAND .....	117
7.5	STANDORTBESTIMMUNG ZUR AUSBILDUNGS- UND BERUFSENTWICKLUNG IN GESAMTDEUTSCHLAND .....	118
7.5.1	ENTWICKLUNG DER AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNGEN.....	118
7.5.2	AUSBILDUNGSANSICHTEN IN DER ALTENPFLEGE .....	121
<b>8.</b>	<b><u>STANDORTBESTIMMUNG DER PFLEGEWISSENSCHAFT .....</u></b>	<b>122</b>

<b>8.1</b>	<b>ZUM THEORIE- PRAXIS VERHÄLTNIS IN DER PFLEGE .....</b>	<b>123</b>
<b>8.2</b>	<b>ANSÄTZE EINER KRITISCHEN HANDLUNGSTHEORETISCHEN PFLEGEWISSENSCHAFT.....</b>	<b>126</b>
<b>8.3</b>	<b>PARADIGMA UND METAPARADIGMA IN DER PFLEGE.....</b>	<b>127</b>
8.3.1	BEDEUTUNGSNÄHE ZWISCHEN LEITBILD UND PARADIGMA .....	127
8.3.2	BESTIMMUNGSGRÖßEN VON LEITBILDERN IN DER PFLEGETHEORIE.....	128
<b>8.4</b>	<b>ZWISCHENFAZIT ZUR WISSENSCHAFTLICHEN PROFILIERUNG VON PFLEGE.....</b>	<b>129</b>

**9. ETHIK IN DER PFLEGE.....129**

<b>9.1</b>	<b>DIFFERENZIERUNG VON HANDLUNGSDIMENSIONEN UND NORMATIVEN HORIZONTEN IN DER PFLEGE .....</b>	<b>130</b>
9.1.1	SYMBOLISCHE HANDLUNGSDIMENSIONEN UND ETHISCHE PERSPEKTIVEN.....	131
9.1.2	BERÜHRUNG ALS MEDIUM DER WECHSELSEITIGKEIT .....	131
9.1.3	DAS PHÄNOMEN DER ROUTINE.....	132
9.1.4	GRENZSITUATIONEN IN DER PFLEGE .....	134
<b>9.2</b>	<b>VERANTWORTUNGSBEGRIFF .....</b>	<b>134</b>
9.2.1	AUFWEICHUNG PERSONALER VERANTWORTUNGSSTRUKTUREN .....	135
9.2.2	ERWEITERTER VERANTWORTUNGSBEGRIFF UND ENGE HANDLUNGSSPIELRÄUME .....	136
9.2.3	OBJEKTIVE NORMIERUNG: ZUR EINGRENZUNG DER IM ASYMMETRISCHEN VERHÄLTNIS VON CLIENT- PROFESSIONELL ANGELEGTE MACHT .....	136
9.2.4	WÜRDE ALS SCHUTZNORM.....	138
9.2.5	KONTEXTSENSIBILITÄT UND KONTEXTUALITÄT .....	138
<b>9.3</b>	<b>BERUFSSKODIZES ALS LEGITIMATIONSGRUNDLAGE.....</b>	<b>139</b>
<b>9.4</b>	<b>BEDEUTUNG VON TUGENDETHISCHEN KONZEPTE IN DER PFLEGE .....</b>	<b>140</b>
9.4.1	VERANTWORTUNGSETHISCHE ENTWICKLUNGSLINIEN IM KONTEXT DER TUGENDETHIK .....	141
9.4.2	SPANNUNG VON OBJEKTIVEN ERWARTUNGEN UND SUBJEKTIVEN DISPOSITIONEN.....	142
9.4.3	BEZIEHUNGS- - UND INTERAKTIONASPEKT IN M. BUBERS KONZEPT DER DIALOGISCHEN ZWISCHENMENSCHLICHKEIT .....	143
9.4.4	DISTANZIERUNGS- UND OBJEKTIVIERUNGSBEMÜHUNGEN .....	144
<b>9.5</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>146</b>

**I. ZUSAMMENFASSUNG UND ZWISCHENBETRACHTUNG ZUR ERSTEN UNTERSUCHUNGSEBENE.....149**

**ZWEITE UNTERSUCHUNGSEBENE: SUBJEKTIVE ORIENTIERUNGEN UND HANDLUNGSSTRATEGIEN VON PFLEGENDEN.....155**

**KAPITEL IV: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG VON IMPLIZITEN ORIENTIERUNGEN UND KONZEPTEN VON PFLEGEKRÄFTEN.....156**

**1. BIOGRAPHISCHE ERZÄHLUNGEN ALS SCHNITTSTELLE ZWISCHEN ÜBERGEORDNETEN PFLEGELEITBILDERN UND SUBJEKTIVEN ORIENTIERUNGEN .....**

<b>1.1</b>	<b>SUBJEKTIVE ORIENTIERUNGEN UND EINSTELLUNGSMUSTER VON BERUFLICH PFLEGENDEN IN VERBINDUNG ZUR BIOGRAFIE .....</b>	<b>156</b>
------------	--	------------

<b>1.2</b>	<b>EXKURS: EINSTELLUNGSMUSTER UND ALLTAGSBEZOGENE THEORIE DER LEBENSWELT</b>	<b>157</b>
1.2.1	DIE STATIK VON EINSTELLUNGSMUSTERN.....	157
1.2.2	NATÜRLICHE EINSTELLUNG.....	158
1.2.3	UNRUHE UND FREMDHEIT .....	158
1.2.4	DIE ZEITLICHE DIMENSION VON EINSTELLUNGSMUSTERN .....	159

**2. GRUNDÜBERLEGUNGEN ZUR METHODISCHEN VORGEHENSWEISE. BEGRÜNDUNG EINES QUALITATIVEN UND BIOGRAPHIEANALYTISCHEN ZUGRIFFS..... 160**

<b>2.1</b>	<b>DER ARGUMENTATIONSKONTEXT DER PROZESSSTRUKTUREN DES LEBENSABLAUFS.....</b>	<b>161</b>
<b>2.2</b>	<b>VERBINDUNG VON BIOGRAFISCHEM WISSEN UND PROFESSIONELLEM HANDELN.....</b>	<b>163</b>
<b>2.3</b>	<b>ZUGANG UND AUSWAHL DES EMPIRISCHEN FELDES UND DER BEFRAGTEN.....</b>	<b>163</b>
<b>2.4</b>	<b>ERHEBUNG UND AUFBEREITUNG DES EMPIRISCHEN MATERIALS .....</b>	<b>164</b>
<b>2.5</b>	<b>DAS AUTOBIOGRAPHISCH-NARRATIVE INTERVIEW .....</b>	<b>166</b>
2.5.1	AUFBAU UND GLIEDERUNG .....	166
2.5.2	AUSWERTUNGSSCHRITTE.....	167
<b>2.6</b>	<b>ZUM LEITFADENGESTÜTZTEN INTERVIEWTEIL .....</b>	<b>167</b>
2.6.1	ORIENTIERUNG AUF DIE DIMENSION DES ETHISCH-AKTIVEN HANDELNS.....	168
2.6.2	FRAGENÜBERBLICK ZUM LEITFADENGESTÜTZTEN INTERVIEWTEIL .....	169
2.6.3	AUSWERTUNGSKONZEPT DES LEITFADENGESTEUERTEN ERZÄHLINTERVIEWS.....	171
<b>2.7</b>	<b>METHODISCHE AUSWERTUNG UND VERKNÜPFUNG UNTERSCHIEDLICHER WISSENSBESTÄNDE.....</b>	<b>171</b>

**3. KONZEPT DER FALLDARSTELLUNG..... 172**

**KAPITEL V: EXEMPLARISCHE FALLSTUDIEN..... 174**

**4. FALLDARSTELLUNG HOLGER..... 174**

<b>4.1</b>	<b>KURZÜBERBLICK UND ÄUßERER BIOGRAPHISCHER VERLAUF.....</b>	<b>174</b>
<b>4.2</b>	<b>DAS FAMILIÄRE BEZIEHUNGSGEFÜGE .....</b>	<b>174</b>
4.2.1	DER LIEBLINGSBRUDER HANS.....	175
4.2.2	VERHÄLTNIS ZUR MUTTER (U. ZU FRAUEN) .....	176
4.2.3	DER VATER ALS GEGNER UND BEZIEHUNGSKONKURRENT.....	178
<b>4.3</b>	<b>AUßERFAMILIÄRE BEZIEHUNGSSTRUKTUREN.....</b>	<b>180</b>
4.3.1	DIE SCHWEREN UND DIE LEICHTEN SCHULJAHRE.....	181
4.3.2	DIE LEHRZEIT ALS KRISE.....	182
<b>4.4</b>	<b>BERUFLICHE SOZIALISATION. VOM DIENER DES TECHNISCHEN GERÄTES HIN ZUM DIENST AM MENSCHEN .....</b>	<b>183</b>
4.4.1	DIE WENDE ALS SPRUNG INS KALTE WASSER .....	184
4.4.2	DIE -GLÜCKLICHE ZEIT- IM PFLEGEHEIM .....	186
4.4.3	TRANSFORMATIONERFAHRUNGEN. ERWARTUNGEN UND ENTTÄUSCHUNGEN IM RASTER GESELLSCHAFTLICHER STEREOTYPE.....	187
4.4.4	AUSBILDUNG ZUM ALTENPFLEGER.....	189
4.4.5	BERUFLICHER WECHSEL UND DAS BRÜCHIGE ARRANGEMENT MIT DER ARBEIT IM AMBULANTEN BEREICH.....	192
4.4.6	ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN .....	194

<b>4.5</b>	<b>BERUFSALLTAG IN DER PFLEGE. KONFLIKT UND PROBLEMSITUATIONEN IN DER</b>	
	<b>AMBULANTEN ALTENPFLEGE</b> .....	<b>196</b>
4.5.1	DER ZEITFAKTOR IN DER PFLEGE.....	196
4.5.1.1	Charakteristische Zeiterfahrungen in der stationären und ambulanten Pflege.....	196
4.5.1.2	Zeitkontingent und Betreuungsmöglichkeiten in Rahmen des SGB XI.....	198
4.5.1.3	Handlungsstrategien im Raster von standardisierten Pflegezeiten.....	199
4.5.1.4	Schnelle und langsame Zeit in der Pflege.....	199
4.5.2	KOMMUNIKATION.....	200
4.5.2.1	Wechselspiel zwischen kommunikativem Austausch und Beziehungsarbeit.....	200
4.5.2.2	Kommunikationsmuster zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden.....	202
4.5.2.3	Konkurrenz und tätigkeitsbezogene Domänisierungen zwischen Altenpfleger/Innen und Krankenschwestern/Pflegern.....	203
4.5.2.4	Kooperation mit anderen Berufsgruppen.....	204
4.5.2.5	Entscheidungsspielräume und Verantwortungseinschätzung.....	204
4.5.3	ALTER, STERBEN UND TOD.....	205
4.5.3.1	Einstellung zu Sterben und Tod.....	205
4.5.3.2	Persönliche Alters- und Todesvorstellungen.....	207
4.5.3.3	Folgeprobleme, Belastungen, Verarbeitung und Copingstrategien.....	208
4.5.4	PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN VON GUTER PFLEGE.....	209
<b>5.</b>	<b>FALLDARSTELLUNG KÄTHE</b> .....	<b>214</b>
<b>5.1</b>	<b>KURZÜBERBLICK UND ÄUßERER BIOGRAPHISCHER VERLAUF</b> .....	<b>214</b>
<b>5.2</b>	<b>FAMILIE UND KINDHEIT</b> .....	<b>215</b>
5.2.1	ELTERNHAUS UND FAMILIE ALS KRISTALL.....	216
<b>5.3</b>	<b>SCHULZEIT</b> .....	<b>218</b>
<b>5.4</b>	<b>BERUFSAUSBILDUNG</b> .....	<b>220</b>
5.4.1	WECHSEL NACH H. UND AMBIVALENTE BERUFLICHE EINSTIEGSSITUATIONEN.....	223
<b>5.5</b>	<b>ARBEIT ALS GEMEINDESCHWESTER</b> .....	<b>226</b>
5.5.1	UNVERARBEITETE EINSCHNITTE.....	231
5.5.2	WANDEL UND KONTINUITÄT DES BERUFLICHEN ARBEITSFELDES.....	232
5.5.2.1	Unbekannte Systemlogik und Orientierungseinbrüche.....	234
5.5.3	STIPPVISITE IM WESTEN.....	235
5.5.3.1	Verbesserter Arbeitsrhythmus.....	238
5.5.4	MODERATE KONKURRENZ ZWISCHEN DEN VERBANDLICHEN PFLEGEANBIETERN.....	239
5.5.5	RÜCKBEWEGUNG IN DIE -NORMALE PFLEGE-.....	240
<b>5.6</b>	<b>ORTS- UND PATIENTENGEBUNDENHEIT</b> .....	<b>242</b>
5.6.1	AUFWEICHUNG IHRES SPONTANEN HELFERVERSTÄNDNIS.....	245
<b>5.7</b>	<b>DIE KÖRPERLICHEN KOSTEN DES BERUFES</b> .....	<b>248</b>
<b>5.8</b>	<b>ZUKUNFT</b> .....	<b>249</b>
<b>5.9</b>	<b>BERUFSALLTAG IN DER PFLEGE. KONFLIKT UND PROBLEMSITUATIONEN IN DER</b>	
	<b>AMBULANTEN ALTENPFLEGE</b> .....	<b>250</b>
5.9.1	BEZIEHUNGEN ZU HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN.....	250
5.9.1.1	Anfangssituationen.....	250
5.9.1.2	Berührungen als beziehungsfördernder Kommunikationspfad.....	251
5.9.1.3	Unsprachliche Dankbarkeit.....	252
5.9.1.4	Intimpflegesituationen.....	253
5.9.1.5	Sexualität.....	255
5.9.2	FAMILIENÄHNLICHE RAHMUNGEN.....	255
5.9.2.1	Lieblingspatienten und schwierige Patienten.....	255
5.9.2.1.1	Illustration schwieriger Patienten.....	257

5.9.2.2	Passungsfähige Biographieorientierung .....	259
5.9.2.3	Umgang mit zeitlichen Verzögerungen und Störungen im Arbeitsablauf .....	260
5.9.2.4	Unzufriedene Hilfe- und Pflegebedürftige .....	261
5.9.3	WÜNSCHE UND VORSTELLUNGEN VON HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN .....	262
5.9.3.1	Tiere als Freudenspender und Interaktionspartner .....	264
5.9.3.2	Macht des Versprechens.....	264
5.9.4	UNTERSCHIEDLICHE KOOPERATIONSZUSAMMENHÄNGE.....	266
5.9.4.1	Solidarisches Arbeiterteam.....	266
5.9.4.2	Kooperation mit Angehörigen.....	267
5.9.4.2.1	Unausgehandelte Problemdiagnosen und Betreuungsvorstellungen.....	268
5.9.4.3	Verfälschte und unausgehandelte (Pflege-) Einstufungspraxis.....	269
5.9.4.4	Kooperation mit Ärzten.....	271
5.9.4.5	Vermittlungs- und Beratungsarbeit als Aufgabengebiet der Sozialstationen.....	272
5.9.5	UMGANG MIT STERBEN UND TOD.....	273
5.9.5.1	Notwendigkeit und Grenzen von Sterbebegleitung.....	273
5.9.5.2	Passung von normativen und subjektiven Verstellungen.....	275
5.9.5.3	Umgang mit Verstorbenen .....	276
5.9.6	EMOTIONALES COPING ALS INFORMELLE BERUFSNORM.....	277
5.9.7	WICHTUNG UND EINORDNUNG UNTERSCHIEDLICHER WISSENSBESTÄNDE.....	279
5.9.7.1	Über die Ausbildung erworbene Wissensbestände .....	279
5.9.7.2	Typische Verbindung von medizinpflegerischem Wissen und lebensweltlichem Wissen.....	280
5.9.7.3	Fort- und Weiterbildung.....	281
5.9.7.4	Bedeutungslosigkeit pflegewissenschaftlicher Wissensbestände.....	282
5.9.8	PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN VON GUTER PFLEGE.....	284
5.9.8.1	Zeitliche Spielräume.....	284
5.9.8.2	Schmerzfreiheit .....	284
5.9.8.3	Umfassender Pflegebedarf und beziehungsintensive Pflege.....	285
5.9.8.4	Integrations- und Gemeinschaftsorientierung .....	286

## **6. FALLBESCHREIBUNG ANNEGRET .....** **288**

<b>6.1</b>	<b>KURZÜBERBLICK UND ÄUßERER BIOGRAPHISCHER VERLAUF.....</b>	<b>288</b>
<b>6.2</b>	<b>FAMILIE UND FRÜHE KINDHEIT .....</b>	<b>288</b>
6.2.1	GESCHWISTER ALS EINHEIT .....	288
6.2.2	DIE ROLLE DES VATERS .....	289
6.2.3	RICHTUNGSZUWEISUNGEN UND ELTERLICHES LEISTUNGSVERSTÄNDNIS .....	289
<b>6.3</b>	<b>SCHULZEIT.....</b>	<b>291</b>
6.3.1	ATMOSPHÄRISCHE BESCHREIBUNG DER SCHULZEIT.....	291
6.3.2	SPAGAT ZWISCHEN KIRCHLICHEM UND SCHULISCHEM RAHMEN .....	292
6.3.3	DER SCHOCK DER VERWEHRTEN EOS DELEGIERUNG .....	294
6.3.4	KONFESSIONELLE ZUGEHÖRIGKEIT ALS FAMILIENFLUCH UND EINHEITSTIFTENDES BAND ...	297
6.3.5	VERLETZUNGSERFAHRUNG UND SEKUNDÄRES PASSUNGSBEMÜHEN .....	297
6.3.6	HANDLUNGSUNFÄHIGKEIT UND ZWANG ZUR NEUORIENTIERUNG.....	297
<b>6.4</b>	<b>AUSBILDUNG, BERUF UND ERSTE BERUFLICHE AUSZEIT .....</b>	<b>300</b>
6.4.1	AUSBILDUNGSZEIT IM KATHOLISCHEN KRANKENHAUS .....	300
6.4.2	DER AUSZUG DER ELTERN ALS ERWEITERUNG PRIVATER HANDLUNGS- UND SELBSTBESTIMMUNGSSPIELRÄUME .....	301
6.4.3	GEBURT DES ERSTEN KINDES UND RÜCKZUG AUS DEM BERUF.....	303
<b>6.5</b>	<b>EINSTIEG IN DIE AMBULANTE PFLEGE.....</b>	<b>304</b>
6.5.1	AUSCHLIEßUNGSERFAHRUNG ALS WIEDERKEHRENDES MOTIV .....	305
6.5.2	KREATIVE GRÜNDUNGS- UND IMPROVISATIONSZEIT .....	306

6.5.3	EXKURS: DIE FAMILIÄR GEPRÄGTE PFLEGE IN DER DDR .....	309
6.5.4	INSTITUTIONALISIERUNGSPROZESS ALS PROFESSIONALISIERUNGSSCHUB .....	310
6.5.5	DIE SCHÖNE FAMILIENZEIT .....	310
6.5.6	DER LETZTE MOHIKANER .....	311
6.5.7	DIE STELLUNG DES GELIEBTEN STECKENPFERDES .....	312
<b>6.6</b>	<b>BILANZIERUNG UND ZUKUNFTSVORSTELLUNGEN.....</b>	<b>314</b>
<b>6.7</b>	<b>KÖRPERKONTAKT UND SEXUALITÄT .....</b>	<b>316</b>
6.7.1	KOLLEKTIVE MITARBEITERERFAHRUNGEN.....	319
<b>6.8</b>	<b>ZEITDIMENSIONEN UND ZEITDILEMMATA IN DER PFLEGE.....</b>	<b>320</b>
6.8.1	EINFLUSS DER HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN AUF DEN ABLAUF VON PFLEGE.....	322
6.8.2	DER WUNSCH NACH MEHR ZEIT IN DER PFLEGE .....	322
6.8.3	KOMMUNIKATION UNTER ZEITDRUCK .....	323
<b>6.9</b>	<b>KOMMUNIKATION IN DER PFLEGE.....</b>	<b>323</b>
6.9.1	INSTITUTIONELLE REFLEXIVITÄT IM RAHMEN VON DIENSTBESPRECHUNGEN UND TEAMSUPERVISION.....	323
6.9.2	ENTSCHEIDUNGS- UND VERANTWORTUNGSSPIELRÄUME.....	326
6.9.3	KOOPERATIONSERFAHRUNGEN IN DER PFLEGE.....	328
6.9.4	KOMMUNIKATION MIT ÄRZTEN UND MITARBEITER/INNEN .....	329
6.9.5	ZUSAMMENARBEIT MIT DER PFLEGEDIENSTLEITUNG .....	331
6.9.6	BIOGRAFISCHES WISSEN .....	331
<b>6.10</b>	<b>KONFLIKTBELADENE BEZIEHUNGEN ZU HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN .....</b>	<b>334</b>
6.10.1	ABGRENZUNG UND NÄHE GEGENÜBER HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN .....	336
<b>6.11</b>	<b>PERSÖNLICHE COPINGSTRATEGIEN .....</b>	<b>337</b>
6.11.1	BALANCIERUNGSARBEIT ZWISCHEN PRIVATER UND BERUFLICHER SPHÄRE .....	337
6.11.2	TRENNUNG VON BERUFLICHEN UND PRIVATEN BEZIEHUNGEN.....	338
<b>6.12</b>	<b>KONFLIKTE IM ZUSAMMENHANG MIT STERBEN UND TOD .....</b>	<b>340</b>
6.12.1	PATIENTENAUFKLÄRUNG UND STERBEBEGLEITUNG .....	341
<b>6.13</b>	<b>PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN VON GUTER PFLEGE .....</b>	<b>342</b>
6.13.1	IDEALTYPISCHE PFLEGE.....	342
6.13.2	KRITISCHE EINSCHÄTZUNG DER STATIONÄREN PFLEGE UND GEGENLÄUFIGE ORIENTIERUNGEN .....	343
6.13.3	DAS SCHÖNE AN DER AMBULANTEN PFLEGE .....	344
6.13.3.1	Tätigkeitsmix in der ambulanten Pflege.....	347
6.13.3.2	Autonome Einzelarbeit.....	347
6.13.3.3	Kontinuierliches Betreuungs- und Verantwortungsgefüge .....	348
6.13.4	GUTE PFLEGE UND ÖKONOMISCHE RATIONALITÄT .....	348
6.13.4.1	Dienstleistungsverständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigen .....	348
6.13.4.2	Pflegekonzept und ökonomische Zwänge .....	349
6.13.4.3	Spielräume in der Pflege .....	351
6.13.5	BERUFSETHOS .....	353
<b>7.</b>	<b><u>FALLDARSTELLUNG BEATE .....</u></b>	<b><u>354</u></b>
<b>7.1</b>	<b>KURZÜBERBLICK UND ÄUßERER BIOGRAPHISCHER VERLAUF.....</b>	<b>354</b>
<b>7.2</b>	<b>KLERIKALER FAMILIENRAHMEN.....</b>	<b>354</b>
7.2.1	FRÜHE KINDHEIT IN G. ....	355
7.2.2	PROBLEMATISCHER UMZUG NACH H. ....	357
7.2.3	DAS STECKENPFERD .....	359
<b>7.3</b>	<b>FREMDE WELT SCHULE .....</b>	<b>361</b>
7.3.1	INDIFFERENTE AUSBILDUNGS- UND BERUFSORIENTIERUNGEN .....	362
7.3.2	PERSÖNLICHE REVOLTE IN M. ....	363

<b>7.4</b>	<b>BERUFLICHE UMORIENTIERUNG AUF DEN KRANKENSCHWESTERNBERUF</b> .....	<b>366</b>
7.4.1	AUSBILDUNGSERFAHRUNGEN .....	366
7.4.2	DAS BEDEUTSAME GESPRÄCH .....	367
7.4.3	DER EHEMANN .....	369
<b>7.5</b>	<b>BERUFSEINSTIEG</b> .....	<b>369</b>
7.5.1	WECHSEL IN DIE KIRCHLICHE GEMEINDEPFLEGE .....	370
7.5.2	LUSTVOLLE ARBEIT IM KINDERGARTEN .....	373
7.5.2.1	Verhältnis zu ihren Kindern .....	374
7.5.3	WENDE UND BERUFLICHE UMORIENTIERUNG .....	375
7.5.4	BERUFLICHE WÜNSCHE UND ZUKUNFTSPÄNE .....	376
<b>7.6</b>	<b>BERUFSALLTAG IN DER PFLEGE. KONFLIKT UND PROBLEMSITUATIONEN IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE</b> .....	<b>378</b>
7.6.1	NÄHE UND DISTANZ .....	378
7.6.1.1	Verhältnis zu Hilfe- und Pflegebedürftigen .....	378
7.6.1.1.1	Balance zwischen Einlassen und Abgrenzen .....	379
7.6.1.1.2	Zurückweisung des Pflegemandats .....	380
7.6.1.1.3	Zwischen umfassender Fremdpflege und aktivierender Pflege .....	381
7.6.1.1.4	Invasive Fremdpflege .....	382
7.6.1.1.5	Milieubezogene Behandlungspflege .....	382
7.6.1.2	Problematisches Verhältnis zu Angehörigen .....	384
7.6.1.2.1	Beziehungsverstrickung .....	386
7.6.1.3	Arbeit im Team und das Verhältnis zur Pflegedienstleitung .....	387
7.6.1.4	Ökonomisierung von Pflege und Veränderung der Arbeitshaltung .....	388
7.6.2	ALTERSBEFÜRCHTUNGEN .....	390
7.6.3	STERBEN UND TOD .....	391
7.6.4	VORSTELLUNGEN VON GUTER PFLEGE .....	393
7.6.5	WÜNSCHE UND BEDÜRFNISSE VON HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN .....	396
<b>8.</b>	<b><u>FALLDARSTELLUNG RENATE</u></b> .....	<b>397</b>
<b>8.1</b>	<b>KURZÜBERBLICK UND ÄUßERER BIOGRAPHISCHER VERLAUF</b> .....	<b>397</b>
<b>8.2</b>	<b>KRANKHEIT ALS LEBENSTHEMA</b> .....	<b>397</b>
8.2.1	TRAUMATISCHE EINWEISUNG INS KRANKENHAUS .....	398
8.2.2	FAMILIÄRE BETREUUNG IM KRANKENHAUS .....	399
8.2.3	RELATIVIERUNGEN UND AKTIVES ARRANGEMENT MIT DER PATIENTINNENROLLE .....	399
8.2.4	IDENTIFIKATION MIT DEN KRANKENSCHWESTERN .....	400
8.2.4.1	Die geeignete und die ungeeignete Krankenschwester .....	400
8.2.5	DAS TEUFLISCHE MEDIKAMENT .....	401
8.2.6	TRAUMATISCHE VERWANDLUNG .....	402
<b>8.3</b>	<b>SCHULZEIT</b> .....	<b>403</b>
8.3.1	DIE LAUTE UNTERSCHICHTKLASSE .....	403
8.3.2	DIE RUHIGE OBERSCHICHTKLASSE .....	404
8.3.3	SCHEMATISCHE MILIEU- UND KLASSENTHEORIE .....	404
8.3.4	UNFAIRE LEHRER .....	405
8.3.5	KAMPF UM DIE FREUNDIN .....	407
8.3.6	MEDIKAMENTÖSE NEBENWIRKUNGEN ALS FORTLAUFENDES HANDICAP .....	408
8.3.7	LEIBLICHE INTEGRITÄT UND SOZIALE SCHAM .....	409
8.3.7.1	Spiel der Geschlechter .....	410
8.3.7.2	Die Schwester als Stigmatisierungsagentin .....	411
8.3.8	AMBULANTE BETREUUNG IN DER SCHULZEIT .....	412
<b>8.4</b>	<b>FAMILIENFIGURATION</b> .....	<b>413</b>

8.4.1	SCHÖNE ZUSAMMENKUNFT .....	413
8.4.2	DIE STRAFENDE MUTTER.....	413
8.4.3	VERLETZUNGSDISPOSITIONEN DES VATERS .....	414
8.4.4	ENTHRONISIERUNGSERLEBNIS .....	414
8.4.5	UNAUSGEHANDELTES GESCHWISTERVERHÄLTNIS.....	415
<b>8.5</b>	<b>BERUFLICHER WERDEGANG.....</b>	<b>418</b>
8.5.1	LEHRZEIT.....	418
8.5.2	ARBEIT ALS KRIPPENERZIEHERIN .....	419
8.5.2.1	Überzogene Elternerwartungen und ausbleibende Honorierung.....	421
8.5.2.2	Konflikt mit der Leiterin in der Kinderkrippe.....	422
8.5.2.3	Der Gewaltvorwurf.....	422
8.5.3	ARBEIT IN DER BÜRSTENFABRIK.....	424
8.5.3.1	Advokatorische Integrationsbemühungen für einen Verfeimten.....	425
8.5.3.2	Zusammenbruch der Bürstenproduktion .....	426
8.5.4	BERUFLICHE NEUORIENTIERUNG UND AUSBILDUNG ZUR ALTENPFLEGERIN.....	427
8.5.4.1	Einschätzung der Altenpflegeausbildung .....	427
8.5.4.2	Ambivalente Praktikumserfahrungen.....	428
<b>8.6</b>	<b>ANSTELLUNG IN DER AMBULANTEN PFLEGE.....</b>	<b>429</b>
8.6.1	GELUNGENE EINARBEITUNGSPHASE.....	431
8.6.2	VOM FRAGILEN ZUM FESTEN ARBEITSVERHÄLTNIS BEI DER CARITAS .....	432
8.6.3	POSITIVE IDENTIFIKATION MIT DEM GEMEINNÜTZIGEN TRÄGER.....	432
<b>8.7</b>	<b>BIOGRAFISCHE BILANZ UND PERSPEKTIVISCHER AUSBLICK .....</b>	<b>434</b>
8.7.1	BILANZIERUNG DES BERUFLICHEN WERDEGANGS .....	434
8.7.2	LEBENSILANZIERUNG UND LEBENSPHILOSOPHIE .....	435
8.7.3	ZUKUNFTSVORSTELLUNGEN .....	437
<b>8.8</b>	<b>BERUFSALLTAG IN DER PFLEGE. KONFLIKT UND PROBLEMSITUATIONEN IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE.....</b>	<b>439</b>
8.8.1	BEZIEHUNGS- UND KONTRAKTARBEIT.....	439
8.8.2	ZUWENDUNGEN UND ZÄRTLICHKEITEN .....	441
8.8.3	FUNKTIONELL UNPERSÖNLICHE PFLEGE IM KRANKENHAUS.....	443
8.8.4	DISTANZ GEGENÜBER UNZUFRIEDENEN PATIENTEN.....	445
8.8.5	BEZIEHUNGSPFLEGE BEI LIEBLINGSPATIENTEN.....	445
8.8.5.1	Familär- dyadische Pflegebeziehung.....	447
<b>8.9</b>	<b>KUNDEN- UND DIENSTLEISTUNGSORIENTIERUNG. ZWISCHEN ANGEHÖRIGEN -UND PATIENTENERWARTUNGEN .....</b>	<b>448</b>
8.9.1	WAHRNEHMUNG INTERFAMILIÄRER ROLLENVERSCHIEBUNGEN .....	449
8.9.2	DISTANZ GEGENÜBER UNZUFRIEDENEN ANGEHÖRIGEN.....	450
8.9.3	SELBSTBESTIMMUNG VERSUS BEHERRSCHTES HELFEN.....	452
8.9.4	KONFESSIONELLE ERWARTUNGEN VON HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGEN.....	454
8.9.5	STRUKTURELLE SCHWIERIGKEITEN BEI DER AUFRECHTERHALTUNG DES BEZUGSPFLEGERAHMENS .....	456
8.9.6	ABLAUFSTÖRUNGEN UND DYADISCHE TURBULENZEN.....	456
<b>8.10</b>	<b>SEXUALITÄT UND INTIMPFLEGE .....</b>	<b>459</b>
8.10.1	TAG DES BEGEHRENS .....	460
8.10.2	GESCHLECHTSPEZIFISCHE INTIMPFLEGE .....	462
<b>8.11</b>	<b>STERBEN UND TOD .....</b>	<b>465</b>
8.11.1	PERSÖNLICHES VERHÄLTNIS ZU STERBEN UND TOD.....	465
8.11.2	MISSLUNGENE STERBEBEGLEITUNG .....	467
8.11.3	MISSVERSTÄNDNIS UND ABWEHR .....	468
8.11.4	TRAUERARBEIT MIT ANGEHÖRIGEN- .....	469
8.11.5	BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN BEIM UMGANG MIT STERBEN UND TOD.....	472
<b>8.12</b>	<b>ALTERSVORSTELLUNGEN UND ALTERSBEFÜRCHTUNGEN.....</b>	<b>473</b>

8.12.1	BERUFLICH GEPRÄGTE ALTERSVORSTELLUNGEN UND ALTERSBEFÜRCHTUNGEN .....	473
8.12.2	FAMILIÄR GEPRÄGTE ALTERSVORSTELLUNGEN UND ALTERSBEFÜRCHTUNGEN.....	474
8.12.2.1	Der verwandelte Vater.....	474
8.12.2.2	Die schwerkranke Mutter .....	475
<b>8.13</b>	<b>KOOPERATION MIT MITARBEITER/INNEN UND ANDEREN BERUFSGRUPPEN.....</b>	<b>475</b>
8.13.1	VERHÄLTNIS ZU DEN MITARBEITER/INNEN.....	475
8.13.1.1	Vermachtete Kommunikationsstrukturen.....	477
8.13.1.2	Kommunikative Verarbeitungsmöglichkeiten.....	478
8.13.2	DIE MACHTVOLLEN TÜRSTEHER .....	479
8.13.3	ERFAHRUNGSWISSEN ALS KONTAKTBRÜCKE ZUM ARZT .....	481
<b>8.14</b>	<b>THEORIE-PRAXIS VERHÄLTNIS IN DER PFLEGE.....</b>	<b>483</b>
<b>8.15</b>	<b>PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN VON EINER GUTEN UND SCHLECHTEN PFLEGE .....</b>	<b>485</b>
8.15.1	NACHLÄSSIGE PFLEGE IM KRANKENHAUS.....	485
8.15.2	DAS PFLEGEHEIM IST KEIN DAHEIM.....	487
8.15.3	DAS GUTE AN DER AMBULANTEN PFLEGE .....	488
8.15.4	UNTERSCHIEDLICHES VERANTWORTUNGSGEFÜGE IM AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGESEKTOR .....	488
8.15.5	TÄTIGKEITSVERSTÄNDNIS IN DER PFLEGE .....	490
8.15.6	STRUKTURELLE EINENGUNGEN .....	491
8.15.7	ZEITKONTINGENT IN DER PFLEGE .....	492

## **VI. THEORETISCHE VERDICHTUNG DER FALLDARSTELLUNGEN UND VERKNÜPFENDE ZUSAMMENFASSUNG DER UNTERSUCHUNGSEBENEN.....** 494

### **1. PFLEGERISCHES GRUNDVERSTÄNDNIS IM SPANNUNGSFELD VON MEDIZINPFLEGERISCHEN UND SOZIALPFLEGERISCHEN TÄTIGKEITSBEREICHEN .....** 494

### **2. VORRANG DER AMBULANTEN PFLEGE GEGENÜBER DER STATIONÄREN PFLEGE.....** 495

2.1	VOR- UND NACHTEILE DER AMBULANTEN PFLEGE UND DAMIT VERBUNDENE PROFESSIONELLE HALTUNGEN .....	496
2.2	ZEITVERGLEICHE ZWISCHEN STATIONÄRER UND AMBULANTER PFLEGE.....	497

### **3. GUTE PFLEGE UND ÖKONOMISCHE RATIONALITÄT .....** 497

3.1	MARKT- UND DIENSTLEISTUNGSORIENTIERUNG IM PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZ .....	498
3.2	ZEITKONTINGENT UND SUBJEKTIV BEEINFLUSSBARE BETREUUNGSMÖGLICHKEITEN IM RAHMEN DES SGB XI.....	498
3.3	ÖKONOMISCHE ZWÄNGE UND RECHTLICH BEGRÜNDETE AUFRECHTERHALTUNG EINER GUTEN PFLEGE .....	500
3.4	EINENGUNGEN DES PFLEGERISCHEN RAHMENS UND INANSPRUCHNAHME DER HÖHEREN MOTIVATION .....	500

### **4. NÄHE UND DISTANZ IN DER PFLEGEDYADE.....** 501

4.1	BEDEUTUNGSVERLUST EINER FAMILIALISIERTEN PFLEGE .....	501
4.2	UMFASSENDE PFLEGEBEDARF UND BEZIEHUNGSFÖRDERNDE KOMMUNIKATION.....	502
4.3	INDIREKTE UND DIREKTE PFLEGETÄTIGKEITEN.....	503
4.4	AUFWEICHUNG EINES SPONTANEN HELFERVERSTÄNDNISSES .....	503
4.5	NÄHE-DISTANZ IN ANFANGSSITUATIONEN.....	504
4.6	UMGANG MIT STERBEN UND TOD .....	504
4.7	PERSÖNLICHE COPINGSTRATEGIEN .....	505
<b>5.</b>	<b><u>SUBJEKTIVES PFLEGEVERSTÄNDNIS ALS AUSGANGSPUNKT FÜR EINE PROFESSIONELLE PFLEGE .....</u></b>	<b>505</b>
5.1	WERTRATIONAL UNTERLEGTE ORIENTIERUNGEN UND ZWECKRATIONALE ENTLASTENDE HANDLUNGSSTRATEGIEN .....	506
5.2	BERUFSETHOS.....	507
<b>6.</b>	<b><u>PROFESSIONALITÄT IN DER AMBULANTEN PFLEGEARBEIT .....</u></b>	<b>508</b>
6.1	UNGEMÜNZTES HONORARVERSTÄNDNIS.....	508
6.2	GRUNDLAGEN FÜR EINE ENGAGIERTE PFLEGE .....	509
6.3	NICHT-BERUFLICHE DISPOSITIONEN UND WEIBLICHE TUGENDEN .....	509
6.4	DAS PROFESSIONELLE DES NICHT-PROFESSIONELLEN .....	511
<b>7.</b>	<b><u>INNERE UND ÄÜßERE PROFESSIONALISIERUNG.....</u></b>	<b>512</b>
<b>8.</b>	<b><u>ALTENPFLEGE ZWISCHEN PROFESSIONALISIERUNG UND PROLETARISIERUNG.....</u></b>	<b>513</b>
<b><u>VII. GESAMTFAZIT .....</u></b>		<b>515</b>
<b><u>VIII. LITERATURVERZEICHNIS .....</u></b>		<b>523</b>
<b><u>DANKSAGUNG .....</u></b>		<b>540</b>
<b><u>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....</u></b>		<b>541</b>
<b><u>LEBENS LAUF (NUR AUF CD).....</u></b>		<b>542</b>
<b><u>IX. DATENMATERIAL ALS ANHANG (NUR AUF CD) .....</u></b>		<b>544</b>

## Erste Untersuchungsebene: Professionsbezogene Leitbilder/gesellschaftliche Pflegeleitbilder

*Fragestellung: Welche typischen Argumentationsfiguren lassen sich aus den Leitbilddiskursen herausfiltern?*

*(Welchen Einfluss haben gesellschaftliche Charakterisierungen des Alters und daran andockende hervorstechende Problemdefinitionen auf die Organisationsformen in der Pflege?/Welche maßgeblichen Richtlinienstandards rahmen die Pflege?/Wie soll eine qualitativ hochwertige Pflege (gute Pflege) aussehen?/Welche relevanten Veränderungen in der äußeren und inneren Professionalisierung des Altenpflegeberufes lassen sich nachzeichnen?)*



### **1. Kurzcharakterisierung des Untersuchungsthemas**

Ausgehend von der systematischen Unterscheidung zwischen „Profession“ und „professionellem Handeln“ versucht der folgende Entwurf, die spezifischen Vermittlungsstrategien pflegerischer Handlungspraxis in den Blick zu nehmen. Ziel der geplanten Untersuchung sind Erkenntnisse über Strategien professionellen Handelns in der ambulanten Pflege.

Die ursprüngliche Annahme, in der ich von einem deutlich sichtbaren Zusammenhang zwischen Leitbildern, subjektiven Orientierungen und individuellen Handlungsstrategien ausgegangen bin, wurde im Verlauf der Untersuchung relativiert. Beziehungen zwischen Leitbildern und subjektiven Orientierungen, zumal wenn sie sich diffus und unübersichtlich darstellen, lassen sich nicht so direkt und deutlich herstellen.

In diesem Kontext wurde das ursprüngliche Promotionsthema begrifflich leicht modifiziert, d.h. ich gehe weniger von einem direkten Zusammenhang zwischen diesen unterschiedlichen Ebenen, sondern eher von einem Verhältnis mit möglichen Anschlüssen, Überlappungen und Differenzen aus.

Über unterschiedliche methodische Zugänge wurde somit eher versucht, Verbindungslinien und Anknüpfungspunkte zwischen übergeordneten Leitbildern in der Pflege und der individuell-biographischen Orientierung von Pflegenden herzustellen. So könnte sich im Kontrast zu theoretischen Idealvorstellungen von -guter Pflege- eine Theorie professionellen pflegerischen Handelns partiell von unten fundieren lassen.

#### **1.1 Persönliche Relevanz des Themas**

Die subjektive Bedeutung der vorliegenden Untersuchung erschließt sich aus meiner langjährigen beruflichen Tätigkeit als Krankenpfleger im stationären Bereich sowie meiner beruflichen Nebentätigkeit im ambulanten Pflegedienst, während der Zeit meines Studiums. Eine intensive theoretische Auseinandersetzung mit diesem Thema erfolgte im Rahmen eines studentischen Forschungsprojektes zum Thema: "Handlungsstrukturen in der stationären Altenpflege" (1996) und meiner Diplomarbeit „Leitbilder in der Altenpflege“(1998). Durch die daran anschließenden Tätigkeiten in der beruflichen Ausbildung von Altenpfleger/Innen, u. a. sozialpflegerischen Berufen, blieb die Verbindung zum beruflichen Handlungsfeld Pflege kontinuierlich erhalten. Durch meine dabei gewonnenen Erfahrungen hat dieses Thema für mich bis heute eine besondere Relevanz. Die in unterschiedlichen Zusammenhängen immer wieder bewusst wahrgenommene Kluft zwischen normativen Pflegeleitbildern und alltäglicher Pflegepraxis stellte für mich einen wesentlichen Impuls für diese Arbeit dar. Die institutionalisierte Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen im stationären und ambulanten Bereich ist aus meiner Sicht z. T. so defizitär, dass hochambitionierte Pflegeorientierungen teilweise sinnentleert wirken bzw. zu abgehobenen Postulaten ohne besondere Orientierungsfunktion verkümmern. Entlang dieser nicht vorurteilsfreien Bewertung versteht sich diese Untersuchung als ein sozialwissenschaftlicher Beitrag zur mehrdimensionalen Rekonstruktion und Annäherung an das, was als gute Pflege bestimmt bzw. angesehen werden kann.

## 1.2 Gesellschaftlicher Wandel und neue Herausforderungen in der Pflege

Moderne Gesellschaften sind durch eine Entwicklungsdynamik gekennzeichnet, die sich u.a. in der funktionellen Ausdifferenzierung und Komplexitätssteigerung arbeitsteilig gesicherter Systeme der materiellen Reproduktion zeigt.

Die wachsende gesellschaftliche Komplexität geht mit einer Differenzierung und Endtraditionalisierung einer Lebenswelt einher, die an Vertrautheit, Transparenz und Zuverlässigkeit einbüßt (dazu u.a. Beck 1986).

Die Mehrdeutigkeit von sich verändernden gesellschaftlichen Phänomenen theoretisch zu charakterisieren, scheint nur auf der Basis kritischer Deutungen bzw. Reflexionsprozessen möglich (Habermas 1995; 227).

In der spannungsgeladenen Verbindung von anspruchsvollen ethischen Orientierungen einerseits und den ökonomischen Rationalisierungsbemühungen andererseits wird ein wesentliches Moment der Modernisierung sichtbar<sup>1</sup>. Der sich in fast allen Bereichen der Gesellschaft forcierende Rationalisierungsdruck wird auch in den unterschiedlichen Bereichen des Pflegesektors deutlich.

Die durch betriebswirtschaftliche Steuerungsimperative (z.B. Kostenbegrenzungsstrategien) ausgelösten Krisenphänomene berühren die Qualität pflegerischer Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungszusammenhängen und lösen ethische Fragen mit sozialpolitischer Relevanz aus (Remmers 1998; 13)<sup>2</sup>.

Wissenschaftlich begründete Rationalisierungsprozesse aller Bereiche des gesellschaftlichen Lebens sind mit Professionalisierungsschüben verknüpft. Die Professionalisierungsbestrebungen von Bereichen, die vormals weitgehend autark organisiert und reguliert wurden, markieren lebensweltliche Veränderungen und Krisenphänomene, welche regulativ substituiert werden müssen, damit das Gesamtgleichgewicht des gesellschaftlichen Systems gewahrt werden kann. In Anlehnung daran kommt es zu einem schleichenden Autoritätsverlust traditioneller Wissensvorräte, die der Autorität einer überformenden wissenschaftlichen Wahrheit tendenziell untergeordnet werden. In dieser verkürzten Bilanz wird die sich ausweitende Professionalisierung von bisher "unprofessionell" organisierten Bereichen zum Schatten einer sich expansiv ausbreitenden Rationalisierung (Habermas 2001).

Die einschneidenden wirtschaftlichen, demografischen, politischen und geistigen Veränderungen in der Gesellschaft beeinflussen auch den gesellschaftlichen Teilbereich Pflege. Die durch Modernisierungsprozesse<sup>3</sup> ausgelöste strukturelle Umorganisation der Pflegepraxis hat zu einem veränderten Berufsbild in der Pflege beigetragen.

---

<sup>1</sup> Das spannungsgeladene Verhältnis von Ökonomie und Moral wird u.a. in einen von F.-R. Volz (1996) verfassten Beitrag aufgegriffen (Volz 1996; 24-33). Das Eindringen ökonomischer Rationalitätsstandards in die Terminologie der Sozialwissenschaften ist längst Normalität. Die Intention eines optimierten Verhältnisses zwischen Angebot (sachgemäße/gute Pflege) und Nachfrage (Pflegebedarf) wirkt in Bezug zum pflegerischen Alltag, insbesondere in der Altenpflege, grotesk. Angesichts anspruchsvoller ethischer Fundierungen und Grundsätze professioneller Pflege wird hier eine Differenz deutlich, die zur tendenziellen Aushöhlung von berufsethischen Postulaten und Präambeln führt. Das aus einer ökonomisch geprägten Professionalisierungsdebatte heraus konstituierte Bild des Pflegers/-In als eines Dienstleistungsanbieters innerhalb einer organisierten Berufsgesellschaft ist zu reduktionistisch, d.h. in seiner Betrachtung eindimensional (Kreis 1998; 18 ff).

<sup>2</sup> Aus dieser Entwicklung heraus wird von u.a. von H. Remmers (1998) die Gefahr der Ökonomisierung und De-Professionalisierung beschrieben (Remmers 1998; 5 f). Das Interaktionsgeflecht zwischen Pflegenden u. Pflegebedürftigen den Normen einer bürokratischen Rationalität zu unterwerfen, wirkt in Bezug auf die noch jungen Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege eher kontraproduktiv (Remmers 1998; 7). Wohin eine tendenzielle Entwertung professionsinterner gültiger Normen zugunsten von ökonomisch geprägten Rationalitätsstrukturen führt, d.h. welche Einstellungswechsel und Handlungsstrategien sich möglicherweise daraus entwickeln, bleibt in Bezug auf mein Untersuchungsvorhaben eine wesentliche Fragestellung.

<sup>3</sup> Individualisierung und Singularisierung, verändertes Pflege- und Gesundheitsverständnis, erweitertes Bedürfnisverständnis, steigende Anzahl von Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen u.a. (vgl. Beck 1986)

### 1.3 Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit als biographisches Risiko

Gebrechlich, hilflos, krank zu werden, stellt ein allgemeines soziales und dennoch hochgradig individualisiertes Risiko dar: Allgemein, weil es prinzipiell jeden betrifft: Jeder wird alt, jeder kann pflegerischer Hilfe bedürftig werden - auch unabhängig vom Lebensalter - jeder kann erleiden, dass er nicht mehr kann, was er konnte oder können wollte (Schütze 1995). Aber sich nicht mehr selbst pflegen zu können, bleibt auch ein individualisiertes Risiko, weil sich vielleicht gerade im Falle des Eintritts von Pflegebedürftigkeit zeigt, wie tragfähig die soziale Platzierung, die sozialen Ressourcen des Einzelnen sind<sup>4</sup>.

Der durch Ulrich Beck mit dem Begriff der „Risikogesellschaft“ (1986) markant formulierte Zusammenhang von Individualisierung, gesellschaftlicher Modernisierung und biographischen Risiken und die sich hier anknüpfenden Theorien einer reflexiv gestalteten „inszenierten Solidarität“ in Form von Integrationsleistungen übernehmenden Professionen (Rauschenbach 1994; Brunkhorst 1996) bilden eine thematische Klammer der Untersuchung.

Der mit der Endtraditionalisierung von biographischen Normalmustern und Lebenslaufvorstellungen einhergehende Druck zu selbstbestimmter Lebenslaufregie bringt parallel zu einem Mehr an potentieller Selbstbestimmung auch ein Mehr an individuellen Risiken - es sind eben auch „riskante Freiheiten“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994)<sup>5</sup>. Soziale Arbeit stellt in diesem Modernisierungsprozess die systematische Reaktion auf dieses Mehr an individuellen Risiken dar. Sie fungiert somit als „Instrument zur Sicherstellung personenbezogener sozialer Dienste in Form einer sekundären Institutionalisierung, d.h. eine gesellschaftliche Antwort auf gesellschaftlich erzeugte Disparitäten und Bedarfslagen.“ (Rauschenbach 1994; 96)<sup>6</sup>. Neben den Vorteilen sozialstaatlich abgesicherter Kompensationssysteme stehen aber auch die nicht unerheblichen Nebenfolgen, die durch soziale Arbeit und soziale Professionen miterzeugt werden (U. Beck 1986). Das liegt vor allem daran, dass soziale Arbeit als System an die „Mitproduktion von Adressaten“ geknüpft ist (Rauschenbach 1994; 100).

Mit der Individualisierung von Lebensläufen gehen somit immer auch Standardisierungen von Lebensläufen entlang sozialstaatlicher Institutionen einher (Beck 1986; 205 ff). Entlang dieser (neuen) normierenden Zeitachse der Sozialstaatsbiographie bilden die Übergänge zwischen den verschiedenen sozialstaatlichen Institutionen für den Einzelnen je kritische Statuspassagen (Behrens/Voges 1996).

Eine solche sozialstaatlich vordefinierte Statuspassage bildet der ärztlich bzw. amtlich bestätigte Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu pflegen (Witneben 1991). Dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit per Definition des Pflegeversicherungsgesetzes nicht mit dem Lebensalter verkoppelt ist, bestätigt die durch Behrens/Voges (1996) bereits für andere Statuspassagen empirisch unterlegte Theorie der Institutionalisierung von Biographien mit den entsprechenden individuellen Risiken. Sozialstaatliche Institutionen definieren unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und begründen Statuspassagen, die es ohne sie nicht unbedingt gäbe und die nicht unbedingt mit dem Lebensalter zusammenhängen müssen (Behrens/ Voges 1996; 19)<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Also seine Verfügung über lebensweltliches und familiäres Eingebundensein (Assoziation), aber auch Geld, Titel, Rang; (Kreckel 1997; Neckel 1991; Kohli 1990).

<sup>5</sup> Historisch betrachtet waren Niveauverbesserungen in den Lebensverhältnissen auch mit einer erhöhten Lebenserwartung verknüpft. Neue Gefährdungen (z.B. Umweltfaktoren) können den Zusammenhang zwischen statistisch sicherere Lebenszeit und individuell sicher erwarteten Alter auflösen. Es bleiben viele, im Einzelfall negativ auf die Lebensspannen wirkende Einflussfaktoren (Tews 1995; 11).

<sup>6</sup> Die (inszenierte) Solidarität unter Fremden (Brunkhorst 1997) stellt eine gegenüber natürlichen Näheverhältnissen (Familie, Freunde) andere Beziehung her (Remmers 1998; 142).

<sup>7</sup> Das Pflegeversicherungsgesetz spricht von dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit als einem altersunabhängigen Ereignis, welches im angenommenen Normalfall vom Arzt festgestellt und von der verantwortlichen Institution (dem Medizinischen Dienst der Kassen) amtlich bestätigt wird. Die Bestimmung des Klientenstatus und das sich mit diesem Status verbindende Maß an Hilfe wird zur individuell schwer auflösbaren Herausforderung und orientiert sich zudem stärker an sichtbaren Erfolgen in Rahmen eines auf Effizienz ausgerichteten Handlungsverständnisses (Klie 1995).

Die Verdrängung des Bewusstseins der Fragilität eigenen körperlichen Funktionierens hat den Verlust lebensweltlicher Kompetenzen der Realisation von Alter, Krankheit und Behinderung zur Folge. Ein solches Vergessen in der Lebenswelt der Moderne geht einher mit der Etablierung professioneller und sozialstaatlicher Kompensationssysteme, welche ihrerseits wiederum dazu tendieren, die restlichen Selbstheilungspotentiale der Lebenswelt aufzuzehren und die selbst hohe Risiken für die Identitätsstabilität des in die Institution „Pflege“ Eintretenden darstellen (Brunkhorst 1996). Die durch Modernisierungsprozesse ausgelöste strukturelle Umorganisation der Pflegepraxis hat zu einem veränderten Berufsbild in der Pflege beigetragen. Die sich daraus ableitenden Kompetenzanforderungen konstituieren hier ein umfassendes Professionsverständnis.

## 1.4 Theoretische Perspektiven zur Professionalisierung sozialer Berufe

Wenn in Krisensituationen einerseits informelle Hilfsnetze immer weniger belastbar sind und andererseits sozialstaatliche Normalitätsunterstellungen Biographien vordefinieren, dann fungieren die sozialen Professionen als der soziologische Ort, an dem die Verwerfungen zwischen individuellem Lebensentwurf und sozialstaatlich vorgegebener Statuspassage zu vermitteln sind (Behrens/Voges 1996; 18 f). Von diesem gesellschaftssoziologisch definierten Ort nehmen die folgenden Arbeiten zur Professionstheorie ihren Ausgangspunkt:

- a) Nach Luhmann bildet die funktionsteilig ausdifferenzierte Gesellschaft so genannte binäre Schematismen aus, die zwischen den verschiedenen Systemen differenzieren. In den Fällen, in denen diese Duale nur bedingt oder nicht rationalisierbar sind, fungieren Professionelle als Vermittler. Professionelle Praxis ist in dieser Sichtweise als der Versuch anzusehen, zwischen verschiedenen „Welten“ Vermittlungsleistungen anzubieten, wobei allerdings „das Erreichen des anderen Zustands oder der anderen Welt von ihm nicht mit Sicherheit gewährleistet werden kann.“<sup>8</sup>. Bezogen auf die Pflege lässt sich in die Statuspassage „Eintritt von Pflegebedürftigkeit“ hier als soziale Platzierung des Klienten durch den binären Code selbstpflegekompetent - fremdpflegebedürftig. Analog der Codes krank/gesund bzw. haben/nicht haben (von Selbstpflegekompetenz) werden hier zwei alternative Zustände definiert, zwischen denen professionelle Pflege als eigenständiges Sozialsystem zu vermitteln hat.
- b) In der strukturtheoretischen Perspektive von Oevermann (1996) wird nun herausgestellt, dass sich in eben diesen Sozialsystemen spezifische Krisenlösungsstrategien herausbilden, die als eigenständige Strukturlogik professionellen Handelns angesehen werden können. Solche spezifisch professionellen Strukturlogiken sind „für das Funktionieren von fortgeschrittenen Gesellschaften von zentraler Bedeutung“ (Oevermann 1996; 70). Sie sind von zentraler Bedeutung, weil in der modernen Gesellschaft der Professionelle stellvertretend für den mit der Verantwortung für alle sein eigenes Leben betreffenden Entscheidungen überforderten Einzelnen Deutung und Problemlösung anbietet. In diesen institutionell verfassten Krisendeutungs- und Bearbeitungskontexten konstituieren sich nach der strukturalistischen Annahme jeweils spezifische Problemlösungsmuster, deren Idealtypus als professionelle Strukturlogik rekonstruiert wird.
- c) Dass aufgrund vielfacher Störungen in der professionellen Praxis systematisch das Auftreten von Professionsfehlern angelegt ist, darauf lenkt F. Schütze sein Augenmerk (1994, 1996). Aus der Zwischenstellung professioneller Praxis zwischen verschiedenen „Welten“ ergeben sich, so Schütze, „unaufhebbare Kernprobleme“ oder Antinomien, die in den spezifischen Professionellen - Klienten - Verhältnissen realisiert werden müssen (F. Schütze 1996; 252). Als systematische Fehlerquellen sozialprofessionellen Handelns nennt Schütze die in der Person des Professionellen repräsentierte Primärsozialisation (die z.B. durch situative

---

<sup>8</sup> Luhmann 1982; 192, zitiert n. Helsper/Combe 1996; 12

Auslösung vorhandener Kindheitsdispositionen virulent werden kann), die Qualität seiner Ausbildung (die über die Verfügung über entsprechende Kompensations- und Problembearbeitungsstrategien mitentscheidet), und die organisationellen Rahmenbedingungen und Restriktionen<sup>9</sup>.

- d) Aus der Tatsache, dass in gesellschaftlichen Institutionen wiederkehrend ähnliche bzw. strukturell identische Falllagen auftreten, leiten die Diskursanalytiker Ehlich und Rehbein ihren Ansatz der Musteranalyse ab. Zwar werden nicht ausdrücklich Begriffe wie „Profession“ und „Professionalität“ gebraucht, die Verbindung von Muster und Institution, in der sozialberufliches Handeln stattfindet, stellt in ihrer Perspektive genau jenen oben bezeichneten soziologischen Ort professioneller Vermittlungsarbeit dar. Im Gegensatz zu Oevermann oder Schütze thematisieren Ehlich/Rehbein nun nicht die Entstehung von (neuen) Krisenlösungen bzw. Erleidensverläufen, sondern von sich aufgrund wiederkehrender Handlungszwecke herausbildenden und relativ konstanten Handlungsmustern<sup>10</sup> In ihrer Methodologie geht es letztlich darum, „im Wissen verankerte Handlungsmuster dingfest machen zu können“ (Jäger 1996; 545). Solche institutionell gerahmten Handlungsmuster verweisen auf professionsspezifische Handlungsstrategien.

## 1.5 Zusammenfassung zum Theoriestandpunkt und damit zum Verhältnis von modernen biographischen Risiken, sozialen Professionen als systematischem Ort und professionellem sozialen Handeln als spezifischer Vermittlungsstrategie

Die Orientierung auf die Widersprüche der mit Ungewissheit belasteten Grundstruktur professionellen Handelns und der Frage nach den dort vorfindbaren Vermittlungsstrategien ergibt sich aus der begrifflichen Unterscheidung vom systematischen Ort dieser Strategien<sup>11</sup>:

Individuum	soziale Integration	Gesellschaft
Soziale Profession als widersprüchliches Handlungssystem (Kompensation verlorener „lebensweltlicher“ Sozialintegration)		
individuelles Handeln	kollektives Handeln	
Einzelfall	Routine	
Professionalität als spezifische Vermittlungsstrategie		

<sup>9</sup> Während Oevermann wohl eher ein (zu rekonstruierenden) Idealtypus professionellen Handelns im Visier hat, zielt Schütze eher auf die Aufdeckung systematischer Fehlerquellen einer notwendigerweise „bescheidenen Profession“ (F. Schütze 1996).

<sup>10</sup> „Die Kontinuität von Handlungszwecken führt zur Ausbildung von Formen ihrer Bearbeitung. Sie sind gesellschaftliche Formen, das menschliche Handeln in ihrer Realisierung gesellschaftliches Handeln. Das Handlungswissen ist das Wissen dieser Formen für den aktuellen Vollzug und im aktuellen Vollzug. Über die Beziehung auf ihn erscheint es seinerseits partikulär. Indem es die allgemeinen Strukturen handlungspraktisch abstrahiert, ist das Handlungswissen dagegen ein allgemeines Wissen.“ (Ehlich/Rehbein 1986; 136).

<sup>11</sup> Die „Profession Pflege“ bezeichnet makrosoziologisch jenes System inszenierter (oder auch institutionalisierter) Integrationsleistungen, mit der die reflexive Moderne auf die Nebenfolgen von Entraditionalisierungs- und Modernisierungsprozessen reagiert (Rabe-Kleberg 1991).

Der Terminus „Professionelles pflegerisches Handeln“ spricht auf einer weiteren Ebene aber auch die besondere Qualität des in diesem System real werdenden Handlungsvollzuges an: Pflegerisches Handeln muss mit der doppelten Verpflichtung, einerseits im sozialstaatlichen Auftrag und andererseits dem Einzelnen verpflichtet zu sein, irgendwie umgehen können (ebenda). Professionelles pflegerisches Handeln befindet sich damit, wie alle sozialen Dienstleistungsberufe, in einem unauflösbaren Strukturdilemma (Offe 1988). Im Alltag der Pflegeprofessionellen, in der grundlegenden Interaktion, d.h. von Angesicht zu Angesicht, wird die Realisierung dieses Dilemmas, der Umgang mit ihm, unausweichlich.

*Schema: Unterscheidung zwischen dem soziologischen Ort der sozialen Professionen als System und den Handlungsstrategien professioneller Praxis*

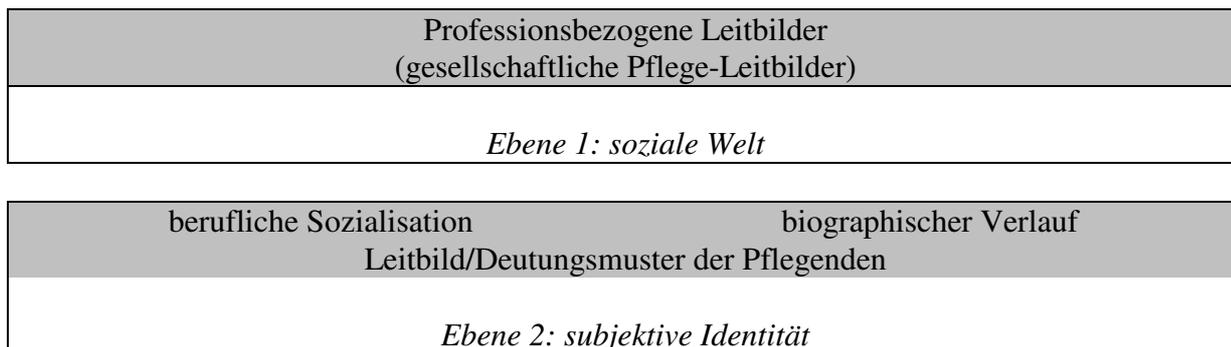
Eine solche Differenzierung zwischen Sozialer Arbeit als Funktionssystem und dem innerhalb dieses Funktionssystems zu realisierenden Umgang mit Ungewissheiten und Widersprüchlichkeiten macht es erst möglich, das professionelle Handeln als (empirische) Basiskategorie einer „Professionalisierung von innen“ zu erklären. Denn funktional ist Soziale Arbeit zwar zuständig für „soziale Integration“ (Ferchhoff/Kurz 1998; 13), im alltäglichen befasst ist sie hingegen mit der „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“ - mit allen Missverständnissen, Unwägbarkeiten und Zwiespältigkeiten, die das Leben bereithält (ebenda; 20 ff).

In meiner Untersuchung möchte ich auch nach den Strategien fragen, die Professionelle Pflegende entwickeln, um mit den grundlegenden Antinomien ihres Handlungszusammenhanges fertig zu werden<sup>12</sup>.

## 1.6 Untersuchungsanlage und Charakterisierung der Untersuchungsebenen

In Anbetracht der vielschichtigen Problemlagen und der Verflochtenheit der betroffenen Funktionsvollzüge in unterschiedlichen Realitäts-, Lebens- und Ausdruckssphären soll die Erforschung professioneller Handlungsstrategien in der Pflege über eine mehrschichtige Beschreibung pflegerischen Handelns ausschnittsweise beschrieben werden.

In einem Schema lassen sich die zu berücksichtigenden zwei Analyseebenen lokalisieren und mit ihren jeweiligen Teilfragen gegeneinander abgrenzen:



*Schema: 2-Ebenen-Modell pflegerischer Handlungsstrategien*

### 1.6.1 Soziale Leitbildebene

*(Unter-)Fragestellungen: Welche typischen Argumentationsfiguren lassen sich aus den Leitbilddiskursen herausfiltern? Welchen Einfluss haben gesellschaftliche Charakterisierungen des Alters und daran andockende hervorstechende Problemdefinitionen auf die Organisationsformen in der Pflege? Wie soll eine qualitativ hochwertige Pflege (gute Pflege) aussehen? Welche relevanten Veränderungen in der äußeren und inneren Professionalisierung des Altenpflegeberufes lassen sich nachzeichnen?)*

Auf der ersten Ebene soll eine analytische Aufbereitung und Rekonstruktion ausgewählter professionsbezogener Leitbilder bzw. gesellschaftliche Pflegeleitbilder erfolgen. Über eine diskurs- und inhaltsanalytisch ausgerichtete Untersuchung sollen „typische Argumentationsfiguren“, die zu

<sup>12</sup> Durch den Trend von der stationären zur ambulanten Pflege verschärfen sich diese Widersprüche zunehmend, denn der/die Pflegenden können sich nun immer weniger hinter institutionell absichernde (und natürlich den Pflegebedürftigen „unterwerfende“) Handlungsabläufe zurückziehen. Vielmehr muss er immer wieder besonders in den Anfängen pflegerischen Handelns die notwendigen kooperativen Voraussetzungen für körpernahe Tätigkeiten im Hause des zu Pflegenden herstellen.

verschiedenen Orientierungen und Paradigmen in der Pflege geführt haben, deskriptiv-analytisch entfaltet werden (Baumgartl 1997:12)<sup>13</sup>. Die sich verändernden Wahrnehmungen bzw. regelmäßig wiederkehrende Argumentationsmuster werden mit Hilfe unterschiedlicher Fragestellungen selektiv aufbereitet und interpretiert<sup>14</sup>.

Aus den rekonstruierten herrschenden Wissensprofilen bzw. positiv besetzten Handlungsorientierungen der ersten Ebene könnte so etwas wie ein heuristischer Rahmen entwickelt werden (Baumgartl 1997; 12). Die ausschnittshafte Rekonstruktion von unterschiedlichen Deutungsschemata auf dieser Ebene bietet somit die Möglichkeit, die auf der zweiten Untersuchungsebene erhobenen autobiographischen Rekapitulationen bzw. kontrastiv zur Leitbildebene bestehenden Wissensbestände zu verorten (Alheit 1989; 143).

## 1.6.2 Subjektive Deutungsmuster der Pflegenden

*(Unter-)Fragestellungen: Welche Rolle spielt dabei die biographische Entwicklung und die berufliche Sozialisation?/Inwieweit haben sich individuelle Handlungsstrategien bzw. Bewältigungs- und Verarbeitungsformen von Problemen im pflegerischen Alltag im Laufe der Berufsbiografie verändert?*

Im Mittelpunkt der zweiten Analyseebene soll die Rekonstruktion des berufs- und individualbiographischen Verlaufs der Pflegeperson stehen. Dabei geht es zunächst darum, ein Verständnis für die individuelle Schicksalsbetroffenheit der Professionellen zu bekommen, um dann Fragen aufzuwerfen, die sich möglicherweise aus der Differenz zwischen den Definitions- und Interpretationsleistungen der „betroffenen“ Professionellen und den sozialen Erwartungen und Orientierungen in der Pflege ergeben.

## 1.7 Analytische Zusammenführung der Untersuchungsebenen

Auf der zusammenführenden Analyseebene soll der Untersuchungsansatz auf mögliche Verbindungen zwischen den normativen Leitbildern in der Pflege und den individuell-biografisch geprägten Orientierungen von Pflegekräften liegen. Die Differenz zwischen expliziten und impliziten Orientierungen in der Pflege andeutungsweise herauszustellen, das heißt Leitbilder in der

---

<sup>13</sup> Neben realen Problemlagen beeinflussen soziokulturelle und politische Faktoren die Zielvorstellungen und Schwerpunktlegungen in der Pflege. Da sich der Schwerpunkt der Untersuchung auf die ambulante Pflege richtet, scheint die Eingrenzung auf den Zeitraum zwischen 1960 und 1998 sinnvoll zu sein. Von einer sich entwickelnden offenen Altenhilfe kann erst in den sechziger Jahren ausgegangen werden (Baumgartl 1997: 234 f). Das Analyseinteresse richtet sich primär auf die Argumentationsmuster im Bereich des pflegewissenschaftlichen Diskurs (z.B. Fachzeitschriften, pflegewissenschaftliche Schlüsselbücher und Standardwerke), sowie auf Konzeptionen ambulanter Pflegeeinrichtungen. Sozial- bzw. pflegewissenschaftlichen Diskursen wird bei der Aufzeigung und Formulierung veränderter Pflegeleitbilder und Problembereiche eine Vorreiterrolle (-Opinion leaders-) unterstellt (vgl. Baumgartl 1997; 82). Die Bedeutung des wissenschaftlichen Diskurses in der Pflege liegt nicht nur in der Entwicklung veränderter Leitbilder und Pflegevorstellungen, sondern auch in der kritischen Reflexion und Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Ansätzen in der Pflege. Die in diesen Spezialdiskursen sichtbaren themenbezogenen, bereichsspezifischen Arrangements von Deutungen, in denen Institutionen und Praktiken impliziert sind, könnten mit Hilfe unterschiedlicher Fragestellungen selektiv rekonstruiert werden (ebenda, S.238). Die auf diesen Gegenstandsbereich ausgerichteten Untersuchungsfragen könnten sich beispielsweise auf die Genese pflegerischer Leitbilder, auf die sich wandelnden „moralisch-ästhetischen Bewertungsschemata“ in der Pflege, das sich veränderte Bedürfnis- und Rollenverständnis von Pflegenden und Pflegebedürftigen, auf hervorstechende Problemdefinitionen und präferierte Problemlösungsmuster u.a. beziehen (Keller 1997; 318-329).

<sup>14</sup> Hierzu die Vorarbeit im Rahmen meiner Diplomarbeit (Schilling 1998). In anbetracht der umfangreichen Literatur und Quellenlage zu diesem Thema soll es weniger um eine streng systematische und quantitativ repräsentative Inhaltsanalyse als vielmehr um die ausgewählte inhaltsanalytische Auslegung von unterschiedlichen Texten gehen (vgl. Baumgartl 1997; 79). Eine Sequenz- oder Dokumentenanalytische Interpretation ist eher für „kleinere Textmengen“ sinnvoll (Keller 1997; 328 f). Der kontrollierte interpretative Umgang mit größeren Textmengen ist weitgehend ungeklärt.

Pflege mit Einstellungsmustern von Pflegekräften in Beziehung bzw. ins Verhältnis zu setzen, soll hier der Schwerpunkt sein<sup>15</sup>.

Über einem letzten Untersuchungsschritt könnten exponierte Fälle (Fallstudien), welche typische Orientierungs- und Deutungsmuster, sowie relevante Pflegestrategien zeitbezogen markieren, mit dem, in einem kategorialen Rahmen zusammengefasst, „spezifischen Ensemble von Ideen, Konzeptionen und Kategorien.“ verknüpft werden (Hayer 1995; 44).

Die diskurs- und inhaltsanalytisch gewonnenen Erkenntnisse über „typische Argumentationsfiguren“ in der pflegerischen Leitbilddiskussion könnten in ihrem zeitbezogenen Einfluss auf spezifische Orientierungs- und Handlungsmuster von Pflegenden untersucht werden (Baumgartl 1997; 12)<sup>16</sup>. Aus der Aufeinanderbeziehung dieser zwei Ebenen entsteht ein Ansatz, der Verbindungslinien und Zusammenhänge zwischen übergeordneten Leitbildern bzw. Professionsidealen in der Pflege und der individuellen Orientierung von Pflegenden konstituiert. So könnten sich Professionsideale und Einstellungen von Pflegekräften partiell von „unten“ fundieren lassen<sup>17</sup>.

## 1.8 Einschätzung der Untersuchungsrelevanz

Die vielschichtig gebrochene Umsetzung visionärer Vorstellungen von „guter Pflege“ sollen aus unterschiedlichen Ebenen heraus untersucht werden. Der transzendente, moralisch aufgeladene Charakter von Leitbildern<sup>18</sup> in der Pflege wird zunehmend kritisiert (Maurus/Brater 1996). Die unterschiedlichen Auffassungen von einer bedürfnisgerechten, humanen Pflege unterliegen legitimatorischen Einbrüchen. In der aktuellen Leitbilddebatte wird dagegen eine stärkere Orientierung auf situations- und arbeitsfeldbezogene Variabilität in der Pflege sichtbar.

Der zeitgemäße Sinn von „guter Pflege“ soll stärker aus der eigenen Praxis heraus entwickelt und wieder in die Pflegepraxis (re-)transformiert werden (Ammende 1996; Ebertz 1994)<sup>19</sup>. Die

---

<sup>15</sup> Leitbilder in der Pflege können als Teil eines sich in rationalen Entscheidungen widerspiegelnden Handlungsplanes angesehen werden. Der Wertebezug von professionell Pflegenden spiegelt sich u. a. professionsintern im beruflichen Ethos wider (vgl. Combe/Helsper 1996; 9). Die durch gesellschaftlichen Wandel eingetretenen Verschiebungen und Überschneidungen von Leitbildern in der Pflege beeinflussen auch die persönlichen Einstellungsmuster sowie die berufliche Identität von Pflegekräften. Die normativ geprägten Handlungskonzepte von „Guter Pflege“ beeinflussen in ihrem Charakter als „gesellschaftlich-institutionalisierte Erwartungsstrukturen“ (F. Schütze 1981) von außen das Bewusstsein der professionell Pflegenden, d.h. sie steuern als zukommende, positiv besetzte Handlungsweisen die (private) Konstituierung von Sinn (vgl. H. Coenen 1985; 140).

<sup>16</sup> Gesellschaftliche Ontologisierung, die bezogen auf den gesellschaftlichen Teilbereich Pflege, aus makrotheoretischer Sicht soziale Wirklichkeit eher statisch beschreiben, können aus einer eher mikrotheoretischen Ebene, d.h. aus der Wirklichkeit von Subjekten heraus, prozessual konzeptualisiert werden. In der bipolaren Betrachtung von Wirklichkeit entsteht eine doppelte Realität, eine „Wirklichkeit der Subjekte, die durch Handeln beeinflussbar und veränderbar erscheint und einer Wirklichkeit der Gesellschaft, die durch Institutionen, Prozeduren, Interessen- und Machtkonstellationen eine scheinbar festgelegte Kontur besitzt.“ (Alheit//Dausien 1985; 71). Die Dialektik von „autobiografischer Konstruktion und sozialer Konstitution“ skizziert eine Besonderheit lebensgeschichtlicher Erzählungen (ebenda; 72). In diesem Kontext kann Wirklichkeit auch als anders mögliche entdeckt werden. Die immer schon gewichteten und gedeuteten Leitbilder in der Pflege können über subjektive Perspektiven und Wichtungen aus einem anderen Wirklichkeitsbereich heraus kontrastiert (bzw. von unten fundiert) werden (vgl. W. Schulze 1993: 21).

<sup>17</sup> Ein Ansatz könnte sich so durch ein Vorgehen ergeben, in dem versucht wird, vorgegebene „Begriffe von außen, umzusetzen in jene, welche die Sache von sich selber hat, was die Sache von sich aus sein möchte, und es konfrontiert mit dem, was sie ist.“ (Adorno 1980; 82).

<sup>18</sup> In pflegerischen Leitbildern werden Grundorientierungen formuliert, die eine über den alltäglichen Pflegehorizont hinausgehende Pflegevorstellung skizzieren. Dieses Element des „Noch-Nicht-Sein“, ist eher ein philosophisches als ein empirisches Arbeitsgebiet (Bloch 1996; 17). In diesem Sinne greifen Leitbilder abstrakt über die Wirklichkeit hinaus und stellen einen Kontrast zum „faktizistischen Kriechen“ her (ebenda; 97). Dabei muss das Erwünschte noch erfahrbar sein, d.h. Leitbilder dürfen nicht zu weit, zu unerreichbar abgesteckt werden, da sonst der unmittelbare Bezug zur Alltagswelt verloren zu gehen droht (ebenda). Eine zu radikale Abgrenzung von der Welt des Seienden, im Sinne einer übertriebenen Transzendenz, kann zu einem leeren Leitbild ohne Bodenhaftung führen (Meyer-Drawe 1990; 64 f).

<sup>19</sup> Diese Entwicklung kann ambivalent betrachtet werden. Einerseits wird die z.T. übertriebene Transzendenz pflegerischer Leitbild zugunsten eines „bodennahen“, mit der Welt des Seienden verbundenen realistischen Leitbildes relativiert, andererseits kann das

Hinwendung zu alltagsbezogeneren Handlungskonzepten, d. h. zu einem realistischen Leitbild mit Substanz, führt zu veränderten Kompetenzanforderungen und Rollenmustern in der Pflege. Im Rahmen dieser Entwicklungstendenzen sollen die subjektiven Vorstellungen von einer qualitativ hochwertigen Pflege sichtbarer in die aktuelle Leitbilddiskussion eingespielt werden (vgl. Schwerdt 1998; 21). Die normativen Ansprüche, die sich auch auf die berufliche Rolle der Pflegekräfte beziehen, könnten in dieser Ausrichtung stärker mit den subjektiven Orientierungen von Pflegenden verknüpft werden<sup>20</sup>.

Aus diesem Blickwinkel heraus kann der nomische Charakter der sozialen Realität mit den abweichenden subjektiven Deutungen bzw. paradoxen Symbolisierungen der Akteure in Beziehung gebracht und in der interpretativen Analyse zu einem „fragilitätsbewussten Realitätsverständnis“, auch im gesellschaftlichen Teilbereich Pflege beitragen (vgl. F.Schütze 1995; 117 f) Gelungene Formen der Vermittlung, zwischen den grundsätzlichen Antinomien pflegerischen Handelns, sollen als mögliche Bewältigungsstrategien in der Pflege erfasst und gedeutet werden (vgl. F.Schütze 1995; 117 f)<sup>21</sup>. Die tendenzielle Veränderung der Pflegearbeit aus unterschiedlichen Perspektiven heraus selektiv nachzuzeichnen, kann als ein Versuch verstanden werden, berufliches Alltagshandeln in der Pflege reflexiv zu deuten. In diesem Sinne könnte diese Untersuchung einen Beitrag zur Entwicklung eines professionelleren Selbstverständnisses in der Pflege leisten.

---

völlige Fehlen eines „utopistischen Totems“ zu einer Dominanz des Faktischen bzw. zu einem weitreichenden Einverständnis mit der bestehenden Wirklichkeit führen (Bloch 1996; 95).

<sup>20</sup> Die Orientierung an subjektiven Wirklichkeitsbereichen, die an subjektive Deutungen der Alltagswelt anknüpfen, stellt in ihrer primär interpretativen Orientierung eine Unterscheidung zum „normativen Paradigma“ her. Die Regeln von Handlungsvollzügen aus der Perspektive des handelnden Subjektes zu verstehen, kann sowohl aus alltäglichen Lebensweltbezügen als auch dem biografischen Gewordensein der Akteure abgeleitet werden (vgl. Krüger/Marotzki 1995; 55 ff). In diesem Kontext wird die Lebens- und Berufsgeschichte des biografischen Erzählers zur Schnittstelle zwischen Individuum, Gesellschaft und Zeitgeschichte (vgl. Klein 1994; 84).

<sup>21</sup> Professionalität kann als eine spezifische Handlungs- bzw. Vermittlungsstrategie in der pflegerischen Praxis verstanden werden, mit dessen Hilfe die unauflösbaren Antinomien professionellen Handelns situationsbezogen bewältigt werden können (Schütze 1996).

## Kapitel II: Soziokulturelle und politisch- organisatorische Schwerpunktsetzungen in der Altenhilfe

Die gesellschaftlich bestimmten Rahmenbedingungen in der Pflege konstituieren ein spezifisches Bedingungsgefüge. Ohne die (Teil-)Rekonstruktion von strukturell prägenden Rahmenbedingungen kann berufliche Pflege kontextuell nicht verortet bzw. gedeutet werden.

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzliche Feststellung sollen unterschiedliche Entwicklungslinien von Altenhilfe in Ost- und Westdeutschland näher ausgefächert werden.

In Abhängigkeit einer gesellschaftlich unterschiedlichen Gesamtsituation lassen sich Umbrüche markieren, die das Altenhilfesystem entscheidend veränderten.

Die dabei sichtbaren strukturellen Unterschiede bzw. systemübergreifenden Gemeinsamkeiten sind eng mit gesellschaftlichen Altersbildern verknüpft. Parallel dazu sollen entlang einer historischen und gesellschaftlichen Umbruchsituation die spannungsgeladenen Transformations- und Modernisierungsprozesses in den neuen Bundesländern nachgezeichnet werden.

Insbesondere die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes erweist sich als strukturelle Zäsur die u.a. dazu beigetragen hat, dass sich der ambulante Pflegesektor zu einem eigenständigeren Segment innerhalb des Gesundheitswesens entwickelt.

# **1. Altenhilfeentwicklung in Ost- und Westdeutschland**

## **1.1 Gesellschaftliche Charakterisierung des Alters**

Die gesellschaftliche Bewertung von Alter hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. Alter wurde als eigenständiges soziales Problemfeld öffentlich wahrgenommen und in der Entwicklung des Sozialversicherungssystems rechtlich anerkannt. Eine im Durchschnitt höhere Lebenserwartung der Menschen in der BRD rückt auch Krankheiten und Pflegebedürftigkeit verstärkt in das Blickfeld. Die stärkere Wahrnehmung der Lebensphase Alter hat in der institutionalisierten Altenhilfe zu unterschiedlichen Trends und Prioritäten geführt. Neben objektivierbaren Problemlagen, wie z.B. demografischen Entwicklungstendenzen, führen auch kulturell geprägte Wahrnehmungen und Vorstellungen von Alter zu sozialen Problemdefinitionen.

Eine klare Zuordnung des Alters ist darüber hinaus nicht mehr ohne weiteres möglich. Alter erscheint einerseits als ein selbstverständlicher Teil der Normalbiographie, d.h. ein wachsender Teil der Menschen erreicht das gesetzlich fixierte Rentenalter, andererseits nehmen Übergangsphasen zu bzw. dauern länger an. Normalitätsvorstellungen über das Alter differieren und fließen unterschiedlich stark in die gesellschaftliche Charakteristik des Alters ein.

Interessengeleitete Definitionsprozesse prägen die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Veränderte Definitionen über das Alter führen zu Altersbildern, die einen Maßstab konstituieren, mit dessen Hilfe Altersphänomene gemessen und problematisiert werden können. Gesellschaftlich relevante Altersbilder stehen im Zusammenhang mit Leitbildern in der Altenhilfe.

## **1.2 Zuordnungs- und Einteilungsversuche in der Altenhilfe**

Der Rahmen für eine institutionell abgesicherte Altenhilfe wird begrifflich unterschiedlich bestimmt. Der Altenhilfesektor kann in einen offenen und stationären Bereich unterteilt werden.

Komplementär dazu wird eine traditionelle und moderne Orientierung sichtbar. In der traditionellen Orientierung besteht eine vorrangige Ausrichtung an der Bedürftigkeit, d.h. an der Armut, Behinderung oder Isolation älterer Menschen.

Die moderne Orientierung zielt auf die Gesamtheit der Alten. Eine formale Orientierung am Lebensalter alter Menschen bleibt modifiziert erhalten.

Im Kontrast zur traditionellen Orientierungen rücken präventive Hilfemaßnahmen stärker in den Vordergrund (vgl. Baumgartl 1997; 62). Das Verhältnis von Problemen und Potentialen im Alter drückt sich in den verschiedenen Altersbildern unterschiedlich aus. Pflegebedürftigkeit soll möglichst vermieden bzw. beschränkt bleiben. In Abhängigkeit von aktivitäts- oder defizitorientierten Altersbildern kommt es zu unterschiedlichen Attributionen, wie z.B. Pflegebedürftiger oder aktiver Senior, auf deren Basis sozialpolitische Maßnahmen entwickelt werden (Baumgartl 1997; 70). Altersbilder dienen zur politischen Legitimation sozialpolitischer Maßnahmen und knüpfen "schön eingekleidet" an konsensfähige Werte, wie z.B. in Würde alt zu werden, Selbständigkeit, Bedürfnisorientierung u.a. an (ebenda; 77).

### 1.3 Altenhilfeorientierungen in der (alten) Bundesrepublik

Neben realen Problemlagen beeinflussen soziokulturelle und politische Faktoren die Zielvorstellungen und Schwerpunktlegung von Altenhilfe. Zeitbezogen lassen sich in der (alten) Bundesrepublik unterschiedlich akzentuierte Orientierungen nachzeichnen.

Der pädagogische Impuls war insbesondere in den fünfziger Jahren besonders stark. Alte Menschen sollten über Beschäftigungsangebote und Begegnungsmöglichkeiten sozial integriert bleiben. Dieser Impetus führte zur Entwicklung von offenen Altenhilfestrukturen. In den sechziger Jahren wurde die soziokulturelle Ausrichtung der Altenhilfe, insbesondere durch die Einführung des neuen Bundessozialhilfegesetzes, betont. In diesem Zusammenhang entstand das bis heute dominierende Leitbild von "offener vor geschlossener Altenhilfe" (Baumgartl 1997; 235).

Die prosperierende Wirtschaftsentwicklung begünstigte einen Institutionalisierungsschub der offenen Altenhilfe. Insbesondere Altentagesstätten wurden massiv ausgebaut und entwickelten sich zum Standardangebot der offenen Altenhilfe.

In den sechziger Jahren entwickelte sich eine realistischere Sicht auf das Alter. Funktionsverluste der Familie wurden offener artikuliert und in Anlehnung an diese Entwicklung eine stärkere Selbständigkeit älterer Menschen angestrebt. Über bereits installierte Strukturen der Altenhilfe sollten vor allem die Bildungs- und Beschäftigungsangebote unterstützt werden, welche die Selbständigkeit älterer Bürger so lange wie möglich fördern und entwickeln helfen.

Die Partizipation am gesellschaftlichen Leben soll möglichst lange gesichert und die durch das Alter entstehenden Schwierigkeiten verhütet, überwunden und gemildert werden. Dieses ökologisch akzentuierte Ziel eines Lebens in der Gemeinschaft, in Beziehung zu Angehörigen und Freunden innerhalb der vertrauten Wohnumwelt orientiert auf ein Leben außerhalb von Institutionen.

Trotz dieser Orientierung wurde der stationäre Sektor um- und ausgebaut (ebenda; 135 ff).

In den siebziger Jahren lag der Akzent auf präventiv ausgerichteten Bildungsangeboten in der offenen Altenhilfe. Auf der Grundlage sozialwissenschaftlicher Untersuchungen wurde eine Korrelation von Bildungsstand und individuell vorliegender Alterssituation hergestellt. Der individuelle Bildungsstand soll bei Bedarf nachgeliefert und bei der Bewältigung von Altersproblemen präventiv aktiviert werden (ebenda; 236). Interventionsgerontologie wird zu einem neuen Zweig präventiv ausgerichteter Altenhilfe. Präventive Bemühungen richten sich auf das psycho-physische Wohlbefinden, das bis ins hohe Alter hinein gesichert werden soll (ebenda; 153).

Problembehaftete Alterszustände, wie z.B. Pflegebedürftigkeit und Demenz, werden als Bestandteil eines negativen Altersbildes weitestgehend ausgeblendet.

Ziel war es, mit Hilfe präventiv ausgerichteter Altenarbeit, möglichst viele alte Menschen auf das Niveau des aktiven Senioren heraufzuheben (ebenda).

Die Lebenssituation alter Menschen wurde in den siebziger Jahren über Altenhilfepläne verstärkt aufgegriffen. Eine ganzheitliche Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen sollte mit Hilfe von Altenhilfeplänen umgesetzt werden. Die Koordination und Organisation sozialer Dienste über Altenhilfeplanung wurde angestrebt. Im Gegensatz zum positiven Altersbild dominiert in den Altenhilfeplänen ein implizit negatives Altersbild. Formal wurden die präventiven Wirkungen der offenen Altenhilfe positiv herausgestellt und eine Orientierung am aktiven Senior symbolisch mitvollzogen. Der Schwerpunkt der Planungen liegt aber zumeist auf dem Problem der Pflegebedürftigkeit.

Die Planungseuphorie flaute Ende der siebziger Jahre merklich ab. Die wachsende Krise des Wohlfahrtsstaates führte im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Einbrüchen und zunehmenden Legitimations- und Steuerungsproblemen auch im sozialen Bereich zu einer stärkeren Selbsthilfeorientierung im Altenhilfesektor. Die Reaktivierung und Inpflichtnahme familiärer Netzwerke skizziert eine konservative Kehrtwende in der Altenhilfe. Die Familie wird administrativ zur primären Problemlösungsinstanz im Alter deklariert. Eine Trennung in ein aktives und ein hilfälliges Alter wird in den verschiedenen Altenhilfediskursen sichtbar.

Ambulante Dienste werden ausgebaut und als subsidiär unterstützende Hilfen in der Pflege konzipiert. Die Pflege in der Familie bleibt vorrangig. Die Potentiale und Wirkungen ambulanter

Hilfsdienste wurden in den achtziger Jahren als weitreichend eingeschätzt. Sozialpolitische Diskurse zeigen eine Problemverschiebungstendenz und in der bürokratischen Umsetzung eine stärkere Funktionalisierung von Altersbildern (Baumgartl 1997; 236 ff). Die positive Sicht auf das Alter relativiert sich in sozialwissenschaftlichen Diskursen ebenso wie die Hoffnungen auf die weitreichenden präventiven Wirkungen durch offene Altenhilfemaßnahmen. Problemorientiertere Sichtweisen des Alters nehmen Ende der achtziger Jahre zu.

Der Akzent von Altenhilfeplanung liegt verstärkt auf der Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Dienstleistungserbringer und Hilfeformen. Die manifest Pflegebedürftigen werden zur hauptsächlichen Zielgruppe der Altenhilfe in den neunziger Jahren. Harte Problemlagen dominieren die Diskussion in der Altenhilfe. Unter dem Postulat -ambulant vor stationär- wird nach professionellen Problemlösungen gesucht (ebenda; 236).

Die Diskussion rund um die Lebensphase Alter ist relativ statisch. Während auf der politischen Ebene das Kompetenz- und Aktivitätsmodell vom Alter dominiert, besteht im Kontrast dazu ein Diskussionsstrang, der stärker die Probleme der Altersphase und die damit zusammenhängenden sozioökonomischen Rahmenbedingungen aufgreift. Auffällig ist die fehlende Parallelität zwischen Altersbildern und praktischer Zielgruppenorientierung. Während das positive Altersbild das Defizitmodell des Alters weitgehend abgelöst hat, dominiert in der Altenhilfepraxis die Orientierung am pflegebedürftigen Alter. In der Altenpflege überwiegen Charakterisierungen, die sich an Einschränkungen bzw. Funktionsverlusten orientieren, während in Anlehnung an das positive Altersbild, selbst bei schwerer Pflegebedürftigkeit, von verbliebenen Aktivierungspotentialen ausgegangen wird (ebenda; 240).

In der Summe dominierten in der Altenhilfe positive Orientierungen mit optimistischen Problemlösungskonzepten. Durch die hochambitionierten Ansprüche wurden weitreichende Erfüllungshoffnungen geweckt. Die symbolische Funktion dieser Leitbilder scheint offensichtlich und führt insgesamt gesehen zur programmatischen Vernachlässigung des stationären Altenpflegebereiches (Baumgartl 1997; 235 f).

Viele Entwicklungen, die sich später als dominierender Trend in der Altenhilfe durchgesetzt haben, sind ansatzweise bereits in den vorhergehenden Altenhilfeentwicklungen erkennbar. Retrospektiv zeigt die Diskussion um das Alter und die damit verbundenen Altenhilfeorientierungen eine relativ hohe Kontinuität in den Grundorientierungen. Trotz veränderter Leitbilder und neuer Begrifflichkeiten ist die Altenhilfe seit der Einführung des neugefassten Bundessozialhilfegesetzes (1961) in vielen Bereichen weitgehend konstant geblieben.

Im Überblick hat sich seit 1950 letztendlich nur ein wesentlicher Paradigmenwechsel in der Altenhilfe vollzogen. Die Orientierung an immateriellen Problemlagen und am Grundsatz "offen vor geschlossen" kann als primärer Hauptentwicklungsstrang identifiziert werden, denen sich andere Begriffe und Entwicklungen gewissermaßen untergeordnet haben (Baumgartl 1997; 234).

Das idealistische Altersbild bildet eine wesentliche Grundorientierung in der Altenhilfe bis in die Gegenwart hinein. Das Alter wird in diesem Konstrukt als Aufgabe betrachtet und die Möglichkeiten zur Entwicklung und Vervollkommnung im Alter betont. Die daneben bestehende Sichtweise des Alters als soziales Phänomen verknüpft Altersprobleme vorrangig mit sozioökonomischen Rahmenbedingungen bzw. dem Bildungsgrad von älteren Menschen. Problembehaftete Alterssituationen werden eher am Rande wahrgenommen. Soziale Isolation und Beschäftigungslosigkeit werden problematisiert und die Familie zum Hort der Pflege alter Menschen deklariert.

## **1.4 Exkurs: Stationäre Pflegeeinrichtungen als totale Institutionen**

Die breite Ablehnung des Wohnens im Altenheim steht in Zusammenhang mit negativ besetzten Assoziationen, wie z.B. Sterbeeinrichtung, Endstation, Einbahnstraße, Autonomieverlust, Armut

und Einsamkeit (vgl. Lehr 1991; 299 f). Die Resistenz dieser Vorstellungen ist trotz erheblicher Verbesserungen und Humanisierungen des stationären Sektors hoch.

Die Wahrnehmung von stationären Altenpflegeeinrichtungen als "totale Institutionen", in denen der Alte als "Opfer der Institution" beschrieben wird, führte zu einer radikalen Institutionskritik (Hummel 1988; 12).

Der Ausgrenzungscharakter von stationären Pflegeeinrichtungen wurde kritischer wahrgenommen und über Gemeinwesen- und teamorientierte Pflegekonzepte eine alternative Orientierung entworfen (vgl. Hummel 1988; 13).

Soweit Institutionen nicht durch offene Formen wie ambulante bzw. familiäre Pflege ersetzt werden können, sollen geschlossene Einrichtungen humanisiert und geöffnet werden (vgl. Capra 1991; 378 ff). Die Kritik richtet sich gegen den Typ von Organisationen, welche die individuell gewachsenen Lebensbedürfnisse der Pflegebedürftigen vernachlässigt bzw. negiert. In diesem Sinne geht es um einen Abschied von einer bestimmten Art des Heimes. Alten- und Pflegeheime sollen aus dieser Sicht eher bewohnbare Lebensorte als funktionell starr organisierte Anstalten sein. Die theoretische Abkehr vom Leitbild des Krankenhauses wird vollzogen. Die innere Reformierung stationärer Pflegeeinrichtungen drückte sich in allgemeiner Weise im 1974 verabschiedeten Heimgesetz aus. Die Kritik an funktionellen, dem Krankenhaus ähnelnden Unterbringungsformen, hat in den siebziger Jahren zu spürbaren baulichen Verbesserungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen geführt. Eine stärkere Orientierung an wohnähnlichen Unterbringungsformen spiegelte sich u. a. in dem vom Bund geförderten Ausbau von Ein- bzw. Zweibettzimmern wieder (Baumgartl 1997; 27).

In der Tendenz wächst der Anteil Schwerstpflegebedürftiger sowohl im stationären als auch im ambulanten Pflegebereich. Das Heim als Sterbeeinrichtung ist nicht nur ein traditionell geprägtes Stereotyp, sondern spiegelt treffend die Realität stationärer Pflege wider (vgl. Dunkel 1994; 37).

Der Medizinisierung des Pflegeheims wird in der gegenwärtigen Entwicklung erneut Vorschub geleistet. Die Tendenz zum kleinen Krankenhaus ergibt sich aus der Strukturorientierung des Pflegesektors. Im Zuge des Pflegeversicherungsgesetzes wird primär auf eine familiäre bzw. ambulante Hilfe orientiert. Die Vermeidung stationärer Pflege steht im Vordergrund. Die Tendenz, dass vorrangig Schwerstpflegebedürftige im Pflegeheim bzw. im Krankenhaus betreut werden müssen, welche dort nach relativ kurzer Verweildauer sterben, führt zur Konsolidierung der medizinischen Ideologie des Pflegeheims (Hummel 1988; 34).

## **1.5 Ökonomische Brüchigkeit des Solidarprinzips**

Das Altern der Gesellschaft wird zu einem Bestandteil des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses. Die Modernisierung der Gesellschaft wird somit wesentlich davon abhängig sein, wie es ihr gelingt, den vielschichtigen Altersprozess institutionell zu bewältigen. Innerhalb dieses Rahmens wird das zunehmende (demografische) Gewicht der älteren Bevölkerung eher als konkurrenzhemmender Standortnachteil gewertet (Kohli 2001, 2).

Parallel dazu werden Diskussionen darüber geführt, inwieweit eine umfassende Bedürfnisbefriedigung, oder die Verlängerung der Lebensdauer älterer Menschen nachfolgende Generationen unzumutbar belasten.

Die problematisierende Wahrnehmung von Alten wird in Bezug zu begrenzten ökonomischen Ressourcen gesetzt (vgl. Klose 1993; 210 f). Die befürchteten Einschränkungen und Belastungen nachfolgender Generationen, durch die scheinbar überzogenen Ansprüche alter Menschen, werden z.T. einseitig überhöht. In diesem Kontext kommt es u.a. zu Neiddebatten bzw. sprachlichen Entgleisungen wie z.B. Altersschwemme, Altersberg, Altenbombe, kollektive Fettlebe, welche das Generationsverhältnis zwischen Jungen und Alten übermäßig belasten und zu einer schleichenden Entsolidarisierung beitragen. Das in der Bevölkerung, trotz eines administrativ entfaltenen positiven Altersbild und dem wachsenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft, etablierte negative

Altersbild findet seine Passung und scheinbare Legitimation in ökonomischen Parametern<sup>1</sup>. In diesem Kontext wird die Brüchigkeit des Solidarprinzips sichtbar.

Kompensatorisch wird politisch verstärkt auf die Aktivierung intragenerationeller Produktivitätspotentiale orientiert. Der Hinweis, dass die ältere Generation stärker komplementäre Hilfen zwischen familiären und wohlfahrtsstaatlichen Hilfen übernehmen soll, ist nicht frei von ideologischen Nuancen. Ideologisch nuanciert deshalb, weil ein gesellschaftliches Drängen und Zuweisen, in Richtung eines gesellschaftlich nützlichen Ehrenamtes vordergründig ökonomisch intendiert scheint. Der Appell für mehr Selbstverantwortung bzw. ehrenamtliches Engagement kann mit ökonomischen Rückzugsstrategien in der professionellen Altenhilfe in Verbindung gebracht werden (vgl. Hummel 1991; 16).

Die im Zusammenhang mit Modellprojekten des Bundesministeriums für Familie und Senioren (z.B. Seniorenbeiräte, Seniorengenossenschaft, Seniorenbüros usw.) entwickelten Appelle propagieren auch ein freiwilliges Engagement von älteren Bürgern selbst. Bürgerschaftliches Engagement wird gewissermaßen kapitalisiert, d.h. intragenerationelle Produktivitätspotentiale unterliegen offensiveren Inanspruchnahmen<sup>2</sup>.

Für viele Alte, die zum Teil gerade erst lebenslangen Verpflichtungen entronnen sind oder brachial aus dem Arbeitsmarkt herausgerissen wurden, lösen diese Appelle eher Widerstände aus. Die berufliche Herausdrängung älterer Arbeitnehmer aus dem Arbeitsmarkt passt mit den gesellschaftlichen Wiederverpflichtungsappellen schwer zusammen. Das administrative Vorgeben von Lebenssinn, über ein ehrenamtliches Engagement für andere, erscheint zu inszeniert (vgl. Hummel 1991; 9).

## 1.6 Altenhilfeorientierungen in der DDR

Die Übertragung des westdeutschen Altenhilfemodells auf die Neuen Bundesländer war nicht frei von Verwerfungen. Die Möglichkeiten und Grenzen westdeutscher Modelle in den neuen Bundesländern zeigen sich gerade dort deutlich, wo Unterschiede und Besonderheiten in den neuen Bundesländern unzureichend berücksichtigt wurden. Ein kurzer Einblick in die Altenpflegelandschaft der ehemaligen DDR scheint für das Verständnis von Unterschieden unabdingbar.

Bei der rekapitulierenden Betrachtung der Altenhilfe durch Gerontologen aus der ehemaligen DDR fällt auf, dass z.T. harte Auflistungen von Daten erfolgen, kritische Reflexionen und Hintergründe zu diesen Fakten aber weitgehend fehlen. Differenzierte Forschungs- und Bedarfsanalysen stehen somit noch aus.

Allgemein kann in der Praxis ein eher defizitorientiertes Altersbild markiert werden (Schwitzer 1990; 266). Aus dieser groben Markierung heraus entsteht in der Draufsicht ein sehr homogenes Altersbild mit nur geringen Ausdifferenzierungen.

Trotz dieser Einschränkung können in Anlehnung an Tews (1995) einige Entwicklungslinien genauer nachgezeichnet werden. Es dominieren zwischen den frühen Jahren der DDR bis in die 60-er Jahre hinein im Wesentlichen drei zuordenbare Altersbilder. Diese werden unter dem Begriff des Parteiveteranen, des Veteranen der Arbeit und des Rentners zusammengefasst (Tews 1995; 62).

Im Kontext dieser Begriffsdifferenzierung sind politische Einfärbungen erkennbar. Während der gewöhnliche Werktätige mit dem politisch glanzlosen Begriff des Rentners umschrieben wird, erhalten die in Partei und Gewerkschaft integrierten Alten den Status des Veteranen. Über diese Zuordnung werden Unterschiede markiert, die mit abgestuften Anerkennungsmustern, finanziellen Vergünstigungen und anderen Privilegien verbunden sind.

---

<sup>1</sup> vgl. Barkholdt (1999): Alter, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I Nr.7/99; 251

<sup>2</sup> Barkholdt (1999): Alter, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I Nr.7/99; 251 f

Das Ideologische konnte im Zweifelsfall durchschlagen, d.h. bedarfsbezogene Einschätzungen bzw. empirisch Beobachtetes überformen. Das DDR Regime zeigt sich auch in diesem Kontext als Ständegesellschaft (Pollack 1994; 43). Der gesellschaftlich weniger "verdiente" Rentner konnte insbesondere beim Fehlen von informellen bzw. familiären Beziehungsnetzen, den Verlust an staatlicher Fürsorge im Bedarfsfall deutlicher spüren als der administrativ geschätzte Veteran. Der Anteil berufstätiger Rentner bzw. Veteranen war in der DDR vergleichsweise hoch. Angesichts der gesamtgesellschaftlich niedrigen Arbeitsproduktivität wurden sie als Arbeitskräfte gebraucht (ebenda; 62). In diesem Sinne haben ältere Menschen ihre Attributierung als Werkstätiger bzw. Arbeitskraft nie so ganz eingebüßt. Die Anbindung an den Betrieb bzw. das Arbeitskollektiv war deutlich stärker und normativ erwünschter als in Westdeutschland.

Auch im höheren Lebensalter bleiben gesundheitsfördernde Orientierungen an die Arbeits- und Berufswelt gebunden. Die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Gemeinschaften sollte aufrechterhalten werden. Zu diesen „Kollektiven“ zählten neben der Familie auch der Betrieb und die gesellschaftlichen Organisationen (C.Richter 1981; 176).

Die in offiziellen Verlautbarungen als weitgehend optimal eingeschätzten gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen ermöglichten theoretisch allen Bürgern eine hohe körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter (ebenda; 174).

Die Grundlage für ein hohes Alter und dem Status als ein geschätztes Mitglied der Gesellschaft schienen gelegt. Einschränkend wurden die Erblasten kapitalistischer Bedingungen für eine Vielzahl von sichtbaren Gesundheitseinschränkungen und Leistungseinbußen verantwortlich gemacht. Aus dieser weltanschaulichen Schwarz-Weiß Schematisierung heraus wurden Risikofaktoren benannt, die die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit im Alter beeinträchtigen können (C.Richter 1981; 174 f). Diese zeigen eine ähnliche Ausrichtung wie in Westdeutschland. Inaktivierung, mangelnde Vorbereitung auf das Alter und Vereinsamung werden analog zur Orientierung an immateriellen Problemlagen in Westdeutschland als Problemfelder benannt, die gesundheitliche Einschränkungen begünstigen. Analog zu aktivitätsorientierten Ansätzen in der Bundesrepublik findet sich u.a. bei Richter folgende Passage: „Aktive geistige und körperliche Leistungen über das ganze Leben halten den Alterungsprozess sogar auf. Inaktivität und Vereinsamung sind die größte Gefahr! (C.Richter 1981 174 f). Daneben zeigen sich auch realistischere Ausrichtungen mit deutlich abgeschwächteren normativen Akzentuierungen. In diesem Sinne wurde z.B. die „geringere Erziehbarkeit“ älterer Menschen mehr oder weniger offen akzeptiert (ebenda; 281). Pädagogische Ansprüche gegenüber älteren Bürgern erscheinen im Vergleich zu den erzieherischen Maßnahmen und Richtlinien bei Kindern und Jugendlichen ideologisch abgeschwächer.

Die Betreuung von Pflegebedürftigen wurde in der Realität primär über die Familien abgedeckt. Die Familienhilfe sollte im umfassenden Fürsorgeverständnis der DDR eingebunden sein in betriebliche, nachbarschaftliche und sozialdienstliche Hilfen. Zentralistische Planung und Koordinierung über institutionalisierte Formen von Hilfe und Pflege sollten eine umfassende Betreuung sicherstellen. Die Übernahme von Pflege durch Familienangehörige war grundsätzlich kein gesellschaftlich angestrebtes Ziel. Die Aufgabe der Berufstätigkeit sollte vermieden werden. Familiäre Pflege wurde finanziell nur im geringen Maße unterstützt.

Der Anteil berufstätiger Frauen lag in der DDR bei ca. 80%, d.h. war wesentlich höher als in Westdeutschland<sup>3</sup>.

Es bestand sowohl eine starke Betriebszugehörigkeit als auch eine starke Familienbezogenheit. Der offizielle und inoffizielle Druck auf die in der Regel weiblichen Familienmitglieder, diese von der häuslichen Pflege ihrer Angehörigen zu entbinden, hat trotz traditioneller Familienstrukturen in der DDR, den Sog in die private Sphäre erschwert.

Die Orientierung lag schwerpunktmäßig auf der Pflege über bzw. in Institutionen. Eine vorrangige Konzentration auf die häusliche Pflege ist in der DDR nicht erkennbar.

Die Pflege zu Hause war zumeist mit einer Doppelbelastung verbunden. Die staatlichen Regelungen boten für Angehörige keinen Anreiz, die Pflege zu Hause eigenständig durchzuführen. Angesichts

---

<sup>3</sup> Margherita Zander (1990);, Pflegeotstand in Ost und West-was nun?; In: Forum Sozialstation Nr.52/Herbst 1990; 31

der Zustände in den Heimen wurde die persönliche Pflege zu Hause aber z.T. als die bessere Alternative angesehen. In diesem Sinne waren pflegende Angehörige protektiv wirksam, um die Zumutung einer Unterbringung im Heim abzuwenden (vgl. Pollack 1994; 47).

Aufgrund der defizitären und äußerst unflexiblen formellen Hilfsstrukturen waren ein hoher Verhandlungsaufwand, starke Partnerschaften und informelle Netzwerkstrategien notwendig, um die Pflege in der häuslichen Sphäre abzusichern (ebenda; 11 ff). Wer sich ganz bewusst für eine private Pflege zu Hause entschied, parallel dazu aber von offiziellen Hilfen abhängig war, entwickelte ein klares Bewußtsein für die Grenzen des DDR Gesundheitswesens.

Die Schaffung von altersgerechten Wohnungen blieb trotz hochtrabender Versprechungen völlig unzureichend. Spezielle Wohnhäuser für Alte sollten, mit einem entsprechenden Versorgungsangebot versehen, eine Alternative zur stationären Versorgung bilden. Prinzipiell sollte eine stationäre Pflege vermieden werden, zumal die Heimkapazitäten nicht ausreichend vorhanden waren. Komplementäre Dienste und flankierende Maßnahmen zur Betreuung von Pflegebedürftigen wurden angestrebt, konnten aber im Kontext eines unterentwickelten Dienstleistungssektors in der DDR nur ansatzweise umgesetzt werden (vgl. Schmidt 1991; 55 ff). Eine funktionsfähige Alternative zur stationären Betreuung von Hilfebedürftigen im Alter bestand im Prinzip nicht. Die soziale Betreuung reduzierte sich in der Regel auf das Sauberhalten und Heizen der Wohnung, sowie auf die Wäsche- und Essensversorgung. Weitergehende Angebote und Dienstleistungen fehlten fast gänzlich. Der Betreuungsschwerpunkt lag auf der somatischen Pflege und Betreuung der Patienten. Da die Kritik an bestehenden Betreuungsstrukturen und allgemein krankheitsbegünstigenden, beruflichen und sozialen Rahmenbedingungen politisch brisant war, blieb eine öffentliche Diskussion darüber aus. Reformansätze, wie sie in den siebziger Jahren in der Bundesrepublik öffentlich diskutiert und teilweise auch umgesetzt wurden, blieben auf den Rahmen inoffizieller Fachdiskurse beschränkt.

Die stationäre Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen erfolgte primär in -Feierabendheimen- und -Pflegeheimen-. Während in den Feierabendheimen zumeist Menschen aus sozialen Indikationen aufgenommen wurden, d.h. die nicht oder nur unzureichend durch Familienangehörige versorgt werden können, fanden in den Pflegeheimen vorwiegend Menschen Aufnahme, die dauerhaft pflegerischer Betreuung bedurften (VO über Feierabend- und Pflegeheime vom 1.03. 1978). Insgesamt gab es 1372 Heime mit 139000 Plätzen (36000 Plätze in Feierabendheimen und 84 000 in Pflegeheimen). Etwa 19000 Plätze befanden sich nicht in staatlicher Trägerschaft. Die Heime wurden vor der gesamtdeutschen Vereinigung vom Staat finanziert (Büker 1992; 252). Die insbesondere in "unproduktiven" Bereichen der Medizin, wie z.B. in der Psychiatrie und Altenpflege, bestehende Tendenz, weniger engagiert zu therapieren bzw. zu pflegen, führte zu einer tendenziellen Vernachlässigung dieser Bereiche innerhalb des DDR Gesundheitswesens. Die Bedingungen und Zustände waren in diesen Bereichen besonders bedrückend. Die Verwahrung und Grundversorgung von Pflegebedürftigen im Alter überwog. Der Verwahrungs- und Grundsicherungscharakter wurde durch fehlende personelle und institutionelle Kapazitäten, insbesondere im Altenpflegebereich, verstärkt. Pflegebedürftige wurden mangels familiärer und ambulanter Betreuungsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen abgeschoben. Die schlechten Wohnverhältnisse vieler älterer Hilfebedürftiger bzw. deren Angehörigen (Außentoiletten, Kaltwasseranschlüsse, fehlende Bäder, Kohleheizung, fehlende Fahrstühle usw.) schufen einen erhöhten Sog in die stationären Betreuungseinrichtungen. Die Platzkapazitäten in Feierabend- und Pflegeheimen, mit einem angestrebten Anteil von etwa 70% Pflegeplätzen, deckten den Bedarf bei weitem nicht ab. Die Fehlbelegung und Verwahrung von Hilfebedürftigen innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen schuf ein diffuses Betreuungsprofil. Der verwahrende Charakter stationärer Pflegeeinrichtungen wurde durch den z. T. hemmungslosen Einsatz von Psychopharmaka verstärkt. Die Folge waren größtenteils unbeschäftigte, dahindämmernde Heimbewohner. Das unkritische Verabreichen dieser Medikamente ist auch im Zusammenhang mit fehlenden personellen Ressourcen sowie in unzureichenden sozialen bzw. psychotherapeutischen Betreuungsangeboten zu sehen. Der Anteil an unqualifiziertem Pflegepersonal war im Bereich der (stationären) Altenpflege überdurchschnittlich höher als in anderen Bereichen des

Gesundheitswesens. Eine aktive Reintegration und Rehabilitation von Pflegefällen wurde durch die mangelnde fachliche Qualifikation von Pflegekräften, die fehlende Rechtsstaatlichkeit sowie unzureichende flankierende Maßnahmen und Einrichtungen zumeist verhindert<sup>4</sup>. In vielen Feierabend- und Pflegeheimen herrschten menschenunwürdige Bedingungen. Im Extremfall wurden bis zu zwanzig Pflegebedürftige in Bettensälen verwahrt (vgl. Lehr 1991; 50).

## **1.7 Zwischenbetrachtung**

Die Unterteilung des Altenhilfesektors in einen offenen und stationären Bereich ist mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Altersbildern verknüpft. Während der offene Altenhilfebereich in seiner modernen Orientierung auf den aktiven Senioren zielt, liegt die Ausrichtung im stationären Bereich auf dem manifest Pflegebedürftigen. Seit den fünfziger Jahren gilt in der Altenhilfe der Grundsatz offener vor geschlossener Hilfe bzw. ambulanter vor stationärer Hilfe. Die Kontinuität dieses Paradigmas knüpft administrativ an eher positive Altersbilder an. Trotz dieses optimistischen Altersbildes wird der stationäre Sektor der Altenhilfe kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut. Eine Parallelität zwischen Altersbildern und Zielgruppenorientierung ist in der Gesamtübersicht nicht ohne weiteres erkennbar.

Die Altenhilfe in der DDR zeigt eine deutlich andere Orientierung. Die Pflege von alten Menschen in stationären Einrichtungen war gesellschaftlich gewollt. Darüber täuschen auch anders gelagerte Postulate, die sich an WHO-Grundsätzen und Leitlinien orientierten, nicht hinweg. Die Pflege in der häuslichen Umgebung bzw. in der Familie wurde gesellschaftspolitisch nicht präferiert. Der Mangel an altersgerechtem Wohnraum, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen, familiärer Entlastung und Anerkennung u. a. erzeugten einen Sog in die stationären Betreuungsinstitutionen. Trotz unterschiedlicher Entwicklungen kann kontextübergreifend von einem negativen Image des Pflegeheimes ausgegangen werden. Die in Westdeutschland öffentlich sichtbare Diskussion um den Charakter bewohnbarer Pflegeheime hat zu einer Humanisierung des stationären Bereiches beigetragen. Auf der Grundlage dieser gewachsenen Diskurse wird die durch das Pflegeversicherungsgesetz tendenziell beförderte Medizinisierung des Pflegeheims kritisch beurteilt. Der wachsende Anteil von Schwerstpflegebedürftigen erhärtet auch in der Gegenwart das negative Bild vom Pflegeheim.

## **2. Entwicklung der ambulanten Pflege**

Spezifische Entwicklungslinien des ambulanten Pflegesektors in Deutschland sollen näher aufgefächert werden. Die dabei sichtbaren systemimmanenten Unterschiede bilden gewissermaßen den Rahmen innerhalb dessen die beruflichen Einstellungen der ambulanten Pflegenden kontextbezogen verortet werden können.

### **2.1 Historische Entwicklung der Gemeindekrankenpflege und Gründung von Sozialstationen**

Die Gemeindekrankenpflege wird bereits in den Anfängen des Christentums sichtbar. In diesem Sinne besteht in diesem Bereich eine lange caritativ geprägte Tradition.

---

<sup>4</sup> vgl. Margherita Zander (1990): Pflegenotstand in Ost und West-was nun?; In: Forum Sozialstation Nr.52/Herbst 1990; 31

Erste staatliche Interessen an der Gemeindekrankenpflege werden in organisierter Form im 19. Jh. erkennbar. Der gestiegene Pflegebedarf machte die Pflege auch außerhalb kirchlicher Organisationen gesellschaftsfähig (vgl. Steppe 1994; 40).

Die Gemeindekrankenpflege blieb aber weitestgehend in kirchlicher Hand. Überall in Deutschland wurden im letzten Drittel des 19. Jh. Gemeindepflegestationen gegründet und mit Diakonissen und Ordensschwestern besetzt. Diese absolvierten im Mutterhaus so etwas wie eine Ausbildung (vgl. Becker 1986; 88).

Die freie Gemeindekrankenschwester, als direkte Nachfolgerin der Diakonissen, musste in Relation zu aktuellen Anforderungen ihre Arbeit weniger stark rechtfertigen, planen und dokumentieren (Eisenbart 2000; 14).

Neben der Krankenpflege wurde auch Gemeindepflege bzw. Gemeindegemeinschaft geleistet. Seniorenarbeit, Besuche, Anwesenheit und Hilfe während des Gottesdienstes usw. gehörten zum Tätigkeitsfeld. Pflegerische und psychosoziale Betreuungselemente flossen somit in die berufliche diakonische Arbeit ein.

Wirtschaftliche Gesichtspunkte blieben sekundär, da die Krankenpflege als direkte kirchliche Arbeit bzw. diakonischer Auftrag galt (ebenda; 15).

In diesem Kontext waren die Anforderungen in den sechziger und siebziger Jahren andere als in der Gegenwart. Bettlägerige bzw. desorientierte Patienten blieben die Ausnahme. Nach den Richtlinien der Pflegeversicherung würde man somit kaum von pflegebedürftigen Patienten/Patientinnen sprechen (ebenda). In der Bundesrepublik tritt die Sozialstation ab 1972 als Organisationsform im ambulanten Pflegesektor erstmals auf. Komplementär dazu löst sich die traditionell kirchlich geprägte Gemeindekrankenpflege auf (vgl. Eisenbart 2000; 17).

Die ambulante Versorgung und häusliche Pflege von alten und kranken alten Menschen über die Sozialstationen, in einem fest umrissenen Zuständigkeitsgebiet, fand zunächst nicht unter marktförmigen Bedingungen statt. Die für den strukturellen Wandel der ambulanten pflegerischen Dienste maßgeblichen Faktoren hängen eng mit der sich verschärfenden Personalsituation in der Gemeindekrankenpflege zusammen. Überalterung und Nachwuchsmangel, bei den überwiegend einem Orden oder einem Diakonissenverband angehörigen Gemeindegewestern, gefährdeten die pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Da komplementär dazu freie Schwestern nicht ausreichend rekrutiert werden konnten, führte das zu angespannten Versorgungszuständen. Diese Engpässe stellten ein wesentliches Argument bei der Neuordnung von ambulanten pflegerischen Diensten dar<sup>5</sup>. Darüber hinaus sollte durch den Ausbau von Sozialstationen ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet werden. Im Kontext einer veränderten Leitbildorientierung wurde auf die Stabilisierung bzw. den Ausbau erodierende Hilfspotentiale orientiert. Durch die Arbeit der Sozialstationen sollte zudem die Bereitschaft der Bürger gefördert werden, ihre Eltern oder nahen Angehörige in die häusliche Gemeinschaft aufzunehmen (vgl. Eisenbart 2000; 18).

Dienstleistungslücken in der Versorgung vorwiegend älterer Hilfe- und Pflegebedürftiger sollten in diesem Rahmen aber nur in Grenzen privatwirtschaftlich organisiert werden. In diesem Sinne wurde darauf orientiert, eine finanzielle Überbelastung der Betroffenen, welche nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügten, zu vermeiden.

Sozialstationen haben sich in Westdeutschland seit den achtziger Jahren als maßgebliches Leistungsangebot in der Altenhilfe etabliert. Die weitreichenden Erfüllungshoffnungen standen ganz im Sinne einer Rebellion gegen die stationäre Altenhilfe, konnten sich aber auch aus Kostenersparnisgründen etablieren (Brechmann/Wallrafen-Dreisow 1990; 17 f).

---

<sup>5</sup> Brandt, Franz; Göpfert -Divivier, Werner (1988): Sozialstationen an der Schwelle eines neuen Entwicklungsabschnittes?, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit- Jg. 88/10; 374

## 2.2 Aufgaben, Ziele und normative Bedeutung von Sozialstationen

Sozialstationen gelten als Prototyp eines konzentrierten Pflegedienstes, d.h. sie sind Einrichtungen, in der unterschiedliche Pflegeangebote organisatorisch, häufig auch örtlich zusammengefasst und integriert sein sollen (Wasilewski/Faßman 1992; 22).

Das Aufgaben- und Leistungsspektrum ist in der Regel breit gefächert und umfasst in der Regel Rahmenangebote wie -Kurse für häusliche Alten- und Krankenpflege- (Vermittlung medizinischer u. pflegerischer Kenntnisse), Gesprächskreis für pflegende Angehörige, Ambulante Alten-, Kranken- und Familienpflege, Leistungen der Krankenkasse (häusliche Krankenpflege u. häusliche Pflegedienste nach SGB V, §§ 37 u. 55), Leistungen nach SGB XI (dazu u.a. Köther/Gnamm 1995; 80; Wasilewski/Faßman 1992; 25).

Das konzeptionelle Grundverständnis der Sozialstationen beinhaltet darüber hinaus erweiterte sozialpflegerische Aufgaben. Über multiprofessionelle Teams sollten interaktiv Möglichkeiten und Kräfte mobilisiert werden, die im Sinne der hochgesteckten Ansprüche und Orientierungen dem Patienten zugute kommen. Ziel ist es, Pflegebedürftige mehr als nur satt und sauber zu halten.

Um eine anspruchsvolle Versorgung von Pflegebedürftigen sicherzustellen, sollen die Sozialstationen eine wichtige Vermittlerfunktion einnehmen. In diesem Kontext kann dann eine Kette von Hilfen geknüpft werden. Der Sozialstation kommt bei der Erkennung von Versorgungsdefiziten eine wichtige Rolle zu. Entlang entsprechender Zielkomplexe wie Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation sollen Sozialstationen eine Vielzahl von Funktionen übernehmen. Diese Ansprüche auch umzusetzen ist nicht nur aufgrund von Dienstleistungslücken ein Problem.

Differenzierte Bedürfnisse und Lebenslagen von Hilfe- und Pflegebedürftigen treffen auf eine Pluralität von Anbietern und Angeboten. Die Kooperation zwischen den Anbietern ist defizitär, d.h. Fragmentierungstendenzen sozialer Dienste in der Bundesrepublik verhärten sich. Viele Angebote und Entwicklungen bleiben intransparent und lösen in ihrer unübersichtlichen Komplexität bei einer Vielzahl von Hilfe- und Pflegebedürftigen Unsicherheit aus. Aus dieser Situation heraus wurden gegensteuernd immer wieder Vernetzungs- und Kooperationsbemühungen initiiert.

Die Erfahrungen zeigen, dass im Kontrast zu integrativen und ganzheitlichen Leitbildern in der Altenhilfe die Altenhilfelandchaft eher zerrissen ist. Koordination und Vernetzung von Dienstleistungen orientieren sich weniger an sinnvollen Zuordnungen der Dienste als an der ökonomischen Effizienz von Leistungen sowie der Sicherung von Besitzständen der Dienstleistungsanbieter (vgl. Hummel 1991; 20 ff).

## 2.3 Exkurs. Entwicklung der Häusliche Pflege in der DDR

Innerhalb des Gesundheitswesens der DDR bleibt die genaue Differenzierung des ambulanten Pflegesektors unscharf. In diesen Bereich fallen u.a. Ambulatorien, Polikliniken und die Arbeit von Gemeindeschwestern (Kleinstück 1995; 2 f).

Im Statistischen Jahrbuch der DDR 1988 findet sich dazu folgende Übersicht:

### Polikliniken und Ambulatorien 1987

Art	Polikliniken	Ambulatorien
Selbstständig	217	652
- davon in Städten		217
- auf dem Land		435
im Krankenhaus	139	24
in Universitäten	110	

im Betrieb	149	351
Insgesamt	615	1027

### Andere ambulante Einrichtungen

Staatliche Arztpraxen	1613
Staatliche Zahnarztpraxen	907
Betriebssanitätsstelle	2001
Betriebsschwesternsanitätsstellen	1331
Gemeineschwesternstationen	5536
Konfessionelle Gemeindepflegestationen	128
Geschwulstbetreuungsstellen	199

(Quelle: Weber, A. (1990): DDR-Gesundheitswesen im Überblick. Höchste Priorität hat die ambulante Grundversorgung; In Forum Sozialstation –Jg. 90/ Nr. 50)

Entlang dieser Orientierungsfolie kann der Bereich in das betriebliche ambulante Gesundheitswesen und das territoriale System der ambulanten Versorgung untergliedert werden.

Das betriebliche Gesundheitswesen war für die Betreuung von Betriebsangehörigen zuständig und primär präventiv ausgerichtet. Ein wesentlicher Schwerpunkt lag auf der Sicherstellung von Reihen- und Einstellungsuntersuchungen.

Das territoriale Netz der ambulanten Versorgung stellte ein komplementäres System mit einem erweiterten Aufgabenprofil dar. Abgestuft nach Versorgungsbereichen umfasst dieser Bereich Polikliniken, Ambulatorien, staatliche Arztpraxen und Zahnarztpraxen, Hebammen und Gemeineschwestern.

Institutionell waren die Gemeineschwestern an die Polikliniken bzw. Ambulatorien angegliedert. Staatliche Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Gemeineschwestern wurden somit in einem Haus zusammengefasst. Ihre Anstellung erfolgte beim Gesundheits- und Sozialwesen.

Die fachliche Zuständigkeit lag in den Händen eines an der Poliklinik beschäftigten bzw. an einer staatlichen Arztpraxis tätigen Arztes. In der Regel verordnete der behandelnde Hausarzt die pflegerischen und hauswirtschaftlichen Betreuungsleistungen.

Diakoniestationen und Gemeindepflegestationen der Evangelischen Kirchen waren an die jeweiligen Kirchgemeinden angegliedert. Die dort angestellten Evangelischen Gemeineschwestern arbeiteten ergänzend zum staatlichen Gesundheitsdienst. Diese Einrichtungen wurden z.T. aus dem Staatshaushalt mitfinanziert (B. Kleinstück 1995, 13). Bis 1990 dominierten staatlich organisierte Betreuungsformen.

Der Bezug zum ambulanten betrieblichen Betreuungssystem bleibt in der Arbeit von staatlichen Gemeineschwestern z.T. erhalten. In diesem Sinne war die Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitskraft bzw. den produktiven Werktätigen maßgebliches Ziel.

Über eine lückenlose Versorgungskette (Beratung, Aufklärung, Vorsorge, Diagnostik, Behandlung, Nachsorge) sollte eine gesundheitliche Betreuung nach dem Dispensaire-Prinzip sichergestellt werden<sup>6</sup>. Gemeineschwestern waren fest in das System der hausärztlichen Betreuung eingebunden. Vordergründig dominierten präventive und rehabilitative Ausrichtungen (Richter 1981; 23). Diese wurden im Rahmen einer programmatischen Gesundheitsschutzorientierung zielgruppenspezifisch ausdifferenziert und organisatorisch zugeordnet. Schwerpunktmäßig bezog sich der Gesundheitsschutz auf die Fürsorge gegenüber Mutter und Kind. Jugendliche, VdN-Kameraden (Verfolgte des Nazi-Regimes), Veteranen der Arbeit und alle älteren Bürger sowie die Eingliederung physisch und psychisch Kranker.

<sup>6</sup> A. Weber (1990): DDR-Gesundheitswesen im Überblick. Höchste Priorität hat die ambulante Grundversorgung, In: Forum Sozialstation –Jg. 90/ Nr. 50; 12

Auffällig ist, dass spezifische Gruppen explizit herausgehoben werden. Der Veteran der Arbeit und der VdN-Kamerad erscheinen innerhalb der Kohorte von Altersrentnern als besondere Zielgruppen. Psychisch "Geschädigte" und "ältere Bürger" erscheinen eher als marginale Versorgungsgruppen, die schwerpunktmäßig nicht so stark im Mittelpunkt von präventiv ausgerichteten Betreuungskonzepten stehen (Richter 1981; 19).

Der Gemeindegeschwister, in einigen Großstädten auch Bezirksschwester genannt, oblag u.a. die pflegerische Betreuung von kranken und hilfebedürftigen Personen.

Durch den erzieherischen Vorsorgeanspruch gegenüber Kindern, Müttern, Jugendlichen und Werktätigen geraten manifeste Problemlagen im Zusammenhang mit Schwerstpflegebedürftigkeit und Multimorbidität tendenziell aus dem Blick. Ältere Hilfe- und Pflegebedürftige erscheinen als eine Versorgungsgruppe unter Vielen.

Eine kontinuierliche Durchführung der Hauskrankenpflege bei bettlägerigen Patienten war mit dem komplexen Aufgabengebiet der Gemeindegeschwister schwer vereinbar und sollte ihr nur in Einzelfällen zugemutet werden.

Umfassende Pflegeleistungen waren in diesem Kontext nur in Ausnahmefällen sicherzustellen. Die häusliche Betreuung der zumeist älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen blieb unzureichend. Eine intensive ärztliche und pflegerische Betreuung in der häuslichen Sphäre erscheint eher als Notlösung, d.h. als eine bis zur Heimeinweisung zu überbrückende Übergangsphase. Durch solche Unterversorgungen kam es auch zu einer Art Rückstauereffekt, d.h. in den Krankenhäusern wurden mangels Alternativen eine hohe Zahl zu pflegender alter Menschen weiter betreut (ebenda; 20 ff).

Es entsteht nicht der Eindruck, dass um eine Alternative zur stationären Einweisung aktiv gerungen wurde. Bei wachsender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verstärkte sich der Sog zur stationären Betreuung. Die vorrangige Gewährleistung einer Betreuung im häuslichen Bereich gerät aus dem Blick.

Die Besetzung der geplanten Gemeindegeschwisterstellen war weitgehend gesichert. Analog zur Situation in Westdeutschland erfolgte auch in der DDR eine ständige Abwanderung von Fachkräften aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Die Attraktivität der häuslichen Pflege hing u.a. mit den im Vergleich zum stationären Berufsalltag flexibleren Arbeitszeitregelungen zusammen. Die Mehrfachbelastungen zwischen Schichtarbeit und Familie konnten in der häuslichen Pflege in der Regel besser aufgefangen werden<sup>7</sup>.

Allgemein betrachtet bestand ein Stadt- Landgefälle. Der unzureichenden ärztlichen Absicherung im ländlichen Raum wird tendenziell eine mangelhafte pflegerische Betreuung im städtischen Raum gegenübergestellt. In Großstädten und Ballungsgebieten kam es z.T. zu einer personellen Unterversorgung in der Gemeindepflege.

Insbesondere in ländlichen Regionen, wo z.T. nur ein grobmaschiges Netz ärztlicher Versorgung bestand, übernahmen die Gemeindegeschwister eine Vielzahl behandlungspflegerischer Maßnahmen. In diesem Kontext fungierten sie auch als Arztersatz.

Fehlende Telefonanschlüsse, Mangel an motorisierten Fahrzeugen bei längeren Anfahrtswegen u.a. Hemmnisse erschwerten insbesondere im ländlichen Raum eine gesicherte ärztliche Behandlung bzw. rasche medizinische Versorgung.

Durch solche Bedingungen war die ländliche Gemeindegeschwister für den Bereichsarzt und einen Großteil der Patienten nur schwer erreichbar<sup>8</sup>.

Die Wertschätzung der (ländlichen) Gemeindegeschwister hängt u.a. auch mit diesen ärztlichen Betreuungslücken zusammen. Das Selbstwertgefühl der Gemeindegeschwister speiste sich möglicherweise weniger aus der fachlichen Anerkennung des Arztes, sondern eher aus dem in Bewährungssituationen erworbenen Ruf in der Gemeinde bzw. dem zu betreuenden Einzugsgebiet<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> A.Weber (1990): DDR-Gesundheitswesen im Überblick. Höchste Priorität hat die ambulante Grundversorgung, In: Forum Sozialstation -Jg. 90/ Nr. 50; 12 f

<sup>8</sup> Ohnmacht, B (1990): Ausgewählte Diskussionsbeiträge auf der Nationalen Gesundheitskonferenz. -Zur Arbeit einer Gemeindegeschwister-, In: Heilberufe 42 (1990)/Beilage Heft 1; XI

<sup>9</sup> vgl. A. Hennig/J. Kaluza (1994): Pflege in den neuen Ländern, In: Heilberufe \_Jg. 94/Heft 11; 8 f

Die Position der Gemeindegewerkschafterin scheint im ländlichen Raum deutlich herausgehobener zu sein als in städtischen Ballungsgebieten. Im dörflichen Milieu waren sie exponierte Ansprechpartner für körperliche und soziale Probleme. Sie wurden zu wichtigen Verhandlungspartnern und Vermittlern bei unterschiedlichen Problemlagen.

Die hauswirtschaftliche Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen lag primär in den Händen der staatlich organisierten Volkssolidarität.

Anfang der 80-iger Jahre wurden in der DDR etwa 83 400 der insgesamt 2,7 Millionen Altersrentner hauswirtschaftlich betreut (Richter 1981; 89 f).

Schwerpunkt lag auf der Absicherung einer Minimalversorgung. In der Regel bezog sich diese auf Reinigungsarbeiten, Heizen der Wohnung, Einkaufen, Wäscheversorgung, Zu- und Vorbereitung von Mahlzeiten sowie der organisatorischen Sicherstellung der „fahrenden Mittagstische“ (ebenda). Ein Heer von etwa 43 000 Mitarbeiterinnen, in der Mehrheit hauptsächlich Hauswirtschaftshelferinnen, konnte den weit reichenden Betreuungsanspruch nur teilweise umsetzen

Es erfolgte eine territoriale Zuordnung der Hauswirtschaftler/Innen über so genannte Brigadebereiche. Dort waren etwa 10-20 Hauswirtschaftlerinnen unter der Anleitung einer Brigadierin zuständig. In der Regel wurden die bei der Volkssolidarität angestellten Hauswirtschaftshelferinnen für ihre Aufgaben kaum geschult. Sie erhielten eine Kurzeinweisung über ihre wichtigsten Rechte und Pflichten und sollten darüber hinaus über regelmäßige Teilnahmen an DRK-Lehrgängen handlungsbezogen fortgebildet werden.

Durch die Einbeziehung in pflegerische Aufgaben war eine fachliche Kontrolle durch das DRK bzw. die Gemeindegewerkschafterin vorgesehen (Richter 1981, 89 f). Bei wachsendem Betreuungsaufwand von Hilfe- und Pflegebedürftigen konnte ergänzend der DRK-Pflege- und Sozialdienst einbezogen werden (ebenda; 89).

Auch aus der nichtberufstätigen Bevölkerung wurden in Land- bzw. Stadtkreisen Hauswirtschaftspflegerinnen rekrutiert. Dabei wurden Vorschläge von zu betreuenden Personen genutzt. Die so gewonnenen Helferinnen wurden dann über das originäre, sich auf eine Bezugsperson beziehende Betreuungsverhältnis hinaus, auch für andere hilfebedürftige Personen in Anspruch genommen. Viele dieser Mitarbeiterinnen waren ehrenamtliche „Volkshelfer“, die zumeist selbst vor dem Erreichen des Rentenalters standen (ebenda).

Weitere Betreuungseinrichtungen waren an das Deutsche Rote Kreuz der DDR angegliedert. Der institutionell dort angebundene ehrenamtliche Pflege- und Sozialdienst verfügte 1980 über etwa 40 000 Helferinnen. Im Gegensatz zur Volkssolidarität waren etwa die Hälfte davon Jugendliche bzw. junge Erwachsene.

Soziale Dienste sollten auch über die Kinder- Jugendorganisationen geleistet werden. Insbesondere Studenten und Lehrlinge aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich wurden administrativ aufgefordert, gezielt Aufgaben zu übernehmen. Andere Organisationen, wie z.B. der Demokratische Frauenbund, sollten sich bei der Nachbarschaftshilfe bzw. bei Wohnortwechsel bzw. Wohnungsanpassungen engagieren (ebenda; 90 f). Unklar bleibt die Dimension der wirklich vor Ort geleisteten Hilfe. Insgesamt kam es im Kontext der über die Jugendorganisationen geleisteten Versorgung eher zu sporadischen, einzelfallbezogenen Hilfeleistungen. In diesem Sinne bleibt die flächendeckende hauswirtschaftliche Basisversorgung über die Volkssolidarität am Verlässlichsten.

Die soziokulturelle Begleitung von Hilfe und Pflegebedürftigen erschöpfte sich in organisierten Zusammenkünften in den Klubs und Treffpunkten der Volkssolidarität. Die Akzeptanz der über die Volkssolidarität inszenierten kulturellen Angebote, zumeist Kaffeenachmittage, Diavorträge und Dampferfahrten, blieb begrenzt und konnte anspruchsvollere Bedürfnissen von Rentnern nicht befriedigen (B. Kleinstück 1995, 13 ff). Flankierend dazu waren auch die Betriebe in das Betreuungssystem eingebunden. Es wurde versucht, ehemalige Betriebsangehörige in soziale Angebote und festliche Ereignisse einzubeziehen (z.B. Einladungen zu Betriebsfeiern). Auch bei Absicherung der Mittagessenversorgung übernahm der betriebliche Sektor ergänzende Versorgungsaufgaben. Weitergehende Dienstleistungen konnten in diesem Rahmen nicht gesichert

angeboten werden. Die als sozialistisch etikettierten Moralvorstellungen schlagen sich in institutionalisierten Formen gesellschaftlicher Steuerungs- und Erziehungsprozesse nieder. Der Versorgungsanspruch der DDR gegenüber seinen "Untertanen" war weitreichend. Auf der Folie von paternalistischen Fürsorgeprogrammen entwickelten sich soziale Kontrollstandards und Handlungsrichtlinien. Die administrative Lenkung des anfallenden Betreuungsbedarfes spiegelte sich in detailgenauen Planungen wider.

Im Verbund mit der Veteranenkommission der regionalen SED Parteileitung, der Volkssolidarität, dem DFD, dem DRK, der FDJ und der Nationalen Front, sowie den Gemeindeschwestern und Hausärzten wurden hybride Kooperationszusammenhänge konzipiert, welche die komplexe Planung und Durchführung von Versorgungsmaßnahmen sicherstellen sollten<sup>10</sup>.

In diesem organisatorischen Setting wurden die zu betreuenden Bürger über Personendateien bzw. Übersichten erfasst. Im Verbund mit den staatlichen Fürsorgerinnen, ehrenamtlichen Helfern, Timurdiensten und den Klubs der Volkssolidarität sollten kontinuierlich Daten über soziale Lebenslagen bzw. den Gesundheitszustand der einzelnen Bürger gesammelt werden. Auf dieser Basis erfolgte dann u.a. auch die Einschätzung einer dringend notwendigen Feierabend- bzw. Pflegeheimeinweisung.

Den Gemeindeschwestern wurde eine wesentliche Koordinierungs- und Vernetzungsfunktion zwischen den stationären und ambulanten Bereich zugewiesen<sup>11</sup>.

Langjährig tätige Gemeindeschwestern konnten Krankheitsprozesse und Konfliktpotentiale besser erkennen und beeinflussen als andere Berufsgruppen.

Der durch die kontinuierliche Betreuung vor Ort gespeiste Informations- und Einschätzungsvorsprung der Gemeindeschwestern erhält ein besonders Gewicht, welches auch für andere Kooperations- und Entscheidungsträger wertvoll bleibt.

Die lebensnahen Einblicke in die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen zeichnet sie gegenüber anderen Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens bzw. örtlichen Rates aus.

In diesem Sinne wurden sie auch als Beziehungsexperten eingestuft, welche Konfliktsituationen im sozialen Arbeits- und Lebensumfeld direkter wahrnehmen und einschätzen können (Knabe 1976; 27 f).

Ihr Informantenstatus wird in diesem Kontext geschätzt, da sie "viele erfahren", und so zur Koordination bzw. dirigistischen Lenkung von gesundheitspflegerischen Leistungen beitragen kann (Richter 1981; 29).

Über eine Vielzahl von Organisationsmitgliedschaften (Mitgliedschaft in Vergabekommissionen, Krippenplatz-, Heimplatz-, Wohnungskommissionen, DRK, Volkssolidarität u.a.) sollten sie in verschiedenen Gremien präsent sein, um dort anstehende Betreuungsprobleme advokatorisch darzustellen und zu wichten, sowie bei der Entscheidung über Versorgungsansprüche mitzuwirken. Sie avancieren zu übermittelnden und moderierenden Instanzträgern, welche den weiteren Verlauf der Betreuung scheinbar maßgeblich steuern können. Über diese Positionierung werden Gemeindeschwestern zu gefragten Botschaftern mit begrenzter politischer Entscheidungsmacht.

In einem Beschluss des Politbüros des ZK der SED vom 16.12.1986 über die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung der DDR wurden u.a. auf den weiteren Ausbau des Hausarztprinzips auch in Großstädten und Ballungsgebieten sowie des Netzes der Gemeindeschwestern orientiert<sup>12</sup>. Eine stationäre Pflege sollte prinzipiell vermieden werden, zumal auch keine ausreichenden Heimkapazitäten vorhanden waren.

Komplementäre Dienste und flankierende Maßnahmen zur Betreuung von Pflegebedürftigen wurden angestrebt, konnten aber im Kontext eines völlig unzureichend entwickelten Dienstleistungssektors in der DDR nur ansatzweise umgesetzt werden. Bis zuletzt gab es im Prinzip keine teilstationären Betreuungsformen, wie z.B. Tagesbetreuung oder

---

<sup>10</sup> Ramthor, Ingrid (1988): Betreuung der älteren Bürger im Stadtbezirk Magdeburg-Süd; In: Heilberufe Jg. 88/Heft 9; 330

<sup>11</sup> Weber, A: (1990) DDR-Gesundheitswesen im Überblick. Höchste Priorität hat die ambulante Grundversorgung, In: Forum Sozialstation -Jg. 90/Nr. 50; 13

<sup>12</sup> Ramthor, I (1988): Betreuung der älteren Bürger im Stadtbezirk Magdeburg-Süd, In: Heilberufe Jg. 88/ Heft 9; 329

Kurzzeitpflegemöglichkeiten, für Hilfe- und Pflegebedürftige. Trotz einer 1986 verabschiedeten Rechtsvorschrift, in der die Grundlagen für ergänzende Betreuungsformen geregelt wurden, existierten in der DDR bis 1990 nur etwa knapp 800 teilstationäre Betreuungsplätze.

Spezielle "Rentenwohnhäuser" sollten, mit einem entsprechenden Versorgungsangebot versehen, eine Alternative zur stationären Versorgung bilden<sup>13</sup>. Die Schaffung von altersgerechten Wohnungen blieb trotz hochtrabender Versprechungen völlig unzureichend.

Häusliche Krankenpflege scheiterte somit auch an dem veralteten Zustand der Wohnungen. Eine funktionsfähige Alternative zur stationären Betreuung von Hilfebedürftigen im Alter bestand somit nicht. Klinische Aspekte des Alters bestimmten den Charakter von Pflege. Psychische Probleme und Krankheiten im Alter wurden nur unzureichend problematisiert bzw. tendenziell biologistisch wahrgenommen. Adäquate Betreuungsangebote fehlten im großen Umfang. Der Schwerpunkt lag auf der somatischen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung der Patienten. Sozialpädagogische, ergo- und psychotherapeutische Betreuungskonzepte, mit darauf aufbauenden Angeboten, konnten sich institutionell kaum entwickeln.

Anders als in der Bundesrepublik wird aber kein öffentlicher Diskurs über sozialpsychologische Probleme alter Menschen sichtbar. Die Benennung von Risikofaktoren im Rahmen theoretisch vermittelter Grundlagen erscheint schmalpurig und wenig ausdifferenziert. Daran anknüpfende organisatorische Antworten blieben begrenzt. In diesem Sinne kam es zu einer deutlich gebremsten Entwicklung der offenen Altenhilfe in der DDR (C.Richter 1981; 174 f).

Da die Kritik an bestehenden Betreuungsstrukturen und allgemein krankheitsbegünstigenden, beruflichen und sozialen Rahmenbedingungen politisch brisant war, blieb eine öffentliche Diskussion darüber aus. Reformansätze wie sie z.T. in den siebziger Jahren in der Bundesrepublik artikuliert und teilweise auch umgesetzt wurden, blieben auf den Rahmen inoffizieller Fachdiskurse beschränkt.

Das Handeln von Menschen in der DDR wurde stärker durch ideologisch verbindliche Orientierungen und begrenzte strukturelle Ressourcen bestimmt, als in der westlich ausgerichteten alten Bundesrepublik (Kuderra 1995; 136). Selbstorganisierte Vereine und Initiativen konnten sich in dem staatlich organisierten Vorgabesystem der DDR nicht gründen.

Die starre und monopolistisch organisatorische Zuordnung von sozialen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen konstituierte ein fragmentiertes Hilfesystem.

Das Zusammenführen verschiedener Hilfe- und Pflegemaßnahmen in Rahmen der häuslichen Pflege blieb trotz vollmundiger Postulate und formal durchorganisierter Kooperationsketten die Ausnahme. Weitreichende Betreuungs- und Organisationsfahrpläne erwiesen sich bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als ineffizient und wenig flexibel.

Unmittelbar vor dem Zusammenbruch der DDR bestanden insgesamt rund 5000 staatliche und 124 konfessionell gebundene Gemeindegewerkschaftenstationen, die regional für die gesundheitspflegerische Versorgung der Bevölkerung zuständig waren. Im ambulanten Bereich wurden etwa 86 000 ältere Bürger von Hauswirtschaftspflegerinnen und Gemeindegewerkschaftenstationen versorgt (Büker 1992; 251). 1989 arbeiteten etwa 6700 Gemeindegewerkschaftenstationen und 5600 Gesundheits- und Sozialfürsorgerinnen in der häuslichen Pflege und Betreuung<sup>14</sup>. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung der DDR ergab das einen Versorgungsschlüssel von etwa 2400 Einwohnern zu einer Pflegekraft. Dieser Schlüssel entsprach formal den Richtlinienstandards der WHO. Was die flächenmäßige Verteilung der Pflegekräfte bzw. realistische Betreuungssituation vor Ort betrifft, lassen diese Zahlen nur bedingt Rückschlüsse zu. Die in diesem Zusammenhang skizzierten DDR typische Mangelsituationen relativieren den Aussagewert von scheinbar soliden personellen Betreuungsschlüsseln. Insgesamt gesehen gab es eine Grundversorgung auf niedrigem Niveau (Büker 1992, 253). Die pflegerische Betreuung im Rahmen des Gemeindegewerkschaftswesens blieb insbesondere für abhängige Pflegebedürftige unbefriedigend.

---

<sup>13</sup> Ramthor, I. (1988): Betreuung der älteren Bürger im Stadtbezirk Magdeburg-Süd; In: Heilberufe Jg. 88/Heft 9; 331

<sup>14</sup> A. Weber (1990): DDR-Gesundheitswesen im Überblick. Höchste Priorität hat die ambulante Grundversorgung, In: Forum Sozialstation –Jg. 90/ Nr. 50; 123

### **3. Die institutionelle und habituelle Transformation des ambulanten Pflegesystems in den neuen Bundesländern.**

Die gesellschaftliche Um- und Neugestaltung in den neuen Bundesländern wird im sozialwissenschaftlichen Kontext gemeinhin als Transformationsprozess bezeichnet (dazu u.a. Zapf 1996, Kollmorgen 2005, Offe 1994). Die Auswirkungen dieses "sozialen Großversuches" sind auch nach 12 Jahren deutlich spürbar (Giesen/Leggwie 1991).

Die nichtintendierten Folgewirkungen, kontextspezifischen Brechungen und subjektiven Kosten des strukturellen Wandels lassen sich auch im gesellschaftlichen Teilbereich Pflege/Altenpflege aufspüren. Wie sich solche transformationsbedingten gesellschaftlichen Problemlagen im ambulanten Pflegesektor widerspiegeln, kann im Rahmen dieser Arbeit in Ausschnitten dargestellt werden. Entlang dieser Fragestellung werden vorab ausgewählte Aspekte der sozialwissenschaftlichen Transformationsforschung nachgezeichnet.

#### **3.1 Modernisierungsdiskussion im Rahmen des Transformationsprozesses**

Die Verortung des gesellschaftlichen Charakters des DDR Systems stellt gewissermaßen den Ausgangspunkt der soziologisch geprägten Transformationsforschung dar. In diesem Sinne geht es um die Markierung traditioneller und moderner Elemente in der DDR Gesellschaft. Hintergründig schwingt der Vergleich zum westdeutschen Gesellschaftssystem fortlaufend mit.

War die DDR nun eine moderne Gesellschaft? Der Untergang der DDR kann vielleicht als das stärkste Argument gegen diese These eingeworfen werden. Formal betrachtet kann der weitreichende Prozess der Säkularisierung in der DDR als Modernitätsphänomen verstanden werden. Der abnehmende Einfluss von Religion und Tradition war im alltäglichen Leben deutlich zu spüren. Andererseits prägten sozialistische Glaubenspostulate das öffentlich Leben in der DDR. Die proklamierte Utopie von einer besseren kommunistischen Welt hatte den Charakter einer Erlösungsreligion. Parallel dazu wurden angstvolle Bedrohungsszenarien eingespielt, die als Begründungen für sichtbare Widersprüche und Hemmnisse, für den verzögerten Weg in eine bessere Zukunft herhalten mussten.

Der angespannte und kämpferische Charakter des Systems hatte etwas aushöhlend Besorgniserregendes (Pollack 1993, 56). Die ideologischen Formeln konstituierten keine vertrauensvollen Zukunftserwartungen. Der starre politisch-ideologische Rahmen des Systems führte zu Homogenisierungen in fast allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Gegenläufig dazu haben sich funktionelle Differenzierungen entwickelt, die kontrastiv zur politisch-ideologischen Dominanz des Systems zu modernistischen Entwicklungstendenzen beigetragen haben.

In der offiziell verkündeten Verbindung von Wirtschafts- und Sozialpolitik wird die Erhöhung der wirtschaftlichen Leistungskraft eng mit der individuellen Arbeitsproduktivität des einzelnen Arbeiters verzahnt. Soziale Fortschritte können scheinbar nur auf dieser Grundlage realisiert werden. In diesem Sinne wurde darauf verwiesen, dass nur das verbraucht werden kann, was zuvor erarbeitet wurde (ebenda). Der hier sichtbare Leistungsgedanke führt zu einer schleichenden Modifikation egalitärer Prämissen. In diesem Sinne war die DDR eine "semimoderne Industriegesellschaft" (Pollack 1993). Es gab eine (gebrochene) Fachorientierung sowie eine Orientierung an Effizienzgesichtspunkten. Daraus entwickelte sich in gesellschaftlichen Teilbereichen eine begrenzte Autonomie (Pollack 1993; 42 f).

Grundsätzlich behinderte aber die umfassende zentralistische staatliche Lenkung gesamtgesellschaftliche Modernisierungsvollzüge. Alle Entscheidungskompetenzen (ökonomisch, politisch und rechtlich) lagen in der Hand einer oligarchisch strukturierten Partei. Zwischen leistungshemmenden Zentralismus und begrenzt wirksamer ökonomischer Rationalität entwickelte sich eine unaufhebbare Spannung. Reflexiv organisiertes Wissen konnte sich gesellschaftlich

betrachtet nicht umfassend etablieren. Das Ideologische dominierte und konnte im Zweifelsfall leistungsbezogene Orientierungen überwältigen. Im Konfliktfall wurde sich gegen ausbrechende Bestrebungen machtvoll durchgesetzt, was die Selbstständigkeit der einzelnen Bereiche einschränkte oder sogar weitgehend beseitigte.

Die Machtfülle der SED in allen Bereichen und bei allen Entscheidungen führte zu einem Gefühl von Ohnmacht und Resignation (Pollack 1993; 44 f). In diesem Sinne bleibt die DDR eine politisch konstituierte Gesellschaft mit weitreichenden zentralistischen Machtansprüchen.

Der antimoderne Charakter der DDR spiegelt sich u.a. auch in der deindividualisierten gesellschaftlichen Ausrichtung wider. Aus dieser Situation gewinnen vorgegebene Arbeits- und Lebensbedingungen und gesellschaftlich als verbindlich eingestufte Werte und Normen an Bedeutung. Die individuellen Selbstbestimmungsspielräume waren deutlich eingeschränkt. Das Handeln von Menschen in der DDR wurde stärker durch ideologisch verbindliche Orientierungen und begrenzte strukturelle Ressourcen bestimmt als in Westdeutschland (Kuderra 1995; 136).

Die Stellung des einzelnen Individuums bleibt in dem strukturell nivellierenden Obrigkeitsstaat schwach (Pollack 1993, 43). Kollektiv ausgerichteten Moralvorstellungen wurden ideologisch durch die wahre Lehre des Marxismus- Leninismus fundiert und als verbindlicher Katechismus sowohl in der Verfassung, den Statut der SED und deren Organisationen als allgemeine Verpflichtung fixiert. In diesem Rahmen können ideologische Leitbilder der "sozialistischen Moral", der "sozialistischen Persönlichkeit", der "sozialistischen Lebensweise" und des "sozialistischen Kollektivs" verortet werden (ebenda).

Auf dieser programmatischen Basisfolie entwickelten sich soziale Kontrollstandards und individuelle Handlungsrichtlinien. Der verpflichtende Charakter dieser Moralvorstellungen zeigte sich in den institutionalisierten Formen gesellschaftlicher Steuerungs-, Erziehungs- und Kontrollprozesse. Sie waren omnipräsent und konnten willkürlich als Disziplinierungsmittel bzw. rhetorische Figur benutzt werden.

Wie groß die Kluft zwischen individueller Übernahme und offizieller Ideologie war, lässt sich nicht allgemein beantworten. Hier spielen u.a. individuelle Faktoren, familiäre Einbettungen sowie örtliche und zeitliche Differenzierungen eine Rolle.

Der realitätsferne Charakter der ideologischen Formeln wurde zunehmend deutlicher. In einer von den Menschen anders erlebten Alltagswirklichkeit wurden sie zu etwas Unwirklichem, das mit der sozialen Wirklichkeit immer wenig in Berührung treten konnte (K. Mannheim 1995; 171). Diese Differenz zwischen optimistisch verkündeter sozialistischer Realität, die immer besser gestaltet werden sollte, und sich offensichtlich manifestierender Widersprüche und Verfälschungen führte zu wachsenden Glaubwürdigkeits- und Loyalitätsverlusten.

Das "noch-nicht", aber bald Erreichte erwies sich als hohle Phrasierung, die in ihrer wiederkehrenden ideologischen Formelhaftigkeit eher abstumpfte als motivierte (ebenda). Die verpflichtende weltanschauliche Programmatik wurde insbesondere in den siebziger und achtziger Jahren zum verblässenden Ornament, ohne dass eine tiefgehende Breitenwirkung darüber ausgelöst werden konnte (Kuderra 1995; 136 f). Die zeitlichen Wellen- bzw. Verstärkungsbemühungen bei der erzieherischen Umsetzung eines neuen Bewusstseins erwiesen sich im Kontext der unbefriedigenden Lebensbedingungen langfristig als wenig erfolgreich. Die hinterherhinkende unvollkommene Praxis lies sich über ideologisch aufgeladene gesellschaftliche Leitbilder nicht mehr einfangen.

Die grundlegenden gesellschaftlichen System- und Strukturveränderungen ehemals totalitärer sozialistischer (Ostblock-) Staaten, hin zu modernen Demokratien westlicher Prägung, werden unter dem Begriff der Transformation zusammengezogen (dazu u.a. Zapf 1996; Kollmorgen 2005).

In Bezug auf diesen Veränderungsprozess in "Ostdeutschland" bestanden institutionell gesehen wenig Variationsmöglichkeiten bzw. kontextbezogene Modifikationen (ebenda). Im Vergleich zu anderen Ostblockländern war bedingt durch die gesellschaftlich gewollte Auflösung der innerdeutschen Teilung, das Transformationsziel vorgegeben. Der politische und wirtschaftliche Zusammenbruch der DDR führte in Politik, Wissenschaft und öffentlicher Meinung zu einem weitgehenden Konsens darüber, das westdeutsche Gesellschaftsmodell auf die neuen Bundesländer

zu übertragen. In diesem Sinne erwies sich das westdeutsche Modell als das für Ostdeutschland maßgebende Referenzsystem.

Hinsichtlich des Transformationsweges ging es darum, eine Eins-zu-eins Übertragung des westdeutschen Institutionengefüges bei gleichzeitiger Dominanz externer politischer und ökonomischer Akteure sicherzustellen. Die Erwartung einer möglichst raschen und erfolgreichen Ost-Westanpassung wurde durch Versprechungen („blühende Landschaften“) sowie enormer finanzieller und personeller Transfers befördert.

Die Erfüllungshoffnungen und Dynamisierungen, die mit der Ost-Westanpassung verbunden waren (und sind), werden in den sozialwissenschaftlich dominierenden Deutungen des Transformationsprozesses unter dem Begriff der “nachholenden Modernisierung” gebündelt (Zapf 1994, 301).

Damit verbundene Ziele beziehen sich u.a. auf die Übernahme, Errichtung, Inkorporation von modernen demokratischen, marktwirtschaftlichen, rechtsstaatlichen Institutionen. (ebenda).

Auf der strukturellen Ebene wurden rasch Fortschritte erreicht. Diese zeigten sich in der funktionellen Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilsysteme, dem Aufbau der Konkurrenzdemokratie, Einführung der Marktwirtschaft, Installation des Wohlfahrtsstaates und Massenkonsum. Was die Angleichung an westdeutsche Einstellungen und Werte, Statusfragen, politische Kultur u.a. betrifft, erweist sich das Konzept der nachholenden Modernisierung als interpretativer Vergleichsfolie nur bedingt tauglich. Erfolge lassen sich auf dieser Ebene weniger deutlich markieren.

Die unter dem Stichwort der “inneren Einheit” thematisierten Ost-West-Differenzen beziehen sich sowohl auf bestehende soziale Ungleichheiten (hohe Arbeitslosigkeit, Einkommensunterschiede) als auch auf sich trotzig haltende Einstellungsmuster.

Die Stabilisierung des Transformationsprozesses stützt die These, dass die nachholende Modernisierung in der ehemaligen DDR erfolgreich verlaufen ist. Als Beleg dafür gelten deutliche Einkommensverbesserungen, große Wellen nachholenden Konsums, Verbesserung der Infrastrukturen, verbesserte Sozialleistungen, gestiegene Renten und wieder stabilisierte Geburtenrate u.a. (dazu u.a. Zapf 1996). Die verglichen an den “westdeutschen Referenzmaßen” erfolgreich verlaufende Aufholjagd zeigt, dass der Anpassungs- und Angleichungsprozess an westdeutsche Gesellschaftsstrukturen im Wesentlichen als abgeschlossen betrachtet werden kann (Wiesenthal 1995, 135).

Über diese Erfolgsbelege entwickelt sich das Konzept der weitergehenden Modernisierung “im Doppelsinn von Richtungskonstanz und Strukturverbesserung” sowohl für Ost- als auch für Westdeutschland (Zapf 1991; 46).

Vor diesem interpretativen Rahmen werden negative Folgelasten, subjektive Problemlagen, Ambivalenzen, unintendierte Nebenfolgen und Passungsschwierigkeiten tendenziell als unvermeidliche, mittelfristig vorübergehende Anpassungs- und Folgeprobleme betrachtet.

In dieser grundsätzlich optimistischen Sicht auf den Transformationsprozess werden Anpassungsprobleme als befristete Übergangsphänomene eingestuft.

Komplementär zu dieser Perspektive sind ab Mitte der Neunziger Jahre auch deutlich skeptischere Stimmen sichtbar. Aus der Kritik an der optimistischen Analyse der nachholenden Modernisierung werden insbesondere die Wechselwirkungen zwischen Akteuren und Institutionen stärker aufgegriffen. Dieser seit 1994/95 sich abzeichnende Trend kann als zweite Phase der Transformationsforschung bezeichnet werden. (vgl. dazu u.a. Pollack 1996, Wiesenthal 1995, Wensierski 1994, Grunert 1999).

Im Spannungsfeld von neuen Institutionen und alten Individuen weisen Offe (1991) und Lepsius (1991) schon früh auf mögliche soziokulturelle “Abstoßungsrisiken” hin (Offe 1991, 81). Die tiefgehenden Diskrepanzen zwischen den aus dem “Westen” übertragenen fremden Institutionen, der heimischen Lebenswelt und den biographischen Erfahrungen der Ostdeutschen erzeugen Abkehr- und Abgrenzungsprozesse.

Die Differenz zwischen optimistischen Erwartungen und den auch weiterhin sichtbaren Problemlagen (z.B. hohe Arbeitslosigkeit) führt dazu, dass trotz der erreichten Anpassungserfolge, gravierende Integrationsprobleme auf der kulturellen Ebene bestehen.

Die offensive Inblicknahme von subjektiven Wahrnehmungen und Verarbeitungsformen des Transformationsprozesses zielt stärker auf individuelle Perspektiven. In diesem Kontext gewinnen identitätsbezogene Fragestellungen an Gewicht. Der Transformationsprozess kann in Ostdeutschland qualitativ differenzierter aufgegriffen werden.

Die nach der unmittelbaren Umbruchphase stärkere Auseinandersetzung mit der westlichen Alltagskultur kann zudem als Intimisierung der Wendeproblematik bezeichnet werden (Frommer 1996; 370).

Die Fokussierung psychosozialer Veränderungen unter empirischer Einbeziehung des Westens führt u.a. auch zu einer Kulturkritik gegenüber dem westlichen System. In diesem Sinne werden die psychosozialen Folgen einer jungen postautoritären Gesellschaft, die Entwicklungsprobleme einer alternden "postmodernen", durch ökonomischen Überfluss und von Sinnkrisen geprägten Gesellschaft im Westen gegenübergestellt (ebenda; 367). Die sich aus dieser Perspektive entwickelnden Einsichten sollen zu einem differenzierten Ost-Westvergleich beitragen, der zu veränderten Legitimationsfragen von gesellschaftlich übergreifender Relevanz führen kann.

### **3.2 Wende- und Umbruchsituation in der ambulanten Pflege**

In einem 1990 in der Zeitschrift Heilberufe veröffentlichten Positionspapier wird von den Autoren die organisatorische Form der Sozialstation, innerhalb des medizinischen Versorgungssystems in eine zentrale Schlüsselposition gerückt<sup>15</sup>. Die insgesamt als positiv eingeschätzten Erfahrungen mit diesem Versorgungstyp in den alten Bundesländern sollten nun auch in Ostdeutschland zum Tragen kommen. Das Übernehmen von bewährten dezentralen Versorgungssystemen auf das Gebiet der bisherigen DDR wurde grundsätzlich positiv aufgenommen, um die gesundheitliche und soziale Betreuung der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und auszubauen. Die zu erwartenden Verbesserungen beziehen sich auf Bereiche, in denen im besonderen Maße defizitäre Versorgungsstrukturen sichtbar waren.

Vom raschen Ausbau der Pflegemöglichkeiten im ambulanten Pflegesektor wird u.a. eine dringend notwendige Entlastung der Feierabend- und Pflegeheime erwartet. Die mangels Betreuungsalternativen bestehenden Fehlbelegungen im akut-stationären Bereich können so mittelfristig abgebaut, sowie die Verweildauer von auf Hilfe und Pflege Angewiesene verkürzt werden.

Darüber hinaus wird die verstärkte ambulante Orientierung auch über demografische und soziostrukturelle Veränderungen plausibilisiert. Die kontinuierliche Zunahme der über 75 Jahre alten Menschen, der hohe Anteil an berufstätigen Frauen (etwa 96%) sowie die ansteigende Zahl der Ein-Personen-Haushalte erfordert einen verstärkten Ausbau der häuslichen Pflege<sup>16</sup>.

Offene ambulante Angebote werden dabei eine wesentliche Brückenfunktion zwischen den Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen zugewiesen.

Mit dem Aufbau von Sozialstationen verbinden sich weitreichende Erfüllungshoffnungen. In der neuen Organisationsform sollte eine gebündelte, ökonomisch vertretbare und ganzheitliche Pflege erfolgen. Kranke, Alte und Behinderte sollten stärker als bisher auch bei Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können.

Der Wandel des medizinischen und sozialen Versorgungssystems der DDR vollzog sich durch einen Prozess der formalen Transformation westdeutscher Modelle (vgl. Kunze 1995; 15).

---

<sup>15</sup> Marlies Wanjura; Marita Hungermann; Siegrun Schön; Edelgard Neukirch; Barbara Otto; Friedrich Büttner (1990): Sozialstation im Bereich der DDR-Positionspapier, In: Heilberufe Jg. 90/ Heft 2; 313-316

<sup>16</sup> Marlies Wanjura; Marita Hungermann; Siegrun Schön; Edelgard Neukirch; Barbara Otto; Friedrich Büttner (1990): Sozialstation im Bereich der DDR-Positionspapier, In: Heilberufe Jg. 90/ Heft 2; 313

Das Verschwinden des poliklinischen Systems und der Ambulatorien im Zuge der Anpassung des staatlichen Gesundheitswesens an westdeutsche Strukturen stellt einen einschneidenden Strukturwandel dar. Die -Eins zu Eins- Übertragung der ambulanten Betreuungsstrukturen auf die neuen Bundesländer erforderte eine beschleunigte Umorganisation. Innerhalb eines kurzen Zeitraumes wurde ein strukturell neuer Versorgungstyp in der ehemaligen DDR installiert. Das staatlich organisierte ambulante Betreuungssystem zerfiel nach der Wende und wurde schnell durch eine pluralistische Träger- und Anbieterstruktur ersetzt.

Aus den ehemaligen Gemeindegewerkschaften konstituierten sich z.T. Sozialstationen. Diese entwickeln sich zu Zentren der ambulanten Altenhilfe. Träger der Sozialstationen sind die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege. Diese konnten nur z.T. auf bestehende Strukturen in der Altenhilfe aufbauen. Mischträgerschaften, wie sie sich auch in den alten Bundesländern finden, bestehen in den neuen Bundesländern nicht (ebenda; 96). Die staatlich organisierte Volkssolidarität besaß im ambulanten Bereich eine Monopolstellung auf pflegerischem und sozialem Gebiet. Sie verfügte über ein flächendeckendes Betreuungsnetz mit einem umfangreichen Personalbestand. Der Bekanntheits- und Akzeptanzgrad dieser Organisation war insbesondere bei alten oder behinderten Menschen hoch.

Die Volkssolidarität hatte hohe Anlaufschwierigkeiten bzw. Anpassungsprobleme (ebenda, 13). Die gesellschaftliche Wende stellte die Volkssolidarität vor die Entscheidung, sich aufzulösen bzw. sich an bestehende Wohlfahrtsverbände anzugliedern.

Über die Mitgliedschaft im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband konnte der Erhalt der Volkssolidarität partiell gesichert werden<sup>17</sup>. Über diese Zuordnung ist der DPWV stark in diesem Segment vertreten.

Konfessionelle Träger wie Diakonie und Caritas blieben als Verbände in der DDR erhalten. Sie konnten nur unter dem Schutz bzw. mit Hilfe der Kirchen bestehen, d.h. sie arbeiteten im eigentlichen Sinne nicht als freie Verbände. Im spannungsgeladenen Verhältnis zum Staat erlebten sich Caritas und Diakonie nicht als mit- und eigenverantwortliche Partner<sup>18</sup>. Quantitativ betrachtet blieb der Gesamtanteil kirchlicher Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulanter Pflegeeinrichtungen in der DDR relativ gering. Aus staatlicher Sicht wäre dieser Anteil ersetzbar gewesen. Unmittelbar nach Zerfall der DDR konnte sich insbesondere die Diakonie stark in der ambulanten Pflege positionieren.

Im Gegensatz zu Wohlfahrtsverbänden, die bereits zu DDR Zeiten bestanden und wie die Diakonie und die Caritas eine ähnliche Aufgabenstellung und Struktur aufwiesen, wie in der Gegenwart bzw. die Verbände, die sich aus den ehemaligen Massenorganisationen gebildet haben (DRK und Volkssolidarität), konnte die Arbeiterwohlfahrt und der Paritätische Wohlfahrtsverband nicht an Vorläuferorganisationen anknüpfen (Olk/ Pabst 1997; 359).

Sie wurden somit nach sechzig Jahren Unterbrechung neu gegründet und waren in Ostdeutschland weitgehend unbekannt, dafür aber auch politisch unbelastet. Die politische Unterstützung der neuen politischen Eliten war deshalb gegenüber diesen Trägern zumeist sehr hoch (ebenda, 361). Komplementär zu dieser Unterstützung waren unbekannte Träger insbesondere in der "Konstituierungsphase" auf Reputation verleihende Gesichter angewiesen (ebenda; 366). In diesem Sinne konnten alteingesessene Gemeindegewerkschaften in der Pionierphase als glaubwürdige Aushängeschilder des neuen Trägerverbandes auftreten.

Der flächendeckende Aufbau von Sozialstationen bzw. mobilen sozialen Diensten in wohlfahrtsstaatlicher Trägerschaft wurde 1990 in Rahmen eines von der Bundesregierung initiierten Soforthilfeprogramms mit 32 Mio. DM gefördert (ebenda; 363). Aufgrund fehlender

---

<sup>17</sup> B. Handwerk/M.Schuster (1990): Miteinander-Füreinander. Die Volkssolidarität 1990 e.V. Halle. Eine Dokumentation; 5

<sup>18</sup> Puschmann, H (1991): Die Bedeutung der Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger für die soziale Arbeit- aus Sicht der freien Träger; in: Dokumentation einer Fachtagung des Deutschen Vereins am 13/14 November 1991 in Dresden/Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge; 39

Strukturanalysen wurden in den Städten und Kommunen die Investitionsmittel nach Kopffzahl der Bevölkerung bemessen.

Die Anschubfinanzierung der Sozialstationen gestaltete sich in den Neuen Bundesländern insgesamt uneinheitlich. So erhielt beispielsweise jede Sozialstation in Sachsen eine durchschnittliche Ausbauhilfe von 100.000 DM. In anderen Bundesländern fielen finanzielle Starthilfen geringer aus. In Mecklenburg-Vorpommern lag die Anschubfinanzierung bei ca. 30.000 DM für jede Sozialstation. In dieser Summe waren auch Sachwerte wie Pflegehilfsmittel bzw. Fahrzeuge enthalten<sup>19</sup>. Die in diesem Kontext angerechneten Sachmittelspenden waren z.T. nicht praxisnah, d.h. orientierten sich zu wenig an dem vor Ort notwendigen Bedarf.

Unterschiedliche Einrichtungsstandards entstanden auch durch die Unterstützung der Sozialstationen aus westdeutschen Trägermitteln. Organisatorisch rasch vollzogene Konsolidierungen konnten zu einem frühen Standortvorteil gegenüber anderen Trägereinrichtungen werden. Territoriale Domänen konnten so früh abgesteckt und gegenüber anderen Trägern behauptet werden<sup>20</sup>.

Die unsichere, regional unterschiedliche Anschubfinanzierung von Sozialstationen korrespondierte mit anfänglichen Abrechnungsschwierigkeiten gegenüber den Krankenkassen und kommunalen Stellen (z.B. Sozialamt). Unterschiedliche Mittelzuweisungen hingen eng damit zusammen, inwieweit die einzelnen Einrichtungen einen Notstandsbedarf nachweisen konnten. Der Abruf von Mittel musste relativ hektisch erfolgen, da sonst die Mittel verfallen wären. Durch diese sowohl pauschalisierte als auch an besonderen Missständen bzw. Mangelsituationen orientierte finanzielle Förderpraxis kam es anfangs zu einem relativ unsystematischen Aufbau des Altenpflegesektors nach westdeutschen Vorbild.

In diesem Sinne wurde die Chance, durch differenzierte Strukturanalysen, für größere regional zusammengefasste Bereiche, ein modernes und abgestuftes System der Altersversorgung mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten zu entwickeln nicht ausgeschöpft. Trotz dieser Einschränkung kann der strukturelle Wandlungsprozess in diesem Bereich als "erstaunlich effizient" eingeschätzt werden (Kunze 1995; 18).

Die ökonomisch entspannten Bedingungen unterschieden sich temporär befristet von den vergleichsweise wirtschaftlich härteren Bedingungen in den alten Bundesländern. Der sich neu formierende ambulante Pflegesektor wurde ökonomisch sehr stark abgedeckt. Diese marktwirtschaftliche Schonzeit erwies sich angesichts der weit reichenden, infrastrukturellen Mängel und Strukturveränderungen als notwendig. Nüchtern betrachtet ist eine weitgehende Angleichung bzw. Anpassung an westdeutsche Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsstandards erfolgt. In der Bilanz kann von einem Modernisierungsschub ausgegangen werden.

Der gesellschaftliche Wandel hat auch auf der personalen Ebene des Gesundheitswesens der zusammengebrochenen DDR zu erheblichen Arbeitsplatzfreisetzungen, Arbeitsplatzverschiebungen sowie Abwanderungsbewegungen beigetragen. Der Pflegepersonalnotstand spitzte sich in einigen Bereichen sichtlich zu. Insbesondere junge und hochqualifizierte, aber auch berufserfahrene Schwestern mittleren Alters wanderten in die alten Bundesländer ab bzw. entschieden sich für eine (Pendler-) Beschäftigung. In der Altenpflege kam es zu weniger massiven Personaleinbrüchen als in anderen Bereichen (Intensivpflegebereich, Operationsdienste).

Hier kann eher von einem gegenläufigen personalen Umverteilungsprozess ausgegangen werden. Durch Umstrukturierungs- und Freisetzungsprozesse standen in ausreichender Zahl qualifizierte Pflegekräfte zur Verfügung. Ähnlich wie im stationären Krankenhaussektor wurde die Umbruchsituation im ambulanten Bereich auf der Personalebene gut bewältigt. Durch den Zusammenbruch ganzer Zweige des DDR Gesundheitswesens konnten in den sich neu formierenden Bereichen unbesetzte oder frei werdende Stellen schnell besetzt werden.

---

<sup>19</sup> Ortwin Reich-Dulz (1991): Startprobleme bei der Caritas, Ungereimtheiten beim Diakonischen Werk; In: Forum Sozialstation -Jg. 91/ Nr. 55; 12

<sup>20</sup> Ortwin Reich- Dulz (1991): Startprobleme bei der Caritas, Ungereimtheiten beim Diakonischen Werk; In: Forum Sozialstation -Jg. 91/Nr. 55; 11

Potentiell stand ein Reservoir ausgebildetes Krankenpflegepersonal zur Verfügung. Ein Teil der freigesetzten Krankenschwestern machte eine Anpassungsqualifizierung (z.B. Arzhelferin) oder suchte sich neue Betätigungsfelder im Bereich der Sozialstationen bzw. der privaten Hauskrankenpflege.

Ausgebildete Pflegekräfte fragten z.T. in pflegerischen Einrichtungen nach Arbeit, ohne dass aufwendige Such- und Werbestrategien von Seiten der Träger und Pflegeeinrichtungen erfolgen mussten (Hennig/Kaluza 1995; 43). Die in der ambulanten Pflege agierenden Träger nutzten das Fachkräftepotential (Krankenschwestern, Gemeindeschwestern, Fürsorgerinnen, Hauswirtschaftlerinnen) aus den dort vormals tätigen Institutionen (Polikliniken, Ambulanzen, Betriebsgesundheitswesen, Gemeindeschwesternstationen, Einrichtungen der Volkssolidarität). In fast allen Sozialstationen sind Gemeindeschwestern tätig gewesen, die bereits vor der Gründung in dem gleichen Einzugsgebiet tätig waren (Kunze 1995; 100).

Das Potential an Fachkompetenz und Erfahrung blieb in diesem Bereich weitgehend erhalten. Die "alteingesessenen" Gemeindeschwestern kannten Ärzte und Patienten, sodass die neu gegründeten Sozialstationen nicht von vorn anfangen mussten. Trotz des institutionellen Wandels konnten bestehende (Kontrakt-) Beziehungen zu Hilfe- und Pflegebedürftigen gesichert werden, was die Startbedingungen für die neu gegründeten Sozialstationen erleichterte.

Insbesondere konfessionelle Träger nutzten in der Konstituierungsphase bewusst die Gelegenheit, die Zugehörigkeit zur Kirche zur Einstellungsbedingung zu machen. Die Träger waren in dieser Pionierphase daran interessiert, ihr kirchliches Profil zu erhalten bzw. aufzubauen<sup>21</sup>. Teilweise kam es dabei zu strategisch geplanten bedenklichen Einstellungspraktiken. Ehemalige staatliche Gemeindeschwestern wurden befristet angestellt, um deren z.T. langjährig betreuten Patientenstamm abschöpfen zu können. Parallel dazu wurde der Druck zur kirchlichen Mitgliedschaft erhöht, d.h. die Mitarbeiter mehr oder weniger offen vor die Alternative gestellt, in die Kirche einzutreten oder nicht weiter beschäftigt zu werden.

Durch den tief greifenden Strukturwandel bzw. Zusammenbruch ganzer Wirtschaftsbereiche erfolgten breit angelegte Umschulungsmaßnahmen insbesondere von Frauen (Hennig/Kaluza 1995; 40).

Eine Vielzahl der Mitarbeiterinnen in den Sozialstationen kam aus artfremden Berufen. Die Aufnahme der Tätigkeit in diesem Bereich hängt vor allem mit Arbeitsplatzverlusten bzw. fehlenden wirtschaftlich-sozialen Vermeidungsalternativen zusammen. Diese Gründe überlagerten fachspezifische Motive bzw. den intentional angestrebten Bezug zur Arbeit mit vorwiegend älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen (Kunze 1995; 103). Insbesondere für Umschülerinnen wurde Arbeitsplatzsicherheit zu einem deutlich tragenden Motiv in der Pflege. Das Gesundheitswesen erwies sich in diesem Sinne als scheinbar krisensicheres berufliches Auffangbecken.

Darüber hinaus kehrten Berufsflüchter in den Krankenschwesternberuf zurück. Gerade diese Gruppe musste von den Mitarbeiter/Innen wieder eingearbeitet werden. Das berufliche Fachwissen bedurfte der Anpassung und Auffrischung. Spezielle Einarbeitungskurse bzw. fachlich begleitete Übergangsphasen waren dabei nicht konzipiert. Erstmals kamen in die häusliche Pflege auch Zivildienstleistende. Sie stellten etwa ein Zehntel des Personalstammes der Sozialstationen und übernahmen vorrangig hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Fahrdienste, aber auch grundpflegerische Leistungen (Kunze 1995; 100 f). In der Summe konnte durch diese Ab- und Zuwanderungsbewegungen das Personalproblem ohne besonderes politisches Steuerungskonzept gelöst werden (ebenda, 39 f).

Von einem Pflegezustand kann in diese Phase quantitativ betrachtet nicht ausgegangen werden. Auf den Sozialstationen bestand eine z.T. äußerst komfortable Personalsituation.

In der -Konstituierungsphase- des ambulanten Pflegesektors wurden bis 1992 rund 50 Prozent der Stellen bei freigemeinnützigen Einrichtungen über AB- Maßnahmen finanziert (Damkowski 1997; 64). Im Rahmen von Sonderkonditionen entwickelten sich Spielräume und zeitlich entspannte

---

<sup>21</sup> Keck, Waltraud (1992): Manchmal fehlt es einfach an Kraft; In: Forum Sozialstation –Jg. 92/ Nr. 60; 9

Versorgungsarrangements, die durch das Auslaufen bzw. Zurückfahren von Subventionen und Förderungsmaßnahmen wieder heruntergefahren werden mussten.

Unter qualitativen Gesichtspunkten kann dagegen von einem erheblichen Qualifikationsbedarf in der häuslichen Pflege ausgegangen werden, da gerade in diesem Bereich viele ABM Kräfte, Umschüler, Zivildienstleistende u.a. tätig waren (dazu u.a. Schwitzer 1993, Garms-Homolova 1992).

Das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte stellt sich insgesamt sehr heterogen dar. Einerseits bestanden durch die Übernahme der ehemals staatlichen und konfessionellen Gemeindefachkräften, sowie aus anderen Bereichen des DDR Gesundheitssystems migrierende Krankenschwestern, ein Potential an Fachkompetenz andererseits arbeitete in den ersten Jahren nach der Wende auch sehr viel fachlich unausgebildetes Personal in der häuslichen Pflege. Von einem rasch ausgeglichenen bzw. vergleichbaren Qualifikationsniveau zwischen Ost und West kann somit nur bedingt ausgegangen werden.

#### **4. Struktureller Wandel in der Altenhilfe nach Einführung der Pflegeversicherung**

Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) ist Ausdruck bestehender demographischer Entwicklungen und ökonomischer Rahmenbedingungen in Gesamtdeutschland. Durch die Einführung der ersten Stufe der Pflegeversicherung hat sich der ambulante Pflegesektor umfassend verändert. Die in diesem Bereich bis dahin sichtbaren Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern werden im Zuge des am 01.01. 1995 in Kraft getretenen Gesetzes nicht vollständig aufgelöst, aber aufgeweicht.

Ambulante Pflegeeinrichtungen geraten in einen zusammenführenden strukturellen Wandlungsprozess. Der dadurch noch einmal forcierte Angleichungsprozess erlaubt die gemeinsame Betrachtung der vorab getrennt untersuchten Entwicklungslinien in der ehemaligen DDR und der alten Bundesrepublik.

Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen und Richtlinienstandards führen zu einem fundamentalen organisatorischen Wandel (Eisenbart 2000). Die dahinter stehenden Orientierungen bzw. gesellschaftlichen Pflegeleitbilder bestimmen die Entwicklung des ambulanten Pflegesektors maßgeblich.

Das PVG setzt sich aus sehr unterschiedlichen Strukturlogiken zusammen. In dieser Konstruktion erscheint es als ein „mixtum compositum“<sup>22</sup>.

Vor diesem Hintergrund sollen Grundsätze und Implikationen des SGB XI im Überblick dargestellt werden. Besonderes Augenmerk gilt dabei den organisatorischen Auswirkungen im täglichen Pflegerahmen bzw. Pflegeprozess. Komplementär werden auf der strukturellen Ebene einige Impulse und Barrieren für eine professionelle Altenpflege aufgegriffen, die sowohl das Gesicht der Trägereinrichtungen, als auch das berufliche Selbstverständnis der Akteure prägen.

##### **4.1 Pflegeverständnis und Rahmenbedingungen des SGB XI**

Das PVG präsentiert sich nach einer etwa zwanzigjährigen Diskussion als eine versicherungsrechtliche Leistung, die bei eintretender Pflegebedürftigkeit eine Lebensrisikoversicherung des Hilfebedürftigen darstellen soll. In solchen Abhängigkeitssituationen wird über ein abgestuftes Leistungssystem eine Art Grundversorgung sichergestellt. Jeder

---

<sup>22</sup> Adalbert, E. (1995): Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozess der politischen Umsetzung; In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik. 44 Jg./2; 23

Pflegebedürftige erhält ungeachtet seiner Vermögens- und Einkommenssituation die gleichen Leistungen. Über das PVG sollen Einsparungseffekte bei der Sozialhilfe erreicht und Hilfe- und Pflegebedürftige aus der Sozialhilfeabhängigkeit herausgeholt werden. Ergänzende Leistungen, sei es im Rahmen privater Absicherungen als auch über Leistungen anderer sozialer Sicherungssysteme (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Beamtenversorgung und Sozialhilfe) sind aber auch nach Einführung des PVG notwendig.

Die Pflegeversicherung will mit ihren Leistungen verstärkt die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn stützen. (vgl. § 3 Satz 1 SGB XI). Der Erhalt eines weitgehend unabhängigen und selbstbestimmten Lebens in der vertrauten Umgebung bestimmt das Aufgabenprofil des Pflegesektors (vgl. Klie 1995; 58).

Der Vorrang der häuslichen Pflege wird zu einem zentralen Eckpunkt der Pflegeversicherung. Entlang der paradigmatischen Altenpflegeausrichtung "ambulant vor stationär" soll die Bereitschaft der Bürger gefördert werden, ihre Eltern oder nahen Angehörigen in die häusliche Gemeinschaft aufzunehmen (Eisenbart 2000, 18). Der Appell an die Angehörigen, sich um ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zu kümmern, wird durch die Installation finanzieller Anreize verstärkt bzw. unterstützt. Diese über die PVG sichergestellte Unterstützung der familiären Pflege kann als konservativ verstanden werden. Die Entpflichtung der Kindergeneration soll auch über monetäre Belohnungen gebremst werden (ebenda; 68).

Über das Pflegeversicherungsgesetz erfolgt ein offensiver Rückgriff auf die informellen Pflegeressourcen von abhängig Hilfe- und Pflegebedürftigen. Diese werden konzeptionell fest eingeplant und zielgerichtet stimuliert. Ergänzend dazu wird nach professionellen außerfamiliären bzw. familiär unterstützenden Problemlösungen gesucht. Tendenziell entwickelt sich der ambulante Pflegesektor zu einem eigenständigen Segment innerhalb des Gesundheitswesens. Im Rahmen von primär familiär zu erbringenden Betreuungsleistungen nehmen ambulante Pflegedienste idealtypisch eine eher kompensatorische bzw. betreuungsbegleitende Funktion ein. Der Vorrang der häuslichen Pflege wird zudem wesentlich durch unterschiedlich nuancierte ökonomische Argumentationsschemata Begründungszusammenhänge gestützt.

Die stationäre Pflege und Betreuung ist auf Dauer vor allem in den Stufen I und II (§ 13 und § 15 SGB XI) teurer als die ambulante Versorgung. Eine umfassende kontinuierliche Versorgung ist über den ambulanten Bereich schwer sicherzustellen und müsste bei fehlenden materiellen und familiären Ressourcen durch die Sozialhilfe aufgefangen werden. Einkommensschwache werden bei schwerer Pflegebedürftigkeit und Überschreitung der vorgegebenen Pflegesachleistungen, im Rahmen der festgelegten Grenzen des § 36 SGB XI, tendenziell stärker in stationäre Einrichtungen gedrängt. Kommunen können in diesen Fällen eine Ergänzung durch Sozialhilfeleistungen im ambulanten Bereich verweigern, wenn diese im Vergleich zur stationären Pflege unverhältnismäßig kostenintensiv sind. Wo die Grenzen liegen, wird nicht näher ausgeführt (Klie 1995; 12 ff). Da stationäre Einrichtungen als geeignete und zumutbare Pflegeeinrichtungen gelten, wird der Vorrang einer häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI) gegenüber einer stationären Versorgung nicht um jeden Preis aufrechterhalten (ebenda).

Darüber hinaus kann der im PVG formulierte Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege (§ 3 SGB XI) bzw. der sich durchziehende Appell an die Selbstverantwortung bzw. Selbsthilfe der Versicherten (§ 8(2)SGB XI) auch mit einem ökonomischen Sinn unterlegt werden. In Zeiten rezessionsbedingter Haushaltskürzungen, gerade im Sozial- und Gesundheitssektor, erleben diese Selbsthilfeappelle einen tendenziellen Boom. Selbsthilfe- und Aktivierungsaufforderungen orientieren darauf, dass jede Familie und jeder Alte einen Beitrag leisten sollte, damit die Altenhilfe finanzierbar bleibt (vgl. Hummel 1991, 14 f).

## 4.2 Pflegebedürftigkeitsrichtlinien und Pflegebedürftigkeitsbegriff

In den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen werden sowohl die Merkmale und Kriterien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit als auch die Einteilung von Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen beschrieben (§ 15 SGB XI). Sie stellen somit sowohl für den medizinischen Dienst der Krankenversicherungen als auch für die Pflegekassen eine von den Spitzenverbänden der Pflegekassen selbst formulierte verbindliche Handlungsgrundlage dar. Die in den Richtlinien anspruchsvoll formulierten Ziele der Pflege orientieren sich an einer Förderung, Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen. In diesem Sinne wird Pflegebedürftigkeit zum Zustand, welcher positiv beeinflusst bzw. sogar beseitigt werden kann. Dieses Ziel soll mittels präventiver, therapeutischer, bzw. rehabilitativer Maßnahmen und durch aktivierende Pflege erreichbar sein (Klie 1995; 432).

Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit als beeinflussbarer Prozess konstituiert sich im Rahmen eines komplexen und individuell abgestimmten pflegerischen Maßnahmenkatalogs, welcher vorrangig im häuslichen Bereich des Hilfebedürftigen zur Anwendung kommen soll. Eine an den Kompetenzen und Fähigkeiten des Bedürftigen anknüpfende, personenbezogene- und wohnumweltorientierte Pflege wird favorisiert.

Diese anspruchsvollen Zielvorstellungen stellen einen Kontrast zu dem pragmatisch orientierten Begriff der Pflegebedürftigkeit in §14 SGB XI her<sup>23</sup>. Dort wird hauptsächlich von einer sich manifestierenden Krankheit bzw. Behinderung ausgegangen, die zu einem anhaltenden Hilfe- bzw. Pflegebedarf führen kann. Nur eine in diesem Sinne längerfristig beeinträchtigte Person kann Leistungen im Sinne des PVG erwarten. Die Spezifität von Pflege wird durch eine krankheitszentrierte Pflege überlagert, die sich auch in der Ausrichtung auf medizinische Ursachen (Krankheiten, Behinderungen) zeigt. Der Maßnahmenkatalog, welcher im Rahmen des PVG leistungsmäßig abgerechnet werden kann, läuft auf eine Grundsicherung hinaus.

Grandiose Pflegeziele bleiben in Anbetracht geringer Leistungsspielräume bei der Umsetzung präventiver, aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen wenig überzeugend. Weitergehende Maßnahmen, die eine beruflich-soziale Eingliederung, eine medizinische Rehabilitation und Krankenbehandlung u.a. betreffen, werden im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt. Solche Maßnahmen fallen in den Zuständigkeitsbereich anderer Rechts- bzw. Trägersysteme. Häufig gehen die Maßnahmen der Krankenbehandlung (§27 SGB V) bzw. medizinischen Rehabilitation (§11 Abs.2 SGB V) einer festgestellten Pflegebedürftigkeit zeitlich voraus. Erst wenn sich durch ärztliche Behandlung und Rehabilitation eine Hilfebedürftigkeit nicht beseitigen lässt, tritt in der Regel Pflegebedürftigkeit ein bzw. wird als solche gesetzlich anerkannt (vgl. Klie 1995; 120).

Das Rehabilitationsverständnis bleibt betont medizinisch orientiert. Die Vorrangigkeit von Prävention und Rehabilitation relativiert sich bei eingetretener Pflegebedürftigkeit. Eine altersgemäße, medizinische und pflegeunterstützte Rehabilitation ist eher auf Statussicherung, Verminderung und Verlangsamung von körperlich-geistigen Abbauprozessen ausgerichtet. Im Rahmen des PVG bestehen nur geringe Spielräume zur Umsetzung rehabilitativer Maßnahmen. Sie haben maximal unterstützenden Charakter. Eine ergänzende gerontopsychiatrische bzw. soziale Rehabilitation kann sich durch die Dominanz medizinischer Orientierungen kaum etablieren. Die Bedingungen und Möglichkeiten für eine differenzierte und altersbezogene Rehabilitation bleiben insgesamt begrenzt (ebenda; 66).

Der im §14 SGB XI festgeschriebene Pflegebedürftigkeitsbegriff bezieht sich, in Anlehnung an den WHO-Gesundheitsbegriff, auf Personen, die körperlich, geistig und seelisch krank bzw. behindert sind. Bei der Aufzählung, der für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit relevanten Krankheits- und Behinderungsgruppen, sind trotz ganzheitlicher Zielorientierungen primär körperliche Defizite maßgeblich. Pflegebedürftigkeit bezieht sich somit vorrangig auf Funktionsstörungen des Stütz- und

---

<sup>23</sup> Karotsch, D. (1995): Pflegequalität, In: Altenpflege Jg. 95/7; 467 f

Bewegungsapparates, der Sinnesorgane, des Zentralnervensystems und der inneren Organe (§ 14(1-3) SGB XI). Als Krankheiten bzw. Behinderungen werden aber auch endogene Psychosen, Neurosen und geistige Behinderungen ausdrücklich anerkannt (§14(3) SGB XI). Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich an der Fähigkeit, täglich wiederkehrende Verrichtungen selbst ausüben zu können oder nicht. Wer bei den Aktivitäten des täglichen Lebens dauerhaft bzw. für voraussichtlich mindestens sechs Monate im erheblichen oder höheren Maße Hilfe benötigt, kann Leistungen des SGB XI beanspruchen. Die bei den Verrichtungen des täglichen Lebens notwendigen Fähigkeiten sollen erhalten, entwickelt bzw. durch die Nutzung von Hilfsmitteln kompensiert werden. Die Übernahme der Verrichtungen in Abhängigkeit zur festgestellten Pflegebedürftigkeit soll mit aktivierender Pflege verbunden werden (vgl. §28 SGB XI).

Die Aufgaben des täglichen Lebens werden unter den Kategorien Mobilität, Hygiene, Ernährung, hauswirtschaftliche Versorgung und im weitesten Sinne Kommunikation zusammengefasst. Obwohl kommunikative Bedürfnisse von Hilfe- und Pflegebedürftigen anerkannt und bei der Pflege mit einbezogen werden sollen, finden diese bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit keine direkte Berücksichtigung. In der Begründung der Bundesregierung zum §14(4) SGB XI heißt es dazu: "Andere Bedarfsbereiche, z.B. Kommunikation, können keine eigenständige Berücksichtigung finden, da die Kommunikation für Gesunde, Kranke und Pflegebedürftige grundsätzlich in gleicher Weise notwendig und eine Abstufung daher nicht möglich ist". Eine ähnliche Verengung wird im Bereich der Mobilität sichtbar. Diese explizit im §14 (4) SGB XI genannte Kategorie wird auf Verrichtungen im Zusammenhang mit Körperpflege, Ernährung, hauswirtschaftlicher Versorgung, Stehen und Treppensteigen u.a. eingegrenzt. Insbesondere Hilfen im Bereich der Mobilität und der Kommunikation müssen für spezifische Gruppen von Pflegebedürftigen ausgeweitet werden<sup>24</sup>.

Die in allen Pflegestufen festgeschriebene Vorrangigkeit des pflegerischen Aufwandes gegenüber der hauswirtschaftlichen Versorgung leuchtet nicht ohne weiteres ein. Häufig ist der hauswirtschaftliche Bedarf größer und eine Hilfe in diesem Bereich für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Haushaltsführung bedeutsamer. Als kritische Masse wird der hauswirtschaftliche Bedarf nur unzureichend berücksichtigt. Die in diesem Bereich erforderlichen Leistungen können in einem tatsächlich abzurechnenden Umfang nicht erbracht werden. Eine qualitativ befriedigende hauswirtschaftliche Dienstleistung scheint von vorneherein ausgeschlossen (Klie 1995; 109).

Die Nachrangigkeit hauswirtschaftlicher Versorgung basiert auf dem Verständnis der ergänzenden Dienstleistung im Kontext noch vorhandener Selbstpflegefähigkeit bzw. aktivierbarer Nächstenpflegeysteme. Bei den „typischen“ Nutzern ambulanter Dienste, zumeist Hochbetagte, sind solche Potentiale oft nicht mehr ausreichend vorhanden. Selbstversorgung und eigenständige Haushaltsführung sind eingeschränkt.

Die Relevanz der hauswirtschaftlichen Versorgung bleibt somit für die Betroffenen selbst hoch. Eine erhebliche oder vollständige Fremdversorgung kann in diesem Bereich notwendig werden, d.h. Pflegedienste müssen dann substituierend und nicht mehr ergänzend tätig werden (ebenda; 108). Die betreuten Personen leben dann zwar noch in ihrer vertrauten Wohnung, aber in einem fremdgeführten Haushalt. Diese Form der individualisierten Versorgung wird möglicherweise zu einem brüchigen Vorteil gegenüber einer stationären Unterbringung im Pflegeheim (ebenda; 109).

Die mit der Pflegestufeneingruppierung verbundenen Einschätzungsverfahren werden schon in den Anfängen ihrer Anwendungspraxis kritisiert. Kernpunkte dieser Kritik beziehen sich auf die selektive Berücksichtigung und enge Ausgestaltung der Obliegenheiten des täglichen Lebens. Detaillierte Beschreibungen von notwendigen Verrichtungen im Sinne des PVG (z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen, Heizen etc.), die mit genauen Punktwerten von den Pflegediensten abgerechnet werden müssen, lassen individuelle Spielräume kaum zu. Die grobe Dreiteilung der Pflegestufen berücksichtigt unzureichend die individuellen Bedürfnislagen von Betroffenen.

Diese bevorzugen auf der einen Seite bestimmte Bedarfslagen, vernachlässigen aber auf der anderen Seite den spezifischen Bedarf in schwer typisierbaren Pflegesituationen. Die dadurch entstehende

---

<sup>24</sup> Klie, T.; Schmid, R. (1999): Das PVG ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein Erfolg- allerdings besteht Reformbedarf, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I/ Nr.2/99; 51

Spannung von typischen und weniger typischen Pflegesituationen ist für Betroffene z.T. diskriminierend. Tatsächlich erbrachte Dienstleistungen orientieren sich unzureichend an den prozesshaften Veränderungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Brüche und Diskontinuitäten sind im Pflegeprozess nicht zu vermeiden, können aber im Rahmen standardisierter Pflegeleistungen kaum aufgefangen werden. Individuell Abweichendes wird gewissermaßen abstrakt anonymisiert. Vorinterpretierte, als relevant eingekreiste Situationen tendieren dazu, die Individuen sozial unsichtbar zu machen (vgl. Sloterdijk 1983 (Bd. I); 36).

Die Verrechtlichung und Standardisierung von Pflegeleistungen kommen den subjektiven Entlastungserwartungen von pflegenden Angehörigen und Betroffenen nicht ausreichend genug entgegen. Die Gestaltungsoptionen für einen individuelleren Pflegemix bleiben eingengt. Der statische Pflegebegriff und die daran anschließenden Pflegebedürftigkeitsrichtlinien erfordern eine differenziertere Ausgestaltung.

### **4.3 Exkurs: Prozessuales Verständnis von Hilfe -und Pflege**

Kontrastiv zum statischen Pflegebedürftigkeitsverständnis im PVG knüpft das Modell der Krankheitsverlaufskurve an ein prozessuales Verständnis an. Prinzipiell besteht immer die Gefahr, dass Körperfunktionen durch Krankheit und oder Unfall zerstört oder vorübergehend beeinträchtigt werden können (Strauss/Corbin 1996; 386).

Grenzen, die durch beeinträchtigten Körper (Verstand/Psyche) gesetzt sind, können zu erfolglosen Verrichtungen führen, wobei die Kausalbezüge oft nicht so eindeutig (und für die Person wahrnehmbar sind). Belastungsgrenzen des Körpers können sich von einem Tag zum anderen verändern. (ebenda; 350) Der Grad und die Art der körperlichen Beeinträchtigung wirken auf den Verlaufskurvencharakter erfolgloser Verrichtungen ein.

Erfolgreiche Obliegenheiten können dagegen das Selbstkonzept der Betroffenen stärken, erfolglose wirken dagegen eher erodierend (ebenda; 349). Der Verlauf chronischer Krankheiten ähnelt einem Prozess, der phasenhaft zu einem mehr oder weniger starken Hilfe- und Pflegebedarf führt (ebenda, 113). Die aktuelle Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist zumeist Folge oder Merkmal einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen. Im höheren Alter, wo sich in Spätphasen der Erkrankungen, Beschwerden und funktionalen Einschränkungen eher potenzieren bzw. krisenhaft verschärfen, kann ein Wechsel von Akutphasen und beschwerdeärmeren Abschnitten nachgezeichnet werden. Phasen der relativen Stabilität werden durch Instabilitätsphasen abgelöst. Dabei stellen stabile Phasen zentrale Abschnitte im Prozessverlauf dar. In diesem Sinne sollen diese Abschnitte so lange wie möglich erhalten und abgesichert werden.

Die in Destabilisierungsphasen eingelagerten Krisenmomente verbinden sich mit Interventionsmustern, die Stabilität und Wohlbefinden wieder herstellen sollen. Die Fragilität eines neu zu bestimmenden Zustands der Stabilität bzw. Wohlbefindens unterliegt dann wieder Abbröckelungen. In diesem Licht entstehen Wechsel und Neuverortungen, die die Statik einer einmal festgestellten Hilfe- Pflegebedürftigkeit durchbrechen (ebenda, 113). Krisen werden in diesem Wahrnehmungskontext sichtbar und führen in der Regel zu einem direkten Bewältigungs- und Interventionsversuch.

Unterhalb eines akuten Krisenpegels gibt es in der häuslichen Sphäre ein zumeist unsichtbareres und unspektakulär bleibendes Abbröckeln, Kompensieren, Einbrechen und Wiederaufbauen im täglichen Leben von Hilfe- und Pflegebedürftigen (ebenda). Der Umgang mit diesen kleineren und häufig schleichenden Einbrüchen und Wiederaufrichtungen bleibt häufig sozial verborgen. Hier deuten sich potentielle Wahrnehmungslücken an.

## 4.4 Entwicklungsperspektiven des SGB XI

Aus einer problematisierenden Darstellung von Grundsätzen des SGB XI heraus können ausgewählte Entwicklungsperspektiven kenntlich gemacht werden

Entlang der zentralen Kernelemente lassen sich Implikationen und Effekte dieses Sicherungsrahmens markieren bzw. nachzeichnen.

Vorrangig soll es in diesem Zusammenhang um die Stützungseffekte im Bereich der familiären Pflege, Prozesse der Professionalisierung sowie die Auswirkungen der Marktorientierung im ambulanten Pflegesektor gehen.

### 4.4.1 Pflegende Angehörige und Vorrang der familiären Pflege

Beim Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit spielen Angehörige eine zentrale Rolle<sup>25</sup>. Entscheidend für die weitere Lebensgestaltung beim Auftreten gesundheitsbedingter Beeinträchtigungen ist nicht das Lebensalter, sondern letztlich das Vorhandensein oder Fehlen von Familienmitgliedern im Haushalt, im selben Haus oder in der näheren Wohnumgebung (vgl. Köther/Gnamm 1995; 68 f).

Die Hauptpflegepersonen sind zu rund drei Viertel Frauen, zumeist (in der Reihenfolge) Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter. Ein wachsender Anteil der Frauen (mittlere und höhere Jahrgänge) ist berufstätig, d.h. gerade für diese Frauen entstehen z.T. schwierige Doppelbelastungen. Nur noch 27% aller Beschäftigten haben "normale" Arbeitszeiten. Zunehmende Flexibilisierung der Arbeitszeit (Wochenend-, Schichtarbeit, "normale" verlängerte Arbeitszeit (Überstunden), Arbeit auf Abruf, Kurzarbeit. (vgl. Jurczyk/Rerrich 1993; 15-18).

Diese Flexibilität ist durchaus ambivalent zu betrachten, einerseits können dadurch bestimmte familiäre und kulturelle Systeme abgestützt werden, d.h. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird erleichtert, andererseits können diese Strukturen den Aufbau kontinuierlicher Beziehungen beeinträchtigen bzw. sogar verhindern (vgl. Brose/Wohrab-Sar 1993; 16).

Eine Vielzahl von Frauen gehört zur "Sandwich-Generation", d.h. die Pflichten gegenüber den eigenen Kindern sind beendet, aber es beginnen die neuen Pflichten gegenüber den Eltern und Schwiegereltern<sup>26</sup>. Diese Situation ist für die pflegenden Angehörigen auch mit Einschränkungen verbunden. Fragen des beruflichen Aus- und Wiedereinstieges, der Auf- und Ausbau einer eigenständigen sozialen Sicherung werden relevant. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bleibt ein thematischer Dauerbrenner<sup>27</sup>.

In diesem Thema steckt eine besondere Virulenz, sowohl interfamiliärer als auch sozialpolitischer Art<sup>28</sup>. Grundsätzlich besteht eine Inkongruenz zwischen der modernen Orientierung der komplementären Hilfeleistungen über professionelle Dienstleistungssysteme im Verbund mit familiären Hilfeleistungen und den realen Zuständen und Rollenzuweisungen in der Familie von Pflegebedürftigen.

---

<sup>25</sup> Die familiäre Hilfe gilt allgemein als die natürlichste Form der Altenhilfe (Köther/Gnamm 1995; 68).

<sup>26</sup> Von den heute 50-jährigen haben 69 von Hundert eine noch lebende Mutter (Schwarz 1994; 10).

<sup>27</sup> "Sind sie 55, dann sind ihre Mütter und Schwiegermütter. um 80 Jahre alt und können sich nicht mehr in allen Dingen selber helfen. erst im höchsten Alter werden (sie) von Familienpflichten freigestellt." (Schwarz 1994; 10).

<sup>28</sup> Solidarität zwischen den Generationen bedeutet auch Solidarität zwischen den Geschlechtern (vgl. Beck-Gernsheim 1994; 167). Inwieweit innerhalb der Familie arbeitsteilige, d.h. modernere, geschlechtsübergreifende Kooperationen entstehen, darüber weiß man sehr wenig. In der qualitativen Untersuchung von A. King und P. Chamberlayne werden familiär unterschiedliche Muster sichtbar. Da die Pflege von Angehörigen in der Regel von Frauen durchgeführt wird und die Rollenmuster der Frauen in Ost und West sich z.T. unterschiedlich entwickelt haben, lassen sich differierende Pflegestrategien aufzeigen. Die Hausfrauenrolle scheint beispielsweise weniger tradiert als im Westen. Die Pflege rund um die Familie ist in Westdeutschland traditionell selbstverständlicher als in den neuen Bundesländern (vgl. King/Chamberlayne 1995; 9). Ob diese Unterschiede eine gewisse Konsistenz behalten oder im Zuge sich angleichender Lebens- und Arbeitsverhältnisse in naher Zukunft verschwinden werden, lässt sich aus den bisherigen empirischen Untersuchungen nicht ableiten.

Die Absicht, die Pflege von Familienangehörigen zu übernehmen, ist sowohl von subjektiven als auch objektiven Faktoren abhängig. In diesem Geflecht spielen sowohl gewachsene Familienerwartungen, interfamiliäre Beschäftigungsmuster, das bestehende Netz an professionellen Dienstleistungen und nicht zuletzt auch die bestehende gesellschaftliche (Alters-)Ideologie eine Rolle. Welche subjektiven Pflegestrategien von Betroffenen und Familienangehörigen eingesetzt werden, ist sowohl von dem vorhandenen System der Unterstützung als auch von lebensgeschichtlich gewachsenen Einstellungs- und Anpassungsmustern abhängig<sup>29</sup>.

Im Bereich der Häuslichen Pflege stößt das PVG gerade dort auf hohe Zufriedenheit, wo Geldleistungen bezogen werden und Pflegebedürftige von in Haushalten mitlebenden Familienangehörigen (oder anderen Personen) Unterstützung finden. Eine geringere Zufriedenheit besteht bei prekären Netzwerkkonstellationen, in denen der Bezug von Sachleistungen auch deutlicher hervortritt. In Anlehnung an den skizzierten Wandel von Familienstrukturen zeigt sich die Begrenztheit des PVG gerade dort, wo sie auf moderne Lebensverhältnisse stößt. Die positiven Effekte des PVG entfalten sich am ehesten in traditionellen Familienstrukturen (mehrere Kinder, Mehrpersonenhaushalte, geringe Scheidungsrate, lange Wohndauer usw.). In diesem Sinne stützt das PVG eher traditionelle Familienformen, während Pflegearrangements in modernen bzw. prekären Familienkonstellationen defizitär und unflexibel bleiben.

So vorteilhaft familiäres und freiwilliges Engagement auch für die Hilfebedürftigen möglicherweise sein kann, scheint der Rahmen für eine „neue Kultur des Helfens“ unbefriedigend zu sein (Klie 1995; 14).

Da ein Großteil der Pflege über die Familien der Pflegebedürftigen abgesichert wird, sind die finanziellen Leistungen für pflegende Angehörige zu gering. Das Pflegegeld (§37 SGB XI) und die schmalen, von den Pflegekassen gezahlten Rentenversicherungsbeiträge (§ 44 SGB XI) für pflegende Angehörige, stellen keine ausreichende soziale Absicherung dar und machen bei der angespannten Arbeitsmarktsituation, mit unsicheren Erwerbsperspektiven, eine Entscheidung der Angehörigen zur Nächstenpflege zum Dilemma.

Die Bereitschaft zur Nächstenpflege kann insgesamt nicht losgelöst von unsicheren Arbeitsmarktlagen betrachtet werden. In diesem Sinne wird auch durch die zunehmende Arbeitslosigkeit von Frauen eine familiäre Bereitschaft zur häuslichen Pflege stimuliert. Nächstenpflege bietet im Einzelfall die Möglichkeit, sich dem angespannten Arbeitsmarkt zu entziehen. Das Betreuungsengagement der Angehörigen kann u.a. in Verbindung mit Überbrückungs-, Ausweich- und Absicherungsarrangements betrachtet werden.

Eine weitgehend familiär erbrachte Pflege kann darüber hinaus zu erheblichen Betreuungsbelastungen führen. Bei der selbstverständlichen Inanspruchnahme von informellen Pflegeressourcen sollen ergänzend dazu auch betreuungsbegleitende Angebote über die ambulanten Pflegedienste angeboten werden.

Ein solches Pflegeverständnis bleibt im praktischen Sinne weitgehend unausgefüllt. Die Unterstützung und Begleitung von Nächstenpflegepersonen gerät aus dem Blick. Psychosoziale Kosten pflegender Angehöriger werden bisher kaum aufgefangen. Die z.T. enorme Beanspruchung von Angehörigen bleibt weitgehend unsichtbar. Ob das unter Umständen bis zu 24 Stunden-Gefordertsein durchgehalten werden kann, ist entscheidend dafür, ob Pflegebedürftige zu Hause betreut werden oder nicht. Aus diesen Erfahrungen heraus wird auch die Begleitung und Pflege der Angehörigen immer wichtiger (Köther/Gnam 1995; 86).

Dass auf traditionelle Versorgungszusammenhänge immer weniger zurückgegriffen werden kann, scheint nur bedingt richtig zu sein<sup>30</sup>. In der Regel werden traditionelle familiäre Hilfemuster in der

---

<sup>29</sup> Entlang dieser abstrakten und erst einmal wenig aussagekräftigen "Behauptungen" lassen sich z.B. folgende Grundsatzfragen formulieren. Wie passt die Absicht, einen Familienangehörigen zu pflegen mit dem bestehenden System von Hilfen zusammen?/Was unternehmen Pflegende, um Unterstützung zu bekommen?/Welche Unterstützung erhalten Sie von privater (interfamiliärer) Seite?/Aus welchen Beweggründen werden externe Unterstützungssysteme abgelehnt? Welche Hilfeerwartungen haben die Betroffenen selbst und welchen Einfluss haben diese auf die Organisation von öffentlichen und privaten Hilfen?

<sup>30</sup> Die u.a. von U.-Beck (1986) beschriebenen Individualisierungstendenzen in modernen Gesellschaften, die aus seiner Sicht zur Freisetzung aus traditionellen Sozialformen und Versorgungssicherheiten führen können, begünstigen standardisierte und

Pflege nach wie vor aktiviert. Die Erwartung, dass die Angehörigen die Pflege hauptsächlich tragen, ist mehr oder weniger stark verinnerlicht und wird bei eintretender Bedürftigkeit auch wirksam. Die Familie ist im traditionellen Rollenleitbild vor allem der Zuständigkeitsbereich der Frau. Bei allen Aufweichungen wirken private Rollenzuweisungen gegenüber Frauen noch sehr stark.

Ein etabliertes Betrachtungsmuster ist die Vorstellung, dass soziale Dienstleistungen einen Ersatz für nicht mehr ausreichende bzw. fehlende familiäre (informelle) Unterstützung sind. Stellvertretend für diese Auffassung steht das von Cantor (1979) entwickelte "hierarchische Kompensationsmodell". Dieses Modell geht von einer Rangfolge von Hilfeleistungen aus. Nach diesem Modell ist in erster Instanz der Betroffene selbst bzw. die Kernfamilie verantwortlich<sup>31</sup>. Erst in letzter Verantwortung greifen formelle Unterstützungssysteme wie medizinische bzw. soziale Dienste (vgl. Brandenburg 1998; 5). Dieses Modell knüpft an kulturell gewachsene gesellschaftliche Leitbilder an. Die gegenüber der Familie bestehenden Außenerwartungen treffen sich mit den internen Familienerwartungen. Untersuchungen zeigen, dass der Ehepartner bzw. die eigenen Kinder die primären Unterstützungsressourcen für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen darstellen. Formelle Hilfen von außen anzunehmen, wenn zumindest formal gesehen intakte familiäre Unterstützungsressourcen bestehen, gilt familienintern häufig als Makel bzw. Tabubruch. Der Solidarität innerhalb der Familie, gerade in Krisensituationen (z.B. der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. zunehmende Hilfebedürftigkeit), wird gegenüber einer Fremdhilfe von außen der Vorzug gegeben. Insbesondere die Frage, welche Möglichkeiten jenseits der traditionellen Familienpflege zur Unterstützung und Betreuung bestehen bzw. wie diese weiterentwickelt werden müssen, wenn die alten Unterstützungsmuster nicht mehr funktionieren, bleibt perspektivisch gesehen brisant (vgl. Beck-Gernsheim 1994; 165).

#### 4.4.2 Tätigkeitsbezogene Aufspaltung und qualifikatorische Domänisierung im Ramen des Pflegeversicherungsgesetzes

Das Berufsgruppenkonzept des SGB XI bezieht sich primär auf die Gruppe der Pflegenden. Die Durchsetzung professioneller Pflege über ausreichendes Fachpersonal sieht beispielsweise im stationären Pflegebereich einen Prozentsatz von 50%, im Verhältnis von Fachkraft/Hilfskraft vor<sup>32</sup>. Im ambulanten Bereich muss lediglich eine Pflegefachkraft der Einrichtung vorstehen<sup>33</sup>. Parallel zu diesen Regelungen hat die Ausweitung des Pflegemanagement mit Zielorientierungen, individuellen

---

individualisierte Versorgungsmuster bei entsprechenden Individuallagen (z.B. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit). Für Menschen, die aufgrund ihrer Situation vermehrt von institutioneller Hilfe bzw. professioneller Hilfe abhängig werden, ist der Verlust an menschlicher Nähe bzw. Lebensqualität in der Tat einschneidend. Die soziologisch geprägte Modernisierungsdiskussion operiert aus meiner Sicht mit einer sehr dynamischen und leistungsbezogenen Terminologie, die bezogen auf die (gegenwärtigen) Phänomene von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter auch Grenzen hat. Der von Beck mit dem Begriff der "Risikogesellschaft" (1986) markant formulierte Zusammenhang von Individualisierung, gesellschaftlicher Modernisierung und biographischen Risiken und die sich daran anknüpfenden Theorien einer so genannten "inszenierten Solidarität" (Rauschenbach 1994) bzw. einer "Solidarität unter Fremden" (Brunkhorst 1996) sind ernstzunehmende Beschreibungen der gesellschaftlichen Wirklichkeit, sollten aber bezogen auf die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht überbetont werden.

<sup>31</sup> Diese Vorstellung knüpft u.a. an das von Oevermann entwickelte professionelle Kompetenzverständnis an. Das autonome, mit sich selbst identische Subjekt kann seine Handlungsprobleme normalerweise eigenständig und unter Wahrung seiner Identität lösen. Erst wenn die Kompetenz zur praktischen Problemlösung, zur zukunftsorientierten Planung und zur Selbstreflexion eingeschränkt ist, wird die Nachfrage nach "Fremden" mit beruflichen Kompetenzen relevant (Olbrich 1999; 31). Das in unserer Kultur gewachsene Subsidiaritätsverständnis, die Hierarchie zwischen eigenständigen, informellen und formellen Diensten, schimmert auch hier mehr oder weniger sichtbar durch. Das Verhältnis von bestehenden Ressourcen und den in der Situation gestellten Anforderungen offenbart das Potential an Kompetenzen. Kompetenzen ergeben sich nach E. Olbrich (1999) aus einem Komplex von Funktionen, Einstellungen, Zielen und Verhaltensformen, die in einer Lebenssituation Transaktionen zwischen Umwelt und Person erforderlich machen. Die Selbständigkeit der Lebensführung konstituiert ein gesellschaftliches und persönliches Anspruchsniveau, das in seinem Zusammenwirken betrachtet werden muss. Ein solches Paradigma setzt einzelne Komponenten nicht einfach nur rational zu einem Ganzen zusammen, sondern lässt auch Raum für das nicht rational Erklärbare im menschlichen Handeln (ebenda; 31).

<sup>32</sup> vgl. Sonnenberg (1995): Verluste, In: *Altenpflege* JG-95/4; 67

<sup>33</sup> Klie, T.; Schmid, R. (1999): Das PVG ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein Erfolg- allerdings besteht Reformbedarf, In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* I/ Nr.2/99; 51

Pflegeplänen und einer Reklamation bestimmter Domänen für die Übernahme von Verrichtungen durch Pflegefachkräfte Professionalisierungseffekte ausgelöst. Die Reduzierung des Anteils an medizinpflegerisch qualifizierten Pflegekräften, insbesondere in der häuslichen Pflege, wird durch Leistungsreduzierungen und Verlagerungen von Leistungen aus der Krankenversicherung (SGB V) in die Pflegeversicherung (SGB XI) befördert. Durch die finanziell ungünstigeren Umverteilungen in den SGB XI-Bereich können die hohen Personalkosten bei qualifizierten Pflegekräften nicht mehr in dem Maße abgesichert werden. Kostenverlagerungen und Leistungskürzungen führen zu niedrigeren Preisabschlüssen. Die Kostenträger unterscheiden in bestimmten Leistungsbereichen nicht, ob diese von einer angelernten Hausfrau erbracht werden können oder eine examinierte Pflegekraft verlangen. Das in Preiskatalogen verankerte Preisgefüge erscheint aus der Unternehmerperspektive bzw. Trägersicht zu wenig ausdifferenziert, da die qualifikatorische Zuordnung von Tätigkeiten ungenau bleibt (Eisenbart 2000; 118). Gerade in der häuslichen Pflege besteht ein tätigkeitsüberlappendes Nebeneinander von Pflegefachkräften und Nichtfachkräften. Nur durch Diversifikation kann das Marktsegment Hauspflege erschlossen werden (ebenda; 116). Das examinierte Pflegepersonal ist in der Konsequenz geringer ausgelastet, d.h. muss tendenziell abgebaut werden, um wirtschaftlich zu überleben.

Darüber hinaus lassen sich durch die geringen Leistungsbezüge bei der Grundpflege nichtabrechenbare Tätigkeiten kaum mehr finanzieren (ebenda; 120). Ein enger Abrechnungsrahmen führt dazu, bestimmte Leistungskomplexe abzulehnen bzw. innerhalb der vorgegebenen Zeit beschleunigter zu arbeiten. Es etabliert sich eine Pflege im Eilschritt, d.h. tendenziell werden immer mehr Pflegeeinsätze in die gleiche Zeit gepresst. Der vorgeschriebene Charakter der Arbeit korrespondiert mit stärkeren Zeitkontrollen. Diese Entwicklung kennzeichnet sich auflösende Spielräume in der Pflege. Damit verbundene Abkürzungs- bzw. Ausblendungsstrategien führen zu qualifikatorischen Rückschritten sowie zu Autonomieverlusten der beruflich Pflegenden. Da tendenziell der Anteil an aufwendig zu pflegenden Personen zunimmt, wird es schwieriger, diese innerhalb der Vorgabezeit zu versorgen. Der Zeitausgleich über weniger stark Pflegebedürftige oder „hauswirtschaftstypische Patienten“ gelingt immer weniger (Eisenbart 2000; 124).

Pflegefälle mit einem negativen Deckungsbetrag zu versorgen kann nur noch in einem geringen Umfang ausgeglichen werden. Zeitaufwendige Pflegearrangements, wie z.B. von dementiell Erkrankten oder chronisch schwerkranken Menschen, ist wirtschaftlich betrachtet unattraktiv. Der Profit wird eher über die Zeit erwirtschaftet, die man nicht direkt am Pflegebett ist (Eisenbart 2000; 142). Die handlungsleitende Frage nach dem, was der Patient notwendigerweise braucht, wird durch den Zwang zur wirtschaftlichen Pflege unterminiert.

Die stärkere rechtliche und finanzielle Aufteilung in Behandlungs- und Grundpflege bzw. abrechenbare und nichtabrechenbare Pflegeleistungen markiert zugleich eine Verengung des Tätigkeitsprofils. Professionelle Pflegefachkräfte und zugelassene Dienste stehen zu dem unter stärkeren Legitimationsdruck, d.h. sie müssen die Hilfe- und Pflegebedürftigen davon überzeugen, dass sie eine qualitativ bessere Pflege bieten können, als Nichtfachkräfte bzw. nicht zugelassene Dienste (vgl. Klie 1995; 32).

Die Hierarchisierung von Wissen und Qualifikation wird z.T. ungewöhnlich modifiziert. Ungewöhnlich deshalb, weil eine qualitativ anspruchsvolle Pflege nicht mehr ausschließlich an die „hohe“ Qualifikation von Pflegenden gebunden wird. Nicht die Aufhebung hierarchisierender Wissensbestände (medizinisches, krankenschwägerisches, hauswirtschaftliches Wissen) scheint das Ziel, sondern die differenzierte Zuordnung, wo höhere Qualifikationen notwendigerweise gebraucht werden und wo nicht. Während sie bei der Beurteilung von Pflegenotwendigkeit, Erstellung von Pflegediagnosen und Pflegeplanung als notwendig gelten, können andere Maßnahmen an weniger qualifizierte Mitarbeiterinnen delegiert werden (Eisenbart 2000; 93). Der in der Altenpflege typische Tätigkeitsmix gerät über diese segmentierenden Zuordnungen aus dem Blick. Tendenziell wird dadurch eine stärkere tätigkeitsbezogene Aufspaltung und qualifikatorische Domänisierung erreicht. Daran anschließend erfolgt auch eine Unterscheidung in ausführende und darstellende berufliche Akteure. Die Pflegekräfte, welche ihr Handeln darstellen, dokumentieren, beweisbar und

abrechenbar machen, repräsentieren einen bestimmten Typus von professionell Pflegenden, der sich vom selbstverständlichen Helfen und Dasein für Andere heraushebt. Dieser aus dem Tun herausgelöste Prozess wird als professionelle Handlung markiert, die sowohl Pflgetätigkeiten als auch Pflegende selbst aufwertet<sup>34</sup>.

#### **4.5 Exkurs: Marktorientierungen und Anbieterkonkurrenz. Gesamtdeutsche Auswirkungen des SGB XI auf die ambulante Pflege**

Die nachhaltigen Veränderungen im ambulanten Pflegesektor hängen eng mit den im PVG verbundenen Marktelementen zusammen. Das PVG folgt dem Konzept der Wettbewerbsneutralität und Marktöffnung. Dadurch sind einschneidende Marktelemente in die Pflege eingeführt worden. Es ist kein konsequent realisiertes Marktmodell, aber der Pflegebedürftige hat theoretisch die Freiheit der Wahl zwischen unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen. Vor dem Hintergrund eines ökonomisch geprägten Versorgungsverständnisses kann ein freier Anbietermarkt scheinbar am besten die Bedürfnisse der Nachfrager befriedigen.

Der ausgelöste Anbieterwettbewerb ist gewollt. Durch die auch im PVG festgeschriebene Pluralität von Diensten wird der Trend zum Wettbewerb stimuliert. Über diese Marktöffnung wird eine Forcierung der pflegerischen Infrastruktur angestrebt. Die wachsende Nachfrage nach häuslicher Pflege und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen bei den Pflegediensten erfordert einen Ausbau des ambulanten Pflegesektors<sup>35</sup>. Eine streng bedarfsorientierte Zulassung von Diensten ist im SGB XI nicht vorgesehen. Die vom Bundesgesetzgeber intendierte Deregulierung des Pflegesektors spiegelt sich in den kommunalen Rückzugsbewegungen bei der Förderung und Planung der ambulanten Pflege wider. Von einem staatlich organisierten Pflegesektor mit Wahrung des Sicherstellungsauftrages kann insgesamt nicht mehr ausgegangen werden. Es existiert ein Pflegemarkt mit kapitalistischen Analogien und Anpassungsmechanismen.

Die Pflegeversicherung wird aus liberal makroökonomischer Perspektive zu einer Art Meilenstein auf dem Weg zur Ökonomisierung der Pflege. Pflegeeinrichtungen müssen sich durch die Marktöffnung zu konkurrenzfähigen Unternehmen entwickeln (Eisenbart 2000; 82). Das forcierte Einbeziehen dieses Bereiches in den kapitalistischen Verwertungsprozess markiert eine erstaunliche Entwicklung. Marktprinzipien ersetzen sukzessive das subventionierte Abstützen von Pflegeanbietern.

In dieser Argumentation führt die Einführung der Pflegeversicherung zum Systemwechsel für die Freie Wohlfahrtspflege. Das System der staatlichen Einflussnahme und Förderung wird durch die Ära der selbständig, marktwirtschaftlich organisierten Pflegedienste abgelöst (Eisenbart 2000: 79-98).

Der gesetzlich verankerte Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege wurde über das PVG aufgehoben. (vgl. §11 Abs.2 SGB XI). Sozialstationen werden der Konkurrenz privater Dienste gleichgestellt (Eisenbart 2000; 67). Sie werden damit zu Teilnehmern am freien Markt<sup>36</sup>.

Der durch Anbieterkonkurrenz und schärferen Wettbewerb gekennzeichnete Pflegemarkt setzt die Träger von Sozialstationen einem zunehmenden funktionellen Anpassungsdruck aus. Die Öffnung für marktwirtschaftliche Denk- und Verhaltensweisen wird zur Überlebensbedingung für alle Pflegeeinrichtungen. Ab dem 1.04.1995 wurden Sozialstationen als eigenständige wirtschaftliche Einheiten definiert, die ihre Aufgaben durch Einnahmen decken müssen (Eisenbart 2000; 96).

---

<sup>34</sup> Mayer-Kriechbau, Waltraud (1996): Altenpflegeausbildung und Pflegeversicherung, In: Ev. Impulse, Jg. 96/ H.4; 35-37

<sup>35</sup> Teichmann, A. (1996): Die Bedeutung der Pflegeversicherung für die stationäre Pflege, In: Ev. Impulse. Forum für Gerontologie Geriatrie Pflege Altenarbeit, Jg. 96/, H. 2; 8 f

<sup>36</sup> dazu u.a. Backhaus-Maul (1996): Trägerkonkurrenz und Wirtschaftlichkeitsmaximen im Sozialsektor, In: Nachrichtendienst (NDV) des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge -Jg. 96/9 ; 28 ff

Bisherige Verfahrensabläufe und Gewohnheiten müssen wirtschaftlich genauer in Blick genommen werden.

Auch für die Sozialstation in den alten Bundesländern bedeutet das einen Traditionsbruch. Die Aufhebung der Sonderstellung der Sozialstationen bzw. der Verbände, der vermehrten Zulassung von Pflegediensten über den Bedarf hinaus, und die anvisierte Freigabe der Preise, schuf eine ungewohnte Konkurrenzsituation (ebenda; 61).

Diese über das PVG beförderte Entwicklung macht den ambulanten Pflegesektor für neue Gruppen von Marktteilnehmern attraktiv. So gibt es u. a. Meldungen von Ärzten, Krankenhäusern und sogar Pharmakonzernen, die ambulante Dienste gründen wollen (Schmidt 1996; 1-3). Auch die Pflegekassen selbst wollen z.T. ambulante Dienste installieren (Eisenbart 200, 81).

Über Niedrigpreise versuchen immer mehr private Dienste auf den Markt zu kommen. Unterstützt werden diese Unterbietungstendenzen auch durch die Politik der Kranken- und Pflegekassen. Sie erhalten durch die Anbieterkonkurrenz einen deutlichen Machtzuwachs und entwickeln auf dieser Basis Handlungsstrategien, die in der Konsequenz zu Leistungsverlagerungen und Preissenkungen führen.

Im Vergleich zum abnehmenden Prestige der Sozialstationen hat die Akzeptanz von privaten Anbietern bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen zugenommen. Dieser Vertrauenszuwachs hängt u.a. mit den unerfüllten Erwartungen gegenüber dem System der Sozialstationen zusammen (Eisenbart 2000; 68). Private Dienste erweisen sich im Kontext von enger werden Rahmenbedingungen oft als flexibler, d.h. passen sich z.T. schneller an verändernde Bedingungen bzw. Betreuungsanforderungen an.

Durch das Zurückfahren öffentlicher Gelder und der im Zuge der Einführung des PVG forcierten Wettbewerbsöffnung befinden sich Sozialstationen in einer grundlegenden Krise. Vor dem Hintergrund ihrer Entstehungsgeschichte lassen sie sich eher zögerlich auf Marktentwicklungen ein. Unternehmerisches Handeln kann sich in Vereinen scheinbar nur schwer etablieren. Marktwirtschaftliche Denk- und Verhaltensweisen finden sich aber zunehmend auch in verbandspolitischen Diskursen wider. Das ungewohnte und sperrige Marktvokabular tritt in diesem Kontext deutlicher hervor. Dabei kommt es z.T. zu überschießenden Integrationseffekten.

Die unternehmerische Mobilmachung von Sozialstationen der Freien Wohlfahrtspflege wird durch die Rahmenbedingungen des Pflegeversicherungsgesetzes forciert.

Damit verbundene organisatorische Voraussetzungen beziehen sich u.a. auf die Abgrenzung von der traditionellen Gemeindekrankenpflege und Pflegedienstleistungen nach dem neuen PVG, in einem nach Fachlichkeit differenzierten Personaleinsatz und der eigenständigen Erwirtschaftung von kostendeckenden Einnahmen aus der Gemeindekrankenpflege und dem Pflegeversicherungsgesetz (Eisenbart 2000; 85).

Sozialstationen sind einem fundamentalen organisatorischen Wandel unterworfen. Im Rückblick lassen sich Umbrüche markieren, die das Gesicht der Sozialstationen verändern. Ausgehend von der traditionell kirchlich autonomen Gemeindekrankenpflege hin zu parastaatlich bzw. staatlich organisierten Formen der häuslichen Pflege entwickeln sich Sozialstationen tendenziell zu eher marktwirtschaftlich organisierten Pflegediensten. Dieser Transformationsprozess markiert zugleich Traditionsbrüche welche möglicherweise auch das Ende der Organisationsform Sozialstation anzeigen (Eisenbart 2000; 95-98).

Was das u.a. für den einzelnen, beruflich Pflegenden/Pflegende bedeutet, d.h. wie sie diesen Wandel bewältigen bzw. verarbeiten ist in der Fachliteratur kaum bearbeitet. Insbesondere diese Perspektive markiert eine wesentliche Ausrichtung der hier vorliegenden Untersuchung.

## Kapitel III: Verortung von Altenpflege. Zwischen normativen Handlungsorientierungen, Verberuflichung und Profession

Die durch Modernisierungsprozesse ausgelöste strukturelle Umorganisation von Pflege hat zu einem veränderten Berufsbild in der Pflege beigetragen. Ein solcher Prozess kann auch über den Wandel von unterschiedlich akzentuierten Leitbildern in der Pflege nachgezeichnet werden. In diesem Sinne geht es darum, mögliche Verbindungs- und Trennlinien zwischen sozialen Leitbildern und pflegebezogenen Leitbildern aufzuzeigen.

Pflege bewegt sich in einem normativ aufgeladenen Bereich, d.h. in pflegerischen Leitbildern werden (tendenziell) Visionen sichtbar, die eine über den alltäglichen Pflegehorizont hinausgehende, wünschenswerte Pflegevorstellung skizzieren.

Dabei geht es zunächst um die Rekonstruktion und Einordnung von kollektiv institutionalisierten Leitbildern.

Die weitreichenden Verschränkungen und Trennlinien zwischen Medizin und Pflege können ausschnitthaft über professionssoziologische Vorstellungen, pflegewissenschaftliche Theorien und Modelle beruflichen Handelns nachgezeichnet werden.

In diesem Kontext geht es auch um eine mögliche Verortung von Pflege innerhalb des Systems der Berufe und Professionen.

### **1. Handlungsfeldbezogene Leitbilder**

#### **1.1 Allgemeine Einordnung des Leitbildbegriffs**

Allgemein können Soziale Leitbilder als übergeordnete Handlungskonzepte verstanden werden, die unterschiedliche Herrschaftsansprüche und Normen vertreten und andererseits Ausdruck bestimmter Geschichtsphasen bzw. eines sozialen Wandels sind (vgl. Hummel 1988; 19 f).

Geltungsformen unterliegen historischen Wandlungen, d.h. sie sind gewissermaßen nur aus dem historischen Sein heraus formulierbar und verstehbar (Mannheim 1995; 72).

In Anlehnung an K. Mannheim (1995) können soziale Leitbilder durch utopische, konservative und ideologische Bewußtseinsinhalte bestimmt werden.

Utopien sind ideale Gegenbilder, in denen gedanklich Sollvorstellungen über das gegenwärtig „Zuständliche“ entworfen werden (Mannheim 1995; 173). Sie beinhalten eine Kritik dessen, was ist.

Die Entdeckung der Bedeutung der Vergangenheit, in der die tragenden Werte des Seins gezeugt wurden, sind charakterisiert das konservative Zeiterleben. Im Rahmen des konservativen Bewusstseinsfeldes wird die umgebende Realsituation primär nicht zum Gegenstand theoretischer Reflexion (vgl. Mannheim 1995; 199-204).

Ideologien beinhalten de facto Ideen, die niemals zur Verwirklichung gelangen. In der Bilanz bleiben eindeutige Leitbilder (Ideologien) problematisch, insbesondere dann, wenn sie eine unkritische Eindeutigkeit und missionarische Dominanz entfalten und rechthaberisch mit Objektivitäts- bzw. Wahrheitsansprüchen versehen werden (vgl. Mannheim 1995; 171 f).

Auf der Leitbild- und Handlungsebene kommt man ohne Verabsolutierungen und Selbsthypostatisierungen nicht aus (Mannheim 1995; 76). Diese können aber immer wieder relativiert, aufgeweicht und rückgängig gemacht werden<sup>1</sup>.

Vor dem Hintergrund dieser verknüpft dargestellten sozialphilosophischen Folie können unterschiedliche Dimensionen von Leitbildern in der Pflege in ihren Entwicklungslinien nachgezeichnet werden.

## 1.2 Leitbilder in der Pflege

Unterschiedliche Dimensionen von Leitbildern in der Pflege sind für die Markierung spezifischer struktureller Rahmenbedingungen und Entwicklungslinien hilfreich. In Bezug auf die Professionalisierung sozialpflegerischer Berufe bieten sie zusätzliche Erklärungsfolien. Professionelle Praxis bewegt sich zwischen verschiedenen Welten<sup>2</sup>. In der kritischen Reflexion bzw. Nachzeichnung von unterschiedlichen Leitbilddiskursen liegt die Chance, begünstigende bzw. verhindernde Momente von professioneller Pflege kenntlich zu machen<sup>3</sup>.

Pflegeleitbilder orientieren sich stark an Welt- und Geistesanschauungen und weniger an sozialen Tatsachen (vgl. Mollenhauer 1987; 5). Die Entwicklung der Altenpflege hat sich nicht nur aus einem realen Problemdruck heraus konstituiert. Kulturelle Faktoren prägen die Definitionen von Alter und die damit zusammenhängenden Probleme und Maßnahmen (vgl. Baumgartl 1997; 9). Die sich im gesellschaftlichen Wandel verschiebenden Normen und Altersbilder konstituieren Normalitätsvorstellungen, auf deren Basis Defizite abgeleitet werden können. In diesem Verständnis beeinflussen Altersbilder als soziale Stereotype die Problemwahrnehmungen und die Problemlösungen und haben einen Einfluss darauf, welche Problembereiche betont und welche ausgeblendet werden. Je nachdem, ob im Zentrum gesellschaftlich relevanter Altersbilder eher Defizit- oder Kompetenzvorstellungen vom Alter dominieren, kann sich auch die Altenhilfe in diese Richtung bewegen. Eine soziale Umdefinition bzw. Verschiebung der Problemlagen ist somit nicht ausgeschlossen (ebenda, S.11).

Pflegebezogene Leitbilder sind keine Utopien im Sinne von Mannheim. Sie erfassen tendenziell nicht die gesamte Breite des Bewusstseins. Sie sind, wenn überhaupt, ein lebendiger Inhalt unter vielen. Ein innerer Zusammenhang zwischen Denken, Handeln und Fühlen auf der Basis eines durchdringenden Leitbildes scheint überdehnt (ebenda; 182)<sup>4</sup>.

Die Leitbildkonstruktion bietet aber in diesem Zusammenhang so etwas wie eine Gestalt bzw. Rahmen, wo einzelne Elemente verortet werden können (ebenda; 183)<sup>5</sup>.

Sie stellt darüber hinaus den Versuch dar, einen spezifischen Wertehorizont zu skizzieren.

In pflegerischen Leitbildern werden zum Teil Visionen entworfen, die eine über den alltäglichen Pflegehorizont hinausgehende, wünschenswerte Pflegevorstellung skizzieren.

---

<sup>1</sup> Diese Vieldeutigkeit und Transparenz soll somit nicht in einem Bild erstarren. Das sich Anpreisen und Erheben durch Absolutheiten ist bedenklich. Absolutierungen werden zu einem Verdeckungsinstrument des Alltags, der durchaus bei sich bleiben möchte (Mannheim 1995; 78).

<sup>2</sup> In diesem Sinne kann professionelles Handeln m. E. nicht nur über die Untersuchung von Ausbildungszusammenhängen (Qualität der Ausbildung) oder biographieanalytischen Inblicknahmen von beruflich Pflegenden erfolgen.

<sup>3</sup> Altenpflege bewegt sich in einem vorgegebenen kulturspezifischen gesellschaftlichen Rahmen. Dieser wird in einer pluralistischen Gesellschaft durch unterschiedliche, teilweise sogar gegensätzlichen Werte und Normen geprägt. Trotz dieser Diffusität konstituieren sich (struktur-) prägende Erwartungen gegenüber den alten Menschen, der Altenarbeit und die einzelne Pflegefachkraft (B. Heisterkamp, U Pfäfflin-Wagner, Erika Stempfle, Els Voget-Overeem (1994): Ein Modell der Altenpflege; 104).

<sup>4</sup> In diesem Sinne muss die ursprüngliche Fragestellung meiner Untersuchung, die doch stark von der Vorannahme zehrte, dass Leitbilder in der Pflege ein wesentliches Fundament sozialen Handelns sind, auf dieser Ebene bereits eingeschränkt werden. Ein solch durchgehender Zusammenhang lässt sich als Ausgangspunkt nicht aufrechterhalten, d.h. ein sich darum bemüher Nachweis wäre eher seinsverdeckend.

<sup>5</sup> Im Einzelement des Sozialen ist das Ganze enthalten. Die Bereitschaft zur Synthese darf nach Mannheim nicht aufgegeben werden, und sei es nur als ein ordnender Gesichtspunkt, um an die Stoffmassen heranzugehen (K. Mannheim 1995; 217).

Dieses Element des "Noch-Nicht-Sein", ist eher ein philosophisches als ein empirisches Arbeitsgebiet (Bloch 1996; 94). In diesem Sinne greifen visionäre Leitbilder abstrakt über die Wirklichkeit hinaus und stellen einen Kontrast zum "faktizistischen Kriechen" her (ebenda). Das Faktische kann an (Leitbild-)Ideen gemessen bzw. auf dessen Grundlage kritisiert werden (ebenda; 97).

Die in Leitbildern und Visionen zum Ausdruck kommenden Vorstellungen bilden möglicherweise ein emanzipatorisches Potential, welches bestehende Verhältnisse gegenwirklich kontrastiert (M. Frank 1993; 571 f).

Dabei muss nach Bloch das Erwünschte noch erfahrbar sein, d.h., Leitbilder dürfen nicht zu weit, zu unerreichbar, abgesteckt werden, da sonst der unmittelbare Bezug zur Alltagswelt verloren zu gehen droht (Bloch 1996; 97 f). Leitbilder sollen sowohl den Kontakt nach "oben" als auch die Bodenhaftung nach „unten“ nicht verlieren. Eine zu radikale Abgrenzung von der Welt des Seienden, im Sinne einer übertriebenen Transzendenz, kann zu einem leeren Leitbild ohne Bodenhaftung führen (vgl. Mayer-Drawe 1990; 64 f). Leitbilder, die den Tagesfragen fremd überlegen sind, können Sinnfragen stimulieren helfen, bleiben aber letztendlich ohne unmittelbare Relevanz (Bloch 1996; 98).

Auf der Grundlage präambelhaft verdichteten Grundaussagen sind Leitlinien "tauglich", insofern sie Handlungsmöglichkeiten zur Verwirklichung aufzeigen und darüber hinaus auch organisatorisch (bauliche Gestaltung, sachliche und personelle Ausstattung u.a.) abgesichert werden können.

Im utopischen Sinne sind Leitbilder ihrer Zeit eher negativ verbunden, können aber im konservativen Sinne auch rechtfertigenden, legitimierenden Charakter einnehmen. Der in Leitbildern sichtbare Utopismus ist mit der vorhandenen Welt verbunden.

Das völlige Fehlen eines "utopischen Humanismus" in der Pflegepraxis assoziiert eher eine Kritik am Vorhandenen, als dass es ein spezifisches Leitbild durch das abwertende Wort utopisch diskreditiert (ebenda). So können Visionen durch die Macht des Seienden leicht widerlegt werden. Daraus eine prinzipielle Ablehnung von Leitbildkonzepten abzuleiten, erscheint zu voreilig. Teleologische Orientierungen im Sinne eines "Wohin" und "Wozu" können Antizipationen von humaner Pflege begünstigen. Ohne Leitbilder als "utopisches Totem" dominiert die Normativität des Faktischen bzw. das Einverständnis mit der bestehenden Wirklichkeit, welche "erst recht die Menschen verheizt" (Bloch 1996; 98 f)<sup>6</sup>. Die unterstellte Zukunftsdimension in sozialen Leitbildern ist an positive Affektbesetzungen geknüpft, um in die Realität transferiert werden zu können (Ciompi 1988; 247).

Negative Affektbesetzungen, in Bezug auf ein spezifisches pflegerisches Leitbild, behindern deren Umsetzung in die Praxis existentiell. Die Kunst eines für die Praxis handhabbaren Leitbildes könnte in der weisen Montage zwischen "Etappe und Ziel", im Sinne eines Nah- und eines Fernzieles, liegen (Bloch 1996; 98). Die prozesshafte Suche nach realisierbaren Leitbildern kann durch wissenschaftlich erhobene Explorationen unterstützt werden. Die gesellschaftlichen Bedingungen, unter dem Aspekt ihrer Relevanz, für den gesellschaftlichen Teilbereich Pflege ausschnitthaft zu erfassen, bleibt wesentlich (Klüber 1963; 664). Dass Leitbilder eine "Verfassung im Kleinen" sind, stellt einen Bezug zur Verfassung im Sinne des Grundgesetzes her (Hummel 1991; 1). Ein spezifisches Pflegeparadigma bzw. ein auf die Organisation bezogenes Leitbild im Pflegesektor kann Ausdruck eines Wollens sein, die Würde des Menschen auch im Alter zu bewahren<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Erhobene, erhabene und enthobene Ideen sind tendenziell mit einem Verlust an Körperlichkeit verbunden. In diesem Kontext fallen auch Vernunftmäßigkeit- und Richtigkeitsnormen. Solche Ideen wirken nach Mannheim z.T. Inhalts- und Bilderleer (K. Mannheim 1995; 193). Das Unbestimmte hat aber auch etwas phantasievoll Bewegendes, Frisches und Jugendliches. Freier Wille und Unbedingtheitserlebnis bleiben erregend pathetisch (ebenda; 198).

<sup>7</sup> Eine Hinwendung zur Utopie im Detail verweist möglicherweise auf eine gedankliche Basis im Kontext der -Kritischen Theorie-. In der Abkehr von umfassenden Theorien und Entwürfen wird der Schwerpunkt eher auf negative Rationalitäten gelegt. Der Raum für subjektive Rationalität soll gegenüber der ausufernden instrumentellen Vernunft, die schlagwortartig in Verbindung mit Bürokratisierung, Standardisierung, zunehmende Technisierung und Ökonomisierung gebracht wird, erhalten bzw. erweitert werden. Die Steigerung von Negativitäten kann als Chance zur partiellen Veränderung von Systemen verstanden werden (R. Wiggershaus 1988; 666 ff). Primär ökonomisch bzw. administrativ bestimmte Pflegediskurse werden leitbildübergreifend als Einschränkung wertrationaler Handlungskonzepte wahrgenommen.

Auch im Bereich der Pflege werden Fragen grundsätzlicher Art in allgemeiner und relativ langfristiger Form verankert. Bestimmte Pflegeleistungen, Aktivitäten, Organisationsstrukturen, Führungssysteme u. a. bedürfen eines normativen Fundaments, welches die Grenzen und Möglichkeiten von Pflege mit einer minimalen Einheitlichkeit und Verbindlichkeit skizzieren (vgl. Schwarz 1994; 44).

Eine Parallelität verschiedener Leitbilder ist in pluralen Systemen Realität. In einer von heterogenen Interessen und unterschiedlichen Lebenswelten dominierten Gesellschaft bedarf es einer relativ verbindlichen Handlungsgrundlage bzw. einer überschaubaren Form von Gewissheit über das Mögliche bzw. Unmögliche in einer menschlichen Gemeinschaft. Eine permanente Ungewissheit und Vergewisserung darüber, was erwartet bzw. vermieden werden soll, könnte zu Handlungs- und Entscheidungsblockaden führen. In diesem Sinne haben soziale Leitbilder einen normativen Gehalt, der einerseits persönliche Einschränkungen, wie z.B. Zeitverbindlichkeit, Bedürfnisaufschub, Ausüben ungeliebter Tätigkeiten usw. mit sich bringt, andererseits aber auch Handlungsspielräume und Orientierungen eröffnet. Leitbilder können somit Wegweiser in ein noch "unbekanntes Gebiet" sein (Arendt 1994; 240). Verknüpft ausgedrückt, prägen diese Erwartungen das Rollenverständnis der Akteure im jeweiligen Pflegezusammenhang.

### 1.2.1 Zusammenhang von kollektiven und subjektiven Orientierungen in der Pflege

In den beruflichen Alltag einfließende Erfahrungen und Wissensbestände bewegen sich im Spannungsfeld von persönlichem Leitbild und kollektiv institutionalisiertem Leitbild.

Individuelle Leitbildkonstrukte sind möglicherweise Instrumente der Selbstdefinition bzw. Identitätsfindung<sup>8</sup>. In diesem Sinne dienen sie als innerer Kompass für berufliches und privates Handeln (Müller 2001; 304)

Kollektive Leitbildkonstrukte können, je differenzierter sie institutionelle und berufliche Positionen hinsichtlich ihrer Verhaltenserwartungen fundieren, einen theoretischen Begründungsrahmen bieten, der von der betreffenden Gruppe anerkannt wird<sup>9</sup>.

### 1.2.2 Der Einfluss von Leitbildern auf berufliche Rollenmuster

Mit Leitbildern ist die Hoffnung verbunden, kollektive und individuelle Entscheidungen zu erleichtern (Müller 2001; 24). Pflegeleitbilder haben dabei eine Art Transportfunktion für das, was unter guter Pflege verstanden wird und welche Eigenschaften sich mit der Ausübung von Pflege verbinden (E. Müller 2001; 39).

Die über pflegerische Leitbilder zentrierten Ansprüche gegenüber Pflegekräften schaffen einen hohen normativen Erwartungsdruck (vgl. Dunkel 1994; 51). In diesem Sinne sind allgemeine Pflegeorientierungen Ausdruck explizit entwickelter Pflegephilosophien auf der Basis unterschiedlicher Wertpräferenzen. Die beruflichen Rollenerwartungen stellen einen idealtypischen Handlungsrahmen her, welcher verpflichtende Züge trägt (Schäfers 1992; 26 f).

Im Prozess der Rollenkonstituierung vergesellschaftet sich das Individuum in dem Maße, wie allgemeine und spezifische Verhaltenserwartungen erfüllt und zum internalisierten Selbstkonzept erhoben werden. Der einzelne wird zum Gegenstand von Erwartungen, bei deren Erfüllung soziale Anerkennung winkt. Der Akteur nimmt in diesem Sinne die Antwort vorweg, die seine Handlung auslösen könnte, d.h., er orientiert sich an den Reaktions- und Verhaltensmustern anderer Akteure (ebenda; 35 f). Dieses Handlungsmuster sichert dem einzelnen die Zugehörigkeit und die Solidarität einer Gruppe.

---

<sup>8</sup> Pflegeleitbilder sind in diesem Rahmen eher Alltagstheorien, im Sinne von individuellen Ansprüchen an eine gute Pflege.

<sup>9</sup> Im Idealfall dienen solche Leitbilder dazu, institutionelles und berufliches Handeln zu reflektieren (Müller 2001; 305)

In dieser groben Schematisierung geht es primär um normative Erwartungen bzw. Bewertungen von außen, welche Handlungsentwürfe und Handlungsvollzüge des einzelnen im erheblichen Maße steuern. Die soziale Bewertung einer Person orientiert sich weniger an seinem lebensgeschichtlichen Gewordensein als an kulturell gewachsenen und typisierten Statusgruppen, d.h., im Wesentlichen erlangt das Individuum Wertschätzung über die Art und Weise der Ausübung seines Berufes (vgl. Honneth 1992; 195 f).

Soziale Wertschätzung basiert auf Zielvorstellungen, die sich in kulturellen Selbstverständlichkeiten ausdrücken und bewusst praktiziert werden können. Die soziale Rolle, in diesem Zusammenhang primär als berufliche Rolle verstanden, prägt insbesondere in Pflegeberufen die Handlungsperspektive des Einzelnen.

Die berufliche Rolle wird durch Erwartungen und Handlungsimperative (z.B. Eide und Gelöbnisse) normativ vorstrukturiert.

Die in Pflegeberufen traditionell hohen Erwartungen und Ansprüche, welche sich nicht nur auf die berufliche Rolle, sondern z.T. auf das Individuum als Ganzes beziehen, vernachlässigen tendenziell die subjektive Komponente des Individuums. Es entstehen Verhaltenserwartungen, die auf ganze Berufsgruppen ausgedehnt und durch Regeln und Standards gesichert werden können. Die einzelne Person wird mit der Berufsgruppe in Beziehung gesetzt.

In diesem Verständnis kann eine kollektive Identität entstehen, welche als verbindliche Ideologie auf neu hinzukommende Mitglieder des Berufsstandes übertragen werden kann (Schäfers 1992; 41 f).

Was allgemein nützliche Eigenschaften sind oder nicht, hängt auch von der Offenheit des allgemeinen Orientierungsrahmens ab. Je starrer und verbindlicher dieser Rahmen ist, umso schwieriger ist die Entfaltung von Eigenschaften, welche eine Differenz zu allgemein nützlichen Eigenschaften konstituieren<sup>10</sup>. Die Struktur des Orientierungsrahmens entscheidet im erheblichen Maße darüber, ob soziale Wertschätzung einen stärker individualisierten oder einen eher kollektiven Charakter annimmt. Prinzipiell ist die subjektive Entfaltung des Individuums auch vom Maß der potentiellen Entscheidungsfreiheit gegenüber allgemeinen Ansprüchen von außen abhängig (Hummel 1988; 14 f).

Die nicht geduldete subjektive Lebens- und Ausdrucksform führt zu fehlender sozialer Anerkennung. Ein solches Anerkennungsdefizit kann zu einer Verzerrung von Interaktionsverhältnissen führen (vgl. Honneth 1992; 188).

Durch die Spezifität des Pflegehandelns ist ein restriktiver Rahmen, der durch gesetzliche Vorgaben und bestimmte Zwecke vorstrukturiert ist, nicht beliebig modifizierbar. Eine "einspringende" oder "vorausspringende" Fürsorge, insbesondere gegenüber Hilfebedürftigen, die nur eingeschränkt zur Einsicht fähig sind, d.h., sich mit Hilfemaßnahmen nur bedingt einverstanden erklären können, bedürfen eines sichernden Rahmens von außen (Brumlik 1992; 215 f). Willkürlicher Missbrauch bzw. Unterlassungen gegenüber Hilfebedürftigen sollen möglichst vermieden werden.

Die Übernahme normativer Konzepte durch das Individuum wird durch eine bestimmte Erwartungsrichtung begünstigt. Das Individuum trägt ein Bedürfnis nach allgemeiner gesellschaftlicher Anerkennung in sich. Ein intersubjektiv verbindlicher Wertehorizont intendiert ein Anerkennungsmuster, das die Bedeutung persönlicher Eigenschaften davon abhängig macht, welchen Beitrag diese für das Leben des jeweils Anderen hat (vgl. Honneth 1992; 196).

In Bezug auf den Pflegesektor besteht die Erwartung von Seiten der Gesellschaft, dass professionelle Pflegekräfte die Probleme im Kontext von Pflegebedürftigkeit übernehmen und bewältigen können. Der Berufsstand der professionell Pflegenden ist somit für dieses Problem zuständig und verspricht, diese Erwartungen kompetent zu erfüllen<sup>11</sup>.

Das Agieren im Sinne vorgegebener Erwartungen und Vorstellungen verheißt Handlungsgewissheit bzw. moralische Bestätigung und kann ein Muster zur Deutung von Welt liefern (vgl. Bennesch

---

<sup>10</sup> Pflegerische Alltagssituationen werden wesentlich vom Machtgefüge, der eigenen Rolle, der sozialen Gruppe und der eigenen praktischen Tätigkeit strukturiert (vgl. Hummel 1988, 14 f).

<sup>11</sup> vgl. Volz, (1996): Professionelle Standards, In: GiSa- Jg. 96/1; 24

1995; 445). Traditionelle Orientierungen bleiben relevant, werden aber im Rahmen von pflegewissenschaftlicher Theorien und aktuellen Professionalisierungsdiskursen zunehmend kritisiert. Das sich daraus ergebende Dilemma, im Spektrum von Abwertungs- und Aufwertungstendenzen, von traditionellen und modernen Wertorientierungen, führt zu Vermittlungsproblemen und begünstigt Rollendiffusionen im Pflegeprozess<sup>12</sup>. In diesem vereinfacht nachgezeichneten Sozialisationsmuster würde eher eine Identität im sozialen Sinne entstehen. Das Ich konstituiert sich in einem solchen Rahmen stark über die Vorstellungen des generalisierten Anderen ((Horster 1991 ; 54)). Die Identitätsbildung durch Vergesellschaftung des Individuums kann, entwicklungspsychologisch gesehen, als ein notwendiger Prozess verstanden werden. Das Individuum muss zunächst ein anderes sein, bevor es zum Selbst werden kann. Eine Sozialisation in diesem Sinne käme einer Unterindividualisierung gleich. Die subjektive Welt entfaltet sich aber in der Differenz zum allgemein Identischen. Normative Verhaltenserwartungen auf der Basis von Werten können mehr oder weniger stark gebrochen zum Selbstkonzept erhoben bzw. abgelehnt werden. In der Art des Urteilens, in der bewertenden Stellungnahme zu externen Verhaltenserwartungen, kann eine Differenz bzw. Kongruenz mit der sozialen Welt zum Ausdruck kommen (vgl. Habermas 1995; 582 f).

### 1.2.3 Legitimationskrisen von übergeordneten Leitbildern

Die Vielgestaltigkeit des Begriffes Wirklichkeit zeigt die Vielgestaltigkeit des ganzen Denkens (Habermas 1995; 87).

Wirklichkeit ist breit angelegt, vielschichtig und diffus. Über- und Unterschreitungen scheinen fast zwangsläufig<sup>13</sup>.

Es gibt immer wieder metatheoretische Optionen und Orientierungskerne, um die sich diese vielen Gestalten gruppieren oder distanzieren.

Tatsachen konstituieren sich in einem Denk- und Lebenszusammenhang. Ihre Erfassbarkeit und Formulierbarkeit setzt eine Begriffsapparatur voraus. Das Spalten des „Beobachtungsstrahles“ kann zu einem lockernden Gegeneinanderdenken führen (ebenda; 90). Der Erfahrungsstoff lässt sich kategorial unterschiedlich verarbeiten. Wirklichkeit kann durch diese Verschiedenheit der Perspektiven reichhaltiger dargestellt werden.

Die Relativierung von herkömmlichen geschlossenen Denksystemen ist an die Erkenntnis geknüpft, dass verschiedene Wahrheiten gleichberechtigt nebeneinander möglich sind. Die Möglichkeit "pluralistischer Wahrheiten" mit jeweils anderen Bezugssystemen ist nicht zwangsläufig mit Chaos verbunden (Ciompi 1988; 15). Dass es dabei Zentren und Peripherien gibt, ändert nichts an der demokratisch verbürgten Existenzberechtigung verschiedener Leitbilder nebeneinander.

Die normativen Ansprüche, insbesondere von traditionell christlichen bzw. einseitig naturwissenschaftlichen Orientierungen, haben ihren fraglosen legitimatorischen Charakter verloren.

Das Brüchigwerden transzendenter Legitimationen lässt diese für eine Vielzahl von Pflegekräften und Hilfebedürftigen zu einem "trägerischen Rückhalt" werden (Adorno 1977; 300).

Die Vermittlung sinnstiftender Theorien gerät vor dem Hintergrund gesamtgesellschaftlicher Legitimationskrisen zum Dilemma (Hummel 1988; 28). Die in einer unübersichtlichen Gesellschaft sich zuspitzenden Konflikte können vor dem Hintergrund divergierender Einzelinteressen administrativ kaum noch befriedigend reguliert werden. Die sozialintegrativen Kräfte zu bündeln erscheint zunehmend schwieriger (ebenda; 13).

---

<sup>12</sup> vgl. Schweidtmann (1997): Berufsethik, In: Pflege -Jg.97/10; 4-9

<sup>13</sup> Aus dem utopischen Bewusstsein heraus kann es auch zu einer Überholung des Seins kommen. Diese Überholungen scheinen im Kern ideologisch (Habermas 1995; 85). Im Überholen und Nichterreichen liegen Verdeckungen von Alltagswirklichkeit (ebenda; 86).

In einer historisierenden Retrospektive von Leitbildern in der Pflege, die im Laufe dieser Arbeit partikular dargestellt werden soll, bleiben der spezifische historische Hintergrund und die zeitbezogenen Erfahrungen wesentlich. Das Identifizieren von zeitlich versetzt bzw. aufeinander folgend, sich herauskristallisierenden Leitbildern, bedarf einer aktiven Übersetzungs- und Relativierungsleistung (vgl. Koch-Straube 1997; 359).

Eine Tendenz, bisher traditionell wertunterlegte Leitbilder mit modernen Entwicklungstendenzen zu verknüpfen (demografische Situation, Wettbewerb, Dienstleistungsorientierung, Pluralisierung, Säkularisierung etc.), zeigt den zunehmenden Einbruch der Wirklichkeit in bisher relativ abgehobene Leitbildkonzepte.

Angesichts der zeitlosen Probleme im Umgang mit Alter und Tod sowie erweiterten medizinischen Möglichkeiten, stellt sich die prinzipielle Frage nach dem gegenwartsbezogenen Sinn von Leitbildern. Im Kontext knapper werdender ökonomischer Ressourcen scheint das Bedürfnis nach sinnstiftenden Orientierungen auch weiterhin zu bestehen<sup>14</sup>. Die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen von Hilfebedürftigen erfordern Pflegeeinrichtungen, die diese unterschiedlichen Bedürfnisse berücksichtigen. In diesem Verständnis sind unterschiedliche Werteorientierungen, die Alternativen und Abgrenzungen bieten, sinnvoll.

Die verschiedenen Leitbilder zeigen, in Abhängigkeit zu ihrer historischen Genese und den sich wandelnden gesellschaftlichen Zusammenhängen, eine unterschiedliche Relevanz. Traditionelle Leitbilder verlieren an Legitimation bzw. werden peripherer wahrgenommen, während naturwissenschaftliche und ganzheitliche Leitbilder stärker in das öffentliche Bewusstsein dringen. In diesem Sinne wandeln und vergehen bestimmte Konzepte von Pflege. Der Wahrheitsanspruch eines bestimmten Konzeptes äußert sich möglicherweise in seiner Wirksamkeit (Ciompi 1988; 74). Spezifische soziale und geistige Strukturen entfalten zu bestimmten Zeiten mehr oder weniger stark ihre "Eigenzeiten" bzw. "Eigenräume" (ebenda: 17). Dieses raumzeitliche Abfließen kann als ein Nacheinander und Nebeneinander von unterschiedlich evidenten Leitbildern verstanden werden. Im Sinne von Heidegger ist ein "An- und Wegrollen" in beide Richtungen möglich (Heidegger 1992; 60) Das heißt, das "Jetzt" kann sowohl in das "Noch-Nicht-Jetzt" (Zukunft) bzw. in das "Nicht-Mehr" (Vergangenheit) gedanklich einfließen (ebenda). Auch, wenn das Gegenwärtige als das Seiende dominiert, bleibt in Bezug auf das Vergangene das Seiende die Zeit mit dem geringeren Gewicht<sup>15</sup>. Das Rechnen mit der Zeit, im Kontext des neuzeitlichen Phänomens der Unruhe, kann als gegenwärtiger Zeitgeist verstanden werden (ebenda; 60 ff)<sup>16</sup>.

Die Betonung auf Innovation und Entwicklungsbezogenheit von Leitbildern scheint ein Phänomen, der auf Dynamik und Flexibilität ausgerichteten Zeit der Moderne zu sein (vgl. Schwarz 1994; 44). In dieser Entwicklung ist das Vergangene und Zukünftige nicht mehr unmittelbar bewusst oder wird diffus als Verlust bzw. Ablehnungsgefühl ausgedrückt. In diesem Sinne kann z.B. traditionelle Pflege als warme, langsame und menschliche Pflege wahrgenommen werden oder ein ganzheitlicher Pflegeansatz eine in die Zukunft ausgedehnte Erwartung ausdrücken.

Welche Zeit bzw. welches Leitbild wesentlich ist, hängt letztendlich von der Wahrnehmung in einem bestimmten historischen Zusammenhang ab. Gerade der Akzent des "Es war", ob nun im romantischen bzw. abgrenzenden Sinne, macht traditionelle Leitbilder zu etwas Abgeschlossenen.

Der Bezug zur Vergangenheit bleibt auch im "Darüber-Hinaus-Gehen" enthalten (Heidegger 1992; 64 ff). Der Widerwille bzw. die Idealisierung im Bezug auf das "Es war" ist nach Heidegger ein Ausdruck ".des Willens, der wiederkommt.", d.h., der das "Gegangene" wiederbringt (ebenda; 64 f). Das "Gegangene" im Weitergehen mitzunehmen, unterscheidet sich vom Mechanismus der radikalen Abgrenzung oder Idealisierung traditioneller Konzepte, auch im Bereich der Pflege (ebenda; 64). Aus dieser Sicht überzeugt der Einbau neuer Leitbilder und die Emeritierung anachronistischer Leitbilder unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Kontextes nur bedingt

---

<sup>14</sup> vgl. W.Schweidtmann (1997): Berufsethik, In: Pflege Jg. 97/10; 4 f.

<sup>15</sup> Dieser Gedanke drückt sich möglicherweise in der Metapher vom Ballast der Tradition aus.

<sup>16</sup> „Die Worte werden den Dingen nach der Auffassung der Menge beigelegt“ (Mannheim 1995; 58). Der neue Denkstil verdrängt frühere Arten der Weltauslegung bzw. benutzt sie lediglich als stützendes Zitat (ebenda; 61).

(vgl. Ebertz 1994; 41). Die tendenzielle Ausrichtung an rein ökonomischen bzw. fachlichen Standards in der Pflege entbehrt einer glaubwürdigen Orientierung.

Überzeitliche Leitbilder kann es nicht geben. Sie stehen auf dem Prüfstand und müssen sich an menschlichen Erfahrungsbezügen orientieren. Bisher selbstverständliche Orientierungen können relativiert bzw. durch neue Pfade ergänzt werden. Eine menschliche Pflege wird zu einer Herausforderung für die Zukunft. Die Vielfalt von Leitbildern und Pflegekonzepten, als Ausdruck einer pluralistischen Kultur, ermöglicht sowohl Hilfebedürftigen als auch Pflegenden Wahlmöglichkeiten.

Diese Wahlfreiheit zwischen parallel existierenden Orientierungen und Konzepten ist prinzipiell sinnvoll.

#### 1.2.4 Verhältnis zwischen übergeordneten und konkreten Leitbildern

Die Zerstreuung des Menschen, der sich in der Breite gesehen weder über einen christlichen Seelenglauben noch in der Einheit einer alles begreifenden Vernunft stabilisieren kann, führt zu "einem orientierungsarmen Ich, ohne stabiles Zentrum" (Meyer- Drawe 1990; 32).

Diese Orientierungsarmut des Individuums einerseits und der aus Angst vor Zerstreuung und Ungewissheit bestehende Orientierungsbedarf andererseits, führt zu unterschiedlichen Orientierungsmustern und Verhaltensweisen. Während die Sehnsucht nach einem "integeren Selbst" möglicherweise zur Reaktivierung religiöser Erwartungen führen kann, ist auch eine Tendenz zu "kleineren (kontextbezogenen) Entwürfen" sichtbar (ebenda; 145). Diese, auf das individuelle Orientierungsdilemma zielende Betrachtung, spiegelt sich partiell auch in übergeordneten Leitbildentwicklungen wider<sup>17</sup>.

Konkrete Ideale deuten auf einen gegenwärtigen Mangel an visionären Energien im Bereich der (Alten-)pflege hin. Wertetheorien unterliegen zunehmend einer "nihilistischen Skepsis" (vgl. Jonas 1984; 102). In diesem Trend kommt auch die Legitimationsschwäche von traditionellen Pflegekonzepten zum Ausdruck. Die Darstellung von zunehmend brüchiger werdenden traditionellen Legitimationen führt aber auch zu einer Suche nach neuen bzw. veränderten Leitbildern, welche "den Menschen Ersatz bieten, im trostlosen Stand der Bilderlosigkeit, in den sie hineingeraten sind." (Adorno 1981; 576)<sup>18</sup>.

Ein Maßstab dafür, ob etwas richtig oder falsch, wahr oder unwahr ist, wird deutlich stärker in der Sache selbst, als in einem der Realität übergeordneten Prinzip gesucht (vgl. Adorno 1977; 289 f)<sup>19</sup>.

Leitbilder, welche die Pflegewirklichkeit partiell einfangen, ohne vollständig in ihr zu verschwinden, grenzen sich im "ernsthaften Sinne" von strategisch entwickelten, "prospektbezogenen" Leitbildkonzepten ab, die willkürlich konstruiert, kein Ausgangspunkt für sinnvolles pflegerisches Handeln sein können (Adorno 1977; 464 ff). Einerseits soll ein Leitbild für inhaltliche Klärungen und Ziele offen sein und andererseits eine ohne Zwang integrierende Funktion einnehmen können

Die Hinwendung zum Etappenhaften, kontextbezogenen und unmittelbar in die Pflege integrierbaren, scheint tendenziell auch in der Pflege zuzunehmen.

---

<sup>17</sup> Die Befürchtung, dass sich die utopischen Energien aus dem Diesseits zurückziehen und wieder religiösen Charakter annehmen, hält Habermas (1985) für unzutreffend (vgl. Habermas 1985; 144 f). Daran anknüpfend lässt sich eher die abnehmende Verbindlichkeit bzw. Dominanz eines bestimmten Konzeptes bzw. Paradigmas konstatieren. Neue Horizonte öffnen sich im modernen Zeitgeist durch den Zusammenstoß und der Verschmelzung von geschichtlichem und utopischem Denken. Die Kristallisation auf ein Leitbild entspricht somit nicht dem Zeitgeist der Moderne (ebenda; 42 f).

<sup>18</sup> In diesem Sinne kann möglicherweise auch die Orientierung an alltagsnah erlebten personalen Vorbildern gebracht werden. Über pädagogische Personifizierungsprozesse wird möglicherweise eine kontextbezogene Wirkung nach Innen erzielt.

<sup>19</sup> Im Kontext negativer Dialektik geht es eher darum festzustellen, dass etwas nicht sein soll, als positiv zu bestimmen, wie es sein soll. Das eine leidvolle, menschenunwürdige Pflege nicht sein soll, ist eine negative Bestimmung. Die angestrebte Minimierung solcher Zustände durch gesellschaftliche Veränderungen lässt sich nicht durch eine positive Bestimmung vorwegnehmen. Die Vermeidung konkreter Definitionen von humaner Pflege schließt nicht aus, dass bestimmte Grundsätze als Minimalkonzept humaner Pflege (positiv) Geltung haben müssen (vgl. Adorno 1980; 202 f).

Dieses, nach Ammende, postmoderne Phänomen wird möglicherweise auch durch das grenzüberschreitende Nutzen verschiedener Pflegekonzepte bei der Lösung bestehender Probleme sichtbar<sup>20</sup>.

Die nachlassende Integrations- und Mobilisierungskraft von traditionellen und naturwissenschaftlichen Leitbildern bedeutet nicht zwangsläufig Orientierungslosigkeit. Trotz der abnehmenden Leuchtkraft von Leitbildern trifft die Metapher vom "Bergmann ohne Licht" nur bedingt zu (Adorno 1977; 296).

Gerade im Pflegesektor erschließt sich mittels Sinne und Erfahrung der notwendige Hilfe- und Unterstützungsbedarf, der routinisiert und gewohnheitsmäßig befriedigt werden kann. Der Bezug auf handwerkliche Fähigkeiten und medizinische Kompetenzen verstärkt sich in Zeiten nachlassender, verbindlicher Orientierungen. Durch eine entwickelnde (moderne) Professionalisierungs- bzw. Dienstleistungsdebatte werden ethische Ansprüche weniger stark herausgestellt. Leitbild übergreifend gibt es in der Pflege einen Konsens darüber, dass die fachlich versierte Sicherung von Grundbedürfnissen gewährleistet sein muss. In den verschiedenen Leitbildern besteht ein unterschiedliches Verständnis von Grundbedürfnissen, welche in der Regel nicht nur auf Kleidung, Nahrung, Unterkunft etc. verengt werden<sup>21</sup>.

Dieses im jeweiligen Leitbildkonzept bestehende Bedürfnisverständnis stellt in der Regel einen Kontrast zu primär zweckrationalen bzw. ökonomisch bestimmten Bedürfnisdefinitionen her. Diese führen zu vielschichtigen Kolonialisierungen im Pflegesektor, die mit der abnehmenden Orientierungsfunktion von Leitbildern in der Pflege in Beziehung gesetzt werden können.

Das Unbehagen gegenüber von außen gesetzten normativen Leitbildern führt aber offensichtlich nicht dazu, ganz auf sie verzichten zu wollen. Die Wiederbelebung des Leitbildgedankens steht in Bezug zur Sicherung der eigenen gewachsenen Identität innerhalb eines sich wandelnden und unverbindlicher werdenden pluralistischen Pflegeverständnisses. Die Suche nach einer spezifischen Identität, in einer sich trägerübergreifend ausweitenden Dienstleistungsorientierung, kann auch als Unbehagen an einem nivellierenden Pflegealltag ohne besonderen Akzent verstanden werden.

Die in Leitbildern formulierten wertgebundenen Vorstellungen skizzieren einen normativen Horizont, welcher eine erstrebenswerte Gestaltung von gesellschaftlichen Teilbereichen, wie es im engeren Sinne auch der Pflegesektor ist, vorwegnimmt. Ohne ein Minimum an gemeinsamen Zielen und Perspektiven, die eine Überschreitung individueller Absichten verlangt, kommen übergeordnete Pflegekonzepte nicht aus. Es besteht auch weiterhin ein Bedürfnis, subjektive Verfahren und Vorgehensweisen, auf eine allgemeine legitimatorische Grundlage zu stellen.

Die Belebung des Leitbildgedankens wird zunehmend mit der Forderung nach mehr Substantialität bzw. Realismus verbunden (vgl. Adorno 1977; 295 f). Übergeordnete Leitbilder mit hohem Abstraktionsgehalt erscheinen im Kontrast dazu eher willkürlich normativ.

Der normative Druck, der im Zuge gesetzlicher Regulierungen auf die verschiedensten pflegerischen Orientierungen ausgeübt wird, weckt in seiner Standardisierungstendenz das Bedürfnis nach besonderen Akzenten und Abgrenzungen (ebenda). Diese Entwicklung kann auch als Chance verstanden werden, sich der eigenen Identität stärker als bisher zu vergewissern und nach den besonderen Orientierungsschwerpunkten der Mitarbeiter/Innen und der Organisation zu suchen. Eine Besinnung auf die eigene gewachsene Besonderheit wird durch einen nivellierenden Druck von außen stimuliert. Diese Vergewisserung scheint z. T. auch auf die zunehmende Aufweichung der verschiedenen Leitbilder hinzuweisen. Bisher sich stark voneinander abgrenzende

---

<sup>20</sup> vgl. M.Ammende (1996): Paradigmenwechsel, In: Pflege Bd. 9-Jg. 96/2; 102 ff

<sup>21</sup> In Anlehnung an andere Pflegekonzepte, z.B. V. Henderson (1977), L.Juchli (1991), unterscheidet Krohwinkel (1993) in ihrem Pflegemodell dreizehn Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL): kommunizieren, sich bewegen, vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten (Atmung, Kreislauf, Wärmeregulation), essen und trinken, sich pflegen, ausscheiden, sich kleiden, ruhen und schlafen, sich beschäftigen, als Mann oder Frau fühlen und verhalten, für eine sichere Umgebung sorgen, soziale Bereiche des Lebens sichern und mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen. Diese Grundbedürfnisse werden formal weitgehend anerkannt. Bei der Anwendung und Durchführung von Pflegeprozessen, auf der Basis unterschiedlicher Orientierungen bzw. Wertehorizonte, bestehen unterschiedliche Schwerpunkte und Vorgehensweisen (Krohwinkel, zitiert nach U.Koch- Straube 1997; 277).

Leitbilder integrieren wechselseitig Elemente und Prinzipien aus anderen Konzepten. Normative Aufweichungen relativieren das polarisierende Verständnis von bisher sich scheinbar wechselseitig ausschließenden Paradigmen.

Resignativ ließe sich mit Adorno konstatieren, dass in dem Ruf nach Leitbildern und Sinnzuweisungen von außen, "schreit man nach ihnen, so sind sie bereits nicht mehr möglich", die Möglichkeiten ihrer Umsetzung bereits verloren zu gehen drohen (Adorno 1977; 297). Die Reformulierung eines Leitbildes setzt voraus, dass eine soziale Einrichtung so etwas wie eine eigene Identität überhaupt hat, welche im Pflegealltag zu "spüren" ist und im Formulieren "ergriffen" werden kann<sup>22</sup>.

Die Befürchtung, dass die Welt der Gesetze die vermeintliche Vielfalt und Differenziertheit der Einrichtungen in der stationären Altenhilfe einebnen könnte, hat möglicherweise eine konsolidierende Funktion für zusehends leerer werdende traditionelle und moderne Leitbilder. In diesem Sinne löst das in der Pflegediskussion häufig auftauchende "Feindbild" des PVG auch eine Diskussion über die problematischer werdende Identität der eigenen Einrichtung aus. Dieser, z.T. produktive Impuls, führt zur Formulierung von Gegenentwürfen bzw. zur Weiterentwicklung des eigenen Pflegeprofils, welche eine Kontinuität und Berechenbarkeit für die Mitarbeiter/Innen herstellen kann.

Mit der Entwicklung einer überzeugenden Pflegephilosophie ist die Hoffnung verbunden, Sinn und Motivationshilfen für die anspruchsvolle Arbeit in der Altenhilfe zu stiften und einen Kontrast zum "Hinwursteln" herzustellen<sup>23</sup>.

Dass diese Arbeit eines besonderen Wertehorizonts bedarf, der als Basis für eine ausgeprägte Motivation der Pflegekräfte herangezogen werden kann, ist selbstverständlicher Bestandteil von Leitbilddiskussionen. Der weitgehende Verzicht auf Transzendenz, innerhalb konkreter Leitbilder, überzeugt nur bedingt und unterschätzt möglicherweise die Bedeutung solcher Motive, insbesondere für jüngere bzw. konfessionell gebundene Pflegekräfte (vgl. Dunkel 1994; 145 ff).

Dass Pflege offensichtlich mehr als nur Lohnpflege bzw. Gelderwerb, d.h. einer besonderen intrinsischen Motivation bedarf, kann bei aller Relativierung angenommen werden. Die anstrengende und psychisch belastende Arbeit, mit geringen Aufstiegsmöglichkeiten scheint ohne eine besondere Motivation kaum denkbar<sup>24</sup>.

Utopistische und zu weit über die Wirklichkeit greifende Leitbilder werden stärker als bisher an die Alltagswirklichkeit von Pflege herangeführt. Dabei soll das über die Realität der Pflege Hinausgehende nicht vollständig ausgelöscht werden. Die Zielvorstellungen von Pflege sollen konkreter und erreichbarer formuliert werden. Die etappenweise Realisierung und Gerichtetheit auf erreichbare Pflegeziele, deren Sinn und Wirksamkeit nachvollziehbar ist, bestimmen die aktuelle Leitbilddiskussion in der Pflege (vgl. Ebertz 1994; 39). Diese Entwicklung zielt auf eine deutlichere Orientierung und Wirkung auf das Verhalten und Handeln des Einzelnen. Die Realisierbarkeit von Pflegehandlungen steht im Vordergrund.

Die Entwicklung in Richtung konkreter Ideale grenzt sich tendenziell vom sozialen Ideal ab.

Soziale Ideale werden als Wunschbilder aufgefasst, die sich nur schwer durchsetzen und realisieren lassen. Die unabhängig von der Pflegepraxis bestehende Gültigkeit dieses Ideals stellt in Bezug zur unvollkommen bleibenden Praxis immer eine Differenz her. In der Vorstellung von etwas, was noch nicht eingetreten ist, aber eintreten soll, kommt möglicherweise ein Bestreben zum Ausdruck, die Zukunft gegenwärtig machen zu wollen (vgl. Arendt 1967; 4). Die symbolische Vorstellung von einem (idealtypischen) vorbildlichen Verhalten, die für eine Gruppe von Menschen eine

---

<sup>22</sup> Maurus/Brater (1996): Glaubensbekenntnisse, In: Altenpflege-Jg.96/7; 463

<sup>23</sup> Maurus/Brater (1996): Glaubensbekenntnisse, In: Altenpflege-Jg.96/7; 466 f

<sup>24</sup> Die Berufswahl scheint z.T. altruistisch motiviert. Die Quelle dieser Motivationen kann problematisch sein (z.B. neurotisches Helfersyndrom), soll aber in diesem Zusammenhang nicht weiter verfolgt werden. Der "Helferidealismus" findet sich leitbildübergreifend in allen Altenpflegeeinrichtungen, ob sie nun traditionell-christlich oder modern-ganzheitlich ausgerichtet sind (Dunkel 1994; 154).

orientierende Funktion einnehmen kann, wird im pflegerischen Berufsalltag vielfältig gebrochen (vgl. Ebertz 1994; 40).

Kontextbezogene Leitbilder sind möglicherweise anstrengender umzusetzen, da sie ohne einen mehr oder weniger verbindlichen Wertehorizont ungezwungener, d.h. "freier" umgesetzt werden können (ebenda). Kommunikative Aushandlungs- und Verständigungsprozesse werden in stärkerem Maße notwendig. Der Sinn von Pflegehandlungen kann in der konkreten Situation, in Abhängigkeit zur intersubjektiv geteilten Situationsdeutung kommunikativ ausgehandelt werden (vgl. Habermas 1988; 142).

Da komplexe Situationen vielfältige Verhaltens- und Handlungsstrategien verlangen, scheint der Bezug zu übergeordneten Richtlinien weniger bedeutsam als in der Vergangenheit. Eine solche Konstellation kann problematisch sein, da die Autorität von ausgedrückten Intentionen und Konzepten fragwürdig, d.h. keine unmittelbare imperative Geltung beanspruchen kann. Das Fehlen eines entsprechenden Sanktionspotentials, auf der Basis eines verbindlichen Konzeptes, verweist auf die handlungskordinierende Kraft und die allgemeine Handlungsgrundlage einer bestimmten Personengruppe (Habermas 1995; 597)<sup>25</sup>.

### 1.2.5 Kontextbezogene Leitbilder in Beziehung zu existentialistischen Denkmustern

Die aus existentialistischer Perspektive herausgestellte Bedeutung eines individuell selbst bestimmten Entwurfes intendiert eine zukünftige Erwartung, welche primär egoistisch ist. Die Notwendigkeit sozialen Handelns im Pflegeprozess macht ein nur sich selbst engagierendes Handeln unmöglich. Die prinzipielle Verantwortung, miteinander zu kooperieren, verweist auf einen ausgehandelten Kompromiss, der soziales Handeln überhaupt erst ermöglicht.

Die in konkreten Leitbildern angestrebte "intentionale Gespanntheit" von Pflegekräften, die den Sinn von Handlungen gewissermaßen aus der Situation heraus, ohne einen äußeren normativen Determinismus bestimmt, verweist auf eine eher existentialistische Perspektive (Sartre 1947; 13 f).

In einem überschaubaren Kontext können die Folgen und Intentionen pflegerischen Handelns unmittelbarer erfasst werden.

Die möglicherweise durch konkrete Ideale notwendige höhere Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit der Mitarbeiter/Innen im Pflegebereich verdammt den Einzelnen zur Freiheit der Wahl, d.h. zum Einnehmen einer eigenen Haltung. Wahlfreiheit geht von vorhandenen Handlungs- und Vermeidungsalternativen aus. Die subjektive Entscheidung bildet einen Kontrast zu überindividuellen Legitimationen. Das Relativieren solcher Legitimationen erfordert eine höhere Verantwortung von Seiten des Akteurs<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Die für den einzelnen bedeutsamen Gedanken, Meinungen und Ansprüche müssen offen und überzeugend dargestellt werden. In diesem Sinne eröffnen sich Anschlussmöglichkeiten und Handlungsalternativen für den anderen (ebenda). Eine Verständigung scheint nur auf der Basis eines relativ breiten Hintergrundkonsenses möglich zu sein. Besteht dieser Konsens nicht, bleibt das Dissensrisiko, insbesondere unter formal gleichberechtigten Mitgliedern einer Gruppe, hoch (Habermas 1995; 598). Aus diesem Verständnis heraus kann es in komplexen Handlungszusammenhängen zu Direktions- und Koordinierungsproblemen kommen (vgl. Haferkamp 1983; 139).

<sup>26</sup> Im Rahmen eines Forschungspraktikums "Handlungsstrukturen in der stationären Altenpflege" (1996) erhobene Interviews, artikuliert eine Interviewte (Frau A.) eine erhebliche Handlungsunsicherheit in Grenzsituationen. Die von ihr beschriebene Spannung von notwendiger Aufsichtspflicht einerseits und der Rechtsunsicherheit bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen gegenüber den Heimbewohnern andererseits, führt zu einem Entscheidungsdilemma. Die vormundschaftliche Ausrichtung von Altenpflege in der DDR, mit einer geringeren Sensibilität in Bezug auf freiheitseinschränkende Maßnahmen gegenüber Pflegebedürftigen, war für Frau A. eine verlässlichere Handlungsgrundlage im Pflegeprozess. Rechtliche Regelungen kreativ und flexibel im Interesse der Heimbewohner umzusetzen, erweist sich für sie als Problem: "...früher Kompetenzen klarer aufgeteilt, ...wenn das eine klare Linie wäre, wo man sich wirklich danach richten kann..." (Fallinterpretation Frau A., In: Materialiensammlung zum Forschungsbericht: (1996): Handlungsstrukturen in der stationären Altenpflege im Besitz der Verfasser). Die berufliche Identität ist durch Unklarheiten und Rechtsunsicherheit im Pflegeprozess erschüttert. Sie artikuliert ein Bedürfnis nach klaren normativen Verhaltenserwartungen, welche Handlungssicherheit und Legitimation verheißen (ebenda).

Die vor diesem Hintergrund bestehende Handlungsunsicherheit kann in einer Analogie von eigener und allgemeiner Entscheidung relativiert werden (ebenda; 122). In der subjektiven Entscheidung liegt eine universelle Wahl, d.h., im Handeln wählt man nicht nur sich selbst. Der Handelnde wird gewissermaßen zum Gesetzgeber "der mit sich die ganze Menschheit wählt" (Sartre 1947; 122 f). Verantwortliches Handeln kann durch die Angst vor den möglichen Folgen ausgelöst werden. Die Angst vor den möglichen Folgen ("Was geschähe, wenn alle so handelten?") führt zu verantwortlichen Entscheidungen bzw. zu Handlungsvermeidungen (Jonas 1984; 63 f). Im Vordergrund steht nicht die Aufhebung von Normen. In Bezug zur jeweiligen Situation stellen Normen eine, aber nicht die einzige Handlungsmöglichkeit dar. Bestehende Normen werden in Abhängigkeit zur Situation immer wieder neu interpretiert und können in Abhängigkeit von der Situation bewusst übertreten werden. Die Möglichkeiten des Handelns lassen sich normativ nicht verbindlich bestimmen. Handeln basiert im existentialistischen Sinne auf einen selbst bestimmten Entwurf, der von Einzelnen umgesetzt werden will. Humanität ist nicht gegeben, sondern muss ständig neu gewählt werden. Dass es dabei eine menschliche - *conditio-humane* - gibt, welche objektive und subjektive Grenzen schafft, wird aus der existentialistischen Perspektive nicht bestritten. Das Individuum muss sich in seiner Existenz dazu verhalten und bestimmen.

Eine solche Perspektive und Orientierung ohne einen besonderen äußeren Wertehorizont lässt sich mit dem Begriff (des sozialen) Leitbild kaum noch fassen. Die eher subinstitutionelle Ebene und der auf selbst bestimmte Spielräume der Akteure abzielende Gedanke eines kontextbezogenen Leitbildes, ohne einen zentral vorgegebenen Wertehorizont, birgt Risiken und Chancen, die eine hoch entwickelte kommunikative Kompetenz voraussetzen.

### **1.3 Exkurs: Verhältnis von vergangenen und gegenwärtigen Leitbildern**

Angesichts der zeitlosen Probleme im Umgang mit Krankheit, Alter und Tod sowie erweiterten medizinischen Möglichkeiten, stellt sich die prinzipielle Frage nach dem gegenwartsbezogenen Sinn von Leitbildern. In einer historisierenden Retrospektive von Leitbildern in der Pflege bleibt der spezifische historische Hintergrund und die zeitbezogenen Erfahrungen wesentlich.

In Bezug auf die Orientierungen der Vergangenheit zeigen sich allgemein in der Moderne deutliche Abgrenzungsbemühungen. Die Zukunft wird eher aus der Analyse der Gegenwart konzipiert.

Mechanismen der radikalen Abgrenzung bzw. Emeritierung scheinbar anachronistischer Leitbilder, der Idealisierung traditioneller Konzepte oder das optimistische Einbauen neuer Leitbilder können auch als ideologisch gefärbte Verfremdungen eingestuft werden.

Welche Zeit bzw. welches Leitbild wesentlich ist, hängt letztendlich von der Wahrnehmung in einem bestimmten historischen Zusammenhang ab.

Gerade der Akzent des "Es war", ob nun im romantischen bzw. abgrenzenden Sinne, macht traditionelle Leitbilder zu etwas Abgeschlossenem. Der Bezug zur Vergangenheit bleibt auch im "darüber-hinaus-gehen" enthalten (vgl. Heidegger 1992; 64 ff). Der Widerwillen bzw. die Idealisierung im Bezug auf das "Es war", ist nach Heidegger ein Ausdruck ".des Willens, der wiederkommt.", d.h., der das "Gegangene" wiederbringt (ebenda; 64 f). Das "Gegangene" im Weitergehen mitzunehmen, unterscheidet sich vom Mechanismus der Abtrennung bzw. Idealisierung traditioneller Leitbilder, auch im Bereich der Pflege (ebenda). Aus dieser Sicht überzeugt der überschießende Einbau neuerer Leitbilder zu Lasten traditioneller Konzepte nur bedingt (vgl. Ebertz 1994; 41).

Eine solche Entwicklung erweist sich nur als repressives Gegenstück zu positiv erstarrten, traditionell religiös geprägten Leitbildern (Habermas 1998; 202).

Das Neue als das Wahre und das Alte als bedenklich zu suspendieren, hat etwas Triumphierendes, d.h. gleicht eher einer vereinheitlichten Überhebung.

Eine Hierarchie der besseren Wahrheit einzuführen (richtigen Bewusstsein) vereinbart sich nur schwer mit einer „unernsten“, sich selbst kritisierenden Aufklärung (Sloterdijk 1983 (Bd. 1); 51-64).

Spezifische soziale und geistige Strukturen entfalten zu bestimmten Zeiten mehr oder weniger stark ihre "Eigenzeiten" bzw. "Eigenräume" (Heidegger 1992; 17). Dieses raumzeitliche Abfließen kann als ein Nacheinander und Nebeneinander von unterschiedlich evidenten Leitbildern verstanden werden. Ein "an- und wegrollen" ist in beide Richtungen möglich (Heidegger 1992; 60). Das heißt, das "jetzt" kann sowohl in das "noch nicht jetzt" (Zukunft) bzw. in das "nicht mehr" (Vergangenheit) gedanklich einfließen (ebenda). Auch wenn das Gegenwärtige als das Seiende dominiert, bleibt in Bezug auf das Vergangene, das Seiende, die Zeit mit dem geringeren Gewicht (ebenda). In dieser Entwicklung ist das Vergangene und Zukünftige nicht mehr unmittelbar bewusst oder wird diffus als Verlust bzw. Ablehnungsgefühl ausgedrückt.

## **1.4 (Pflege-) Leitbilder als normative Handlungsgrundlage**

Die Entwicklung des Pflegeberufes ist untrennbar mit sich verändernden kollektiven Leitbildkonstrukten verbunden. Sie dienen im Idealfall dazu, institutionelles und berufliches Handeln zu reflektieren (Müller 2001; 305). Diese scheinbar sicheren kollektiven Rahmenkonstruktionen lassen sich in einem modernen, rasch wandelnden Gesellschaftssystem nicht ohne weiteres aufrechterhalten.

Das Brüchigwerden, Ausweichen bzw. Verfremden von kulturell gewachsenen übergeordneten Leitbildern lässt diese für eine Vielzahl von Pflegekräften und Hilfebedürftigen zu einem "trägerischen Rückhalt" werden. Über die vorerst schemenhaft bleibende Zuordnung in traditionelle und moderne Leitbilder können Platzierungen vorgenommen werden, die kontextbezogene Auffassungen darüber ermöglichen, was Pflege ist, welche Aufgaben und Zielen sie sich widmet, welche Rollen sie Pflegenden und zu Pflegenden zugesteht, welche partikularen und institutionelle Machtinteressen bzw. Machtkonstellationen und auf welche (pflege-) theoretischen Grundlagen sie sich begründet (ebenda; 23).

Im Wesentlichen können bezogen auf das Handlungsfeld Pflege drei große Traditionslinien identifiziert werden.

Als Ausgangspunkt und tragendes Fundament von Pflege in unserem Kulturkreis gelten christliche Traditionen. Diese lassen sich unter dem Begriff des caritativen Leitbildes zusammenfassen.

Das naturwissenschaftlich-medizinische Leitbild wird historisch gesehen zum Nachfolger des christlich bestimmten Pflegeleitbildes. Kontrastiv dazu hat sich in der Moderne das ganzheitliche Pflegeleitbild durchgesetzt. Parallel dazu soll das Pflegeverständnis in der DDR entlang der typisierenden Leitbildzuordnung grob abgesteckt werden.

Ergänzend zu diesen Zuordnungen finden sich in der Gegenwart unternehmerisch geprägte Leitbilder, die u.a. mit einem ausgeprägten Kunden- und Dienstleistungsverständnis operieren.

Diese im Zeitstrahl von kulturell gewachsenen Leitbildern noch junge Orientierung soll ausschnitthaft auf ihre theoretischen Implikationen sowie beruflichen und institutionellen Verhaltenserwartungen hin betrachtet werden (vgl. Müller 2001; 305).

Inwieweit ökonomisch geprägte Leitbildorientierungen Anchlüsse an pflegetheoretische Begründungszusammenhänge zulassen, soll anschließend daran ausschnitthaft analysiert werden.

Über diesen Leitbildkanon lassen sich möglicherweise Verschiebungen, Abschwächungen, Verstärkungen, Verknüpfungen und Vermischungen nachzeichnen. Die verschiedenen Leitbilder zeigen in Abhängigkeit zu ihrer historischen Genese und den sich wandelnden gesellschaftlichen Zusammenhängen, eine unterschiedliche Relevanz. Welche Zeit bzw. welches Leitbild wesentlich ist, hängt letztendlich von der Wahrnehmung in einem bestimmten historischen Zusammenhang ab. Das Identifizieren von zeitlich versetzt, bzw. aufeinander folgend, sich herauskristallisierenden Leitbildern, bedarf einer aktiven Übersetzungs- und Relativierungsleistung. Für die Entwicklung des

Altenpflegeberufes sowie des professionellen Handlungsverständnisses der Pflege bieten sie eine reflexive Hintergrundfolie, auf der m.E. das Verhältnis von kollektiven und individuellen Leitbildern weiterführend aufgefächert werden kann. Das Nacheinander und Nebeneinander dieser unterschiedlich akzentuierten Leitbilder soll deshalb im Folgenden kurz dargestellt werden.

## **2. Caritatives Leitbild**

Das Caritativ-custodiale Leitbild verweist in seiner Spezifität auf religiöse Werte und Orientierungen. Diese Fundierungen tragen im besonderen Maße zur Merkmalsbestimmung pflegerischer Leitbilder bei. Insbesondere die Gemeindekrankenpflege bleibt eng mit christlichen Einbettungen und Wertehorizonten verbunden (dazu auch Ausführungen zum organisatorischen Wandel in der häuslichen Pflege).

### **2.1 Das christliche Liebesgebot als Handlungsgrundlage konfessionell getragener Pflege**

Die Basis christlicher Ethik ist das Liebesgebot. Die Liebe wird im Doppelgebot der Liebe zur Metanorm erhoben und bildet das Fundament des christlichen Glaubens. Das Doppelgebot der Liebe: "Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst", wird mit der Liebe zu Gott verknüpft: "Du sollst den Herrn, deinen Gott lieben von ganzem Herzen, ganzer Seele und von ganzem Gemüt". Beide Gebote bilden das Gerüst christlicher Glaubenslehre (Mt. 22, 26-38). Die Dialektik dieses Liebesgedanken liegt im Sichbewahren und Sichverschenken und ist nicht unmittelbar auf Erwidern bzw. Dankbarkeit ausgerichtet. Das Liebesgebot stellt die Realität in Frage, weil es einen - Überschuss - in die Wirklichkeit hineinragen will.

Im traditionell christlichen Sinne dominiert der Pflichtcharakter von Liebe. Das Gute muss bedacht und im praktischen Handeln zur Bewährung kommen. In beiden christlichen Konfessionen bleibt der Stellenwert des Liebesgebotes zentral und soll sich im verantwortlichen Handeln gegenüber dem Nächsten niederschlagen. Entscheidend ist das Aufrechterhalten des "Nähegebotes", das einer Entfernung und Entfremdung zum bedürftigen Mitmenschen entgegenwirken soll.

Die christliche Caritas lebt in diesem Verständnis von der Spontaneität derer, die in der "Nähe tun". Die Barmherzigkeit gegenüber dem Kranken entspricht einem am Leiden Jesus Christus orientierten (Mitleid-)Verständnis, welches auf Kranke und Pflegebedürftige übertragen werden kann. Der Pflegebedürftige symbolisiert gewissermaßen den Leib Christi. Die Sorge um den fremden Leib ist somit Dienst gegenüber Gott. Dieser Dienst gegenüber Schwachen und Hilfebedürftigen wird zur religiösen Prüfung, in der ich mich als Mensch und Christ sozial beweisen kann. Die gelebte Solidarität verweist auf die eigene persönliche Unvollkommenheit und durchbricht das hierarchische Muster von Gebenden und Nehmenden. Aus der Vorstellung, dass alle der einen Welt Gottes angehören, entsteht ein integratives Gemeinschaftsverständnis, das sich primär auf solidarische menschliche Beziehungen beruft.

Komplementär dazu wird von einer selbstverständlichen solidarischen Hilfeverpflichtung der jungen Generation gegenüber der alten Generation wird ausgegangen. Neben dem Begriff der Gesinnungsethik rückt stärker der Begriff der Verantwortungsethik ins Zentrum der christlichen Leitbild Diskussion (vgl. Hüngs 1994; 15). Der Verantwortungsbegriff wird im christlichen Verständnis mit dem Gebot der Nächstenliebe verknüpft. Das Mitgefühl gegenüber dem Nächsten, die Hingabe in Liebe gegenüber einer anderen Person, stellen verpflichtende christliche Werte dar, welche möglicherweise eine "Verantwortungsfreudigkeit" stimuliert.

Diese kann dazu führen, „um das Los des Seinswürdigen und Geliebten zu bangen und zu zittern“. In der traditionell christlichen Betrachtung kann berufliche Pflege als „tätige Nächstenliebe“ deklariert werden (Wittneben 1991; 132).

## **2.2 Christlich fundiertes Ablöse- und Rückzugsverständnis in der Altenpflege**

Das christlich geprägte Bedürfnisverständnis im Alter beeinflusst das caritative Konzept von Pflege. Im Spannungsbogen unterschiedlicher Bedürfnisbereiche sollen einleitend die Schwerpunktlegungen eines auf die Altenpflege bezogenen christlichen Pflegeleitbildes grob umrissen werden. Verzicht und Askese führen im traditionell christlichen Sinne zu einem Zustand der Gottnähe.

Die Abkehr von weltlichen Fragen wird im hohen Alter vorausgesetzt und die Überwindung von Leiden angestrebt. Die Vollendung des Lebens zum Tod markiert eine zielgerichtete und sinnvolle Bewegung des irdischen Lebens. In dieser teleologischen Perspektive wird Sterben und Tod zum integralen Bestandteil der Biographie. Der Tod wird nicht zum Freund, aber auch nicht zum Tabu erklärt, und mit allen Möglichkeiten der Medizin um jeden Preis bekämpft. Aus dieser "gottgegebenen Zweckordnung" heraus unterliegt jedes "Wesen-Sein" einer Bestimmung, die dem Sein einen Sinn gibt (Honnecker 1990; 36). In dieser metaphysischen Ordnung von Sein und Sinn ist ein "Sollen" eingeschlossen. Das "Sollen" als eine "gottgegebene Bestimmung" fordert dazu auf, diesen Sinn zu beachten (ebenda; 36 f). Die geringe Anzahl von anerkannten, für das Alter als relevant eingestuften Grundbedürfnisse, sind Ausdruck eines eher asketisch ausgerichteten Bedürfniskonzeptes. Die unterstellte Bedürfnislosigkeit, insbesondere für die letzte Transformationsstufe des Lebens, bezieht sich vor allem auf den materiellen Bereich.

Probleme, welche durch die Herauslösung aus bisherigen Lebenszusammenhängen eintreten können, werden kaum thematisiert. In diesem Verständnis sind alte Menschen eher durch eine für sie bedrohlicher werdende Umwelt gefährdet als durch innere Krisen. Dass sich die "Siechenpflege" auch als ".geistliche Fürsorge für das innere Leben." der Hilfebedürftigen verstand, wird im traditionellen Diskurs weniger deutlich (ebenda).

Alter wird tendenziell als Abbauprozess verstanden, welcher schicksalhaft hingenommen werden muss.

## **2.3 Traditionell christliches Rollenverständnis von Pflegenden**

Der Begriff - Schwester - verweist auf eine christliche Mission, der diesen Beruf zu einer religiösen Berufung macht. Er wird zu einer von Gott gestellten Aufgabe und trägt somit eine deutlich ethische Färbung.

Beruf und Berufung bleiben miteinander verwoben. Darüber hinaus ist die Berufung zur Pflege des Nächsten mit der allgemeinen (Berufs-)Vorstellung verbunden, Tätigkeiten dauerhaft auszuüben bzw. diese Lebensstellung zu verstehen. Die liebevolle Hinwendung zum kranken Leib korrespondiert, im traditionell caritativen Verständnis, mit der Verleugnung der eigenen Leiblichkeit der pflegenden Ordensschwester. Auf dieser Basis wird von den Schwestern ein ausgeprägtes Helfermotiv und die Liebe zum Menschen vorausgesetzt. Dabei ist weniger eine selbstbewusste und eigensinnige Schwesternpersönlichkeit gefragt, als eine aufopfernde und dienende Helferin. Die Regeln des alltäglichen Pflegeprozesses, auf der Basis christlicher Normen, bestimmen die unmittelbare Interaktion zwischen Helfern und Hilfebedürftigen. Asymmetrische Beziehungsmuster zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen bleibt weitgehend fraglos und bewegt sich im Rahmen des vorgegebenen Hilfeverständnisses. Tendenziell verschwindet die Person des Hilfebedürftigen hinter seiner Bedürftigkeit. Im dienenden Verständnis der "starken"

gegenüber der "schwachen Schulter" liegt ein Ungleichgewicht, das im christlichen Pflegekontext einerseits zu erhöhten Selbstanforderungen der Pflegekräfte führt und andererseits Hilfebedürftige tendenziell zu empfangenden, schwachen Subjekten macht (Ebertz 1994; 41). Die Aufteilung in ein aktives und passives Selbst führt zu einer selbstverständlichen Hierarchie zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. In historischen Überblicksdarstellungen von Berufskonzepten in der Pflege werden die vorrangig weiblichen Pflegekräfte in einer stark aufopfernden und starren Rolle skizziert. Als eigenständig handelnde Akteure bleiben sie weitgehend unsichtbar. Die tägliche Pflege wird im traditionellen Leitbildverständnis nicht als Lohnarbeit betrachtet (Wittneben 1991). Das Leben der Ordensschwester ist auf ein gottgefälliges Dasein ausgerichtet, welches eine unablässige Arbeit am eigenen Selbst, im Sinne von Selbstzucht und Selbstbeherrschung erfordert. Eine gute Krankenschwester muss in diesem Geist eine Fülle von Eigenschaften mitbringen. Neben der Liebe und Treue zum Beruf gehören auch Aufopferung, Sanftmut, Verträglichkeit, Gemein Sinn, Loyalität, Pflichtgefühl, Pünktlichkeit, Ordnung, Sauberkeit, Verschwiegenheit, Gewissenhaftigkeit dazu. Im Gegenzug wird den Ordensschwestern dafür der Alltag weitgehend abgenommen.

Vermeintlich weibliche Verhaltensmuster werden im caritativen Kontext aufgewertet und sollen als ein "spezifisches Arbeitsvermögen" in die alltägliche Pflegearbeit einfließen. Die Schwesternrolle bleibt im hohen Maße mit dem Begriff der "Mütterlichkeit" verbunden, welche Pflegearbeit eher als Ausdruck einer der Frau wesenseigenen Einstellung betrachtet. Der Lohn ist die Dankbarkeit des Patienten und die Teilhabe am Genesungsprozess bzw. den zentralen Ereignissen des Lebens. Die integrative Kraft der Gemeinschaft wird im caritativen Leitbild vorausgesetzt und durch Rituale wie Gebete und Feiern bewahrt. Durch eine formelle und informelle Gemeinschaft, die sich mit Hilfe caritativer Maximen und einer darauf basierenden verbindlichen Konzeption erhalten soll, kann eine "Gewissheit" darüber entstehen, wie ".die Dinge richtig zu tun." sind (Ebertz 1994; 57). Über die Konstituierung handlungsleitender Richtlinien soll eine Identifikation entstehen, die sich zu einem verlässlichen inneren Kompass der Akteure entwickeln kann. In diesem traditionell hierarchischen Modell dominiert ein Organisationstyp, welcher durch Gehorsam und ein geringes Maß an Handlungsspielräumen charakterisiert werden kann.

Die Gehorsams- und Einsichtserwartung gegenüber dem Personal drückt sich abgewandelt auch in der Dankbarkeits- und Einsichtserwartung gegenüber dem Pflegebedürftigen aus.

Aus einer gegenwartsbezogenen Perspektive betrachtet ist eine geringe Normenvielfalt zu konstatieren, die eine individuelle und psychodynamische Sicht des Einzelnen kaum zulässt. Hier scheint sich ein prinzipielles Dilemma aufzutun. Einerseits besteht im christlichen Glauben ein weit gefasstes Normalitäts- und Vernunftverständnis, d.h., "Alle Menschen, auch die Geringsten sind. anerkannt als Kinder Gottes...als der einen Welt Gottes zugehörig", andererseits haben sich traditionell gewachsene Behandlungs- und Pflegeprinzipien bis in die Gegenwart hinein bewahrt (Schwerdt 1998; 360).

### 2.3.1 Tradierung und Aufweichung traditioneller Rollenzuschreibungen in der konfessionell ausgerichteten Pflege

Die schrumpfende Zahl von Ordensschwestern und Diakonissen, welche zunehmend zu einer "vergreisenden Minderheit" werden, bringt auch das interne Gefüge familienwirtschaftlichen Lebens in der Schwesterngemeinschaft ins Wanken (Ebertz 1994).

Verweltlichungstendenzen in christlichen Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegeeinrichtungen verändern auch den christlichen Geist der Einrichtungen. Die "Kommunitätendiakonie", als eine Form familienwirtschaftlichen Lebens und Arbeitens, auf der Grundlage christlichen Glaubens, wird auch im kirchlichen Rahmen zum Ausnahmmodell.

Christliche Rituale sind nicht mehr selbstverständlicher Bestandteil des Pflegealltags. Die ehemals bestehende Überzahl und Übermacht der religiös gebundenen Mitarbeiter/Innen wird durch die wachsende Anzahl religiös ungebundener Pflegekräfte eingeschränkt.

Konflikte zwischen Ordensschwestern und konfessionell ungebundenen Schwestern offenbaren die Schwierigkeiten von Modernisierungsentwicklungen in originär christlich geprägten Domänen des Pflegesektors.

Aus der Perspektive eines säkularisierten- modernen Pflegeverständnis heraus stellt das offensive Einfordern von Nächstenliebe, Gehorsams- und Mitleidsfähigkeit, insbesondere gegenüber konfessionell ungebundenen Pflegekräften, eine problematische Grenzüberschneidung in dem Bereich des Privaten dar.

Verkürzt formuliert erscheint eine berufstätige Mutter im traditionellen Muster als eine geteilte Schwester. Dieser umfassende berufliche Anforderungsdruck führt zu einer erheblichen Belastung, welche sich z.T. in biographischen Diskontinuitäten bzw. Fluktuationstendenzen, insbesondere bei jüngeren Pflegekräften, niederschlägt (dazu u.a. Ebertz 1994, Wittneben 1991).

Die überhöhten Ansprüche gegenüber dem Pflegepersonal können nach Hummel zu Schuldgefühlen, Enttäuschungen bzw. Aggressionen führen (Hummel 1988; 27 f). Der Zugriff auf die Gefühls- und Privatsphäre der Pflegenden postuliert einen persönlichen Näheanspruch, welcher im Pflegeprozess kontinuierlich schwer umzusetzen ist. Die auf die Pflegekräfte zentrierten Anforderungen führen zu Abstumpfungs- und Ausbrennprozessen. Der latente Druck, sich umfassend für dem Beruf zu engagieren, schafft eine diffuse Grenze zwischen Beruf und Familie.

Eine Integration von beruflicher und privater Sphäre ist für Lohnpflegekräfte schwer zu realisieren. Das Arbeiten und Leben im Pflegeberuf ist mit potentiell konfliktuösen Abgrenzungsleistungen verknüpft (Dunkel 1994; 87 ff).

Diese traditionell starren Rollenmuster werden in der gegenwärtigen Leitbilddebatte stärker problematisiert und eine Rollentranszendenz zwischen Patient, Arzt und Pfleger theoretisch für möglich gehalten (Hüngs 1994).

Neben der Stärkung des Subjektstatus des Patienten im Pflegeprozess wird die Berücksichtigung von Selbstpflegebedürfnissen der Pflegenden offensiver herausgestellt. Das sich selbstverleugnende Helfen im traditionellen Sinne ist so nicht mehr einforderbar. Die anstrengende Tätigkeit der Pflegekräfte durch "konfessionelle Zumutungen" zu überfrachten löst Widerstände und Konflikte aus. Offensichtlich wollen die meisten Mitarbeiter/Innen in kirchlichen Pflegeeinrichtungen letztendlich nichts anderes als Arbeitnehmer sein (ebenda).

Der christliche Geist scheint unsichtbarer zu werden. Die Berufung zur Kranken bzw. Altenpflege ist nicht zwangsläufig an eine formal konfessionelle Bindung oder der Zugehörigkeit zu einer Schwesternkongregation verbunden. Der besondere Charakter von Pflege verlangt möglicherweise eine besondere Motivation, die prinzipiell jede Schwester, ob Ordensschwester oder nicht, haben kann. Unterschiedlich ist die Intensität, d.h. die Ausrichtung des Lebensstils an diesem Beruf. Die Berufung zum Dienst an dem Kranken wird bei Ordensschwestern selbstverständlich erwartet und in Anspruch genommen, als bei weltlichen Schwestern. Während es bei weltlichen Schwestern selbstverständliche Grenzen zwischen beruflichen und privaten Bereich geben muss, lösen sich diese Grenzen bei Ordensschwestern auf bzw. lassen sich nur begrenzt mit den Kategorien beruflich bzw. privat fassen.

Eine restriktive Einstellungspolitik, welche auf die verbindliche Leitbildakzeptanz bzw. die konfessionelle Zugehörigkeit von Pflegekräften, als unabdingbare Einstellungsvoraussetzung drängt, ist angesichts der labilen Arbeitsmarktlage und dem hohen Bedarf an professionellen Pflegekräften kaum durchzuhalten. Die Schwierigkeiten, neuen Pflegenachwuchs für einen Pflegeberuf im traditionell christlichen Sinne zu motivieren, sind groß. Andere Motive und Intentionen, wie z.B. Arbeitsmarktchancen, Einkommensentwicklung, Ausbildungsqualität u.a., gewinnen an Bedeutung und bestimmen vordergründiger die Entscheidung für einen pflegerischen Beruf.

### 2.3.2 Differenzen und konsensuelle Anknüpfungen im beruflichen Pflegeverständnis von Ordensschwestern und freien Schwestern

Im traditionellen Selbstverständnis der Caritas kann sich eine am Evangelium ausgerichtete Pflege nur durch eine vom tätigen Glauben getragene (Überschuss-)Motivation der Pflegekräfte verwirklichen. Um die spezifische Ausrichtung kirchlicher Träger zu bewahren, wird verstärkt auf die Motivation des Personals rekurriert. Da an diese Überschussmotivation zwar appelliert, sie aber kaum normativ eingefordert werden kann, ist sie nur bedingt als ein integrativer Bestandteil alltäglicher Pflege anzusehen. Allein auf die christliche Motivation von Pflegenden zu setzen, um die Spezifität konfessioneller Kranken- und Pflegeeinrichtungen zu bewahren, greift zu kurz. Einen christlich geprägten Grundkonsens herzustellen, wird durch heterogene Glaubens- und Lebenskonzepte der Pflegekräfte erschwert. Die unterschiedlichen Lebensentwürfe von Ordensschwestern und weltlichen Pflegekräften führen zu unterschiedlichen Berufungen und Verantwortungsbereichen (Ebertz 1994).

Lohnpflegekräfte befinden sich möglicherweise in einer Vielzahl von Rollen, welche unterschiedliche Anforderungen und Verantwortlichkeiten mit sich bringen. Die vielfältige Gebundenheit an unterschiedliche Lebensbereiche macht ein Aufsplitten von Zeit und Kraft stärker notwendig. Ordensschwestern können aufgrund ihrer besonderen Berufung ihre Kräfte und personale Präsenz gegenüber dem Kranken umfassender auf diesen Dienst zentrieren, als Lohnpflegekräfte. Das abweichende Lebenskonzept von Ordensschwestern und Lohnpflegekräften führt möglicherweise zu einem unterschiedlichen Dienstverständnis gegenüber dem Kranken.

Das traditionelle Leitbild von der Gemeinschaft der Leidenden und Dienenden hat eher historischen Charakter. Das Unbehagen gegenüber dem Begriff des Dienens, insbesondere bei konfessionell nicht gebundenen Lohnpflegekräften, wird auch von Seiten der kirchlichen Träger wahrgenommen. Die Bereitschaft zum Dienst gegenüber dem Hilfebedürftigen wird unabhängig von unterschiedlichen Rollenauffassungen vorausgesetzt. Ein engagierter Einsatz für die "Nächsten und Geringsten" wird als Grundsatz aufrechterhalten (ebenda). Woher die Motivation zu dieser "unbezahlbaren" Bereitschaft kommt, ob nun aus dem christlichen Glauben oder einem allgemeinen Humanismus, bleibt eine individuelle Entscheidung. Im traditionell christlichem Verständnis kann dieses "Mehr" möglicherweise durch einen Stamm an besonders engagierten und glaubwürdigen "Tendenzträgern" unter den Pflegenden eingelöst und bewahrt werden (Dunkel 1994). Andererseits kann das Gemeinschaftsverständnis und die angestrebte Überschussmotivation von Pflegenden nicht mehr ausschließlich aus dem christlichen Glauben heraus definiert werden. Das traditionell hergestellte Gemeinschaftsgefüge bzw. das Gefühl der Einheit im Glauben, über bestimmte Rituale, Zeiten und Räume, verliert mit dem zunehmenden Verlust ritueller Dimensionen an Bedeutung.

Die Identifikation mit einem christlichen Gemeinschaftsideal, welches auf eine umfassende Integration und Motivation der Pflegekräfte setzt, scheint so nicht realisierbar. Individualisierung und Selbstverwirklichungstrends, insbesondere unter den jüngeren, konfessionell ungebundenen Pflegekräften, entziehen dem sozialreligiösen Gemeinschaftsgedanken, welcher auf Kohäsion, Wir-Bewusstsein, persönliche Nähe, Harmonie usw., ausgerichtet ist, die Plausibilitätsbasis (Hüngs 1994; 17 f).

Dieser Entwicklung wird durch die Relativierung spiritueller Appelle gegenüber dem Personal Rechnung getragen. Erwartet wird zumindest ein ".Sinn für Transzendenz.", Sensibilität und ein Gespür für die Würde und Selbstbestimmung der Patienten (ebenda). Das jeder Mensch eine unantastbare Würde und einen besonderen Wert, unabhängig von Krankheit, Behinderung, Weltanschauung und sozialer Stellung hat, ist sowohl christlich fundiert als auch Bestandteil eines Menschenbildes ohne besonderen religiösen Horizont. Wertrational unterlegte Begriffe wie Achtung, Kooperationsbereitschaft, Vertrauen, Verantwortung bieten neben christlichen auch weltliche Anknüpfungsmöglichkeiten. Christliche Werte wie Versöhnung, Barmherzigkeit, Besinnung und Nächstenliebe ergänzen diese Ausrichtung ohne einen Ausschließlichkeitsanspruch beanspruchen zu können (dazu u.a. Honecker 1990, Honneth 1992).

Die Verbundenheit und Identifikation mit der Einrichtung kann auch über ein Gemeinschaftsgefühl entstehen, welches eher durch informelle Kontakte der Mitarbeiter/Innen untereinander gewachsen ist. Neben diesem eher subjektiven Gemeinschaftsgefühl bestehen auch objektiv Gemeinsamkeiten. Diese unterschiedlichen Ebenen von Gemeinschaft verständigungsorientiert auf eine konsensuelle Basis zu stellen, verweist auf einen schwierigen Kommunikationsprozess.

Die Anerkennung unterschiedlicher Motivationen und Wertprämissen innerhalb einer Organisation scheint ohne einen integrierenden Wert kaum denkbar. Neben den Anerkennungsformen wie Liebe und Recht ist auch die wechselseitige Anteilnahme und Wertschätzung unterschiedlicher Orientierungen über den Wert der Solidarität denkbar (Honneth 1992; 152 f).

Inwieweit diese Einsicht mit emotionaler Bindung und Fürsorge gegenüber Hilfebedürftigen verbunden werden kann, bleibt auf dieser Ebene offen. Die Intensität von subjektiven Gefühlen ist individuell unterschiedlich und wird möglicherweise durch andere Prioritäten bestimmt. In diesem Sinne bestehen für Ordensschwestern andere Prioritäten als für weltliche Schwestern.

In dieser, an gegenwärtige Entwicklungen anknüpfenden, Betrachtungen wird an ein lebens- und berufsgeschichtliches Eros appelliert (Hüngs 1994; 22 ff). Die Achtung gegenüber Hilfebedürftigen und Helfenden konstituiert ein Pflegeverständnis, welches sowohl die Pflege von Hilfebedürftigen, als auch die Selbstpflegemöglichkeiten von Pflegenden in einen Zusammenhang stellt. Bezogen auf das Berufsethos können diese Gefühle normativ nicht eingefordert werden.

Das durch Arbeitsteilung entstehende Gemeinschaftsgefüge führt zum entstehen funktionaler Kooperationen. Das Ringen des therapeutischen Teams um das Wohlbefinden bzw. das Leben des Pflegebedürftigen kann zumindest temporär eine Kohäsion untereinander herstellen. Neben anspruchsvollen Werteorientierungen bilden vor allem funktionale Kooperationen die verlässlichste Klammer für eine Vielzahl von Mitarbeiter/Innen auch in konfessionell ausgerichteten Pflegeeinrichtungen. Der kleinste gemeinsame Nenner in der Pflegeorientierung spiegelt sich in der Orientierung auf Sachverstand, Einsatzwille und menschliche Lebenseinstellung gegenüber den Pflegenden wider. Pflege wird stärker als ein professioneller Aushandlungsprozess zwischen Pflegenden und Hilfebedürftigen verstanden. Die berufliche Kompetenz rückt stärker in den Vordergrund, ohne dass christliche Werteorientierungen vollständig dispendiert werden (ebenda).

## **2.4 Ganzheitlicher Charakter von christlich geprägten Pflegeleitbildern**

Das christliche Menschenbild ist an moderne ganzheitliche Orientierungen anschlussfähig. Die stärkere Besinnung auf eine individuelle und ganzheitliche Pflege lässt sich auch aus dem Evangelium ableiten. Die Begründungszusammenhänge unterscheiden sich allerdings grundsätzlich. Während im Christentum der Bezug zu einer übergeordneten Autorität mehr oder weniger herausgehoben zentral bleibt, verweisen moderne, ganzheitliche Orientierungen ausschließlich auf den Menschen selbst. Das "in der Welt sein" bindet die menschliche Existenz im säkularisierten ganzheitlichen Verständnis unmittelbar an Dinge und Menschen in seiner Umwelt (Hüngs 1994; 22 ff). Der Mensch unterliegt im existenzialistischen Sinne einer weitreichenden Selbstverantwortung, die bezogen auf dem Zustand der Pflegebedürftigkeit, die Betroffenen für ihren Zustand offensiver mitverantwortlich macht (Sartre 1947).

In der aktuellen Leitbilddiskussion, innerhalb des christlichen Rahmens, werden ganzheitliche Pflegekonzepte zunehmend reaktiviert und in bestehende Leitlinien integriert. Eine moderne ganzheitliche Orientierung mit christlichem Bezug findet sich u.a. im Pflegemodell von Juliane Juchli (1993). Dieses, insbesondere im konfessionellen Pflegesektor, populäre Pflegemodell verknüpft pflegerisches Handeln mit einem Katalog möglicher Selbstpflegedefizite. Ohne hier auf dieses Gesamtangebot der Pflege detailliert eingehen zu können, fällt in Juchlis Pflegemodell, in dem sie einen Katalog von Grundbedürfnissen und Selbstpflegebedürfnissen entwickelt, der Bezug zur Kategorie Sinn auf. Sinnfindung wird als existentielles Grundbedürfnis des Menschen

herausgestellt und zum potentiellen Aufgabenbereich pflegerischen Handelns deklariert. Das Bedürfnis nach Sinnfindung im Alter wird mit Hilfe von christlich geprägten Begriffen und Glaubensvorstellungen vorstrukturiert. In diesem Verständnis ist das Bedürfnis nach Liebe, Ausdruck eines identitätssichernden Grundbedürfnisses von Hilfebedürftigen. Anknüpfend an das christliche Liebesgebot besteht die Erwartung, dass Pflegende verstehend und liebend in Beziehung mit ihrer "Mit- und Umwelt" treten. Pflege wird zur ".Sorge um das Wachsen und Werden." des auf Hilfe angewiesenen Menschen (ebenda; 7 f). Die pflegerische Beziehung auf der Basis von Liebe, Mitgefühl und Anteilnahme zielt offensiver auf eine von außen gestützte Stärkung des Selbstgefühls. Die liebende Hinwendung gegenüber den Pflegebedürftigen lässt eine Anknüpfung an traditionelle Rollenmuster in der caritativ-kustodialen Pflege zu. Während das säkular geprägte, ganzheitliche Pflegekonzept im stärkeren Maße auf ein autonomes, sich selbst "stillendes" Altersego orientiert (dazu u.a. Vogel 1990), bleibt im Modell von Juchli die stützende Anerkennung und Liebe von außen offensiver Bestandteil des pflegerischen Handelns bis zum Tode des hilfebedürftigen Menschen. Abweichend zum Ablöse- und Rückzugsverständnis traditionell christlicher Orientierungen soll der alte Mensch in der Gesellschaft integriert bleiben und dort "Sinn finden wie der Junge" (ebenda). Die darüber hinaus konzipierte Bedürfniskonstellation im Alter geht auch in dieser Lebensphase von einem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, einem Bedürfnis nach Identifikation mit der Gesellschaft sowie einem Bedürfnis nach nützlicher Aktivität für die Gesellschaft aus (Juchli 1993; 8 f).

## **2.5 Externe Einordnung des caritativen Leitbildes in der Pflege**

Aus der Perspektive moderner Pflegediskurse im außerkonfessionellen Kontext wird das traditionell - caritative Pflegekonzept zum Teil als ein unproduktiver und nicht mehr zeitgemäßer Ansatz bewertet. Die diskursive Auseinandersetzung in der Pflege erfolgt primär gegenüber einem naturwissenschaftlichen bzw. einseitig ökonomisch ausgerichteten Pflegeverständnis, das historisch gesehen, einen scheinbar bedeutsameren Bezugspunkt für gegenwärtig dominierende ganzheitliche Pflegeorientierungen bildet. In diesem Kontext kommt es partiell zur Aufwertung und Revision traditionell christlicher Pflegekonzepte. Die in der Gegenwart problematisierten Defizite in der Pflege führen, neben abgrenzenden bzw. vorwegnehmenden Pflegeorientierungen, auch zu rückführenden Betrachtungen. Das Wesentliche von Pflege scheint möglicherweise auch im "Es war" enthalten zu sein (Heidegger 1992).

Die affektive Einstellung gegenüber der Vergangenheit erfolgt somit weniger aggressiv. Der Bezug auf traditionell christliche Pflegekonzepte hat dabei offensichtlich auch illustrierenden Charakter und dient dazu, Substitutionsverluste neuzeitlicher Medizin und Pflege zu beschreiben. Weniger die naturwissenschaftlichen Defizite traditioneller Konzepte, als vielmehr die mehrdimensionale Orientierung mittelalterlicher Medizin und Pflege werden herausgestellt. So rekonstruiert Wittneben (1991) aus der klassischen Diätik heraus Prinzipien "lebenskundeorientierter Subsysteme", die aus ihrer Sicht das ökologische Umfeld des Patienten einbeziehen und eine individualisierte, bedarfsgerechte Pflege möglich machen (Wittneben 1991; 112). Dem Vergangenen wird z.T. eine stärkere Substantialität unterstellt, als neuzeitlichen bzw. einseitig zweckrational ausgerichteten Pflegekonzepten.

Die Skizzierung mittelalterlicher Pflegekonzepte scheint nicht frei von Romantizismus zu sein. Auf vorbürgerliche normative Muster zurückzugreifen und sich daran zu orientieren, wäre in einem sich veränderten gesellschaftlichen Zusammenhang willkürlich.

Die in der Ära neuzeitlich - naturwissenschaftlicher Pflege weitgehend vollzogene Abtrennung von christlich geprägten Medizin- und Pflegevorstellungen wird in einer stärker an ganzheitlichen Richtlinien ausgerichteten aktuellen Pflegedebatte relativiert. Das Bemühen traditionelle Elemente

von Pflege stärker als bisher zu berücksichtigen und bewusster nach Anschlüssen zu suchen, ist unterschiedlich stark erkennbar.

### **3. Naturwissenschaftlich-medizinische Leitbild in der Pflege**

Das naturwissenschaftlich-medizinische Leitbild kann, historisch gesehen, als Nachfolger des primär christlich bestimmten Pflegeleitbildes verstanden werden. Diese, sich im 19. Jahrhundert ausweitende Orientierung hat zu einschneidenden Veränderungen im Pflegesektor geführt, welche bis in die Gegenwart hinein den Charakter der Pflege entscheidend prägen. Theorien und Leitbildkonzepte von Pflege reiben sich stark am schulmedizinischen Paradigma bzw. am biologisch-medizinischen Modell (Müller 2001; 51). Aus dieser Behauptung heraus sollen analog zur Darstellung des caritativen Leitbildes Grundzüge dieses eng mit der Entwicklung der Medizin verwobenen Pflegeverständnisses dargestellt werden.

Die körpermedizinische Orientierung naturwissenschaftlich begründeter Medizin

Neuzeitliche Medizin wurde im starken Maße von einem naturwissenschaftlich geprägten Wissenschaftsverständnis bestimmt. Diese sich im Kontrast zur "mittelalterlichen Naturphilosophie" durchsetzende Betrachtungsweise datiert Wittneben in Deutschland etwa um die Mitte des 19. Jahrhunderts (Wittneben 1991; 20). Die im Kontext der Medizin durchaus wohlwollenden Humanitätsinteressen (Sorge um Gesundheit, Leidensminderung usw.) führen tendenziell zu einer Unterwerfung metaphysischer Prinzipien unter medizinisch-naturwissenschaftliche Wissensbestände (Remmers 1998; 96). Der Werkzeugcharakter von Theorien steht im Vordergrund, d.h. Zweckrationalität wird zum handlungsorientierenden Prinzip eines instrumentellen Wissenschaftsverständnisses (Remmers 1998; 139). Eine in diesem Sinne primär krankheitsfixierte Medizin konnte mit Hilfe des medizinisch-technischen Fortschritts Defizite ausgleichen und bisher als unheilbar geltende Krankheiten heilen. Die wachsende Bedeutung der Naturwissenschaften hat sie von ihrer ursprünglich dienenden Funktion entbunden und sie in den Status medizinischer Grundlagenwissenschaften überführt. Das Aufnehmen naturwissenschaftlicher Erkenntnisse in das neuzeitliche Konzept der Medizin hat zu einer Adoption eines Wissenschaftsbegriffes geführt, der zu einer Auflösung eines antiken Medizinverständnisses beigetragen hat (Remmers 1998; 102). Die faszinierenden Möglichkeiten, insbesondere durch die von R. Koch und L. Pasteur begründete Lehre der Infektionskrankheiten, der Ausweitung operativer Chirurgie, der Erweiterung der Medikamenten- bzw. Schmerztherapie u.a., bestärkten Mediziner und Pflegenden in der Auffassung, Krankheit vorrangig als einen Defekt der "Körpermaschine" wahrzunehmen (Wittneben 1991; 21).

Im Zusammenhang mit diesen Erfolgen wurden physikalische, medizinische und psychologische Therapiemöglichkeiten deutlich verbessert.

Die neuzeitliche Medizin wird als eine naturwissenschaftlich determinierte Wissenschaft beschrieben, die ihr Behandlungsverständnis stärker als bisher auf experimentell abgesicherte Erkenntnisse stützt.

Die durch den Prozess der Industrialisierung wachsende Konzentration und Zunahme an institutionalisierter, und damit überwachbarer medizinischer Betreuung und Pflege, schuf günstige Voraussetzungen für die Erfassung empirisch gesicherten Datenmaterials. Diese Daten bildeten die Grundlage für ein an Fakten orientiertes, verlässliches Wissen.

Die krankheitsorientierte Medizin, als eine organbezogene Wissenschaft, konnte sich auf gesicherte Tatsachen und klare Symptomzuordnungen stützen. Der Kranke und Pflegebedürftige konnte als Objekt erforscht und behandelt werden. Die sich ausdifferenzierende Medizin beschäftigt sich mit dem Phänomen Krankheit aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Spezialisierung und expertokratische Abgrenzung innerhalb der Medizin trug zur selektiven, fachbezogenen Betrachtung des Patienten bei. Spezialistentum und eigene Versorgungssysteme für jede Patientengruppe führten

zu einer funktionellen Institutionalisierung und Technokratisierung. Diese Entwicklung hat zu einer fachspezifischen Pflegeorientierung geführt.

Die Dominanz körpermedizinischer Behandlungskonzepte hat zu spezifischen institutionellen Weichenstellungen geführt. Produktive Bereiche der Medizin (Chirurgie, Entbindungsstationen, Orthopädie u.a.) wurden stärker ausgebaut als psychiatrische und geriatrische Behandlungsbereiche (ebenda). Eine Orientierung am Krankenhaus und den dazu gehörigen Funktionsabteilungen beeinflusste auch den Charakter von Alten- und Pflegeheimen. Die Pflege von älteren Pflegebedürftigen in Rahmen der Krankenpflege begünstigte die organisatorische Anlehnung an das Krankenhaus (Hummel 1988).

### **3.1 Medizinierung und Subordination der Pflege**

Die Hinwendung zu primär körperlichen Bedürfnissen und Defiziten, bzw. die Zentrierung auf Funktionalität und Leistung, führte zur Vernachlässigung nichtärztlicher Behandlungsformen.

Die herausgehobene Autorität des Arztes und der hohe Stellenwert naturwissenschaftlich ausgerichteter Medizin führten zu einer ausgeprägten Hierarchie, der sich sowohl Pflegende und Pflegebedürftige als auch psychologische, soziale und auch pflegerische Betreuungskonzepte unterwerfen mussten.

Der Fokus pflegerischen Handelns liegt primär auf Krankheit und der darauf bezogenen medizinischen Therapie. Die medizinische Diagnose und die ärztlich festgelegte Therapie bestimmen den Charakter der Pflegeplanung, aus der heraus pflegerische Maßnahmen entwickelt und ausgerichtet werden (Wittneben 1991; 21 ff). Die stark krankheits- und symptombezogene Krankenpflege im Auftrag des Arztes erschwerte die sinnhafte Erfassung des eigenen beruflichen Tuns. Eine beurteilende und erkennende Krankenpflege konnte sich durch berufliche Verengungen und ausgeprägte Hierarchien kaum entwickeln.

Mitgefühl und Intuition als unsichtbarere Verhaltensmerkmale wurden aus der wissenschaftlichen Medizin verbannt und als Fürsorge und Pflege im Sinne diffuser, unwissenschaftlicher, körpernaher und alltäglicher Verrichtungen zur notwendigen, aber sekundären Angelegenheit umgedeutet. Genuin wichtige Pflegetätigkeiten verlieren an Wertschätzung. Die Akzeptanz der damit verbundenen Handlungen und Wissensbestände sinkt. Hier zeigen sich hierarchische Zuweisungen und qualifikatorische Aufspaltungen, die das Gesicht der Pflege nachhaltig verändern. Eine schleichende Trennung zwischen physischen, medizinischen und sozialen Bedürfnissen eines Menschen wird durch grenzziehende Tätigkeitsaufspaltungen verfestigt. In diesem Sinne erfolgt eine sich institutionalisierende Dichotomisierung von Pflege in Grund- und Behandlungspflege (Müller 2001; 93). Behandlungspflege wird zu einem wichtigen und prestigeträchtigen Bestandteil einer medizinorientierten Pflege. Grundpflege entwickelt sich zu einer Art residualen Kategorie von Behandlungspflege (ebenda; 322). Eine solche Missdeutung führt zu bedenklichen Rahmungsversuchen.

Die Rahmung von Grundpflege als Zeitfresser markiert die geringe Wertschätzung der in diesem Bereich angesiedelten pflegerischen Arbeiten. Sie werden in ein einheitliches Zeitschema gepresst und deren wettbewerbsmäßige Verrichtung honoriert (Müller 2001; 101-108).

Grundpflege bleibt somit schlicht und wird in erster Linie an Hilfskräfte und Anfänger delegiert. Das „Gewaschen-werden“ wird zur Nebentätigkeitsdomäne von nicht bzw. noch nicht ausgebildeten Pflegekräften (Wittneben 1991; 23).

Eigenständige pflegewissenschaftliche Grundlagen existierten im Prinzip kaum, bzw. sind aus dieser Tradition heraus eher untergeordneter Bestandteil medizinisch- naturwissenschaftlichen Wissens.

Die sozialpsychologische Vielschichtigkeit von Gesundheit und Krankheit, die in Abhängigkeit zu unterschiedlichen Lebenskonzepten und biographischen Transformationstufen nicht standardisiert und verobjektiviert werden können, rückten nur peripher ins Blickfeld. Die geringere Beachtung der

für den Patienten bedeutsamen Verhaltens- und Handlungsorientierungen, führten zu einer weitgehenden Entkoppelung von "unwissenschaftlichen" Dimensionen des Subjekts (Remmers 1998; 25). Eine auf Symptome und vermessenbare Befunde reduzierte Behandlungskonzeption "verkümmerte" zur Medizin, welche "Krankheiten und nicht die Kranken" behandelt (ebenda).

Trotz eines mechanistischen Organverständnisses verschwand der Gedanke an den Menschen im Kranken nicht völlig. Eine erweiterte Betrachtung des Menschen erfolgt eher nach rationalen Gesetzmäßigkeiten. Die Aufklärung von Krankheiten über exakte laborchemische und physikalische Messungen machte die unmittelbare Einbeziehung des Subjekts mit seinen nicht genau "vermeßbaren Seiten" z.T. überflüssig (ebenda; 25 ff). Der Umgang mit einem sichtbar ausgedrückten Leiden erfolgt souveräner als gegenüber lautlos Leidenden, bzw. psychisch kranken Menschen. Leiden, die nur bedingt verobjektivierbar sind, werden tendenziell über externalisierbare Oberflächensymptome, wie z.B. Bettlägerigkeit, Blutdruckwerte, Lähmungen, Bewegungsstörungen usw. beschrieben und symptomatisch behandelt. Psychosoziale Betrachtungen und Diagnosen werden weitgehend ausgeblendet.

Die Hinwendung zu sichtbaren Phänomenen, die über Beobachtungen erfasst und in allgemeinen Gesetzmäßigkeiten beschrieben werden können, ist Ausdruck positivistischen Denkens. Der Körper wird zum "positiven", d.h. "stofflichen Forschungsgegenstand", welcher tatsächlich erfasst und überprüft werden kann (ebenda). In der weiteren Entwicklung naturwissenschaftlich ausgerichteter Medizin wurden auch psychologische Wissensbestände an ein positivistisches Wissenschaftsverständnis herangeführt. Das Handlungsfeld Pflege nimmt diese z.T. Einflüsse auf. In diesem Sinne beschreibt die Pflegetheoretikerin Pamela Mitchell (1983) Krankenpflege als eine Tätigkeit, bei der menschliche Reaktionen diagnostiziert und behandelt werden. Tendenziell werden menschliche Reaktionen zu isolierbaren Entitäten, die auf der Basis eines naturwissenschaftlich-medizinischen Paradigmas studiert werden können (Mitchell 1983; 47).

Im funktionellen Mangelverständnis der Medizin wird eine Tendenz sichtbar, Ausfälle zu verobjektivieren, abgrenzbar zuzuordnen und als "Objekt bestimmter Stellen" (Experten, Institutionen) diese "Störungen" dann zu beheben bzw. zu lindern (Wittneben 1991; 23).

Alter zerfällt in Analogie dazu in verschiedene Teilfunktionen, die eine Aneinanderreihung von funktionell nebeneinander bestehenden Interventionen und Behandlungsformen legitimiert.

Die "Entstörung" des Alters gelingt aber nur zum Teil und bietet in der Fokussierung auf manifeste Störungen und sichtbare Defizite beispielsweise nur geringe pflegerische Anknüpfungsmöglichkeiten bei der Wahrnehmung von Sinnkrisen im Alter (Juchli 1993).

### **3.2 Körpermedizinische und leistungsorientierte Betrachtung des Alters**

Die Wahrnehmung des Alters erfolgt primär biologistisch. Die morphologischen und funktionellen Veränderungen in Zellen, Geweben und Organen wurden als gesetzmäßig ablaufender biologischer Grundprozess interpretiert. Die detaillierte Beschreibung funktioneller Veränderungen an Geweben und Organen im Alter (z.B. Atrophien, Regenerationsverluste, Osteoporose, Arteriosklerose usw.) werden über charakteristische Symptomgruppen zusammengefasst und können in dieser Zuordnung behandelt werden. Funktionelle Defizite und Anpassungsschwierigkeiten charakterisieren diese Lebensphase als eine von Defiziten und Leistungseinbußen bestimmte Transformationsstufe. Der alte Mensch wird zum Problembündel, der aus einer medizinischen Perspektive heraus, z.B. als Blinddarm, Schlaganfall oder Inkontinenter beschrieben wird.

Der Leistungsabfall im Alter macht eine an den notwendigen Bedürfnissen, d.h. an objektivierbaren Bedürfnissen und Defiziten ausgerichtete Pflege erforderlich. Der Leistungsbezug führt zu Anerkennungsstandards, die primär an den beruflichen Bereich gekoppelt sind. Die Orientierung an beruflichen und partiell auch an familiären Leistungen schafft einen normativen Bezug, der als Maßstab im Alter nur widerstrebend aufgegeben wird. Im Zustand wachsender Hilfebedürftigkeit, in dem eine zunehmende Fremdhilfe von außen einen aus Verlusten bestehenden Prozess unterstreicht,

bleibt die Orientierung an Leistung und Selbstständigkeit bestehen. Die irreversiblen Funktions- und Leistungsverluste im Alter rechtfertigen die vollständige Entpflichtung älterer Hilfebedürftiger. Die einseitige Inblicknahme von geistigen und körperlichen Defiziten im Alter stellt einen Bezug zur "Disengagement-Theorie" her, in der die Altersphase allgemein mit Leistungsminderung, Rückzug aus bisherigen Rollenmustern, Passivität usw. gleichgesetzt wird (Lehr 1996; 20-32). Aus dieser Wahrnehmung heraus konstituiert sich ein eher negatives Altersstereotyp. Eine Umorientierung und Hinwendung zum Ende des Lebens bzw. der Wandel des Leistungsverständnisses im Alter, wird aus dieser Perspektive vernachlässigt (ebenda).

In diesem Zusammenhang entsteht ein polares Verständnis von "krank" und "gesund". Nach Schipperges (2003) wurde dieses Verständnis, der sich wechselseitig ausschließenden Kategorien "krank" und "gesund", durch die Sozialgesetzgebung Ende des 19. Jh. noch verschärft (Schipperges 2003; 15-ff). Dadurch, dass sich Berufstätige krank bzw. gesund schreiben lassen mussten, verschwand das Zwischenfeld ("neutralitas") zwischen diesen Polen (Wittneben 1991; 21). In der Polarität von krank und gesund drückt sich die potentielle Arbeitsfähigkeit- bzw. Arbeitsunfähigkeit aus. Der Kranke, als der nicht- bzw. nur eingeschränkt Arbeitsfähige, wird primär auf seine Leistungsfähigkeit hin beurteilt. Die Tendenz, das Subjekt auf seine körperlichen Symptome zu reduzieren, beschreibt Wittneben (1991) als einen Verlust individueller Patientenorientierung (ebenda). Die durch einen objektivierenden Betreuungsansatz geförderte Entpersonalisierung des Patienten vernachlässigt aus der Perspektive ganzheitlicher Pflegekonzepte die subjektive und soziale Seite des Hilfebedürftigen zu stark.

### **3.3 Ambivalenz von Behandlung und Pflege im Alter**

Die Grenzen therapeutischer Möglichkeiten im Alter schwächen das naturwissenschaftlich-medizinische Forschungsinteresse an dem alten Menschen und seinem Leiden.

Die im Verständnis der Heilungs- und Funktionsorientierung sinnvollen Rehabilitations- und Präventionsbemühungen werden angesichts der relativen "Erfolglosigkeit" bzw. dem "Stillstand" therapeutischer Möglichkeiten im hohen Alter zurückgefahren (Wittneben 1991; 285). Die sich "rationalen Behebungsstrategien" entziehenden irreversiblen Mängel im Alter dämpfen den Behandlungsoptimismus gegenüber hochbetagten Pflegebedürftigen (ebenda). Chronisch Kranke und dauerhaft auf Hilfe und Pflege angewiesene Menschen können pflegebezogen über offensive Heilsorientierungen kaum eingefangen werden (Wittneben 1991; 287).

Multimorbide alte Menschen bzw. irrational sich verhaltende, "unvernünftige Alte" werden potentiell vernachlässigt und weitgehend ausgegrenzt behandelt (Hummel 1988; 13 ff). Da die Integration in das optimistische Betreuungsraster und die eng gefassten Grenzen der Vernunft für diese Patientengruppe nur selektiv möglich ist, besteht eine Tendenz zu pflegerischen und medizinischen Unterlassungen. Suboptimale Pflege- und Behandlungsmuster gegenüber unheilbar Kranken und Pflegebedürftigen sind somit die Regel.

Auf der anderen Seite kommt es aus dieser Tradition heraus auch zu aggressiven und quälenden Behandlungsmustern, die sich am medizinisch und technisch Möglichen und weniger an abwägenden, den Gesamtzustand und die psychosoziale Situation des Betroffenen in Blick nehmenden Entscheidungen orientiert. Invasive medizinische Behandlungen, mit unsicherer Prognose und nur vage absehbarer Verbesserung des Wohlbefindens bzw. der Gesamtsituation des Patienten, können die Folgen sein. Da Krankheiten mit Hilfe der naturwissenschaftlich-technischen Medizin und Pflege z.T. "besiegt" und der Tod "bekämpft" bzw. hinausgezögert werden können, besteht eine Tendenz, medizinische Indikationen zu überziehen (Wittneben 1991; 238 f). Auch einem kranken, dem Tode nahen Körper, wird eine Reparaturbereitschaft und -fähigkeit eingeräumt. Es wird auch im hochbetagten Alter die Illusion genährt, dass durch die systematische Bekämpfung von Krankheiten, diese überwindbar und der Tod überlistet werden kann (ebenda). Der Tod gerät durch die gegenwartsbezogene Krankheitszentrierung aus dem Blickfeld. Die hohen Erwartungen,

an die scheinbar auch im Alter weitreichenden Möglichkeiten der Medizin, machen Ärzte und Pfleger zu Experten, denen eine Vielzahl von Hilfebedürftigen die Verantwortung und Verfügung über ihren Körper bereitwillig zugestehen. Die illusionäre Orientierung am Krankenhausheilverständnis und die damit verknüpfte Tabuisierung von Sterben und Tod nährt in der Regel die unerfüllbare Hoffnung, dass bezogen auf die stationäre Altenpflege, die Einweisung ins Pflegeheim nicht die Endstation des Lebens sein wird. Der Sterbehauscharakter von Alten- und Pflegeheimen, aus denen kaum einer nach "draußen" entlassen wird und die meisten Heimbewohner nach relativ kurzer Verweildauer sterben, stellt für die Pflegenden und Pflegebedürftigen eine Konfrontation mit der Vergänglichkeit her (Hummel 1988).

### **3.4 Rollenmuster in der naturwissenschaftlich ausgerichteten Pflege**

Pflegekräfte werden zunehmend zu Lohnpflegekräften, die nicht mehr primär über ihre christliche Motivation zum Helfen aktiviert werden müssen. In dieser Entwicklung weicht das christliche Hilfeverständnis einer "Ideologie des Honorars" (Dunkel 1994).

Die geregelte und hierarchisierte Beobachtung nach wissenschaftlich bedeutsamen Aspekten und die Ausrichtung medizinischer Behandlung im Kontext gesicherten Wissens unterwirft nach Foucault (2002) sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegenden einem disziplinierenden Diktat. Das Rollenverständnis von Arzt („Vermessungsfachmann“), Pflegenden ("Überwachungstechniker" und "medizinischer Handlanger") und Pflegebedürftigen („Vermessungs- und Kontrollobjekt“) gestaltet sich hierarchisch und orientiert sich weniger am Patienten selbst (Foucault 2002; 20 ff). Zwischen Arzt, Pflegenden und Pflegebedürftigen bestehen gestörte Kommunikationsmuster.

In diesem Kontext können auch entmündigende Rituale wie Visiten oder medizinische Begutachtungen, welche nach schematisierten eindeutig festgelegten Kriterien ablaufen, gebracht werden. Komplementär dazu dominiert im Kontext von vielschichtigen Entmündigungsritualen (Heimordnungen, Reinigungsrituale, Tagesrhythmen, Hierarchie- und Kommunikationsmustern etc.) eine kontrollierende Strenge gegenüber den Patienten.

Die begriffliche Analogie von Pflegebedürftigen und Patienten ergibt sich aus der historischen Entwicklung des Pflegeverständnisses im Zusammenhang mit einer ausgeprägten Krankheits- u. Defizitorientierung und der in diesem Sinne selbstverständlichen Beschreibung von Pflege als Krankenpflege. Die allgemein etablierte Attribution des älteren Patienten als "Mängelwesen" (Foucault 2002) führt zu pflegerischen Unter- bzw. Überversorgungen. Das Subjekt im Patienten wird z.T. ignoriert und infantilisiert. Das regressive Schema zwischen Patient und Schwester, im Spektrum von übertriebener Fürsorge bis zum Kleinreden von "Wehwehchen", fördert eher unselbstständige Verhaltensstrategien von Patienten, als die Neigung zur Selbstpflege bzw. Selbstständigkeit zu stimulieren (Wittneben 1991; 250 ff). Patienten werden in diesem Sinne nicht als ebenbürtige Gesprächspartner betrachtet. Ein "beherrschtes Helfen", das einem statischen Rollenverständnis verhaftet bleibt, dominiert (Foucault 2002). Fordernde und somit unbequeme Patienten werden gemieden und eine Auseinandersetzung mit ihnen gescheut. Diese tendenziell entmündigende Pflege von Patienten weist analog dazu Konnotationen zum beruflichen Status der Pflegekräfte auf.

### **3.5 Exkurs: Kollektive Pflegeleitbilder in der DDR**

In der DDR wurde administrativ ein umfassender Betreuungsanspruch postuliert. Die Fürsorge gegenüber alten Menschen sollte sowohl medizinische als auch soziale Maßnahmen umfassen, ".die das Ziel haben, die Selbstständigkeit in der Lebensführung soweit wie möglich zu erhalten, anzuregen und zu aktivieren und dort schnell und unkompliziert zu helfen, wo es erforderlich wird." (Lehr 1991; 42). In Anlehnung an WHO-Grundsätze wurde formal ein mehrdimensionales

Betreuungskonzept konzipiert. Die an dieses Verständnis anknüpfenden Empfehlungen der WHO galten in der DDR offiziell als umgesetzt (Lehr 1991; 43 f).

Neben der materiellen und medizinischen Sicherstellung sollte auch eine soziale und kulturelle Betreuung von alten Menschen erfolgen. Pflege wurde in Beziehung zu ganzheitlichen Gesundheitskonzepten als ein eigenständiger, anspruchsvoller Tätigkeitsbereich angesehen. Sie sollte eine "Kunst" bleiben und nicht nur auf handwerkliche Fähigkeiten und medizinische Grundkenntnisse beschränkt werden (Goldhahn 1976; 5 ff). Die partielle Aufwertung des Pflegebereiches rückte auch psychologische und pädagogische Kompetenzen von Schwestern ins Blickfeld.

Die Wechselwirkung zwischen Organismus und Umwelt wurde theoretisch stärker aufgegriffen und beeinflusste die inhaltliche Struktur von Pflegekonzepten. In diesem Sinne wurde anerkannt, dass das Verhalten der Pflegekraft und das psychische Einwirken auf den Patienten Einfluss auf das Wohlbefinden und den Heilungsprozess des Patienten haben kann (Lehr 1991).

Pflegeabläufe sollten sich an einem sinnvollen, individuell abgestimmten Wechsel von Schlafen, Wachen, Essen, Aktivierung, Ortswechsel usw. orientieren. Schmerz, Lärm, unnötige Aufregung und Reizarmut sollten vermieden werden. In diesem Pflegeverständnis wurden z.T. alltägliche, weniger ideologisch überfrachtete Pflegeziele und Pflegemaßnahmen konzipiert. Lärmvermeidung, individuell abgestimmte Essens- und Schlafenszeiten von Patienten, sensible Aufnahme- und Verlegungspraxis, Schaffung einer persönlichen und wohnähnlichen Atmosphäre im Krankenhaus bzw. Pflegeheim sowie eine kommunikativ überzeugende, weniger bevormundende Pflege, sollten die "Wesensart" und Lebensgewohnheiten von Patienten stärker berücksichtigen (Goldhahn 1976; 6 f).

Die Stellung des Patienten bleibt widersprüchlich. Einerseits werden in Bezug zum umfassenden Betreuungsanspruch in der Pflege alle Maßnahmen angestrebt, die dem individuellen Wohlbefinden und den Bedürfnissen des Patienten dienen, andererseits besteht gegenüber dem Patienten ein umfassender, an die organisatorischen Abläufe orientierter Pflichtenkatalog. Anpassungs- und Befolgungserwartungen schränken die Autonomie von Hilfe- und Pflegebedürftigen deutlich ein.

### 3.5.1 Zwischen christlicher Tradition und sozialistischer Ideologie

Das in der Gründungsphase der DDR noch sichtbare, konfessionell geprägte Pflegeverständnis drückte sich z.B. im anfänglichen Beharren auf den unverheirateten Status der Schwester bzw. der Forderung nach einer umfassenden Verfügbarkeit der Schwester auf der Station aus. Der Lebensschwerpunkt wurde primär in die berufliche Sphäre verlagert.

Der damit verbundene weitgehende Verzicht auf ein Privatleben bleibt ein integrierter Bestandteil des Berufsbildes. Ein hohes Maß an persönlicher Selbstverleugnung, bzw. das Aufgehen in der beruflichen Rolle zum Wohle des Patienten, wurde weiterhin angestrebt. Im Duktus von Verzicht und Selbstdisziplin, sowie eingeforderter Humanität, rückten Verdienst- und Karrieremotive von Schwestern in den Hintergrund. Die Schwester sollte eine enge Beziehung mit dem Patienten eingehen, d.h. im emphatischen Sinne "schwesterlich" tätig sein. Traditionelle Schwesterntugenden prägten auch das berufliche Ethos von Krankenschwestern in der DDR (dazu u.a. Richter 1981; Goldhahn 1976). Familienarbeit und "Mutterglück" wurden als für die Pflege nützliche Erfahrungen bewertet, d.h. verheiratete Frauen mit Kind waren geradezu prädestiniert für den Pflegeberuf. Die positiv bewerteten "fraulichen Künste", bzw. "mütterlichen Neigungen" rücken Pflege in die Nähe von Haushalts- und Familienarbeit. Die Schwester sollte mit ihren "fraulichen Künsten" eine für den Patienten wohnliche Atmosphäre schaffen (Goldhahn 1976; 5 f). Zusammenfassend lässt sich das Tätigkeitsprofil von Krankenschwestern folgendermaßen umreißen: "Der Patient muss schnell, still, ruhig und gleichmäßig bedient werden und zwar bei allen Verrichtungen. Ich wollte hervorheben die Liebe zum Beruf, die Barmherzigkeit, die Sorgfalt und das Pflichtbewusstsein und bezeichne diese Eigenschaften als die Tugenden einer Schwester. Ausbildung, Fortbildung und Erfahrung, vereint mit den Tugenden der Schwester, ergeben eben die Krankenschwester." (ebenda).

Hierarchische Strukturen und Rollenmuster blieben weitgehend erhalten. Die Krankenschwester ist Helferin des Arztes, dessen Autorität und Weisungsbefugnis im Rahmen der Rahmenkrankenhausverordnung gesetzlich verankert wurde. Der eigenverantwortliche Tätigkeits- und Kompetenzbereich von Schwestern sollte gewahrt werden, ohne den grundsätzlichen Charakter des Helferberufes Krankenschwester aufzuweichen<sup>27</sup>. Im Interesse des Patientenwohls sollten Ärzte-, Schwestern- und Stationspersonal im Kollektiv harmonisch zusammenarbeiten. Die Hierarchie zwischen Ärzten und Schwestern blieb trotz der egalitär ausgerichteten Kollektivorientierung unangetastet. Das Kollektiv wurde zum entscheidenden Entwicklungsspielraum für jeden Einzelnen deklariert. Individualität wurde somit zum Prozess der aktiven Selbsterzeugung im Kollektiv. Die Maxime vom gemeinsamen Arbeiten, Leben und Lernen, machte das Kollektiv zur Gemeinschaft, sowohl im privaten, beruflichen als auch politischen Sinn.

Das Leitbild der sozialistischen Schwester lehnt sich scheinbar an traditionell christlich geprägte Orientierungen an. Identische bzw. ähnliche Begrifflichkeiten, wie z.B. die Liebe und die Sorge um den Patienten, fußen dabei aber auf unterschiedliche Begründungszusammenhänge.

In diesem Sinne löst sich die scheinbare Nähe zu traditionellen Pflegeorientierungen sukzessive auf. Auseinandersetzungen mit traditionellen Orientierungen und Symbolen zeigen eine erstaunliche Polemik. So wird die Diskussion um die Schwesternhaube zur stellvertretenden Abrechnung mit der "traditionell-reaktionären Krankenpflege" genutzt<sup>28</sup>. Solche Totalberechnungen lösen allerdings auch Widerstand aus. So stieß beispielsweise die Diskussion um die Abschaffung des Schwesternbegriffes auf breite Ablehnung<sup>29</sup>. Das berufliche Ethos der Krankenschwester zielte auf einen neuen Typ der sozialistischen Krankenschwester ab. Krankenschwestern sollten sowohl fachlich qualifiziert und auch gesellschaftlich engagiert sein. Die ideologische Einschätzung von Krankenschwesternschüler/Innen und Krankenschwestern wird zum selbstverständlichen Bestandteil der Ausbildungs- und Berufsbiografie. Der verpflichtende Charakter, im Auftrag der Gesellschaft tätig zu sein, überformte persönliche Motive von Krankenschwestern. Das auf der Basis ideologischer Gebote verfügbare (latente) Sanktions- und Drohpotential hatte eine einschüchternde Wirkung. Berufliche Nachlässigkeiten sowie abweichende individuelle Meinungs- und Verhaltensmuster konnten zu einem politischen Akt, aufgebläht werden. Das ideologisch bestimmte Erziehungsverständnis wurde auch gegenüber Kranken und Pflegebedürftigen nicht aufgegeben. Regelmäßige politische Informationen sollten den Genesungs- und Pflegeprozess erzieherisch begleiten. Kulturelle Angebote sollten sowohl eine Krankheitsablenkende als auch eine gesundheitsfördernde Wirkung haben. Der Patient sollte abgelenkt, aufgerichtet und zugleich erzogen werden (dazu u.a. Goldhahn 1976).

Auf der Oberfläche kommt es zu einer vordergründigen Politisierung des Krankenschwesternberufes. Die Ausübung von pflegerischen Tätigkeiten wurde insbesondere in ideologischen Hochphasen in Beziehung zum internationalen Klassenkampf, dem Kampf um die Erhaltung des Weltfriedens, dem weiteren Aufbau des Sozialismus usw. gebracht. Die Politisierung des beruflichen und privaten Bereiches wurde selbstverständlich propagiert. Die im Nachgang rational schwer nachvollziehbare Ideologisierung, eines mit überhöhten gesellschaftlichen Ansprüchen nur sehr konstruiert in Beziehung zu setzenden Pflegeprozesses, zeigt eine affektive Aufladung und Überfrachtung, die dem Bereich Pflege selbstverständlich in einen größeren politischen Zusammenhang rückte. Der "superlativgeladene" Charakter dieser Gebote macht alltägliche Pflegehandlungen zu etwas universell Bedeutsamen, d.h. löste sie gewissermaßen aus dem unmittelbaren Kontext von Pflege heraus. Die administrative Politisierung des Pflegealltags hat möglicherweise zu einer Aushöhlung des Interaktionsverhältnisses zwischen Pflegenden und Hilfebedürftigen beigetragen. Vorgeprägte Erwartungen in Bezug auf die vorbildliche Schwester bzw. den vorbildlichen Patienten machten die einzelne Schwester bzw. den individuell

---

<sup>27</sup> Mekka, D. (1967): Patientengespräch, In: Heilberufe Jg.67/18; 208-212

<sup>28</sup> Liebe, S.(1957): Säuglings- und Kinderkrankenschwester, In: Heilberufe Jg.57; 245

<sup>29</sup> Wolff, H.-P.; Wolff, J.(1994): Die Berufs- und Ausbildungswege der Krankenpflege in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik von 1949 bis 1989; In Pflege (Band 7) Jg. 94/ Heft 2; 245 ff

Hilfebedürftigen zu etwas Typenhaftem. Eine genaue Verortung des konkreten, individuell unterschiedlichen Hilfebedarfes des Patienten wurde durch die ideologische Überhöhung des Pflegeaktes erschwert. Das Vermischen von sowohl politischen als auch privat ausgerichteten Pflegeorientierungen hat zu einer Aufzehrung lebensweltlicher Orientierungen in der Pflege beigetragen. Die im Pflegealltag unwillkommene Nähe des politischen Anspruchs gegenüber Pflegenden und Hilfebedürftigen führte zu einer latenten Rollendiffusion.

Eine Übereinstimmung von gesellschaftlichen und individuellen Interessen wurde offiziell angestrebt. Der Akzent lag auf der Erfüllung gesellschaftlich erwarteter Ansprüche, denen sich die persönlichen Bedürfnisse der Pflegekräfte unterzuordnen hatten. Die Liebe zum Beruf und gegenüber dem Staat sollten ein Verpflichtungsgefühl erzeugen, welches auch schwierige Situationen und äußere Unzulänglichkeiten kompensieren hilft. Auftretende Motivationsprobleme, das "Sich-Ausgebrannt-Fühlen", oder die Abwanderung in andere Berufe, verweisen in diesem Verständnis primär auf die Pflegeperson selbst. Mögliche Überbeanspruchung bzw. defizitäre äußere Rahmenbedingungen rücken in den Hintergrund. Qualitätsverschlechterungen im Gesundheitswesen hingen somit im erheblichen Maße vom -subjektiven Faktor-, das heißt, einer mangelnden Einstellung und Berufung des Pflegepersonals zusammen.

#### **4. Ganzheitliches Pflegeleitbild**

Ganzheitliche Pflegevorstellungen rücken stärker ins Zentrum der gegenwärtigen Pflegediskussion. Diese Entwicklung spiegelt sich auf breiter Ebene in pflegetheoretischen Konzeptionen und Pflegepräambeln wider. Für die aktuelle Positionsbestimmung von Pflege ist eine theoretische Auseinandersetzung mit dem ganzheitlichen Leitbild m.E. unabdingbar.

Die Fülle von ganzheitlichen Theorieansätzen bewegt sich auf einem philosophischen Fundament, das in Auszügen nachgezeichnet werden soll. Dabei werden deutliche Unterschiede zum naturwissenschaftlich-medizinischen Leitbild erkennbar. Die kritische Auseinandersetzung gegenüber dem naturwissenschaftlichen-medizinischen Leitbild ist aus der Perspektive ganzheitlicher Pflegeorientierungen besonders relevant. Die in der Gegenwart problematisierten Defizite und Verengungen in der Pflege führen gegenüber dem naturwissenschaftlich geprägten Pflegeansatz zu offensiveren Abgrenzungsbemühungen. Diese sind parallel dazu mit geisteswissenschaftlichen Öffnungen verbunden. Durch die Integration darauf fußender Wissensbestände entsteht eine veränderte Akzentuierung, d.h. Pflege wird als soziales Handlungsfeld betrachtet (Müller 2001; 310 f).

Das Bewusstwerden von Substitutionsverlusten, durch eine einseitig auf Krankheit und funktionelle Organdefizite ausgerichtete Medizin und Pflege, wurde speziell durch eine sich im angloamerikanischen Raum entwickelnde Pflegewissenschaft befördert.

Die Leistungen des modernen medizinischen Fortschrittes werden einerseits anerkannt, sollen aber andererseits in ihrer symbolischen Überhöhung zurückgedrängt und auf physische und biologische Aspekte der Erkrankung bezogen bleiben (Wittneben 1991; 240).

Das traditionelle Verständnis wird in seiner begrifflichen Verengung zunehmend disponibel. Die Verortung von Pflege, im Rahmen einer ausgeprägten ganzheitlichen Gesundheitsorientierung, setzt sich oppositionell von einem sehr stark naturwissenschaftlich geprägten Krankheits- und Defizitverständnis in der Pflege ab.

Die fraktionierenden Betrachtungsweisen von Pflege im Rahmen des naturwissenschaftlich-medizinischen Leitbildes sollen durch integrierende, verbindende Wahrnehmungen abgelöst werden.

Komplexe Orientierungskategorien grenzen sich von hierarchisierenden Tätigkeitseinstufungen des naturwissenschaftlich- medizinischen Leitbildes ab. Kontrastiv zur dichotomen Aufspaltungen werden einzelne Kategorien nicht vordergründig als wichtig oder unwichtig qualifiziert (E. Müller 2001; 69).

In dem Maße wie funktionell somatische Wahrnehmungsraaster deutlicher kritisiert werden, gewinnen vernachlässigte Interaktions- und Kommunikationsorientierungen an Bedeutung (Wittneben 1994; 26; Müller 2001; 69).

#### **4.1 Ganzheitlich-ökologisches Denken**

Das ganzheitlich-ökologische Paradigma bestimmt das gegenwärtige Denken, insbesondere in den Geistes- und Sozialwissenschaften, im erheblichen Maße. Die "Wende" zum ökologischen Leitbild kann als philosophische Gegenströmung zu mechanistischen Weltbildern kartesischer Prägung verstanden werden (vgl. Capra 1991; 1). Die Suche nach gleichartigen Phänomenen in geistigen, sozialen, biologischen oder physikalischen Organisationen ist eher anschlussorientiert und vermittelnd als trennend und abwehrend. Erkenntnisse aus den verschiedenen Einzelwissenschaften werden einer philosophischen Prüfung unterzogen. Wertaussagen aus der Philosophie werden nicht herausgenommen, sondern bewusst mit dem Empirischen verknüpft. Die verschiedenen, transdisziplinär gewonnenen Wahrnehmungen bedürfen einer begrifflichen Grundlage, d.h., einer anschlussfähigen Terminologie um miteinander über Gesundheitsprobleme kommunizieren zu können. Ein wesentlicher Kerngedanke ganzheitlichen Denkens ist die Vorstellung von der "Welt als dynamisches Gewebe von Beziehungen" (ebenda). Das Sein bildet sich aus einem Netzwerk von unterschiedlichen dynamischen Qualitäten, in denen aber keine Qualität fundamentaler ist als die andere (Capra 1991; 1-5). Jede Qualität ist Ausdruck dynamischer Kräfte, die zugleich die andere Qualität verursacht und schafft. Alles Geschehen in der lebendigen Natur steht in Beziehung zum Ganzen. Die grundlegende Dynamik aller lebendigen Systeme kann als ein System beweglicher Ordnung wahrgenommen werden. Die unüberschaubare und ungeordnete Vielfalt des "Begegnenden" können durch "Verdichtung" und Abstraktion geordnet und vergeistigt werden (ebenda; 1 f). Aus der chaotischen Vielfalt des "Begegnenden" können durch "höhere" Abstraktionsstufen invariante Kategorien entwickelt werden. Invarianzen entfernen sich in einem höherstufigen Abstraktionsprozess vom konkreten materiellen Geschehen (ebenda; 3). Der ganzheitliche Denkansatz ist ein Denken in Relationen in Bezug zu konkreten Zuständen, Situationen oder Ereignissen. Ein harmonisches Zusammenwirken zwischen Verstand und Intuition wird angestrebt. Neben der wissenschaftlichen Beobachtung und analytischen Durchdringung des "Sein" gehört auch Empathie und Ehrfurcht. Die Verbindung von Wissen und Gewissen, bzw. Wissenschaft und Ethik wird zum wesentlichen Grundsatz ganzheitlich-ökologischen Denkens (ebenda). Entgegen dem „Zeitgeist“ präsentiert sich der ganzheitliche Ansatz als ein großes und weitgespanntes konzeptionelles Modell. Nach Capra (1991) besteht im ganzheitlich-dialektischen Denken ein Anspruch auf "Totalität" (ebenda; 5). Dieses Denken beschränkt sich nicht nur auf verifizierbare Einzelanalysen, sondern bezieht Subjektivität, Widersprüche und Selbstreflexion mit ein. Mit Hilfe der Totalitätskategorie wird einzelnes bestimmten Qualitäten zugeordnet und kann somit erkannt werden. Die Übergänge vom Einzelnen zum Allgemeinen können durch dialektisches Denken vermittelt werden. Der Totalitätsbegriff wird somit positiv, d.h. im emanzipatorischen Sinne verwendet. Die emanzipatorische Intention des ganzheitlichen Denkansatzes zielt auf die kritische Reflexion und Verbesserung gängiger Praxis (ebenda; 14-32).

#### **4.2 Ganzheitliche Gesundheitsorientierung**

Das ganzheitliche Leitbild ist maßgeblich durch optimistische Gesundheitsorientierungen determiniert. Damit verbundene Ausrichtungen bestimmen das Wahrnehmungs- und Tätigkeitsverständnis in Medizin und Pflege.

Ganzheitliche Gesundheitsorientierungen gehen von einem Gleichgewichtsstreben aus, d.h. von einer lebenslang notwendigen Anpassungsleistung an die sich individuell verändernde

Gesamtumwelt. Dieses Gleichgewicht ist dynamischer Natur. Gesundheit konstituiert sich aus einem System von verschiedenen Ebenen (individuelle, soziale, ökologische, spirituelle), welche miteinander verbunden sind und sich wechselseitig beeinflussen (Capra 1991; 34 ff).

In dieser Dynamik wird von einem schwingenden Gleichgewicht verschiedener Gesundheitsaspekte ausgegangen, der im Idealfall als Zustand umfassenden subjektiven Wohlbefindens wahrgenommen werden kann. Organisches Wohlbefinden kann als eine (Mindest-) Bedingung für ein umfassendes Wohlbefinden bis in das hohe Alter angesehen werden. Die darüber hinausgehenden Bereiche und wechselseitigen Beeinflussungen können nicht vernachlässigt aber auch nicht genau definiert werden.

Gesundheit und Krankheit bleibt ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess, welcher aus unterschiedlichen Lebensweisen und Lebenswelten heraus, vielschichtig und voneinander abweichend wahrgenommen werden kann. Der individuelle Gesundheitszustand wird somit nicht nur über Begriffe der Pathologie beschrieben.

Der Begriff des Pathologischen bleibt interpretativ und erfordert eine „mehrsprachige“ Wahrnehmungs- und Deutungsperspektive. Aus biologischen Tatsachen lassen sich keine lebensgeschichtlichen Definitionen ableiten (Remmers 1998; 129). Die Differenz zwischen subjektiven Wohlbefinden und objektiven Krankheitszeichen, auf der Basis klar definierter Symptome, stellt aus dieser Perspektive nicht zwangsläufig ein Problem dar. Ein therapeutisches Eingreifen leitet sich aus dieser Differenz notwendigerweise nicht ab.

Der Begriff der Funktionalität lässt sich möglicherweise problemlos verobjektivieren, ist aber aus ganzheitlicher Sicht stark von der subjektiven Auffassung von Gesundheit sowie den jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Zusammenhängen abhängig. In diesem Sinne lässt sich das intuitive Erkennen und Fühlen von subjektivem Wohlbefinden und normativen Vorstellungen von Gesundheit kaum entkoppeln.

Die in einer bestimmten Kultur bestehenden Normalitätsdefinitionen prägen letztendlich auch subjektive Gesundheitsdefinitionen. Auf der Basis von kulturellen Normalitätsrastern lassen sich empirische Indikatoren entwickeln, welche Abweichungen von einem gesundheitlichen Gleichgewichtszustand mehr oder weniger verbindlich beschreiben und die subjektive Deutung des eigenen Wohlbefindens prägen.

Eine Verlagerung von der rein individuellen Problemlage, zu einer gesellschaftlichen Perspektive wird möglich. Gesundheit und Krankheit sind einerseits ein partiell selbstverantwortendes Phänomen und verweisen andererseits auf äußere gesellschaftliche Rahmenbedingungen in Sektoren, wie z.B. Wohnungsbau, Umweltgestaltung, Produktionsbedingungen etc.

Das umfassende Verständnis von Wohlbefinden hat in dieser Blickrichtung auch eine politische Dimension und soll zum normativen Bezugspunkt gesellschaftlicher Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse werden.

Verkürzt ausgedrückt kann Krankheit auch als soziale Krankheit begriffen werden. Der Akzent liegt somit auf Primärprävention und bezieht in diesem Verständnis gesellschaftliche Bedingungen und Prozesse mit ein (z.B. Langzeitarbeitslosigkeit), welche zur Chronifizierung von organischen Krankheiten beitragen können.

Eine verbesserte Gesundheits- und Sozialpolitik soll in diesem Verständnis die Grundlagen schaffen, dass Gesundheitsrisiken vermieden und die Grundbedürfnisse der Bevölkerung befriedigt werden können.

Eine solche Vorstellung führt zu einer Kritik an problemverursachenden sozialen und wirtschaftlichen Strukturen, denen eine gesundheitsgefährdende Wirkung zugewiesen wird.

Daran anknüpfend werden Veränderungen in politischen, wirtschaftlichen und sozialen Institutionen gefordert, welche als der beste Weg für die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit gelten kann.

Das ganzheitlich ökologische Gesundheitsparadigma orientiert in seinem umfassenden Totalitätsanspruch auch auf soziale und wirtschaftliche Strukturänderungen.

Der auch in reichen Ländern nicht zu vernachlässigende Zusammenhang zwischen der Sicherung von Gesundheit einerseits und der ungleichen Verteilung von Ressourcen und Vermeidungsalternativen andererseits, schränkt die Entscheidungsmöglichkeiten für günstige und

risikoarme Lebens- und Behandlungsmöglichkeiten ein. Die Erreichbarkeit eines umfassenden Wohlbefindens für alle ist unter diesen Umständen illusionär. Auf der strategischen Ebene heißt das, die Optionen für gesundheitsfördernde Lebensweisen qualitativ und quantitativ zu erweitern. Eine an den Kompetenzen und Fähigkeiten des Bedürftigen anknüpfende, personenbezogene- und wohnumweltorientierte Pflege wird favorisiert.

Die Betreuung älterer Bürger stellt dabei spezifische Anforderungen<sup>30</sup>. Der ambulante Pflegesektor gewinnt in diesem Zusammenhang an Bedeutung und soll besonders gefördert werden.

Bezogen auf dieses Handlungsfeld stellt das ganzheitliche Konzept der -kontinuierlichen und umfassenden Versorgung, wie es bereits seit den 70-er Jahren von der WHO proklamiert wird eine maßgebliche Orientierung in der ambulanten Pflege dar<sup>31</sup>. Die daran orientierten Grundsätze können zugleich als tragende Leistungsstandards für ambulante Pflegedienste angesehen werden (Garms-Homolova/Schaeffer 1992; 115).

Eine kontinuierliche und umfassende Pflege umfasst dabei folgende Prinzipien: a) die Abhängigkeit von der Versorgung in Grenzen halten, (b) die Lebens- und Erlebenskontinuität und somit auch die Lebensqualität so weit wie möglich aufrechtzuerhalten, (c) jedwede Unterversorgung zu verhindern, wobei Maßstäbe und Normen anzulegen sind, die für die Mehrheit der Bevölkerung und nicht nur für Randgruppen gelten (ebenda).

#### 4.2.1 Kollektive und individuelle Gesundheitsverantwortung

Gesundheit wird zur Verantwortung der Gemeinschaft und des Einzelnen. Subjektive und kollektive Perspektiven fließen ineinander. Was auf der interaktiven Ebene über gesundheitsfördernde bzw. gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen ausgedrückt wird, kann kollektiv und individuell unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden.

Tendenziell werden Risiken stark auf das Verhalten und den Einfluss der Individuen fokussiert, d.h. Störungen des Wohlbefindens werden dem Individuum selbstverantwortlich zugeschrieben. In der stärkeren Betonung der individuellen Selbstverantwortung konstituiert sich ein veränderter Wahrnehmungshorizont. Die Quellen von Krankheit und Leiden werden nun auch in der Vergangenheit gesucht. Der aktuelle Zeithorizont und die in bestimmten Lebensphasen individuell stimmigen Orientierungen werden überstiegen. Durch das Aufspüren von krankmachenden Verhaltensweisen und Lebensstilen rückt das gesamte Lebenskonzept des Individuums in den Blick. Präventive ausgerichtete Gesundheitskonzepte zielen auf das immer weitere Vorverlagern von Interventionen und Gesundheitsmaßnahmen. Aus dieser Überdehnung entstehen Rechtfertigungs- und Wissenszwänge. Das Wissen um Risikofaktoren bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen „Wissenspflicht“ und „Recht auf Nichtwissen“ (Remmers 1998; 114 ff).

#### 4.2.2 Subsidiäres Pflegeverständnis

In Anlehnung an den WHO-Gesundheitsbegriff orientiert sich der Pflegebegriff an körperlichen, geistigen und sozialen Beeinträchtigungen. In diesen Bereichen wird von einer Behinderung ausgegangen, die eine unterschiedlich ausgeprägte Hilflosigkeit, d.h., einen Zustand verminderter Selbstbetreuung mit sich bringt. Das moderne Leitbild vom -selbstbestimmten Menschen- blendet die Möglichkeit des Hinfälligwerdens und Angewiesenseins auf fremde Hilfe tendenziell aus.

Die sinnvolle Orientierung an kurativen Idealen führt zu einem Gesundheitsverständnis, dass chronische- und nicht heilbare Krankheit nur unzureichend berücksichtigt.

---

<sup>30</sup> Glomb, E.(1990): Krankenpflege in der häuslichen Betreuung aus der Sicht der WHO, In: Heilberufe Jg. 90/ Heft 11; 407-408

<sup>31</sup> Eschmann, P./ Kocher, G./ Spescha, E. (1996): Ambulante Krankenpflege. Spitex-Handbuch; 43-48

In einem auf Selbstorganisation, Selbstanpassung und Selbstregulierung ausgerichteten ganzheitlichen Gesundheitsverständnis wird eine einspringende bzw. unterstützende Pflege von außen zu einer nachrangigen Handlungsorientierung.

Der Krankheitsgedanke wird im Hinblick auf chronifizierende Prozesse, leiblichen Verfall, Alter, Behinderung und Sterben zur Unsichtbarkeit verbannt und als konkreter Bezugspunkt von Pflege auch sprachlich ausgeklammert (Müller 2001; 81).

Die fünf WHO-Thesen zur Pflege zeigen eine Aufwertung dieses Bereichs innerhalb des Gesundheitswesens (Müller 2001; 82). Pflege wird als organisierte und verberuflichte Tätigkeit beschrieben, welche sich als institutionell eigenständiger Fachbereich des Gesundheitswesens etablieren soll. In enger Anlehnung an medizinische Handlungsorientierungen liegt die Primäraufgabe von Pflege darin, bei einem individuell unterschiedlichen Gesundheitszustand eine optimale Funktionsfähigkeit zu bewahren. Neben der bewahrenden und sichernden Funktion von Krankenpflege, bei unterschiedlichen Gesundheits- und Funktionseinschränkungen, hat Pflege auch eine präventive und rehabilitative Aufgabe. Die Berücksichtigung von psychosomatischen und psychosozialen Seiten des Lebens, mit Auswirkungen auf Gesundheit, Krankheit und Sterben, orientiert auf ein erweitertes Pflegeverständnis (ebenda; 81 ff). Die unmittelbare Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden soll durch die Beteiligung und Integration aller am Pflegeprozess Beteiligten sinnvoll ergänzt werden. Die in den Thesen zum Ausdruck kommende Professionsorientierung zielt auf eine interdisziplinär ausgerichtete Pflege, in der Kenntnisse und Techniken aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen zur Anwendung gelangen sollen.

Pflege soll sowohl Kunst als auch Wissenschaft sein. In diesem Sinne geht es um kreatives und kompetentes Pflegehandeln in einer individuell jeweils unterschiedlichen Pflegesituation.

Im Kontext von ganzheitlichen Pflegemodellen bzw. Pflegetheorien werden u.a. Aussagen zu zentralen Begriffen wie Gesundheit und Pflege getroffen (Arets 1997). Diese tragenden Schlüsselkonzepte sind konzeptionelle Bestandteile über dem der Gegenstandsbereich Pflege beschrieben und interpretiert werden kann. Aus den Aussagen über diese Schlüsselkonzepte konstituiert sich das Metaparadigma der Pflege. Es ermöglicht einen abstrakten Rahmen, in den wissenschaftlich gestützte Anschauungen über den Gegenstandsbereich verortet werden können (Müller 2001; 60 f). Auf die Pflege bezogen scheint einzig der Begriff der -Pflege- originärer Besitz- (ebenda; 62). Das Ausloten von Handlungsfeldern, die ihr am allerwenigsten von anderen personenbezogenen Berufen streitig gemacht werden, ist eng mit der konzeptionellen Füllung des Pflegebegriffs verbunden. Eine ganzheitliche Pflege wird wesentlich über -Kategorien der Interaktions- und Kommunikationsorientierung- bestimmt (ebenda; 69). Pflegerische Hilfeleistungen konstituieren sich in der Beziehung zwischen Klient und Professionellen.

Solche Markierungen sind eng mit defizitorientierten Zuweisungen gegenüber der naturwissenschaftlich ausgerichteten Schulmedizin verknüpft. Eine vorrangig biomedizinische Orientierung von Ärzten macht komplementär dazu eine persönliche Kontaktpflege und eine Integration von Sonderbehandlungen in ein sinnvolles Ganzes notwendig. Eine umfassende Betreuung- und Beziehungspflege in Krankheits- und Krisensituationen wird zu einem typischen Element von Pflege. Die Erschließung von privaten Bereichen des Pflegebedürftigen bleibt konzeptioneller Auftrag.

Darüber hinaus wird der körpernahe Charakter bzw. Leibbezug von Pflege zu einem Handlungsbereich, der in der Kontextualisierung auf die Person, Geschlechtszugehörigkeit, leibliche Erfahrungen in der Biographie u.a. vielschichtigen Bezugnahmen ermöglicht (Remmers 1998; 116 f).

#### *4.2.2.1 Ambivalenz optimistischer Gesundheitsorientierungen*

Krankheitsprobleme werden tendenziell zu Gesundheitsproblemen umdefiniert.

Primär wird mangelhafte Gesundheit als etwas Reversibles, Vorübergehendes aufgefasst. So kann eine körperliche Krankheit" durch eine "positive psychische Haltung und Einstellung zur Gesellschaft" ausgeglichen werden. In diesem Zusammenhang wird wieder ein Gesamtzustand

erreicht, der als Wohlbefinden aufgefasst werden "muss" (Müller 2001; 110). Mit sich selbst und der Welt ringsum im Einklang zu sein, entspräche diesem Gefühl und skizziert den normativen Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses.

Im weitgespannten Konzept ganzheitlicher Gesundheitsorientierung kann jede Erkrankung auch als ein geistiges Phänomen verstanden werden. Die psychischen Aspekte werden explizit berücksichtigt und in Verbindung mit biologischen bzw. sozialen Aspekten systemisch verknüpft.

Individuelle Autonomie und Integration in ein größeres soziales System sind parallele Individualitätsversprechen bzw. Anforderungen der Moderne, welche die Gesundheit des Organismus sichern helfen. Mangelnde private und gesellschaftliche Integration kann zu einem Zustand von Ungleichgewicht führen, welcher insbesondere das Entstehen von psychischen Krankheiten begünstigt

Grundsätzlich ist sowohl bei "leichteren" als auch bei "schwereren" Erkrankungen und Krisen ein Zustand des dynamischen Gleichgewichtes als Ausdruck subjektiven Wohlbefindens erreichbar.

Krisen und Krankheiten dienen, positiv gesehen, dem Lernen und Wachsen des Individuums. Eine regulierende Intervention gegenüber den Hilfebedürftigen soll in diesem Zusammenhang möglichst vermieden werden. Die präventive, auf Selbstorganisation ausgerichtete Pflegeorientierung, vermeidet umfassende Interventionen bzw. eine invasive Fremdbetreuung von außen. Entscheidend bleiben die Selbstheilungspotentiale des Pflegebedürftigen. Alle Maßnahmen von außen haben eher stützenden, stressvermeidenden Charakter.

Die im ganzheitlichen Denken etablierte Vorstellung eines fortwährenden natürlichen Strebens, zu einem immer wieder erreichbaren dynamischen Gleichgewichtszustand, ist bezogen auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter überzogen optimistisch.

Die Akzeptanz einer bleibenden natürlichen Disharmonie, eines Unbehagens u.a. scheint zwar nicht ausgeschlossen, wird aber häufig in Beziehung zu Defiziten gesetzt (Wittneben 1991; 120 f). Diese werden als prinzipiell veränderbar in Richtung eines erreichbaren Wohlbefindens von Kranken bzw. Pflegebedürftigen wahrgenommen.

Idealistisch unterlegte Altersbilder vernachlässigen durch ihre positive Akzentuierung tendenziell Heterogenität und soziale Ungleichheiten im Alter.

Die in dieser Transformationsphase des Lebens auftretenden Anpassungsschwierigkeiten sind zum Teil so erheblich, dass eher von einem bleibenden Ungleichgewicht ausgegangen werden kann. Die Fähigkeit zur sukzessiven Neuanpassung, an sich wandelnde Bedingungen unterschiedlichster Art, nimmt im allgemeinen Sinne eher ab bzw. bleibt auf ein bestimmtes Milieu, einem bestimmten Zustand begrenzt.

Insbesondere plötzlich eintretende Veränderungen und erhebliche Überschreitungen bisher selbstverständlicher "affektiv-kognitiver Bezugssysteme" (Ciompi 1988; 23). oder der körperlichen Substitutionsfähigkeit können zu einem sich manifestierenden Ungleichgewicht führen.

Auch durch die Hilfe von Angehörigen, Therapeuten und professionellen Pflegekräften können eingeschränkte Selbstpflege- bzw. Anpassungsdefizite nur schwer substituiert werden. Trotz eines möglicherweise von den älteren Hilfebedürftigen akzeptierten Alterszustandes und den damit zusammenhängenden Disharmonien ist ein kognitiver Normalisierungsprozess nicht ohne weiteres in ein subjektives Wohlbefinden transformierbar.

Der vorbeugende Charakter ganzheitlicher Gesundheitsorientierungen und die ausgeprägte Orientierung auf ein erreichbares gesundheitliches Gleichgewicht, scheinen für diese lebensgeschichtliche Transformationsstufe zu optimistisch akzentuiert. Patienten, bei denen ein voraussichtlich irreversibles Ungleichgewicht im Sinne einer schweren Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, geraten durch eine ganzheitliche Gesundheits- bzw. Gleichgewichtsorientierung partiell aus dem Blick.

Die aus dieser Sicht misslungene Anpassung des Pflegebedürftigen an seine Gesamtumwelt macht diesen gewissermaßen für seinen Zustand selbst mitverantwortlich.

In Bezug auf irreversible Pflegebedürftigkeit im Alter relativieren sich die Selbstheilungs- und Heilungsorientierungen ganzheitlicher Gesundheitskonzepte. Insbesondere bei ausgeprägter physischer und psychischer Hilfebedürftigkeit im hohen Alter kann eine stärkere biomedizinische

Betreuung notwendig werden. Eine Periode dauerhaft beeinträchtigter Gesundheit und der sich daraus ableitenden Hilfebedürftigkeit erfordert möglicherweise eine irreversible Unterbrechung bisheriger Aktivitäten und das Einstellen auf eine langsamere Gangart (Lehr 1991). Die Änderung bisher selbstverständlicher Lebensweisen und die Akzeptanz bestehender Einschränkungen von Seiten des Pflegebedürftigen kann, soweit durch psychische Erkrankungen nicht eingeschränkt, durch Einsicht erleichtert werden. Das Herstellen eines inneren Gleichgewichtes bzw. subjektiven Wohlbefindens im Alter bleibt ein Problem.

### **4.3 Biografisches Ablöseverständnis**

Im Gegensatz zu leichteren Krisen bzw. Krankheiten sind schwerwiegendere Krankheiten und Lebenskrisen mit einer erheblichen Änderung der Lebensweise verbunden. Im ganzheitlichen Verständnis wird die Auseinandersetzung mit dem existentiellen Problem des Todes zum integralen Bestandteil der Lebensphase Alter. Die Konfrontation mit dem Nichts kann Befürchtungen und Ängste auslösen.

Da der Lebenssinn nur schwer in die Zukunft zu transformieren ist, kann eine individuelle biographische Rückbesinnung sinnvoll und tröstlich sein. Ein notwendiges Überdenken von Lebenszielen und Lebenssinn kann durch kognitive Selbstvergewisserungen und erinnernde Selbstreflexionen eine zurückziehende und ablöseorientierte Phase des Lebens eröffnen und somit auch in diesem Lebensabschnitt zu einem Gleichgewichtszustand führen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation soll die Identität des auf Hilfe und Pflege angewiesenen älteren Menschen sichern helfen. Die biographische Integration von Einschränkungen und Verlusterfahrungen im Alter dient der Normalisierung dieser Entwicklung. Gesundheit wird im Alter als Fähigkeit verstanden, mit der Realität leben zu können. Eine Normalisierung des Alters scheint über eine persönliche Bilanz möglich, in der sowohl existentielle Krisen als auch stützende Erfahrungen in einen konstituierenden Sinnzusammenhang gebracht werden können. Sinnkonstituierung kann von den Betroffenen selbst aus ihrer individuellen Biographie und ihrem persönlichen Wertehorizont heraus entwickelt werden.

Das ganzheitliche Pflegeverständnis knüpft an dieses Normalisierungskonzept an. Gewohnte und liebgelebte Räume, Gegenstände, Rituale, Zeitrhythmen u.a. sollen so weit wie möglich erhalten bleiben. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie wird zur zentralen Entwicklungsaufgabe im Alter. In der lebensgeschichtlichen Dialektik von Selbstständigkeit und Abhängigkeit wird das "Sich-selbst-Stillen" und "akzeptieren" wesentlicher als die gesellschaftliche Anerkennung von außen<sup>32</sup>. Die Hinwendung zu inneren Motiven und Ressourcen im Alter kann als Möglichkeit verstanden werden, Gefühle von Sinn- und Nutzlosigkeit abzubauen. Die Schwierigkeiten und Probleme (z.B. Vereinsamung, Bedeutungs- und Statusverluste, wachsende Abhängigkeiten) einer von Einschränkungen begleiteten Lebenssituation können aus dieser Perspektive durch eine Orientierung nach innen kompensiert werden. Eine Veränderung und Transformation des menschlichen Lebens vollzieht sich unidirektional. Der Rhythmus des Lebens verändert sich im Austausch mit der Umwelt. Der Entwicklungsgedanke wird im ganzheitlichen Verständnis bis zum Ende des Lebens aufrechterhalten (Lehr 1991; 63 f).

### **4.4 Ganzheitliche Gemeinschafts- und Rückzugsorientierung**

In dem Maße wie die Normalisierungs- und Integrationsleistungen von Kultur und Gesellschaft abnehmen, steigt möglicherweise die Auftretungswahrscheinlichkeit individueller Störungen an.

---

<sup>32</sup> Vogel, F.-R. (1990): Selbstbewusstsein und Hilfe, In: Deutscher Verein (Hrsg.): Reihe Altenhilfe (Jg. 90/4): Altenhilfe auf der Suche nach Visionen. Tagungsdokumentation. Frankfurt am Main

In dieser Dialektik werden Gemeinschafts- und Beziehungsorientierungen positiv herausgehoben. Sie kontrastieren mit den bei vielen alten Menschen, weniger gegenwartsbezogenen, auf Rückzug und Ruhe ausgerichteten Tendenzen. Das Integrationsprinzip scheint bei hochbetagten Pflegebedürftigen sozial überbetont. Der Bereich des - Oikos -, in dem jedes Individuum, insbesondere in schwierigen Lebensphasen, dem öffentlichen Blick verborgen bleiben kann, wird möglicherweise durch ein politisch motiviertes Partizipations- und Integrationsmodell aufgelöst bzw. ideologisch überdehnt.

Alte Menschen werden im Sog von Emanzipationbestrebungen als Randgruppe wahrgenommen, die wieder stärker in die gesellschaftliche Öffentlichkeit integriert werden müssen.

Die periphere Wahrnehmung von Alter, Leid und Tod spiegelt sich aus der ganzheitlichen Perspektive auch im Sozialsystem wider. Die Reintegration abgedrängter Regionen des Sozialsystems in die gesellschaftliche Öffentlichkeit konfrontiert die Leistungs- und Konsumgesellschaft mit existentiellen Fragen des Lebens (Vogel 1990). Die periphere Wahrnehmung und institutionelle Unterbringung von pflegebedürftigen Alten wird in den siebziger Jahren deutlich problematisiert (Baumgartl 1997; 12 f).

Die institutionelle Ausgrenzung von Hilfe- und Pflegebedürftigen aufzulösen, damit die Gesellschaft auch mit ihren Widersprüchlichkeiten konfrontiert wird, scheint nur bedingt mit deren Lebenslage vereinbar. Der Rückzugs- und Ablösungsprozess alter Menschen ist nicht auf die Endphase des Lebens beschränkt und wird von Alten nicht nur als krankmachend und leidvoll wahrgenommen.

Der in der ganzheitlichen Orientierung ausgeprägte Hang, Pflegebedürftige sowohl thematisch als auch örtlich in das Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung zu stellen, deckt sich nicht zwangsläufig mit den privaten Orientierungen der Betroffenen.

Das ganzheitlich geprägte Leitbild der Gemeinwesensorientierung präsentiert sich in Abgrenzung zu negativ besetzten Fürsorgemustern und familiennah strukturierten traditionellen Pflegeleitbildern als die bessere Alternative. Im Kontext eines sich ausbreitenden ganzheitlichen Denkansatzes kam es zu einer umfassenden Kritik gegenüber traditionell ausgerichteten Organisations- und Handlungsmustern in der Pflege.

Altenkrankenhäuser, welche sich primär auf somatische oder auf psychische Folgen des Alterns spezialisiert haben, wurden als einseitig und defizitorientiert wahrgenommen. Die theoretische Abkehr vom Leitbild des Krankenhauses wird vollzogen.

Die Wahrnehmung von stationären Altenpflegeeinrichtungen als ausgrenzende "totale Institutionen", in denen der Alte als "Opfer der Institution" beschrieben wird, führte zu einer radikalen Institutionskritik (Hummel 1988; 12; Koch-Straube 1997; 346).

Traditionelle Organisationsstrukturen in der Pflege wurden als vermachtete, analog zu allgemeinen Herrschaftsverhältnissen strukturierte, gesellschaftliche Subsysteme beschrieben, welche grundsätzlich reformiert werden müssen. Die Kritik richtet sich gegen den Typ von Organisationen, welche die individuell gewachsenen Lebensbedürfnisse der Pflegebedürftigen vernachlässigt.

Alten- und Pflegeheime sollen aus dieser Sicht eher bewohnbare Lebensorte als funktionell starr organisierte Anstalten sein. Die innere Reformierung stationärer Pflegeeinrichtungen spiegelten sich in allgemeiner Weise im 1974 verabschiedeten Heimgesetz wider. Durch die öffentlich sichtbare Kritik an funktionellen, dem Krankenhaus ähnelnden Unterbringungsformen, kam es in den siebziger Jahren zu spürbaren baulichen Verbesserungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Das im Kontrast dazu entwickelte Normalisierungskonzept in der Pflege bezieht sich auf bisherige Lebensbedingungen und Gewohnheiten. Diese sollen weitgehend erhalten und so wenig wie möglich organisatorisch behindert werden. Soweit Institutionen nicht durch offene Formen wie ambulante bzw. familiäre Pflege ersetzt werden können, müssen geschlossene Einrichtungen humanisiert und geöffnet werden (ebenda).

In der aktuellen Diskussion zur -Abschaffung von Pflegeheimen- wird die in den siebziger Jahren entfachte Institutionenkritik erneut aufgegriffen. Das bestehende Anstalts- und Heimsystem wird als eine mit den modernen Ansprüchen der Individualisierung und der erweiterten Persönlichkeitsrechte unangemessene Form der Betreuung eingestuft. Unter den vorgegebenen Bedingungen scheint ein

selbstbestimmtes Leben kaum möglich. Grundsätzlich wird einer milieutherapeutischen Pflege in der vertrauten Lebenswelt der Vorrang gegenüber einer stationären Betreuungsform eingeräumt (Dunkel 1994; 35).

## 4.5 Ganzheitliche Rollenmuster in der Pflege

Im pflegetheoretischen Diskurs wird der Kranke stärker als handelndes Subjekt betrachtet und in dieser Perspektive zum Ausgangspunkt pflegetheoretischer Konzepte.

Der Autonomiegrundsatz macht Hilfebedürftige zu Beteiligten und Mitverantwortlichen. Trotz restriktiver psychischer, sozialer und körperliche Entwicklungen, insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen, wird durch diesen Grundsatz das Experten- und Herrschaftsverständnis von Helfern normativ eingeschränkt. Hilfebedürftige sollen eher als Person und weniger von ihrer Krankheit wahrgenommen werden.

Analog dazu wird von einem differenzierten Selbstverständnis der Helfenden ausgegangen. Der Pflegenden kann Pflegebedürftigen nur dann zur Kontinuität und Individualität verhelfen, wenn er selbst als erwachsenes Gegenüber auftritt.

Die Beobachtungen und Schlussfolgerungen von Patienten und Pflegepersonal fallen häufig auseinander. Die bestehende Asymmetrie in der Pflegedyade kann nur bedingt kommunikativ aufgelöst werden.

Solidarisches Handeln gegenüber den Pflegebedürftigen erfordert menschliche Nähe.

In Anlehnung an caritative Pflegemuster wird solidarisches Pflegehandeln durch ein Gefühl des „Betroffenseins“ aktiviert. In diesem Sinne geht Capra von einer gewissen Resonanz zwischen Helfenden und Hilfebedürftigen aus (Capra 1991; 287 f).

Der Subjektstatus von Hilfebedürftigen wird stärker herausgestellt. Die Beziehung zum Mitmensch Patient stellt einen gesundheitsfördernden Bestandteil von Pflege dar. In diesem Sinne wird eine dialogische Pflege zur wünschenswerten Orientierung im Betreuungsprozess.

Dialogische Beziehungen erfordern eine intensive partnerschaftliche Pflege, welche sich voraussichtlich nur in einem "kleinen Zuständigkeitsbereich" entwickeln kann (Müller 2001; 87).

Die egalitäre Intention, alle Pflegebedürftigen, unabhängig davon ob sie sympathisch, pflegeintensiv oder "schwierig" sind, gleichermaßen engagiert zu pflegen, geht von kontinuierlichen Überschussmotivationen der Pflegenden aus. Berufszufriedenheit stellt sich dann vorrangig über die Zufriedenheit der Patienten her.

Eine aus ganzheitlicher Sicht angestrebte Balance zwischen Nähe und Distanz, zwischen pflegerischer Begleitung und der kontinuierlichen Selbstpflege von Pflegekräften, wird durch hochambitionierte Mitarbeiteranforderungen erschwert. Die erwartete intensive Zuwendung zum Patienten knüpft an das geschlechtsspezifisch geprägte Leitbild des besonderen weiblichen Pflegevermögens an (Rabe-Kleberg 1993). Die kulturelle Prägung des Pflegeberufes als einen klassischen Frauenberuf bestimmt in eindringlicher Weise die gesellschaftliche Definition beruflicher Pflege.

Die diffuse Grenze zwischen Beruflichem und Privatem, die weitreichenden "Gefühlsarbeitsanforderungen" und Zuständigkeiten bedürfen einer aktiven Abgrenzungsleistung der Pflegenden. Selbstpflegerituale (offener Streit, Kaffeeklatsch, persönliche Rückzugszeiten, berufliche Supervision) und die Berücksichtigung persönlicher Besitzstände als wichtige Kontrapunkte zum Berufsalltag (Freizeitinteressen, Beziehungen, Familie) können als ein Indikator für eine mitarbeiterbezogene Pflegearbeit herangezogen werden (Hochschild 1990).

### 4.5.1 Die theoretische Aufwertung des beruflichen Status von Pflegefachkräften

Historisch gewachsene Aufspaltungen zwischen Heilen und Pflegen werden in ganzheitlichen Pflegekonzepten modifiziert.

Aus der Kritik am ausgeprägten Expertenstatus von Ärzten heraus rückt der Pflegeberuf stärker als bisher in den Vordergrund. Die Entwicklung hin zu einem eigenständigen beruflichen Status und weg vom klassischen ärztlichen Assistenzberuf drückt sich in der Forderung nach einem unabhängigen Therapeutenstatus von Pflegekräften aus.

Komplementär zur erhöhten Eigenverantwortung der Bürger für ihre Gesundheit erhöhten sich auch Verantwortungsspielräume von beruflich Pflegenden. Selbst- und Nachbarschaftshilfe sollen komplementär zum gezielten Fremdpflegeeinsatz bei der Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen gefördert werden. Das abgestufte System der stärkeren Verantwortungsübernahme trifft sich mit ökonomischen Hintergrundsüberlegungen. Die angestrebte Neuordnung von Entscheidungen und Kompetenzen ist in ein subsidiäres Pflegeverständnis eingebettet (vgl. Glomb 1990; 407). Das Verhältnis zwischen Arzt-Pflegenden-Patient unterliegt in diesem Sinne kontextspezifischeren Ausartierungen.

Die im ganzheitlichen Leitbild exponierte Bedeutung von präventiven Angeboten, sowie vorrangig ambulant erbrachten Betreuungsleistungen, verschiebt den unmittelbaren Einfluss- und Definitionsbereich der ärztlichen Profession.

Die Ausweitung von bisherigen pflegerischen Kompetenzen in Richtung präventiver Gesundheitspflege und Sozialarbeit schafft günstige Voraussetzungen für ganzheitliche Gesundheitspflege, welche durch hochqualifizierte Pflegekräfte zur Geltung gebracht werden könnte. Solche Entwicklungen erfordern somit auch eine Veränderung des Berufsprofils. Sozialwissenschaftliche Wissensbestände gewinnen in dieser Ausrichtung ebenso an Bedeutung wie die stärkere Konzept- und Teamarbeit (vgl. Glomb 1990; 408).

#### **4.6 Ganzheitliche Pflege zwischen Anspruch und Wirklichkeit**

In der Kranken- und Altenpflege dominieren Konzepte der Patienten- und Personalorientierung im Kontext eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses.

Bei Hilfebedürftigen, wo persönliche und familiärer Selbst- und Nächstenpflegepotentiale weitgehend fehlen, erscheint eine umfassende Substitution bestehender Defizite durch Lohnpflegekräfte nur im Ausnahmefall möglich.

Die Wucht der körperlichen Bedürfnisse bleibt ein wesentlicher Bestandteil von Pflegemodellen! Die Ausrichtung an den alltäglichen Bedürfnissen von Hilfe- und Pflegebedürftigen konstituiert eine Profanität, wie sie sich durch die existentielle Bedeutsamkeit von mühsam sichergestellten Alltagsverrichtungen aufdrängt.

Die Hilfeleistung bleibt zumeist auf das notwendige Maß beschränkt. Trotz eines anspruchsvollen Bedürfnisverständnisses dominiert eine „Einpassung der Bedürfnisse in die Sachdimension einer genau beschriebenen Hilfeleistung“<sup>33</sup>. Das Kriterium der ökonomischen Verträglichkeit wird zum Stolperstein für anspruchsvolle ganzheitliche Pflegekonzepte, die aus ökonomischer Sicht zu viel Zeit, Geld und Personal beanspruchen. Eine umfassende Berücksichtigung der Bedürfnisse überfordert sowohl organisatorische Ressourcen, als auch die persönliche Kapazität der bereitstehenden Pflegenden. Eine ganzheitliche Patienten- und Mitarbeiterorientierung zielt letztendlich auf eine prinzipielle Entscheidung darüber, ob eine unproduktive Pflege gewollt und in diesem Sinne ausreichend subventioniert werden kann oder nicht.

Der anspruchsvolle ganzheitliche Ansatz verspricht theoretisch viel, lässt sich aber in die Pflegepraxis nur schwer transformieren bzw. empirisch fassen.

Als Such- und Wahrnehmungsansatz ist dieser Ansatz möglicherweise brauchbarer als zur direkten Lösung von Problemen im Pflegealltag. Idealisierende ganzheitliche Pflegemodelle der ersten Generation unterliegen auch vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen einer stärkeren Kritik (Müller 2001; 311). In diesem Sinne wird eine praxis- bzw. anwendungsbezogene Theoriebildung gefordert.

---

<sup>33</sup> Richter, D./Saake, I (1996): Die Grenzen des Ganzen, In: Pflege (Bd. 9)-Jg. 96/3; 306 f

Ganzheitliche Pflegeprinzipien sollen stärker in ein inneres Arbeitskonzept übersetzt werden, das als konkrete Orientierungshilfe und Stütze im pflegerischen Arbeitsalltag dienen kann. In diesem Zusammenhang wird auch eine Füllung von allgemeinen Pflegeprinzipien, wie z.B. Partizipation, Selbsthilfeorientierung, Wahrung der räumlichen und körperlichen Intimsphäre u.a., durch kontextbezogene praktische Handlungsregeln angestrebt (Müller 2001;312).

## 5. Bedeutung von Unternehmensleitbilder in der Pflege

Die Bedeutung vorgegebener Träger- und Verbandsphilosophien und der darauf basierenden Konzepte im Pflegebereich werden als marginal eingestuft (Eisenbart 2000; 70 ff). Entwicklungslinien zu pflegebezogenen Unternehmensorientierungen bleiben im Rahmen der Leitbilddifferenzierung relevant.

Unternehmensphilosophien sind eine Art Sollgröße, die sich das Unternehmen z.B. im Rahmen eines Leitbildes gibt. Ein Unternehmensleitbild soll möglichst so präzise formuliert sein, dass es in der konkreten Unternehmenspolitik berücksichtigt und umgesetzt werden kann und für MitarbeiterInnen und Kunden erfahrbar bleibt (vgl. Wöhe 1990; 139).

Darüber hinaus kann ein Unternehmen auch als eine Art kulturelles System begriffen werden, d.h. sie entwickeln unverwechselbare Vorstellungs- und Orientierungsmuster, die u.a. das Verhalten der Mitglieder prägen sollen. In diesem Sinne bestimmen implizit geteilte Überzeugungen das Selbstverständnis und die Eigendefinition der Organisation. Der im Rahmen des Transformationsprozess vollzogene strukturelle Wandel in den neuen Bundesländern erschwert die Anknüpfung an gewachsene Unternehmensphilosophien. (Eisenbart 2000; 74).

Die im Gegensatz zu den alten Bundesländern fehlende bzw. unterbrochene kulturelle Verankerung bestehender Organisationsstrukturen lässt die Annäherung an diesen Begriff nur eingeschränkt zu.

Entlang dieser Einschränkung bleibt die „genotypische“ Veränderung von Organisationen interessant, die es auch in der ehemaligen DDR gegeben hat (ebenda).

Insbesondere die konfessionellen Träger sind durch die beschleunigte privatwirtschaftliche Entwicklung des Pflegesektors auf der Ebene der kulturellen Identität erheblichen Verwerfungen ausgesetzt. Während die Veränderungen der „phänotypischen“ Struktur, d.h. der Austausch und die Erweiterung der apparativen Technologie ohne eine weitgehende substantielle Transformation der kulturelle Identität verlaufen kann, wiegt die Aufweichung grundlegender Glaubens- und Programmstrukturen möglicherweise schwerer (ebenda; 74 f).

Auf dieser Ebene prallen wert- und zweckrationale Handlungsorientierungen aufeinander.

Auch wenn die Dynamik dieses Prozesses in den alten und neuen Bundesländern unterschiedlich ist, bleibt dieses Problemfeld für den konfessionell organisierten Pflegesektor insgesamt relevant.

Prinzipiell hat die Inkorporation in das sozialstaatliche System das spezifische Gesicht kirchlicher Träger verändert. In diesem Sinne wird die wohlfahrtsstaatliche Einbindung konfessioneller Pflegeeinrichtungen ambivalent bewertet (vgl. Ebertz 1994; 32).

Einerseits handeln Caritas und Diakonie als Treuhänder des Staates, andererseits besteht der Grundsatz im Einklang mit dem Evangelium tätig werden zu wollen.

Die monetäre Abhängigkeit kirchlicher Pflegeeinrichtungen von gesetzlichen Beitragszahlungen der Kranken- u. Pflegekassen führt auch dazu, dass der kirchliche Auftrag nur beschränkt umgesetzt werden kann. Das Zusammenführen von Spiritualität, Professionalität und Wirtschaftlichkeit wird zu einer schwer lösbaren Integrationsaufgabe (ebenda; 36).

Die Unterscheidungen und Trennlinien zwischen einer betriebswirtschaftlich organisierten Form der Krankenversorgung und der christliche Liebesdienst scheinen zu stark.

Tendenziell überlagert das wirtschaftliche Bestandserhaltungsinteresse von Trägern die wertgebundene Orientierung gegenüber den betroffenen Hilfebedürftigen.

Betriebswirtschaftliche Fragestellungen gewinnen zunehmend an Gewicht. Die Produktmetapher etabliert sich auch im kirchlichen Kontext.

Die unterschiedlichen Handlungsrationaltäten, auf der einen Seite die Realität des Marktes und auf der anderen Seite das christliche Selbstverständnis, scheinen inkommensurabel.

Diese Spannung auszuhalten und praktische Wege zu entwickeln, zwischen dem Anspruch des diakonischen Auftrags und dem Zwang der unternehmerischen Tätigkeit, entwickelt sich zu einer Hauptaufgabe des Trägers bzw. der beruflichen Akteure.

Traditionell verbindliche christliche Wertorientierungen können angesichts sich auflösender Handlungsspielräume nur schwer Gestalt annehmen bzw. schwinden zur peripheren Restressource (Gebhardt/Dünner 1994; 141 f).

Notwendige Wettbewerbsanpassungen sind mit der Sorge um das Proprium der Diakoniestation verbunden.

In Bezug auf die gemeindliche Krankenpflege werden sowohl Rückzugs- als auch Erhaltungsüberlegungen sichtbar (Eisenbart 2000; 88). Das Aufgeben eines originären Tätigkeitsfeldes berührt das Selbstverständnis einer diakonischen Kirche. Eine Gemeinde ohne Diakonie scheint somit kaum vorstellbar. Das Nicht-Loslassen-Können bleibt somit nur konsequent. In diesem Sinne wird vehement für einen Erhalt dieser Dienste plädiert (ebenda).

## 5.1 Corporate Identity der Diakonie-Stationen

Der Leitbildbegriff wird in der betriebswirtschaftlichen Literatur als Orientierungsrahmen diskutiert, mit dessen Hilfe eine zwangsfreie Identifikaktion der MitarbeiterInnen mit ihrer Institution befördert werden soll. Leitbilder verschmelzen somit mit der unternehmerischen Perspektive der Corporate Identity (Müller 2001; 22). Eine solche Betrachtungsweise erscheint für traditionell christlich geprägte Pflegeeinrichtungen ungewöhnlich und fremd.

Konfessionelle Einrichtungen werden zunehmend säkularisiert. Die rechtliche und wirtschaftliche Verselbstständigung führt zu kirchlichen Entkoppelungsbewegungen, d.h. trotz des erhalten gebliebenen Namens Diakonie wird der Kontakt zur Kirche geringer.

Komplementär dazu entwickelt sich eine Profanisierung und innere Abschwächung von christlich geprägten Leitbildern.

Diakonisches Handeln ist explizit mit der Erbringung von Leistungen verbunden, die mit den üblichen Kostenträgern nicht abrechenbar sind. Der diakonische Auftrag kann als tragendes Element in der Gemeindecrankenpflege nicht mehr aufrechterhalten werden.

Das "Verschenken" bzw. Aufgeben des diakonischen Auftrages wird auch durch Ehrenamtliche nicht aufgefangen. Inwieweit die Gemeinnützigkeit noch für den diakonischen Auftrag steht, bleibt undeutlich. In diesem Kontext kommt es auch zu einer pragmatischen Umformung des diakonischen Anspruchs.

Der Auftrag der Diakonie scheint nur noch ein Label. In dieser Entwicklung wird er eher zu einem Marketingelement bzw. einer abrufbaren Dienstleistung, die in monetären Äquivalenten zu messen ist (Eisenbart 2000; 137).

Leistungen, die nicht den erforderlichen Deckungsbetrag bringen, müssen erwirtschaftet werden. Der unbestimmt bleibende Diakonische Auftrag kann in dieser Logik nur auf der Basis von Gewinnen umgesetzt werden.

Die unaufhebbare Erwartung von Hilfebedürftigen und den in diesem Bereich beruflich Tätigen, dass das diakonische Proprium erlebbar bleibt, kann unter den verordneten Marktbedingungen nicht ausreichend finanziert werden.

Dieser Prozess kann einerseits als notwendiger Schritt in die Modernisierung betrachtet werden bzw. andererseits als ein marktwirtschaftlicher Anpassungsprozess von Diakonie Sozialstationen, der mit schmerzhaften kirchlichen Rückzugs- und Auflösungsprozessen verwoben ist (Eisenbart 200; 74).

Die gegenwärtige Entwicklung von Pflegeheimen und Sozialstationen wird eher durch staatliche Vorschriften bzw. arbeitsrechtliche Vorgaben geprägt, als durch den ursprünglichen Stifterimpuls. Die Funktionalität von Pflegeprozessen scheint vordergründig wichtiger.

Wirtschaftliche und politische Abhängigkeit gegenüber dem Staat wird in dem Maße stärker wahrgenommen, wie die eigene christliche Identität bedroht scheint (vgl. Gebhardt/Dünner 1994; 140 ff)<sup>34</sup>.

In einer für konfessionelle Pflegeeinrichtungen schwierigen Situation, welche durch eine Spannung von Anpassung und Modernisierung einerseits und einer Bewahrung christlicher Orientierung andererseits skizziert werden kann, wird die Suche nach einem verlässlichen Kompass zur quälenden Prozedur.

Diese Entwicklungen haben innerhalb der Caritas und der Diakonie zu einer Leitbilddebatte geführt, die neben einer traditionell christlichen Orientierung auch eine offenere, gegenwartsbezogene Ausrichtung erkennen lässt. Die Frage nach dem, "Wohin wollen wir uns entwickeln?", löst ein Unbehagen aus, das als Ausdruck einer selbstkonsternierten Identitätskrise verstanden werden kann (ebenda; 105).

### 5.1.1 Marktwirtschaftliche Ausrichtung und traditionell wertunterlegtes Profil

Durch die Einführung des PVG hat eine ordnungspolitische Systemänderung stattgefunden. Die Folge ist eine Ökonomisierung der Pflege<sup>35</sup>. Durch den damit verbundenen fundamentalen Organisationswandel müssen sich Pflegeeinrichtungen zu konkurrenzfähigen Unternehmen entwickeln (Eisenbart 2000; 82). Die Beherrschung der Gegenwart scheint anders nicht möglich. Faktisch ist die Diakonie gezwungen, marktwirtschaftlich aufzuwachen. Unter diesen Marktbedingungen kommt es zu sich widersprüchlich darstellenden Gegenwehrstrategien (Eisenbart 2000; 83). Der Trend zu mehr Wettbewerb berührt die kulturelle Identität gemeinnütziger Einrichtungen. Die sich in der Pflege etablierenden verobjektivierenden Rationalisierungsbemühungen führen zu institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, die den wesentlichen Kern von Pflegearbeit beeinträchtigen.

In den Vorwürfen und Stellungnahmen gegenüber den gewerblichen Anbietern spiegelt sich die gebrochene Internalisierung neuer Denkmuster wider. Für konfessionell gebundene Träger stellt sich die Anforderung ihr Leitbild unter diesen Bedingungen zu reflektieren.

### 5.1.2 Orientierung auf personale Ressourcen

Die Suche nach einem "Haus mit Gesicht", in dem die Schritte der in diesem Haus Gehenden einen Sinn bekommen, wird zur Herausforderung für kirchliche Träger (Gebhardt/Dünner 1994; 141 f).

Ein modernes christliches Leitbild in der Pflege soll die lebensgeschichtlichen Kompetenzen und Erfahrungen der MitarbeiterInnen im Pflegeprozess berücksichtigen. In der Hinwendung zu konkreten Idealen wird ein Motiv der Dezentralisierung und Regionalisierung von Leitbildern sichtbar. Das „faktische Proprium“ rückt stärker ins Zentrum der Leitbilddiskussion (ebenda).

Die Hinwendung zu alltagsbezogenen und übersetzbaren Leitbildern relativiert den Duktus der Gewichtigkeit von abgehobenen "Über-Ich-Formeln". Die Formulierung von etappenhaften und kontextbezogenen Teilzielen und Maßnahmen im Pflegebereich kann zudem als Schritt zu einer größeren Verständlichkeit und Handhabbarkeit von Leitbildern verstanden werden. Pragmatisch

---

<sup>34</sup> Der Organisationswandel scheint fundamental. Das zeigt sich in dem sichtbaren Spagat zwischen christlicher Pflege, diakonischer Verantwortung mit Anbindung an die Gemeinde und den Anforderungen an einem modernen Pflegedienst (vgl. Eisenbart 2000; 97 f).

<sup>35</sup> Gohde, J. (1996): Marktorientierung und Wettbewerb als Herausforderung für die Pflegedienste der Diakonie, In: Vortrag in der Dokumentation des 3.Ev.Symposiums für ambulante sozialpflegerische Dienste, am 7.Mai 1996 in Mainz; (Hrsg.). DW der EKD-Stuttgart; 6-14

formuliert soll das unter veränderten Bedingungen herausgearbeitete "Eigentliche" sich im Alltag bewähren und in einer hohen sozialen Einsatzbereitschaft von Pflegenden Niederschlag finden.

In Zeiten knapper Kassen erfolgt eine verstärkte Aktivierung von "unbezahlter Solidarität". Das Personal wird zum "Kapital", dessen Motivation über ein am Evangelium ausgerichtetes Leitbild bewahrt werden soll (Ebertz 1994; 32).

Personale Vorbilder, tätige Bezeugungen und persönliche Einsicht werden deutlicher herausgestellt, als fundamentalistische Auslegungen oder administrative Vorgaben. Die ethischen Grundhaltungen der Vorgesetzten sollen auf das Werteverständnis der Pflegenden vor Ort wirken. In diesem Sinne sind leitende Pflegekräfte maßgeblich für ein motivationsförderndes soziales Arbeitsklima verantwortlich. Sie schaffen eine Atmosphäre, in der sich alle an- und ernst genommen fühlen. Die so erfahrene Wertschätzung der MitarbeiterInnen kann auch an den Patienten weitergeben werden (Remmers 1998; 320 f).

Letztendlich lebt das Besondere eines christlich ausgerichteten Pflegedienstes von dessen MitarbeiterInnen. In diesem Sinne wird das Proprium gewissermaßen privatisiert. Im Netz eines quantitativen Qualitätsbegriffes wird verstärkt auf die Überschussmotivation des Einzelnen zurückgegriffen, um nicht gesichtslos bzw. austauschbar zu werden. Das Weniger an Zeit und Geld soll durch ein Mehr an persönlichem Einsatz ausgeglichen werden. Der persönliche Habitus von beruflich Pflegenden bleibt von diesen Strukturveränderungen nicht unbeeinflusst, d.h. die sprachliche und leibliche Zuwendung gegenüber den Klienten leidet (vgl. Remmers 1998; 329).

In der wiederkehrenden Gegenüberstellung von zweck- und wertrationalen Positionen geraten persönliche Rückzüge und Ablendungen im dialogischen Bereich aus dem Blick.

Das offensive Inanspruchnehmen der höheren Motivation verschärft den Druck gegenüber den MitarbeiterInnen, die diesen Erwartungen kaum noch gerecht werden können bzw. wollen.

Die Anforderungen gegenüber dem Personal werden auf verschiedenen Ebenen kenntlich gemacht. Eine solche Entwicklung dockt an traditionell gewachsenene Erwartungshaltungen gegenüber den Pflegenden an. Gegenläufig dazu kommt es zu Auflösungs- und Austauschwirkungen. Im Kontext eines zunehmend verrechtlichten und sich immer wieder ausdifferenzierenden sozialen Dienstleistungssektors wird der altruistisch eingestellte Helfer durch den gut ausgebildeten Experten abgelöst (Eisenbart 2000; 90).

## 5.2 Kundenorientierung als nivellierendes Unternehmensleitbild

Die begriffliche Etablierung der Kundenperspektive steht in enger Verbindung mit der stärkeren ökonomischen Vermessung sozialpflegerischer Arbeit. Der sich in fast allen Bereichen der Gesellschaft forcierende Rationalisierungsdruck wird auch in den unterschiedlichen Bereichen des Pflegesektors deutlich.

Das Mehr an Markt innerhalb des Pflegesektors führt zu einer optimistischen Produktorientierung. Modernes Managementdenken hat Einzug gehalten in soziale Unternehmen und mit ihnen in die Leitbilddiskussion. Die in der Privatwirtschaft verankerten Managementkonzepte (*New Public Management, Social Management, Lean Management usw.*) werden z.T. auch auf Non-Profitorganisationen übertragen. Kaum ein Träger bzw. Dienstleistungsanbieter im Pflegesektor verzichtet in seinen konzeptionellen Leitlinien auf die Kundenorientierung<sup>36</sup>. Verwandt mit dem hier nicht weiter entfaltbaren Managementkonzepten ist die Diskussion um die Sicherung der Pflegequalität. Nach den Vereinbarungen gemäss § 80 SGB XI zur Qualitätssicherung besteht eine explizite Orientierung an den Bedürfnissen der Adressaten und ihrer Zufriedenheit.

Das Primat der Kundenzufriedenheit hat in der Qualitätssicherungsdiskussion Konjunktur. Die rhetorische Etablierung des Begriffes kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass

---

<sup>36</sup> Klie, T. (1999): Kundenorientierung, In: Soziale Arbeit-Jg. 99/1; 8-13

Qualitätssicherungsansätze nur begrenzt kundenorientiert sind. Allgemeine Handlungs- bzw. Strukturstandards sowie notwendige Kostenbegrenzungen stehen zumeist im Vordergrund (ebenda). Die sich etablierende Kundenorientierung ist Ausdruck eines (scheinbaren) Paradigmenwechsels. Der begriffliche Wechsel vom "Patient-Klient-Kunde-" steht in Beziehung zu einer Entwicklung, die sich auch in entsprechenden Rahmenbedingungen niedergeschlagen hat (ebenda; 12).

Das in diesen Leitbildbegriff durchschimmernde Rollenverständnis kann bei der Charakterisierung von Lebenslagen älteren Menschen nützlich sein. Entlang dieser Orientierung lassen sich Handlungen, Konzepte und Dienstleistungen entwickeln, die Konnotationen zu unterschiedlichen Diskursen möglich machen. Eine ausschließliche Orientierung am Kundenparadigma verengt die unterschiedlichen Dimensionen von Altenarbeit. Die Weisheit dieses Begriffes bleibt begrenzt (ebenda; 12 f). Das in der Kundenorientierung zum Ausdruck kommende Marktmodell, welches von einer relativ souveränen Beziehung von Leistungsnachfragern und Leistungsanbieter ausgeht, kontrastiert mit der eingeschränkten Konsumentensouveränität vieler Pflegebedürftiger (ebenda).

Aus Schutzbefohlenen werden nicht schlagartig souverän einkaufende Kunden. Paternalistische Fürsorgemuster stemmen sich gegen das Leitbild des flexiblen, sich an Kunden ausrichtenden Dienstleistungsunternehmens.

Die Fähigkeit, sich auf dem Angebotsmarkt souverän zu bewegen und soziale Dienstleistungen adäquat einzukaufen, entspricht einem idealitären Kundenbild, das weder mit der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen noch mit dem Charakter einer sozialen Dienstleistung in Übereinstimmung zu bringen ist. Soziale Dienstleistungen sind keine Konsumgüter, die man miteinander vergleichen und bewerten kann (vgl. Heinze et al. 1996; 49). Ein individueller Aushandlungsprozess kann z.T. an der Hinfälligkeit des Klienten scheitern. Pflege- und Hilfebedürftige befinden sich in einer Situation der Abhängigkeit, d.h. es besteht ein asymmetrisches Verhältnis zwischen Helfern und Hilfesuchenden. Der Pflegebedürftige als Kunde, der frei entscheidet und wählt, ist eher Wunsch als Wirklichkeit (Klie 1998; 41). Die Aushandlungsspielräume bleiben eher gering. Es sind keine selbstdefinierten Leistungen, d.h. Leistungsinhalte werden weitgehend durch gesetzliche Vorgaben und Sozialleistungsträger bestimmt. Im ambulanten Bereich werden Pflegeleistungen sowohl nach dem SGB V als auch nach dem SGB XI (*Übergewicht*) zumeist als Sachleistungen gewährt.

Tendenziell wird die Kluft zwischen Ober- und Unterschicht immer größer. Die differenzierte Zusammenstellung von Wünschen und Bedürfnissen sind an Fähigkeiten und finanzielle Ressourcen gebunden, über die Hilfe- und Pflegebedürftige nicht gleichermaßen verfügen. In diesem Sinne bricht sich die Forderung nach einer konsequenten Dienstleistungs- und Kundenorientierung.

Die durch das Prinzip der Kostendeckelung begrenzten Abrechnungsmöglichkeiten der Leistungsanbieter im Pflegesektor erzeugen einen Effizienzdruck. Dadurch entsteht eine Tendenz zur Rekord- und Hauruckpflege. Nichtabrechenbare Leistungen werden zu Komfort- bzw. Zusatzleistungen, deren Befriedigung zwar wünschenswert, aber im erheblichen Maße von der Überschussmotivation der Pflegenden, dem ehrenamtlichen Engagement anderer und den finanziellen Möglichkeiten des Hilfebedürftigen selbst, abhängig ist. Die über den Basisbedarf hinausgehenden Ansprüche können für den Typus des institutionell und finanziell abhängigen Pflegebedürftigen zum unbezahlbaren Luxus werden.

Eine weitgesteckte Kundenperspektive bricht sich an den nur in begrenztem Umfang möglichen (*abrechenbaren*) Hilfeleistungen. Es entstehen Irritationen und Überforderungen, wenn Patienten und Angehörige auf Leistungen verzichten, die sie eigentlich brauchen. Ansprüche werden unter vorgegebene Leistungskataloge subsumiert und darüber hinausgehende Wünsche gekappt bzw. selbstzensierend aufgehoben.

Die Ansprüche von Patienten werden zudem auch an die Wünsche der Angehörigen angepasst oder sogar untergeordnet. Gerade sozial schwächer gestellte Hilfe- und Pflegebedürftige haben weniger Chancen, die Pflege von Angehörigen abzulehnen und sie allein Fremdpflegekräften zu überlassen. Die Minimalversorgung über das SGB XI ist gerade in diesem Kontext problematisch (Eisenbart 2000; 138 f).

Die marktwirtschaftliche Regulierung und Befriedigung von weitergehenden Bedürfnissen im Rahmen kostenpflichtiger Dienstleistungen kann Pflegebedürftige, welche auf einen solchen Markt angewiesen sind, sozial deklassieren. Insbesondere bei geringer Kaufkraft und brüchigen familiären bzw. außerfamiliären Netzwerken können bei zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit Einkommens- und Vermögensunterschiede zunehmen. In der Pflegephase kann es zu schwerwiegenden sozialen Ungleichheiten kommen. Ein ernstzunehmendes Angebot ist der Kundenaspekt, z.B. bei der verbraucherfreundlichen Gestaltung von Pflegeverträgen (Klie 1998; 41). Das Vertragsmodell kann die Deutungsmacht der professionellen Pflege relativieren. Dazu bedarf es einer in der Regel eher seltenen ebenbürtigen Aushandlung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekraft bzw. zwischen Pflegedienst und pflegender Familie. Der Vertragscharakter kann auch im Rahmen der Pflegeprozessplanung sinnvoll sein. Ein solches Kontraktverständnis geht über Haftungsfragen hinaus (Klie 1998; 41).

Die Skepsis gegenüber dem Kundenbegriff ist weniger sozialeleistungsrechtlich motiviert.

Bedeutsamer sind die sich aus der lebensweltlichen Situation bzw. Nächstenpflegesystemen ergebenden Entscheidungsfindungen über die zu vollziehenden Pflegearrangements. Diese lassen sich rational nicht ohne weiteres nachzeichnen. Lebensweltliche Prägungen fließen insbesondere im häuslichen Bereich verstärkt in den Pflegeprozess ein.

Vormoderne Lebensentwürfe korrespondieren mit einem hohen Bedürfnis nach selbstarrangierten einfachen Pflegemustern. Fremde werden somit erst über die eigene Schwelle gelassen, wenn es überhaupt nicht mehr geht (ebenda; 40 f). Diese Dimension ist mit gezielten Kosten-Nutzenaspekten schwer einzufangen. Darüber hinaus wirken auch geschlechtsspezifische Aspekte. Kundenähnliche Verhaltensmuster verstärken sich eher in männerdominierten Pflegearrangements.

Der unproduktive Charakter von Altenpflege und die z.T. fehlende Kundensouveränität von Hilfebedürftigen schafft eine besondere Sensibilität, gerade in Bezug auf überzogene Rationalisierungstendenzen. Der Pflegemarkt muss somit auch aus ethischen Gründen extern kontrolliert werden. Die dafür stehenden Möglichkeiten, z.B. über den MDK, Qualitätssicherungsstellen in Ämtern, Heimaufsicht, Pflegekonferenzen (siehe Modellprojekte), einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel, sind unzureichend (§ 80 SGB XI). Flankierenden Formen des Patientenschutzes, z.B. über Selbsthilfegruppierungen von Betroffenen bzw. Angehörigen, über Verbraucherverbände/Verbraucherzentralen, Selbstkontrolle und Transparenz der Anbieter u.a. sind bisher kaum sichtbar. In diesem Sinne erscheinen die Implikationen einer positiv besetzten Anbietervielfalt im Pflegebereich überbetont.

Das Dilemma, einerseits produktiv und effizient pflegen zu müssen und andererseits eine an dem Erwartungen und Bedürfnissen des Einzelnen orientierte Pflege durchzuführen, ist kaum auflösbar. Kundenbedürfnisse werden insbesondere in Zeiten knapper Kassen und fehlenden soziökonomischen Ressourcen der Betroffenen in sozialrechtlich anerkannte Bedarfslagen transformiert. Nutzerinteressen und Effizienzorientierungen stehen sich z.T. widersprüchlich gegenüber, d.h. die Differenzen zwischen angestrebten Zielen, gesetzlich garantierten Dienstleistungen und subjektiver Bedürfnisbefriedigung bleiben argumentativ bedeutsam.

## 6. Untersuchung des berufsspezifischen Handlungssystems

Das Handlungsfeld Pflege als ein eigenständiges, mit originären Geltungsansprüchen verbundenes System zu differenzieren scheint in anbetracht seiner traditionell engen Verschränkung mit der Medizin schwierig. Die Auswirkungen auf das Handlungssystem Pflege sollen allgemein noch einmal nachgezeichnet werden. Darüber hinaus geht es um die Charakterisierung von spezifischen Elementen, die das berufliche System Pflege kennzeichnen.

### 6.1 Zum allgemeinen Verhältnis von Medizin und Pflege

Der Handlungsradius von Pflege wird über die Medizin weitgehend festgelegt. Innerhalb des gesellschaftlichen Systems nimmt der medizinische Bereich eine exponierte Stellung ein. Hier erfolgte die Entwicklung und Spezialisierung besonders rasant.

Die weitreichende Spezialisierung und expertokratische Abgrenzung innerhalb der Medizin hat tendenziell zur selektiven, fachbezogenen Betrachtung des Patienten beigetragen. Spezialistentum und eigene Versorgungssysteme für jede Patientengruppe führten zu einer funktionellen Institutionalisierung und Technokratisierung.

Komplementär dazu nahm auch die Zersplitterung von Pflege zu. Gleichzeitig nehmen die Entscheidungsspielräume von Pflegenden ab.

Das Abtreten eines eng definierten Kanon von medizinisch-hygienischem Wissen zur rezeptartigen Anwendung und das nicht weiter Einmischen in das hausfrauliche, alltägliche, als profan eingestufte pflegespezifische Wissen führt zu einem unübersichtlichen, von Einengungen und diffusen Allzuständigkeiten geprägten Tätigkeitsfeld (Beck-Gernsheim 1993; 126). Die Medizinisierung und Subordination der Pflege spiegelt sich in deutlichen Statusunterschieden wider. Der Beruf des Mediziners wird zu einer traditionell männlichen und in diesem Sinne stolzen, prestigeträchtigen Profession (Piechotta 2000; 31).

Heilen entwickelt sich zu einer Domäne der Mediziner. Pflege bleibt dagegen weiblich, d.h. wird tendenziell zur von der Medizin liegenden Restkategorie (Müller 2001; 104).

Insgesamt bleiben die extern über die Medizin wirksamen Steuerungsmöglichkeiten im Handlungsfeld Pflege immens. Eine gleichberechtigte kommunikative Verständigung der Professionen ist somit nicht gesichert.

Pflege wird zum komplementären Bindeglied zwischen rational denkenden, an objektiven Wissensbeständen verpflichtenden Arbeitenden und den hilfeschendenden, emotional u. sozial fordernden Kranken (Piechotta 2000; 31).

Tendenziell gleicht sie die Defizite einer medizinisch-professionalisierten, auf naturwissenschaftlich-abstraktem Wissen basierenden Arbeit durch körperbezogenes, bedürfnis- und ganzheitlich orientiertes, geduldiges, zeitlich variables Handeln aus (Piechotta 2000; 31). Sie fungiert als eine Art Gleitmittel, d.h. soll die Arbeit bzw. Arbeitsfähigkeit von Ärzten reibungsfrei ermöglichen. Die berufspraktische Arbeitsteilung in der Pflege ist eher nach "unten" als nach "oben" offen.

Historisch gewachsene Aufspaltungen zwischen Heilen und Pflegen erweisen sich als zählebig, d.h. haben auch in der Gegenwart weitgehend Bestand.

Die Trennung zwischen physischen, medizinischen und sozialen Bedürfnissen eines Menschen wird zudem durch Tätigkeitsaufspaltungen befördert (vgl. Müller 2001; 93).

Pflege wird tendenziell mediziniert. Kennzeichen dieser Entwicklung ist der Rückzug aus der Grundpflege, die mit qualifikatorischen Abwertungen einhergeht. In der differentiellen Abstufung von Pflege, Nicht-Pflege und darin enthaltener Noch-nicht-Pflege werden Tätigkeitsdomänen und

hierarchisierende Zuordnungen deutlich (Müller 2001; 129). Solche Aufspaltungen spiegeln sich auch in der unterschiedlichen Bezahlung der Kassen wider. Patientennahe Pflege wird missdeutet und abqualifiziert, d.h. soll möglichst preiswert bzw. unbezahlt verrichtet werden (ebenda; 101).

Grundpflege bleibt mit unregelmäßigen Momenten verknüpft. Diese Logik kollidiert mit einheitlichen Zeitschemata. Die wettbewerbsmäßige Verrichtung der Grundpflege erscheint paradox (Müller 2001; 108).

Parallel dazu entwickelt sich Krankenpflege zu einer Art Handwerksberuf. Die Übereinstimmungen zum Handwerk beziehen sich u.a. auf die Dreistufigkeit der Berufskarriere.

Auch in der Verwendung des Wissens bestehen möglicherweise Ähnlichkeiten. Es besteht eine starke Orientierung an einem empirischen Regelwissen, das sich kontextuell bewähren muss. Nachahmende -imitative Reproduktionsmodi überwiegen.

Pflegerisches Handeln zeigt gegenüber dem ärztlichen Handeln eine stärkere Orientierung am Individuum und ist somit tendenziell begleitender und interaktiver. In den interaktiven Schwächen und Defiziten eines stark an objektiven Daten ausgerichteten medizinischen Systems werden möglicherweise die Potentiale für eine professionelle Pflege sichtbar.

## 6.2 Die Stellung von Altenpflege

Krankenpflege bleibt stärker medizinpflegerisch ausgerichtet als Altenpflege. Sie erscheint dadurch "härter", und eindeutiger bestimmbar.

Die zentrale Bedeutung somatisch orientierter Pflegekonzepte in enger Verbindung zu einer medizinisch ausgerichteten Krankenpflege drückt auch dem Altenpflegebereich, wenn auch aufgeweichter als in der Krankenpflege, seinen Stempel auf.

Im wechselseitigen Vorwurf gegenseitiger Defizite lassen sich spezifische Orientierungen aufspüren. Solche Zuordnungen spiegeln sich in den Handlungsfeldern der Altenpflege unterschiedlich wider. Während im stationären Altenpflegesektor eine technisch ausgeprägtere Pflege im Rahmen therapeutischer Maßnahmen und Behandlungstechniken deutlicher und kontinuierlicher sichtbar bleibt, werden sie im ambulanten Pflegealltag weniger offensiv sichtbar.

Auf medizinisch-technische Zuordnungen bzw. Behandlungsverfahren bezogen bleibt die ambulante Altenpflege unspektakulärer. Aufgrund der ganz anderen infrastrukturellen Ausgangsbasis in der ambulanten Pflege sind z.T. kreativere Pflegestrategien notwendig. Die sich aus eingeschränkten Möglichkeiten heraus entwickelnden Improvisationsmomente stimulieren eigenständige Denkprozesse.

Die Vermittlung von harten verlässlichen Wissensbeständen, die man routinemäßig auf die Situation übertragen kann, stößt z.T. an Grenzen und weicht dann anderen, interaktiv orientierteren Dimensionen pflegerischen Handelns.

Situativ anfallende Pflegehandlungen lassen sich nur bedingt abstrahieren. Die in der Altenpflege stärker sichtbare Akzentuierung auf sozialpflegerische Wissensbestände verweist auf schwer rationalisierbare Dimensionen. Diese erfordern interaktive Kompetenzen bzw. ein Arbeitsverständnis, das ganz bewusst auch auf den emotiven Handlungsbereich zielt.

Während insgesamt die Bedeutung der Krankenpflege für den Altenpflegebereich groß bleibt, sind umgekehrt die Einflussströme undeutlicher bestimmbar. Altenpflege erscheint relational eher als Laien- bzw. Hausfrauenpflege. Einerseits wird ein Berufsbild skizziert, zu dem sowohl sozialpflegerische als auch medizinisch-pflegerische Kompetenzen gehören und andererseits wird eine für die Altenpflege förderliche Vorbildung im Sinne von selbständiger Haushaltsführung bzw. Kindererziehung herausgestellt (vgl. Klie 1995 54 f).

Die Nähe zum Leben erfordert sozialpflegerische Orientierungskerne, die in der Krankenpflege weniger sichtbar zum Tragen kommen.

Hausarbeits- und familiennahe Pflege ist möglicherweise weniger segmentiert als die durchrationalisierte Berufsarbeit anderer Berufsgruppen. Sie wird zum komplementären Bindeglied

zwischen rational denkenden, an objektiven Wissensbeständen verpflichtenden Arbeitenden und den hilfeschendenden, emotional u. sozial fordernden Kranken (Piechotta 2000; 31).

Die insbesondere in der Altenpflege von den Pflegekräften positiv wahrgenommene Nähe zum Leben, die an Methoden privater Alltagsorganisation anknüpft, wird als spezifische Kompetenz herausgestellt. Solche Rahmenerfahrungen machen den Beruf für Pflegende teilweise attraktiv.

Die hausarbeitsnahe Alltagsorientierung wird nicht zwangsläufig als qualifikatorische Abwertung bzw. Mangel an Professionalität empfunden.

### **6.3 Exkurs: Hausarbeit und Gefühlsarbeit in der häuslichen Pflege**

In ihrer Untersuchung über den Krankenpflegeberuf entwickeln Ostner/Beck-Gernsheim (1979) ihr Konzept des "weiblichen Arbeitsvermögens". Dabei vollziehen die Autorinnen eine kategoriale Trennung von Hausarbeit und Berufsarbeit (ebenda). Die unterschiedlichen Arbeitsformen weisen dabei unterschiedliche Arbeitsanforderungen, -inhalte und Rahmenbedingungen auf (dazu u.a. Piechotta 2000; 28).

Hausarbeit wird als spezifisches Arbeitsvermögen markiert, wo vielfältige inhaltliche Aufgaben in einem unmittelbar überschaubaren Sozialkontext bewältigt werden, in den der Arbeitende selbst eingebunden ist. (Beck-Gernsheim 1981; 8).

Berufsarbeit ist dagegen eher an Einzelaufgaben, über den Markt vermittelte spezifische Dienstleistungen orientiert und erscheint in dieser Gegenüberstellung segmentierter, spezialisierter, ökonomischer und unpersönlicher als Hausarbeit. Dort wird eine größere persönliche Nähe bzw. Engagement vermutet als in der beruflichen Arbeit (ebenda; 8).

Hausarbeit erscheint hybride, ausufernd und diffuser als berufliche Arbeit. Sie lässt sich weniger klar planen und begrenzen. Unaufschiebbar Bedürfnisse müssen unmittelbar gestillt bzw. unterstützend begleitet werden. Das unmittelbar anfallende Sein erfordert unaufschiebbare Rückantworten. In diesem Sinne entwickeln Ostner/Beck-Gernsheim (1979) die These, dass sich Familien- und Hausarbeit solche Fähigkeiten wie Geduld, Empathie, Intuition, Harmoniebedürfnis herausbilden. Damit verbundene Ambivalenzen und Grenzen dieser Fähigkeiten werden implizit bereits angedeutet. Die Entwicklung dieser erfahrungsgesättigten Fähigkeiten bzw. "weiblichen Tugenden" sind mit weitreichenden Selbstbeschränkungen bzw. Selbstbedeckungen verbunden (vgl. Piechotta 2000; 28).

In diesem Kontext wird auch auf den Bereich der Gefühle bzw. Emotionen verwiesen. Für die beruflich Tätigen im sozialpflegerischen Bereich sind Gefühlsarbeit, Gefühlsnormen und Gefühlsaustausch aus dem privaten Bereich heraus in den öffentlichen Sektor übergegangen. Dort werden sie verändert, kanalisiert, genormt und einer hierarchischen Kontrolle unterworfen. Gefühlsarbeiter/Innen ermöglichen vielen Menschen die Erfahrung vertrauensvoller und angenehmer Interaktionen.

Gutwilligkeit ist in diesen Zusammenhängen nicht nur auf Menschen in unserem privaten Lebensbereich gerichtet. Höflichkeit und Einfühlungsvermögen verlangen die Professionalisierung von Gefühlen. Die sich in der Pflege etablierenden verobjektivierenden Rationalisierungsbemühungen führen zu institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, die den wesentlichen Kern von Pflegearbeit beeinträchtigen. Tendenziell kommt es zu einem Verlust an Kontextsensitivität, d.h. die sprachliche und leibliche Zuwendung gegenüber dem Klienten leidet (vgl. Remmers 1998; 329).

Die Belastungen des Pflegeberufes werden z.T. anästhesierend abstrahiert. Emotive Anteile, z.B. im Rahmen leiblicher Selbst- und Fremdwahrnehmungen werden auf ein Minimum reduziert, um angesichts von alltäglichen Belastungs- und Verdichtungssituationen handlungsfähig bleiben zu können. Die Grenzen zwischen Selbstschutzmechanismen, routinemäßiger Inszenierung von Freundlichkeit und Gleichgültigkeit sind fließend.

Die unterschiedlichen Rahmungen und Zuweisungen von Berufs- und Hausarbeit wirken auch bei einem Wechsel der Frauen in die Berufsarbeit. Das weiblich sozialisierte, haus- und gefühlsarbeitsnahe Arbeitsvermögen bleibt als Etikett erhalten, das heißt, wird auch auf die berufliche Arbeit übertragen. Diese Attributierung wird nicht nur von außen sondern von den Akteuren selbst mitvollzogen.

Innen- und Außensicht fließen z.T. ganz selbstverständlich ineinander. Frauen bringen typische "nicht-berufliche Dispositionen" in die berufliche Arbeit ein (Piechotta 2000; 28 ff). Ihre Wahrnehmungen und Reaktionen sind von diesen Dispositionen geprägt. Berufliche Anforderungen werden anders aufgegriffen (ebenda). Diese Besonderheiten sind gerade im häuslichen Pflegebereich unabdingbare Voraussetzung für gelungene Pflegearrangements.

Das damit zusammenhängende "weibliche Dilemma" umreißt U.-Koch-Straube folgendermaßen: "Das Ziel muss sein, -private Beziehungsmuster als kritische Norm in die Professionalisierung hineinzutragen, aber auch Professionalität als kritische Instanz von Privatheit zu begreifen (U.-Koch-Straube 1997; 368).

Der hochprivatisierte Innenbereich von Hilfe- und Pflegebedürftigen erfordert Fähigkeiten, die an persönliche familiäre Hausarbeitserfahrungen, von zumeist weiblichen Pflegeakteuren, anknüpfen. Der Erfahrungstransfer von dem "inneren Kreis" der Familien- und Hausarbeit in den "äußeren Kreis" erweist sich als Ressource, von der die Reputation von Fremdpflege entscheidend zehren kann.

In diesem Kontext sind persönliche Tugenden und biographisch gewachsene Wissensbestände von Bedeutung.

Dieser für die Arbeit hilfreiche Erfahrungsfundus wird betrieblich-ökonomisch genutzt, ohne dass parallel dazu eine explizite Aufwertung dieser Fähigkeiten vollzogen wird. Die Hierarchie zwischen stolzer Berufsarbeit und bescheidener Hausarbeit bleibt ebenso unangetastet, wie die Tradierung sozialpflegerischer Berufe als hausarbeitsnahe und somit weibliche Berufe (vgl. Beck-Gernsheim 1981; 9).

Maßgeblich scheint in diesem Zusammenhang, dass die privat-persönlichen Erfahrungen anerkannt und aufgewertet werden, wobei eine systematisch unverschämte Integration solcher Wissensbestände in die berufliche Arbeit integriert werden sollten.

Die hier angedeutete Paradoxie wird von Rabe-Kleberg wie folgt skizziert: "Diese Fähigkeiten werden im Beruf vorausgesetzt, gefordert und eingesetzt, gleichzeitig aber als berufliche Qualifikation geleugnet" (Rabe-Kleberg 1993; 83).

Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass biographisch erworbene Wissensbestände durch berufliche Erfahrungen verändert werden. In diesem Sinne können sie sowohl als Ressource aber auch als Hindernis markiert werden.

## **6.4 Die wesenhafte Verortung von Pflege**

Pflege bewegt sich in einem eigentümlichen, z.T. indifferenten Zwischenfeld. Diese Zwischenstellung zwischen Fürsorge und Erfahrung, zwischen theoriegeleitetem Erkenntnis und normativ-praktisch regulierten Handlungsformen, zwischen kognitiven und emotionalen Handlungsorientierungen u.a., inmitten eines verengten, schwer zu bestimmenden Verantwortungsbereiches, skizziert einen Typus von Arbeit, der sich einer starren Rationalisierung und Verobjektivierung entzieht.

In der professionellen Kernorientierung auf die subjektive Perspektive von Klienten, eines Bezuges zum -besonderen Anderen-, bleiben sogenannte Ungewissheitselemente wesenhafter Bestandteil pflegerischer Arbeit.

Rezepte, Techniken und Handlungsstrategien, so bedeutsam sie auch sind, garantieren keine identitätsstiftende Verhaltenssicherheit.

Die soziale Konstitution des Berufes erfordert mehr als ein Bündel subjektiv angeeigneter und verfügbarer Qualifikationselemente (Arnold, K/ Hoppe, B 1994; 12).

In der beruflichen Zwischenstellung des Pflegeberufes wird deutlich, dass es sowohl um die Aneignung und Umsetzung von harten, an objektiven Daten orientiertes medizinisch-naturwissenschaftliches Wissen geht als auch um die Fähigkeit, Subjektives im Objektiven zu erkennen.

Die vielschichtigen Vermittlungs-und Übersetzungsleistungen, die sich aus dieser beruflichen Verortung heraus stellen, erfordern ein "mehrsprachiges Vermögen" (Remmers 1998; 275). Die Schwierigkeiten ein solches Wissen zu generieren und zur Geltung zu bringen sind angesichts mächtigerer konkurrierender Berufsgruppen unübersehbar.

## 7. Berufsentwicklung in der Altenpflege

### 7.1 Vorbemerkungen zum traditionellen Berufsverständnis

Im Rückgang auf die traditionelle Bedeutung des Berufsbegriffes lassen sich Bedeutungsinhalte herauschälen, die das berufliche Verständnis der Pflegeberufe bis heute prägen.

Die christlichen Wurzeln des Pflegeberufes, wie sie im Kontext des -caritativen Leitbildkapitels ausschnitthaft dargestellt wurden, erweisen sich bis in die Gegenwart hinein als prägend.

Im Rekurs auf diese Fundamente bleiben Beruf und Berufung miteinander verwoben. Er wird zu einer von Gott gestellten Aufgabe und trägt somit eine deutlich ethische Färbung. Darüber hinaus ist er mit der (traditionellen) Vorstellungen einer dauerhaften Tätigkeit bzw. Lebensstellung verbunden<sup>37</sup>. Grundsätzlich wird innerhalb des traditionell religiös geprägten Berufsverständnisses die Bedeutung einzelner Berufe nicht explizit herausgestellt. Vorrangig bleibt die Orientierung am christlichen Liebesgebot und das Ausüben von guten Werken eines jeden nach seinem Beruf (Weber 1991; 35). Asketisch ausgerichtete Kasteiungsaufforderungen beziehen sich weniger auf das Verdienen von Gnade, sondern der Bewahrung des Leibes, "dass er nicht verhindere, was einem nach seinem Beruf zu schaffen befohlen ist." (ebenda). Die Aufforderung zur Selbstpflege erscheint aus heutiger Sicht durchaus modern. In seiner weltlichen Bedeutung wird der Berufsbegriff nicht weiter aufgefächert.

Die Schöpfung des Berufsbegriffes kann sprachlich im Kontext von protestantischen Bibelübersetzungen rekonstruiert werden<sup>38</sup>.

Von stolzen bzw. ausgezeichneten Berufen ist in diesem Rahmen nicht die Rede, d.h. eine Hierarchisierung von Berufen wird vermieden.

Freiheit und Demut im Glauben relativieren den Status bzw. die berufliche Stellung des Einzelnen. Das weltliche Haben bleibt angesichts der eschatologischen Erwartungen sekundär. Die Zeit ist kurz und das weltliche Leben einer Art Durchgang (ebenda; 37). In diesem Sinne haben eschatologisch motivierte Mahnungen eine ordnende bzw. systemtradiierende Funktion.

Im Rückgriff auf anglikanische (Cranmersche) Bibelübersetzungen finden sich erst ab Mitte des 16. Jh. hierarchisierte Berufsvorstellungen. Klassifizierende Kategorien wie "unlawful callings" oder "greater callings" im Sinne von höheren Berufen werden sichtbar (ebenda; 38).

Die Entstehung und wachsende Bedeutung von sich hierarchisch schichtenden Professionen werden zu einem modernen Phänomen.

Der im Zuge der Rationalisierung eingetretene Zerfall von Glaubenseinstellungen führt darüber hinaus verstärkt zu privatisierenden Glaubenseinstellungen, d.h. Werte bilden in diesem Sinne nicht den umfassenden Rahmen für eine methodische Lebensführung<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> Im Lateinischen übersetzt man den Berufsbegriff mit "opus" oder auch mit „professio“. Nach M. Weber sind diese Übersetzungen deutlich diesseitiger und ethisch weniger aufgeladen (Weber 1991; 34). In diesem Sinne wird der Berufsbegriff in seiner Abstammung mit dem öffentlichrechtlichen Pflichtcharakter liberaler Berufe verbunden.

<sup>38</sup> M. Weber zieht beispielsweise eine Verbindung zum Psalmisten (Ps. 37, 3): „ bleibe im Lande und nähre dich redlich“. Eine weitere Brücke zu biblischen Berufsverwendungen bei M. Luther findet sich u.a. im 1. Korintherbrief. Dort heißt es u.a. ".ein jeglicher, wie ihn der Herr berufen hat, also wandle er. Ein jeglicher bleibe in dem Beruf in dem er berufen ist." (1. Kor. 7, v.17-20). Hier wird der (lebenslange) Berufscharakter deutlich markiert (Weber 1991; 36).

<sup>39</sup> Im Prozess der Säkularisierung verschieben sich auch die Motivationsgrundlagen beruflichen Handelns. M. Weber (1991) skizziert solche Verschiebungen im begrifflichen Rahmen der protestantische Arbeitsethik: Diese, hier nicht weiter entfaltbare Arbeitsethik, kann illustrativ über kulturell gewachsenen Metaphern, Sprichwörtern und Psalmen wider, wie z.B.: "Sich Regen bringt Segen"; „Ohne Fleiß kein Preis“; „Müßiggang ist aller Laster Anfang“; „Und war ein Leben schön, so war es Mühsal und Arbeit“, „An ihren Früchten sollt ihr sie erkennen (Weber, M. 1991; 36 f).

## 7.2 Professionsentwicklung in der Moderne

Abgrenzungen und Unterscheidungen zum traditionell religiösen System bleiben für die Entwicklung des modernen Professionsystems entscheidend.

Aus einer strukturfunktionalistischen Perspektive entwickelt T. Parsons ein historisch rekonstruktives System moderner Professionen (Parsons 1968; 536-547)<sup>40</sup>.

Anknüpfungspunkt bleibt auch aus dieser Theorieperspektive der Bereich der Religion, aus dem heraus sich Berufe überhaupt entwickelt haben.

Im akademischen Dreieck von Philosophie, Recht und Medizin beschreibt Parsons die Entwicklung und Ausformung von Professionen primär über die historische Veränderung des Wissenschaftsverständnisses (ebenda)<sup>41</sup>.

Professionen werden somit in einen akademischen Kontext transferiert. Der akademische Komplex wird aus dieser Perspektive zum Motor der Bildungsrevolution, durch die sich die gesamte Struktur der Gesellschaft verändert. Die Auswirkungen einer solchen Bildungsrevolution werden primär im gesellschaftlichen Kontext der USA dargestellt (ebenda; 539 f).

Durch die Entwicklung der modernen Universität erweitern sich die Möglichkeiten einer akademischen Berufsausbildung über die Universität. In diesem Prozess entwickeln sich neue Berufszweige. Komplementär dazu schwächt sich die Bedeutung anderer Berufe ab.

Angewandte Berufe rücken in Beziehung zu universitären Disziplinen. Ziel dieser Verknüpfung ist ein höheres, empirisch abgesichertes Niveau.

Prinzipiell wird eine Verbindung und Durchdringung von Kunst, Wissenschaften und angewandten Professionen angestrebt. Die finanzielle Unterstützung von Universitäten kreuzt sich mit der (gesellschaftlichen) Erwartung, dass die Universitäten auch etwas für die Gesellschaft tun.

Der praktische Nutzen von Forschung und Lehre bemisst sich an den Grad von anwendungsfähigen Erkenntnissen bzw. den Werkzeugcharakter ihrer Forschungsergebnisse.

Die Herausstellung einer anwendungsbezogenen wissenschaftlichen Ausbildung von Professionen erfolgte zuerst in den Bereichen Recht und Medizin<sup>42</sup>. Zeitversetzt vollzieht sich dieser Prozess auch in den technischen und sozialen beruflichen Handlungsfeldern.

In dieser Übersicht hat die Bildungsrevolution zu einer allgemeinen Standarthebung der Berufsstruktur geführt, d.h. die Wichtigkeit der Berufsstände nimmt zu<sup>43</sup>.

Darüber hinaus wird Arbeitsteilung, in einer hochdifferenzierten Form, zu einem wesentlichen Merkmal der Moderne. Sie macht es dem Individuum möglich, sich in einem sonst nicht möglichen Umfang spezialisierten Tätigkeiten zuzuwenden, die im praktischen Sinne betrachtet weniger nutzbringend für das soziale System sein können. Diese erweiterten Möglichkeiten heben die

---

<sup>40</sup> Auf eine Darstellung des strukturfunktionalistischen Ansatzes wird in diesem Zusammenhang verzichtet. Für die systematische Verortung bzw. Einordnung von Professionen erweist sich diese Theorieperspektive als fruchtbarer Ansatz (Kiss 1977; 165).

<sup>41</sup> Das Charakteristikum moderner Universitäten ist ihre integrative Dreiteilung in Natur- Human- und Sozialwissenschaften.

<sup>42</sup> Im Rückgriff auf das antike Wissenschaftsverständnis von Aristoteles kann man zwei Wissensformen unterscheiden. Eine Wissensform zielt auf eine handwerkliche Kunstfertigkeit, einschließlich ihrer praktischen Verwendungsmöglichkeit (techne). Die andere Wissensform bezieht sich normativ auf „einer sich selbst genügsamen Wissenschaft“ (Aristoteles 1985; 98). Die Krönung eines hierarchisch strukturierten epistemischen Stufenmodelles liegt in einer Wissensform, die sich an den „wahren Gründen“ und „ewigen Prinzipien“ dieser Gründe orientiert (prima philosophia). Eine solche Wissensform bleibt gewissermaßen frei von Wertbarkeits- bzw. Nützlichkeitsvorstellungen, d.h. gipfelt in einem reinen Denken, das sich vom Handeln emanzipiert. Die in diesem Rahmen angesiedelten Lebensweisen spielen sich im „Bereich des Schönen“ ab, d.h. „in der Gesellschaft von Dingen, die nicht notwendig gebraucht werden.“ (z.B. Verzehr des körperlich Schönen, das Erzeugen von schönen Taten und das Leben des Philosophen). Insbesondere das Leben des Philosophen bleibt dem „doppelten Eingriff des Menschen, seinem Herstellen neuer Dinge und seinem Verzehren dessen, was ist, entzogen.“ (Ahrend 1994; 19). Dieses antike Gerüst führt zu einem Theorieverständnis, das auf ein nicht primär anwendungsbezogenes Wissen orientiert, d.h. „eigenen Gesetzen“ folgt (Remmers 1998; 95).

In der neuzeitlichen Entwicklung von Wissenschaft wird dieses Wissenschaftsverständnis zusehends relativiert und mit Interessen und Bedürfnissen verknüpft. Die Indienstnahme von Wissenschaft etablierte sich.

<sup>43</sup> Unterschiedliche Professionstypen können über eine lineare Kette dargestellt werden. Am Anfang stehen die Nonprofessionals, dann folgen die angewandten Professionen und am (stolzen)Ende die akademischen Spezialisten (Parsons 1968; 543)

klassifizierende Zuordnung von wichtigen und unwichtigen Tätigkeiten für die Gesellschaft nicht auf.

Personen, die weniger anerkannte Tätigkeiten ausüben, haben es in Bezug auf die Entlohnung schwerer. Dabei bemisst sich die hierarchische Zuordnung in wichtige und unwichtige Aufgaben an ihrer Bedeutsamkeit für das Kollektiv als Einheit bzw. für die anderen Mitglieder des Kollektivs<sup>44</sup>.

Der bestimmende Aspekt der Arbeitsteilung sozialer Systeme ist das System der Berufsrollen (Kiss 1977; 207).

Tendenziell kommt es zu einer Spezialisierung von Rollentypen, die von anderen überhaupt nicht oder nur zu geringem Grad ausgefüllt werden können. Die berufliche Rolle wird zu einem Tätigkeitsmodus, der klar gegenüber anderen Tätigkeiten abgegrenzt ist.

In dem Grad, in dem sich ein Individuum einer spezialisierten Rolle widmet, wird es von anderen Individuen hinsichtlich der Funktionen abhängig, die es selbst nicht mehr ganz oder in zureichendem Maß ausfüllt (ebenda; 204)

Merkmal dieser Struktur ist ein doppelter Aspekt. Der Akteur ist Ausführer von Funktionen für das Kollektiv, andererseits ist er Empfänger von Diensten und ihren materiellen Produkten. Jeder Akteur steht mit dem Produktionssystem über die Rolle des Konsumenten in Beziehung (ebenda; 205 ff).

Unter funktionalem Gesichtspunkt zeigen sich für das Individuum zwei Aspekte. Diese stehen in einem sich wechselseitig bedingenden Verhältnis. Der Auszuführende in einer spezialisierten Rolle ist immer davon abhängig, was er im Tausch dafür bekommt. Jede spezialisierte Tätigkeit hat ihren Entlohnungsaspekt (ebenda; 206)

Das, was er tut bzw. hineinsteckt, steht in Beziehung zu dem, was er dabei herausbekommt. Der Doppelaspekt von Rollen hat eine große Tragweite für die Motivation der Akteure.

### 7.2.1 Modernes Rollenverständnis in der Pflege

Im Interesse des Pflegebedürftigen sollen Pflegehandlungen an übergeordneten Zielen, wie z.B. der Autonomie des Patienten, ausgerichtet und geplant werden. Im Kontrast dazu wäre ein Pflegehandeln aus primär persönlichen Helfermotiven ebenso unprofessionell wie ein situativ ungezieltes Pflegehandeln. Der Kranke bzw. Pflegebedürftige wird in diesem Verständnis zum gleichberechtigten Interaktionspartner, der durch traditionelle Pflegemuster und Handlungsstrategien im Sinne von Mitgefühl-, Dankbarkeits- und Sympathieerwartungen tendenziell infantilisiert und im modernen Verständnis unprofessionell gepflegt werden kann. Eine Pflege mit "Herz" soll zwar nicht vollständig verloren gehen, rationale Orientierungen auf der Basis von Pflegestandards und gesichertem Pflegewissen werden aber offensiver herausgestellt als im traditionellen Pflegeverständnis<sup>45</sup>.

Das im caritativen Pflegeverständnis positiv besetzte dienende und selbstlose Pflegen weicht einem eher distanzierten Beziehungsverständnis. Professionelle Pflege entwickelt sich zu einer institutionalisierenden Form von Solidarität. Diese Solidarität unter Fremden (Brunkhorst 1997) ist durch eine stärkere affektive Distanz zum Klienten gekennzeichnet. Wechselseitige Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Pflegenden und Hilfebedürftigen, im Geflecht von überzogenen reziproker Erwartungen und Ansprüchen, werden über diese Ausrichtungen abgeschwächt. Die Beziehung zum Hilfebedürftigen soll nicht neutral, aber abgegrenzter sein<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> Unter funktionalem Gesichtspunkt sind nur wenige Berufe produktiv in dem Sinne, dass sie zum Reproduktionsprozess beitragen. Die ange deutete Unterscheidung in produktive und unproduktive Berufe hat allerdings eine unselige Tradition. Damit zusammenhängende Abwertungen und Deklassierungen bleiben auch im Kontext von Pflegeberufen ethisch relevant.

<sup>45</sup> Eine spezifische Darstellung typischer dyadischer Rollenmuster wird im Kontext von pflegebezogenen Leitbildern vollzogen.

<sup>46</sup> Handeln findet innerhalb eines organisierten, integrierten und dauerhaften Orientierungsmodus statt. Ein wesentliches Kriterium für die Rationalität eines Handlungsverlaufes ist der Grad bzw. Umfang, in dem sich das Handeln von der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur oder Orientierung freimachen kann. Je stärker dieses freimachen vollzogen wird, umso eindeutiger kommt es zu einem zielgerichteten Verlauf der Tätigkeit. Bei einer zu entschiedenen Einbettung in eine Matrix nimmt das Bedürfnis nach

Die Beziehung zwischen Patient und Pflegekräften ist primär berufsbedingt, d.h. vom Grundsatz her neutral. Die prinzipielle Aufmerksamkeit gegenüber den Hilfebedürftigen bedarf somit keiner besonderen ethischen Motivation<sup>47</sup>. Intrinsische Motive sind in diesem Duktus nicht notwendigerweise eine Bedingung für professionelles Handeln in der Pflege.

Eine Trennung von beruflichen und privaten Bereichen entspricht tendenziell eher einem modernen professionellen Berufs- und Rollenverständnis (dazu u.a. Parsons 1968, Kiss 1977)<sup>48</sup>.

## 7.2.2 Altenpflege als Beruf

In Anlehnung an T. Parsons (1968) Handlungsbegriff gehören beruflich Pflegende nicht zu den Professionen im eigentlichen Sinne (Parsons 1968; 536-547). Sie verfügen über keine akademische Ausbildung und können nur bedingt eigenständig über Ihre Wissensbestände verfügen bzw. werden stark in die Entscheidungen der ärztlichen Profession hineingezogen. In dieser systemischen Zuordnung bleiben Sie somit eher „bescheiden“ bzw. „semiprofessionell“ (dazu u.a. Rabe-Kleberg 1991; Remmers 1998; Taubert 1994).

Merkmale des Berufes lassen sich dagegen über die widersprüchliche Rekonstruktion der Verberuflichung von Altenpflege in Deutschland markieren<sup>49</sup>.

Die eigenständige berufliche Tradition von Altenpflege ist noch verhältnismäßig jung. Damit verbundene Legitimationszwänge bzw. Abgrenzungsbemühungen gegenüber der Kranken- und Laienhilfe können nicht losgelöst von diesem Konstituierungsprozess betrachtet werden. Die Entwicklung der Altenpflege hin zu einem eigenständigen Tätigkeitsbereich ist somit ein modernes Phänomen. Die Abgrenzungs- und Schließungsbemühungen gegenüber anderen Berufsgruppen (Hauswirtschaftler/Innen, Krankenschwestern u.a.) und Laienpflegern dienen der Sicherung und Anerkennung eines eigenständigen Berufes mit entsprechender Qualifikation und spezifischem Aufgabenbereich. Das Ringen um berufliche Autonomie und gesellschaftliche Anerkennung des Altenpflegeberufes sowie die forcierte wissenschaftliche Fundierung von Altenpflege sind Ausdruck einer noch in den Anfängen steckenden Professionalisierungsdiskussion.

Die im Rahmen des sozialwissenschaftlichen und medizinischen Diskurses geführte Pflegedebatte kann als Teil eines Aufwertungsprozess verstanden werden.

Professionalisierungsbemühungen spiegeln sich u.a. im Ringen nach beruflicher Autonomie, gesellschaftlicher Anerkennung, der Konstituierung berufseigener Wissensbestände, der Entwicklung von Altenpflegeforschung sowie einer in diesen Bereich absichernden Gesetzgebung (z.B. Berufsrecht) wider.

Eine Ausweitung des Kompetenz- und Tätigkeitsprofils von Altenpfleger/Innen im Sinne einer weitreichenden Integration von medizinischen, pflegerischen, sozialpflegerischen und ethischen Kompetenzen und Aufgaben dienen auch der Attraktivitätserhöhung des Altenpflegeberufes.

Schwierigkeiten der inneren Professionalisierung können dadurch nicht verdeckt werden. Legitimatorische Grenzen zwischen Laien und Professionellen zu ziehen, d.h., einen

---

expressiven Ausdruckformen zu. Dies verweist auf den Drang sich persönlich nicht neutralisieren zu lassen, d.h. authentisch und subjektiv sichtbar zu bleiben. Trotz prinzipieller Zielorientierungen bzw. eines Systems zielgerichteter Tätigkeiten bleiben expressive Aspekte existentiell (Parsons 1968; 540 ff).

<sup>47</sup> Ein differenziertes Altersbild über die Pflegepartner spiegelt sich in den Reaktionen von Professionellen in spezifischen Pflegesituationen wider. Mit Hilfe von drei Professionsindikatoren kann der Professionalisierungsgrad von Pflegekräften vorerst grob abgesteckt werden. Eine optimale Pflege wird aus diesem Professionsverständnis heraus durch eine Orientierung an der Person des Klienten, einem interaktiven Vorgehen, sowie auf der Grundlage einer konzeptionell geplanten Pflege, die dem allgemeinen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnis und der gerontologischen Forschung entsprechen, sichergestellt. Ein nach diesen Orientierungen ausgerichtetes Pflegehandeln korreliert mit einem differentiellen Pflegestil (Olbrich 1999; 25-45).

<sup>48</sup> Der berufliche Akteur kann nicht verschiedene Rollen gleichzeitig spielen, springt aber im normalen Verlauf zwischen Handlungen hin und her, die den verschiedenen Rollen entsprechen.

<sup>49</sup> Die Anerkennung von Pflege als Beruf ist untrennbar mit der geregelten Entwicklung von spezifischen Ausbildungen verbunden. (vgl. Taubert 1994; 96 f).

"wissensbegründeten Beruf" mit einem "staatlich lizenzierten Kompetenzmonopol" zu etablieren, scheint angesichts der Spezifik von Altenpflege nicht unproblematisch zu sein<sup>50</sup>.

Die Schwierigkeit den professionellen Kern von Altenpflege zu skizzieren, erschwert eine klare Beschreibung und Abgrenzung des Berufsbildes Altenpflege.

Die Aufwertung des Altenpflegeberufes scheint angesichts des relativ geringen beruflichen Status und der weitgehend fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung des Altenpflegeberufes dringend notwendig zu sein. Durch die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik kommt es zu einem wachsenden Bedarf an Altenpfleger/Innen.

Die hohe Personalfuktuation im Altenpflegebereich und das geringe berufliche Prestige erhöhen den Druck, das berufliche Profil von Altenpflege zu erweitern sowie den Aus- und Weiterbildungssektor in diesem Bereich zu reformieren.

Komplementär dazu kann die Verberuflichung von Altenpflege auch als ein marktwirtschaftlicher Mechanismus verstanden werden. Der wachsende Bedarf an Altenpfleger/Innen erfordert eine ausreichende Anzahl an ausgebildeten Pflegekräften, welche die Probleme in Zusammenhang mit altersbedingter Pflegebedürftigkeit bedarfsgerecht und kostengünstig lösen sollen.

Wie hat sich Altenpflege als Beruf in Deutschland entwickelt? Aus der historischen Betrachtung heraus lassen sich z.T. Begründungen für die momentane Situation der beruflichen Altenpflege entwickeln. Im Kontext der Leitbilddebatte wurden ausschnitthaft historische Grundlinien eines sich veränderten Pflegeverständnisses nachgezeichnet.

Die Entwicklung der Altenpflege als eigenständiger Beruf lässt sich für Deutschland nicht geschlossen darstellen, d.h. eine getrennte Betrachtung der beruflichen Altenpflege in der ehemaligen DDR und Westdeutschland ist für das Verständnis der äußeren Professionalisierung notwendig.

### **7.3 Ausbildungs- und Berufsentwicklung in der DDR-Altenpflege**

In der retrospektiven Analyse der Berufsausbildungsentwicklung in der DDR wird im Gegensatz zu Westdeutschland auf das Fehlen einer staatlich anerkannten Altenpflegeausbildung hingewiesen. Die unterschiedliche Ausgangsbasis in der Verberuflichung der Altenpflege in Ost- und Westdeutschland kennzeichnet zugleich systemische und institutionelle Unterschiede im Pflegeverständnis. In der DDR war Altenpflege als Tätigkeit etabliert, schlug sich aber bis zuletzt nicht in einer eigenständigen Profession nieder. Das Berufsfeld Pflege wurde nicht explizit in Kranken- und Altenpflege unterteilt.

Von einer auf die Bedürfnisse von älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen ausgerichteten Fachausbildung kann somit nicht ausgegangen werden. Eine explizite Orientierung auf den Altenpflegebereich konnte sich bei den examinierten Krankenschwestern kaum entwickeln. Die Erlernung des Krankenschwesternberufes war in der Regel fest mit der Vorstellung verbunden, in einer Poliklinik oder in einem Krankenhaus zu arbeiten.

Das Arbeiten im Pflegeheim bzw. auf einer Gemeindefürsorgestation stellte ein eher fremdes und negativ besetztes Handlungsfeld dar. Der in der Ausbildung weitgehend ausgeblendete und somit fremd gebliebene Bereich pflegerischer Arbeit hat tendenziell xenophobische Grundhaltungen befördert. Das Einlassen auf eine in diesem Maß unbekannte Hinfälligkeit von zumeist älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen wurde durch irritierende Betreuungseindrücke und schlechte Arbeits- und Betreuungsbedingungen, vor allem in den Pflegeheimen noch zusätzlich erschwert. Der unter diesen Zuständen insbesondere im stationären Bereich sichtbare permanente Mitarbeitermangel führte zu einer Beschränkung auf die notwendigsten Pflegearbeiten (Hennig/Kaluza 1995; 173)<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> Volz, F.-R.(1996): Professionelle Standards in der sozialen Arbeit zwischen Ökonomisierung und Moralisierung, In: Gi Sa Jg. 96/1; 27

<sup>51</sup> Pflegepersonalnotstand bzw. Pflegepersonalnotstand kamen im politischen Wortschatz der DDR nicht vor. In diesem Sinne können genaue Untersuchungsergebnisse zu diesem auch in der DDR vorhandenen Problem nicht sicher ausgebreitet werden (Hennig/Kaluza

Nach Beendigung der Ausbildung wollten die meisten der Pflegekräfte nicht in einem Altenheim oder in der häuslichen Pflege arbeiten<sup>52</sup>. Die Krankenpflege im klinischen Bereich war für die jüngeren Pflegekräfte attraktiver. Bei einem Bewerbungsüberhang für die staatlich vorgegebenen Delegierungsplätze der Krankenhäuser wurde die Tätigkeit im Altenheim als Ausweich- bzw. Notlösung angeboten. Eine direkte Entscheidung für diese Arbeit war eher die Ausnahme. Die Regel waren somit direktive Umlenkungen, was bei der Betrachtung motivationaler Aspekte berücksichtigt werden muss. Der Anteil an unqualifiziertem Pflegepersonal blieb im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens in der Altenpflege überdurchschnittlich hoch<sup>53</sup>. Eine aktive Reintegration und Rehabilitation von Pflegefällen wurde durch eine in der Breite gesehen mangelnde fachliche Qualifikation, fehlende Rechtsstaatlichkeit sowie unzureichende flankierende Maßnahmen und Einrichtungen zumeist verhindert (vgl. Lehr 1991; 50). Die qualifizierten Fachkräfte in der Pflege alter Menschen waren zumeist Krankenschwestern bzw. fachspezialisierte Gemeindeschwestern. Im geringen Umfang bestand die Möglichkeit einer spezifischen Altenpflegeausbildung über die konfessionellen Träger, die aber staatlicherseits nicht oder nur z.T. anerkannt wurden sind<sup>54</sup>. Die spezifische Ausbildungssituation in der DDR Altenpflege soll entlang der Gemeindeschwesternausbildung sowie der kirchlichen Ausbildung zum Geriatrie-Diakonie Pfleger knapp umrissen werden.

### 7.3.1 Ausgewählte kirchliche Ausbildungsgänge in der Altenpflege

Ideologisch unaufmerksamer agierte der Staat in der Altenpflege. Dort ließ der staatliche Reglementierungsdruck sichtlich nach. Innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens blieb die kirchliche Arbeit in diesem Bereich relativ frei. Hier verbesserte sich auch die Zusammenarbeit zwischen den kirchlichen und staatlichen MitarbeiterInnen<sup>55</sup>.

---

1995; 39). Das Verhältnis von einem scheinbar soliden Personalschlüssel (z.B. im Gemeindeschwesternwesen) und arbeiten unter unbefriedigenden Rahmenbedingungen bzw. Mangelsituationen kann hier nur allgemein dargestellt werden. Insbesondere in den strukturell deutlich vernachlässigten Bereichen des DDR-Gesundheitswesens (stationäre Altenpflege, Psychiatrie) kam es für die dort tätigen Mitarbeiter zu demotivierenden Verengungen pflegerischer Betreuungszusammenhänge.

Die gesamte stationäre Altenpflege blieb primär durch die grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen geprägt. Die im Heim lebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen wurden zu Patienten degradiert.

<sup>52</sup> Die Vorbehalte von Schwesternabsolventen gegenüber einer Arbeit in der ambulanten Pflege verschoben sich z. T. bei einer Veränderung der familiären Situation bzw. nach einer mehrjährigen Berufstätigkeit im Krankenhaussektor. Es erfolgte eine ständige Abwanderung von Kranken- und Kinderkrankenschwestern in den ambulanten Bereich. Hauptsächlich können diese Umorientierungen in Verbindung mit flexibleren Arbeitsstrukturen gesehen werden. Die Mehrfachbelastungen zwischen Schichtarbeit und Familie konnten im ambulanten Bereich besser aufgefangen werden (Henning/Kaluza 1995; 3). Dieses Fluktuationsmotiv ist nicht systemimmanent, d.h. kann sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland sichtbar gemacht werden.

<sup>53</sup> Nur etwa 40% der rund 31700 Mitarbeiter in den Feierabend- und Pflegeheimen besaßen eine fachliche Ausbildung (Büker 1992; 252 f). Fachlich ausgebildete Krankenschwestern und Pfleger mussten z.T. umfangreiche hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen (kochen, putzen, waschen, heizen).

<sup>54</sup> Die Ausbildung zur diakonischen Geriatrie-Pflegerin (Pfleger) erfolgte seit 1978 an der Hoffbauer-Stiftung in Potsdam-Hermanswerder. Die Qualifizierung erstreckte sich berufsbegleitend über einen Zeitraum von 2 ¼ Jahren. Bis 1990 schlossen insgesamt 108 TeilnehmerInnen diese Ausbildung erfolgreich ab (Quelle: Interne Statistik der Hoffbauer Stiftung zu Potsdam-Hermanswerder –Seminar). Durch den Beschluss 31/I.3/90 des Ministerrates der DDR vom 17. September 1990 "Über die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten der Evangelischen Kirchen in der DDR und ihrer Diakonie sowie der Katholischen Kirche in der DDR" erfolgte eine staatliche Anerkennung des Abschlusses des Diakonischen Geriatrie-Pfleger. Eine Vergleichbarkeit mit Fachschulabschlüssen an staatlichen Fachschulen wurde explizit bestätigt. In diesem erhielten die vor der Wende ausgebildeten erworbenen Abschlüsse posthum den Status eines/einer staatlich anerkannten Altenpflegers/in (Quelle: Hürdenlauf zum/zur staatlich anerkannten Altenpfleger/in- in Hoffbauer-Stiftung; Seit 20 Jahren Ausbildungsort für soziale Berufe. Der Weg vom Diakonischen Geriatrie-Pfleger zum staatlich anerkannten Altenpfleger/Festschrift 1998). Die 1990 erfolgte Umwandlung der DDR spezifischen Ausbildungsform in die Ausbildung zur Altenpflegerin/Altenpfleger führte zu veränderten Inhalten und Zielen der Ausbildung, ohne dass es deshalb zu einer formalen Entwertung bisher erreichter Qualifikationsprofile kam. Die Akzeptanz des Diakonischen Geriatrie-Pflegers stellt eine verspätete Aufwertung eines ehemals nicht akzeptierten Berufsprofils dar.

<sup>55</sup> Puschmann, H. (1991): Die Bedeutung der Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger für die soziale Arbeit- aus Sicht der freien Träger; in: Dokumentation einer Fachtagung des Deutschen Vereins am 13/14 November 1991 in Dresden. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge; 37-39

Aus den Rückzugstendenzen und weitreichenden Vernachlässigungen im Bereich der staatlich organisierten Alten- und Behindertenhilfe entstand für die konfessionellen Altenhilfeeinrichtungen eine besondere Verantwortung. Das Ringen um eine christliche Hilfeorientierung, im Rahmen eines atheistischen und totalitär ausgerichteten Regimes, wurde zu einer kontinuierlichen Herausforderung. Die Verdeutlichung des kirchlichen Auftrages gegenüber den staatlichen Stellen und der eigenen Mitarbeiterschaft war unter diesen Bedingungen kompliziert (vgl. Willms 1997; 165 f).

Die in diesem Zusammenhang aufgeworfenen Fragestellungen und Diskussionen haben innerhalb des konfessionell getragenen Pflegesektors zu veränderten strukturellen Weichenstellungen beigetragen. In diesem Kontext wurden z.T. auch im begrenzten Umfang eigene Weiterbildungs- und Ausbildungsstrukturen im Altenhilfebereich umgesetzt<sup>56</sup>.

Die Schaffung bzw. Profilierung eines eigenständigen Berufszweiges in der Altenpflege wurde als notwendiger Beitrag angesehen, nicht nur eine pflegende Betreuung abzudecken, sondern darüber hinaus auch die gewachsenen Belange des alten Menschen besser zu begreifen und bei der eigenständigen Gestaltung eines erfüllten Lebensabends bedarfsgerechter wirksam werden zu können<sup>57</sup>.

So bestand beispielsweise im Rahmen der ev. Kirchen die Möglichkeit sich zur –kirchlichen AltenhelferIn- zu qualifizieren. Kirchliche MitarbeiterInnen konnten diese Ausbildung berufsbegleitend absolvieren<sup>58</sup>. Die einjährigen Lehrgänge wurden innerhalb des Diakonischen Werkes nicht einheitlich geregelt, d.h. die Anforderungen wurden von den Landeskirchen bzw. den Einrichtungen vor Ort modifiziert. Daneben bestand auch die Möglichkeit, eine 2 ¼ Jahre über die Hoffbauer-Stiftung zu Potsdam-Hermanswerder -Seminar für Geriatrie-Diakonie zu absolvieren. Die offizielle Berufsbezeichnung war “Diakonische Geriatrie-Pflegerin” (bzw. Geriatrie-Pfleger). Diese Ausbildung war eine diakonische Ausbildung, die staatlich nicht anerkannt wurde<sup>59</sup>. Eine Verbindung zu staatlich legitimierten Abschlüssen wurde partiell dennoch hergestellt. Durch die Einbeziehung des (staatlichen) Lehrprogramm “Facharbeiter Krankenpflege” konnte innerhalb dieser diakonischen Ausbildung auch der staatlich anerkannte Facharbeiterabschluss erworben werden<sup>60</sup>.

---

<sup>56</sup> Die fachliche Aus- und Fortbildung von in der Altenhilfe tätigen MitarbeiterInnen wurde als kirchliche Aufgabe betrachtet. Geschulte und christlich gebundene MitarbeiterInnen sollten durch ihren Einsatz und Dienst ein Zeichen dafür setzen, dass es kein lebensunwertes und hoffnungsloses Leben im Alter gibt (Prüfungs- und Ausbildungsordnung des Seminars für Geriatrie vom 2.03.1987 in (Hoffbauer-Stiftung (Festschrift 1998): Seit 20 Jahren Ausbildungsort für soziale Berufe. Der Weg vom Diakonischen Geriatrie-Pfleger zum staatlich anerkannten Altenpfleger).

<sup>57</sup> Hoffbauer-Stiftung (1998): Hürdenlauf zum/zur staatlich anerkannten Altenpfleger/in-. Seit 20 Jahren Ausbildungsort für soziale Berufe. Der Weg vom Diakonischen Geriatrie-Pfleger zum staatlich anerkannten Altenpfleger (Festschrift)

<sup>58</sup> In diesem Bereich gab es auch einen Schulterchluss mit der katholischen Kirche, d.h. es wurden gemeinsam abgestimmte Ausbildungsgänge bzw. kooperative institutionelle Lösungen entwickelt.

<sup>59</sup> Voraussetzungen für eine berufsbegleitende Kursteilnahme waren in der Regel ein 10-klassiger Oberschulabschluss, praktische Erfahrungen aus mindestens einjähriger pflegerischer Tätigkeit oder eine abgeschlossene mittlere medizinische Ausbildung. Die inhomogene Teilnehmerstruktur spiegelt sich u.a. auch in der unterschiedlichen beruflichen Vorbildung bzw. Schulabschlüssen, Altersstruktur und Geschlechterverteilung wider (interne Statistiken der Hoffbauer-Stiftung). Außerdem wurde neben einem bestehenden Arbeitsrechtsverhältnis mit einer geriatrischen Einrichtung (Wohnheim, Feierabendheim, Pflegeheim, Alterskrankenhaus, einer Kirchengemeinde oder Kreisstelle der Inneren Mission) auch auf die Zugehörigkeit zur evangelischen Kirche orientiert (Hoffbauer-Stiftung (Festschrift 1998): Seit 20 Jahren Ausbildungsort für soziale Berufe. Der Weg vom Diakonischen Geriatrie-Pfleger zum staatlich anerkannten Altenpfleger). Analog zu anderen berufsbegleitenden Ausbildungsgängen im staatlich organisierten Gesundheitswesen wurden rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen über Qualifizierungsverträge abgesteckt (Information zum Qualifizierungsprogramm in Information für die geriatrische Qualifizierung (1978)-unveröffentlichte Papiere, In: Archiv der Hoffbauer-Stiftung zu Potsdam-Hermanswerder).

<sup>60</sup> Die Ausbildung zur diakonischen Geriatrie-Pflegerin (Pfleger) erfolgte seit 1978 an der Hoffbauer-Stiftung. Bis 1990 schlossen dort insgesamt 108 TeilnehmerInnen diese Ausbildung erfolgreich ab (Quelle: Interne Statistik der Hoffbauer Stiftung zu Potsdam-Hermanswerder –Seminar). Die Zahl der Kursteilnehmer schwankte zwischen 7 und 16 Teilnehmer/Innen. Die Auszubildenden kamen aus dem gesamten Gebiet der ehemaligen DDR. Neben medizinpflegerischen Grundlagen und Krankenhauspraktika wurde auch auf Praktika in der Kirchengemeinde und im Pflegeheim orientiert. Unterrichtsfächer waren u.a. Seelsorge, Bibelkunde, Lebenshilfe, Ethik, Diakonie, Geriatrie, Gerontologie, Geragogik (Sozio- und Milieuthherapie, therapeutisches Arbeiten, Bewegungslehre, Musiktherapie), Rechtskunde, Betriebswirtschaft, Verwaltungskunde, Deutsch). Arbeitsaufgaben und potentiellen

Im Bereich der häuslichen Pflege bestand zudem die Möglichkeit, sich zur "Evangelischen Gemeindegeschwester" zu qualifizieren. Diese Ausbildung wurde vom Diakonischen Qualifizierungszentrum des Diakonischen Werkes -Innere Mission und Hilfswerk- der Evangelischen Kirchen in der DDR durchgeführt.

Insgesamt bleiben die im kirchlichen Raum sichtbaren Verberuflichungsbemühungen in der Altenhilfe/Altenpflege nischenförmig, d.h. nur am Rande sichtbar<sup>61</sup>.

### 7.3.2 Ausbildung und Fachspezialisierung zur staatlichen Gemeindegeschwester

Der primär staatlich organisierte ambulante Pflegesektor wurde im Wesentlichen durch die Arbeit der Gemeindegeschwestern getragen.

In der Mehrzahl verfügten die dort tätigen Gemeindegeschwestern über einen medizinischen Fachschulabschluss und mehrjährige berufliche Vorerfahrungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Für die Fachausbildung zur staatlichen Gemeindegeschwester war ein Fachschulabschluss bzw. eine Fachschul Anerkennung und Staatliche Anerkennung als Krankenschwester Bedingung. Darüber hinaus wurde eine zweijährige Berufstätigkeit vorausgesetzt, wovon mindestens 1 Jahr Praxiserfahrung auf einer Gemeindegeschwesternstation dabei sein musste (Richter 1981; 31).

Komplementär dazu wurden politische Zuverlässigkeit und öffentlich sichtbares gesellschaftliches Engagement erwartet. Die Teilnehmer wurden von Gesundheitseinrichtungen delegiert und über einen Qualifizierungsvertrag rechtlich abgesichert (ebenda; 31).

Der berufsbegleitende Gemeindegeschwesternlehrgang erfolgte an Bezirksakademien des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Fachschulausbildung umfasste 320 Stunden theoretischen Unterricht, 165 Stunden Selbststudium sowie eine praktische Ausbildung im Arbeitsprozess unter Anleitung eines Mentors (Richter 1981; 31)<sup>62</sup>. Darüber hinaus waren Hospitationen und Exkursionen vorgesehen.

---

Einsatzmöglichkeiten des Diakonische Geriatrie-Pfleger erscheinen. Während im konfessionell organisierten Betreuungs- und Pflegebereich ein ausbildungsadäquater Tätigkeitseinsatz in der Kirchengemeinde und im Pflegeheim möglich scheint, bleiben die Einsatzmöglichkeiten im Krankenhaus bzw. im staatlichen Gesundheitssystem eingeschränkt. In diesem Kontext bleibt die begrenzte Anerkennung zum Facharbeiter für Krankenpflege maßgeblich. Eine solche Zuordnung führt dazu, "nach Anordnung der Krankenschwester und des Arztes zu arbeiten". Zentrale Arbeitsaufgaben liegen im Bereich der Grundpflege sowie Reinigungsarbeiten in Umgebung des Patienten und der sanitären Einrichtungen (Prüfungs- und Ausbildungsverordnung des Seminars für Geriatrie vom 2.3.1987/ Archiv der Hoffbauer-Stiftung zu Potsdam-Hermanswerder).

<sup>61</sup> Eine differenzierte empirische Aufarbeitung und Würdigung dieser öffentlich verdeckt gebliebenen Ausbildungsgänge steht noch aus, kann aber im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter verfolgt werden. Für die hier vorliegende Untersuchung interessant bleibt, dass die sozialpflegerischen Defizite und staatlichen Rückzugsbewegungen bei der Betreuung alter Menschen, innerhalb des konfessionell organisierten Pflegesektors zu eigenständigen Ausbildungsbemühungen beigetragen haben. Trotz der im Umfang bedeutungslos gebliebenen Zahl beruflicher Abschlüsse, bleiben sie qualitativ betrachtet relevant. Sie können zudem als eigenständige, tastende und suchende Frühform der Verberuflichung innerhalb der staatlich dominierten DDR-Altenpflegelandschaft identifiziert werden. Ob aus solchen und ähnlich gelagerten Ausbildungsgängen eine spezifische Altenpflegerinnenausbildung für die ehemalige DDR entwickelbar gewesen wäre, bleibt vor dem Hintergrund eines nach der Wende rasch vollzogenen Eins- zu Eins Sozialtransfers spekulativ. Der interessierte Blick auf westliche Entwicklungen und spezifische Ausbildungsinhalte war im konfessionellen Bereich durchaus etabliert, d.h. färbte auch die angebotenen Unterrichtsinhalte. Vorhandene Strukturen und Kontexte in spezifischen darauf abgestimmten Ausbildungskonzepten zu berücksichtigen, scheint unter dem Gesichtspunkt identitätsstiftender Zuordnungen sinnvoll. Angesichts der grundlegenden Defizite und Mängel des DDR-Altenhilfesystems und einer nur schwach entwickelten Verberuflichungstradition bleibt das Plädoyer für eine kontextbezogene und eigenständige Ausbildungskonzeption auf dem Gebiet der ehemaligen DDR wenig begründet bzw. unausgefüllt (dazu u.a. Büker 1992; 254 f). Substantielle Anknüpfungen und Fortschreibungen sind z.T. möglich, stellen aber letztendlich kaum eine tragfähige Alternative zu den stärker ausdifferenzierten Ausbildungsüberlegungen in den alten Bundesländern dar.

<sup>62</sup> Da Gemeindegeschwestern u.a. auch in der Schwangerschafts- und Mütterberatung eingesetzt wurden, mussten sie dafür entsprechende Kenntnisse und praktische Fähigkeiten besitzen. Zur praktischen Ausbildung gehörte u.a. auch ein Einsatz im Kreißsaal. In Anbetracht des komplexen Aufgabenfeldes wurde die praktische Fortbildung von vielen Gemeindegeschwestern als ausbaufähig eingeschätzt (Ohnmacht, B. (1990): -Zur Arbeit einer Gemeindegeschwester-(Erfahrungsbericht), In: Heilberufe 42 - (1990), Beilage Heft 1; XI).

Schwerpunkte der theoretischen Ausbildung lagen auf den Gebieten Marxismus-Leninismus, Gesundheits- und Sozialpolitik, Recht, Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Ökonomie, Informationsverarbeitung, Gesundheitserziehung, Hygiene, Pathologie, Ernährungslehre, Pharmakologie, Geburtshilfe, Wochen- und Säuglingspflege, Medizintechnik (ebenda; 26 f).

Innerhalb dieses Fächerkanons hatten Ausbildungsinhalte im Bereich Pädagogik, Psychologie, Soziologie nur einen geringen Stellenwert. In der fachspezifischen Ausbildung zur Gemeindegeschwister wurden einige grundsätzliche entwicklungs- und verhaltenspsychologische Grundsätze vermittelt. Soziokulturelle Bedingungen wurden in diesem Kontext eher peripher aufgegriffen, da diese offiziell als weitgehend optimal eingestuft wurden (ebenda; 174).

Für die in der häuslichen Pflege Tätigen waren Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Pflicht. Sie erfolgten zumeist in den Bezirks- und Betriebsakademien des Gesundheits- und Sozialwesens. Verantwortlich für die Fortbildung war die Leitung des medizinischen Versorgungsbereiches u.a. nächstgelegenen Einrichtungen<sup>63</sup>. Da in der sozialpsychologischen Betreuung von älteren Menschen Probleme auftraten, von denen eine Vielzahl von Pflegekräften deutlich überfordert schien (z.B. Umgang mit verwirrten alten Menschen, Umgang mit Angehörigen, Sterben und Tod), erfolgten vereinzelt auch in diesem Bereich Fortbildungsangebote (vgl. Bükler 1992; 254)<sup>64</sup>. Darüber hinaus dienten solche Veranstaltungen auch dem Erfahrungsaustausch der Gemeindegeschwister untereinander. In diesem Kontext sollte zumindest episodisch ein kollektiver Verbund hergestellt werden (vgl. C. Richter 1981; 32).

## 7.4 Ausbildungs- und Berufsentwicklung in Westdeutschland

Kritische Beschäftigungsentwicklungen und die Unattraktivität des Altenpflegebereiches für Krankenschwestern Anfang der sechziger Jahre haben wesentlich zur Forderung nach einem eigenständigen Beruf beigetragen (Entzian 1999; 31 ff). Die stetige Zunahme des auf Hilfe und Pflege angewiesenen Personenkreises korrespondiert mit einem sich wandelnden Berufsverständnis in der Krankenpflege. Komplementär dazu trägt die Entwicklung von gerontologisch orientierten Zielvorstellungen zu einem spezifischen beruflichen Anforderungsprofil bei (Entzian 1999; 42).

Altenpflege wird vor diesem Hintergrund appellativ aufgewertet. In einer 1965 im Fachausschuss III –Altenhilfe– des Deutschen Vereins entworfenen Berufsbildskizze Altenpflege heißt es dazu: „Es muss für die Bedürfnisse der Zukunft geplant werden, denn wir wissen, dass die Zahl der alten Menschen ständig zunimmt. Angesichts des mit der Entwicklung der modernen Altenhilfe auf geriatrischen, psychologischen und soziologischen Gebiet ebenfalls ständig wachsenden Wissensstoffes, den eine voll ausgebildete Altenpflegerin beherrschen muss, kann man da kaum von einem „Schmalspurberuf sprechen“ (zitiert nach Entzian 1999; 7).

Insbesondere der Arbeitsplatz Heim blieb analog zur Situation in Ostdeutschland für die Krankenpflege wenig anziehend.

---

<sup>63</sup> Vorrangig wurden dabei medizinisch-pflegerisch ausgerichtete Themenkomplexe angeboten (z.B. Hygienestandards, Dekubitusprophylaxe/Dekubitusbehandlung, Katheterisierung der Harnblase u.a.).

<sup>64</sup> In einer von Ohnmacht durchgeführten Fragebogenaktion, die sich an Mitarbeiter/Innen in Altenpflegereinrichtungen mit dem Grundberuf Krankenschwester/-pfleger wandte, beteiligten sich 26 Krankenschwestern zwischen 20-60 Jahren. Die Befragten sind überzeugt, dass ihre berufliche Qualifikation eine ausreichende Grundlage für ihre berufliche Tätigkeit in der Altenpflege bietet. Tendenziell werden pflegerische Defizite eher außerhalb der eigenen Tätigkeit gesucht (Personal- und Zeitmangel) gesucht. Der Mangel an psychologischen Kenntnissen für die Arbeit in der Altenpflege wird nicht explizit genannt, obwohl die psychische Betreuung der alten Menschen, nach der pflegerischen Grundbetreuung als wichtigster Schwerpunkt in der Berufsausübung genannt wurde (Ohnmacht, B. (1990): -Zur Arbeit einer Gemeindegeschwister-(Erfahrungsbericht); In: Heilberufe 42 -Jg. 90/ Beilage Heft 1; XI). Die Mehrzahl der Befragten absolvierte in einer Zeit ihre Berufsausbildung zur Krankenschwester, als Psychologie an den Fachschulen noch nicht gelehrt wurde.

Die Spannung zwischen scheinbar sicherem medizinisch-pflegerischem Wissen und fehlendem psychologisch-soziologischem Wissen wird angedeutet. Vor diesem Hintergrund kann sich Altenpflege als ganzheitliche Lebenspflege nur schwer etablieren. Psychische Betreuung und aktivierende Pflegemaßnahmen spielen nach Popp im Berufsalltag eine eher untergeordnete Rolle (Popp, I. (1995): Vieles erinnert noch an den Krankenhausalltag, In: Altenpflege 95/3; 14 ff).

Die Verberuflichung von Altenpflege erfolgte in Westdeutschland sehr zögerlich. Das fachliche Niveau blieb in Relation zur Krankenpflege insgesamt niedriger. In den 50er Jahren wurden Stationshilfen berufsbegleitend geschult bzw. umgeschult. Erst seit 1958 werden von den großen Altenpflegeeinrichtungen ein Jahr andauernde Lehrgänge in der Altenpflege angeboten. Die Orientierung an der medizinisch ausgerichteten Krankenpflege bleibt erhalten, d.h. auch die Leitung der stationären (Altenpflege-)Einrichtungen lag in der Verantwortung einer leitenden Krankenschwester, während die Absolventen diese bei der Pflege und Betreuung alter Menschen unterstützen sollen (Entzian 1999; 32 ff).

Eine berufliche Ausdifferenzierung in Krankenpflege und Altenpflege ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollzogen.

Im Gefolge eines sich veränderten gesellschaftlichen Altersbildes wird der Sinnhaftigkeit und dem humanitären Gehalt von Betreuungs- und Unterbringungsformen mehr Raum gewidmet. In diesem Zusammenhang wird auch auf ein Qualifikationsniveau von beruflich Pflegenden orientiert, das erweiterten Zielvorstellungen in der Altenhilfe Rechnung trägt (Entzian 1999; 40)<sup>65</sup>.

Entlang dieser Ausrichtung wird der sozialpflegerische Gehalt des Altenpflegeberufes deutlicher herausgestellt und mit Elementen des Gesundheitsdienstes bzw. der Sozialarbeit verbunden (ebenda; 43).

## **7.5 Standortbestimmung zur Ausbildungs- und Berufsentwicklung in Gesamtdeutschland**

Eine berufliche Ausdifferenzierung in Krankenpflege und Altenpflege ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollzogen<sup>66</sup>.

Im Gefolge eines sich veränderten gesellschaftlichen Altersbildes wird der Sinnhaftigkeit und dem humanitären Gehalt von Betreuungs- und Unterbringungsformen mehr Raum gewidmet. In diesem Zusammenhang wird auch auf ein Qualifikationsniveau von beruflich Pflegenden orientiert, das erweiterten Zielvorstellungen in der Altenhilfe Rechnung trägt (Entzian 1999; 40).

Entlang dieser Ausrichtung wird der sozialpflegerische Gehalt des Altenpflegeberufes deutlicher herausgestellt und mit Elementen des Gesundheitsdienstes bzw. der Sozialarbeit verbunden (ebenda; 43).

### **7.5.1 Entwicklung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen**

Ein bundeseinheitliches Altenpflegegesetz bzw. Ausbildungssystem gab es in der Vergangenheit nicht. Insgesamt bestanden 17 verschiedene Bestimmungen über Ausbildungsinhalte und -zeiten<sup>67</sup>.

---

<sup>65</sup> Ausgeweitete Zielvorstellungen bewegen sich auf dem Boden eines altersspezifisch aufgefächerten Bedürfnisverständnisses. Im Zusammenhang mit der Einführung des BSHG vom 30.06.1961 wurden erstmals gesetzlich formulierte Bedürfnisse, Wünsche aufgeführt (Entzian 1999; 43).

<sup>66</sup> In der fachwissenschaftlichen Diskussion wird kontrovers darüber diskutiert, ob die Pflegeausbildung überhaupt spezifisch an den Lebensphasen der Menschen auszurichten ist. Die Komplexität und die Unterschiedlichkeit der Anforderungen an die Kompetenzen in der Pflege wird u.a. aus dem Ausmaß bzw. der Art der Pflegebedürftigkeit und nicht primär aus dem Lebensalter der Pflegebedürftigen heraus abgeleitet (Bartholomeyczik 2001). In diesem Kontext wird alternativ zur spezifischen Aufgliederung in Kinder-, Kranken- und Altenpflege auch auf eine generalistische Ausbildung orientiert. Die Vielzahl der inhaltlichen Anforderungs- und Tätigkeitsüberschneidungen in der Alten- und Krankenpflege werden als maßgebliches Argument für eine gemeinsame Ausbildung aufgeführt. Verbände der Kinderkrankenpflege wehren sich jedoch eher gegen eine Integration in das generalistische Ausbildungssystem (ebenda).

<sup>67</sup> In der Bundesrepublik bestehen etwa 800 Ausbildungsstätten mit etwa 5000 bis 6000 Ausbildungsplätzen (Dietrich, H. (2000); Reform der Altenpflegeausbildung: „Noch viele Wünsche offen“; In: KDA-Pro-Alter-Jg. 33/1; 50).

Trotz inhaltlicher Ausdifferenzierung und Zielvorstellungen des beruflichen Profils in der Altenpflege verlief die Ausbildung in den Bundesländern unterschiedlich und wurde erst im Kontext einer 1984 erfolgten Rahmenvereinbarung bundesweit anerkannt (Entzian 1999; 43). Die Diskussion um eine bundeseinheitliche Ausbildung blieb ein Kernpunkt in der Entwicklung des Altenpflegeberufes.

Die Ausbildungsregelungen waren bis zum Inkrafttreten des bundeseinheitlich geregelten Altenpflegegesetzes am 01.08.2003 in der Bundesrepublik sehr unterschiedlich.

Vor dem Hintergrund dieser z. T. deutlich voneinander abweichenden Ausbildungsregelungen für Altenpfleger/Innen bestand insbesondere von Seiten der Rot-Grünen Koalitionsregierung ein Bemühen, diese Ausbildung bundeseinheitlich zu reformieren (ebenda).

Über die einheitliche Gestaltung der Altenpflegeausbildung herrschte von Seiten der Länder, Verbände, Kosten- und Ausbildungsträger weitgehend Konsens. Strittig blieben in erster Linie Finanzierungsfragen und die Verkürzung der Ausbildungszeit von drei auf zwei Jahre, für bereits in einem anderen Beruf ausgebildete Umschüler.

In den unterschiedlichen Ausbildungsverordnungen dominieren anspruchsvolle Präambeln und Ansprüche. Die stellvertretend für die Gemeinschaft ausgeführte Betreuungsleistung wird als ein gesellschaftlicher Auftrag verstanden. Diese normativen Erwartungen sollen den Pflegefachkräften ein handlungsleitendes Bewusstsein ihrer, für die Gesellschaft wichtigen (advokatorischen) Leistung, vermitteln. Darüber hinaus wird in den Ausbildungszielen mit einem erweiterten Pflegekonzept operiert<sup>68</sup>.

Dabei bezieht sich das Betreuungsverständnis nicht nur auf die direkte Interaktion von professioneller Pflegekraft und Pflegebedürftigen. Pflege soll auch auf die Familie des Pflegebedürftigen ausgeweitet werden. Über die Ausweitung des Betreuungs- und Pflegeverständnisses entsteht eine Verbindung zu benachbarten sozialen Berufen. Umstiegsmöglichkeiten zu anderen Zielgruppen und Berufsfeldern scheinen theoretisch möglich. In diesem Sinne wird der "Sackgassenberuf" Altenpfleger, der primär auf medizinisch-pflegerisches Wissen ausgerichtet war und auf die Zielgruppe von pflegebedürftigen Alten bezogen blieb, tendenziell attraktiver<sup>69</sup>.

Der Ausbildung selbst wird eine wesentliche sozialisatorische Komponente zugewiesen, die für den nachfolgenden Wissenserwerb prägend sein kann (vgl. Entzian 1999; 228).

Professionell Pflegende sollen ihr Pflegeverständnis durch theoretische und praktische Grundausbildung sowie durch (kontinuierliche) Aus- und Weiterbildungen gewinnen. Die tätigkeitsbezogene Orientierung auf unterschiedliche, nicht nur medizinisch ausgerichtete

---

<sup>68</sup> In allen Bereichen der Altenhilfe sollen Altenpfleger/Innen kompetent und eigenverantwortlich Betreuen, Beraten und Pflegen können. Die beispielsweise in der APO-FA Sachsen-Anhalt/GVBL.LSA (1993) im § 2; 6 formulierten Ziele und Inhalte der Ausbildung orientierten gleichermaßen auf die Aneignung von sozialpflegerischen und grundpflegerischen Kompetenzen. In diese Richtung orientierte sich auch ein von der SPD-Fraktion eingebrachter Entwurf zur Ausbildung in der Altenpflege (§§ 3; 9). Eine aktivierende und rehabilitative Pflege wird angestrebt. Darüber hinaus sollen professionelle Altenpfleger/Innen ehrenamtliche Helfer anleiten sowie die Fähigkeit entwickeln, gemeinschaftsbildende Veranstaltungen zu gestalten bzw. durchzuführen. Ergänzend dazu werden im §7 APO-FA/SA-A. geragogische Zielsetzungen verfolgt, die auf ein biographisch orientiertes Pflegekonzept verweisen.

Solche Ausrichtungen sind in eine Diskussion um konzeptionelle Vernachlässigungen eingebettet.

Pädagogische Prozesse spiegeln sich nun auch stärker in den Ausbildungskonzepten wider. Das Reflektieren, Wahrnehmen und Deuten von Pflegesituationen ist bisher in der Ausbildung eher vernachlässigt worden. Das Fach Geragogik blieb ein "Stiefkind" im Ausbildungsplan. Pflege wurde als pädagogischer Prozess nur am Rande thematisiert. Analog zum Fach Geragogik bleibt auch das Fach Ethik ein randständiges Fachgebiet in der Ausbildung von Pflegekräften. Ethische Wissensbestände sind in der Ausbildung zur Kranken- bzw. Altenpflegerin in den Themenkomplex "Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde" eingebunden. Es lag im Ermessensspielraum der Schule, Ethikunterricht anzubieten oder nicht. Der geringe Stellenwert dieses Faches spiegelt sich auch in den zumeist nicht eigens dafür qualifizierten Unterrichtsschwestern wider, die das Fach eher "nebenbei" unterrichten. Der Unterricht wird häufig als unbefriedigend, wenig hilfreich und im Vergleich zu naturwissenschaftlichen und medizinischen Fächern als deutlich "unwichtiger" eingeschätzt. (Dietrich, H. (2000); Reform der Altenpflegeausbildung: „Noch viele Wünsche offen“; In: KDA-Pro Alter-Jg.33/1; 12 ff).

<sup>69</sup> Die Diskussion um die Gleichstellung der Altenpflegeausbildung gegenüber der Krankenpflegeausbildung zeigt, dass von einem Niveauunterschied ausgegangen wird, der perspektivisch beseitigt werden soll. Das bundeseinheitlich geregelte Altenpflegegesetz wertet aber die Altenpflegeausbildung gegenüber der Krankenpflegeausbildung nicht explizit auf.

Handlungskompetenzen, soll sowohl für das Personal als auch für die Pflegebedürftigen eine attraktivere und bedarfsgerechtere Pflege sicherstellen helfen.

In einem vorausgehenden Gesetzesentwurf der Bundesländer, "Gesetz über die Berufe der Altenpflege"<sup>70</sup>, wurde bereits auf die Aufhebung der Zweiteilung von medizinisch-pflegerischen und sozialpflegerischen Kompetenzen und Aufgaben orientiert<sup>71</sup>. Insbesondere die Akzentuierung auf eine situations- und arbeitsfeldbezogene Variabilität von Handlungskompetenzen kann dabei als spezifisches Merkmal eines erweiterten Berufsverständnisses verstanden werden. Unterschiedliche Handlungskompetenzen sollen gebündelt und über entsprechend darauf abgestimmte Ausbildungsinhalte vermittelt werden<sup>72</sup>.

Der Fachschulstatus von Altenpflegesschulen erfordert ein entsprechendes Qualifikationsniveau der Dozentenschaft bzw. Schulleitungen. Der angestrebte Fahrstuhleffekt in den Ausbildungsanforderungen soll auch an den Ausbildern nicht vorbeigehen (ebenda; 51). Um diesen Anspruch umzusetzen, wird auf ein entsprechendes Hochschulstudium orientiert, mit dem in der Regel ein wissenschaftlicher Arbeits- und Lehrstil erworben wird, der den modernen Ausbildungsanforderungen in der Pflege entgegenkommt.

Im Rahmen dieses beruflichen Aufwertungsprozesses leuchtet eine pauschale Verkürzung der Ausbildungsdauer für alle, die bereits einen beruflichen Abschluss haben, nur bedingt ein. Die Ausbildungsverkürzung scheint nur dann gerechtfertigt, wenn bereits eine anschlussfähige Pflegeausbildung absolviert worden ist. Die Differenzierung in einen pflegeverwandten, anschlussfähigen und einen pflegeunspezifischen Beruf ist bezogen auf den Charakter des Altenpflegeberufes bedeutsamer als die formale Orientierung an einen bereits bestehenden beruflichen Abschluss.

Die Ausbildungsverantwortung liegt in den Händen der Ausbildungsstätten. Inwieweit die praktischen Teile mit theoretischen Ausbildungsinhalten verzahnt und institutionell verlässlich umgesetzt werden können, bleibt gesetzlich unzureichend abgesichert (Entzian 1999; 51). Tendenziell ist die Altenpflegeausbildung auf eine stärkere Kooperation zwischen Altenpflegeschule und Praxiseinrichtung ausgerichtet. Der Stellenwert der praktischen Ausbildung wird deutlich aufgewertet. In diesem Sinne wird u.a. auf eine pädagogisch qualifizierte Praxisanleitung der Auszubildenden orientiert. Die Fähigkeit zur Praxisanleitung muss durch eine berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung nachgewiesen werden (vgl. §2 AltPflAPrV).

Die Entwicklungen in der ambulanten und stationären Altenpflege erfordern Kompetenzen und Fähigkeiten, die im Rahmen der beruflichen Ausbildung bisher wenig vermittelt und eingeübt wurden.

Primär orientiert sich Pflege an der pflegebedürftige Person bzw. die Pflegedyade Patient-Pflegekraft (Entzian 1999; 52). Der Umgang mit psychisch kranken Menschen, pflegenden Angehörigen oder der Anleitung und Beaufsichtigung von Non-Professionals bzw. im professionellen Verständnis fachlich nur zum Teil ausgebildeten Pflegekräften soll zukünftig im Rahmen der Pflegeausbildung deutlicher vermittelt werden.

Insbesondere das Nebeneinander von professionell ausgebildeten und professionell nicht oder nur schmalspurig ausgebildeten Pflegekräften wird als alltägliche Arbeitssituation vor allem in der stationären Pflege im Rahmen der Ausbildung wenig bearbeitet. Erkenntnisse der sich langsam auch in Deutschland entwickelnden pflegewissenschaftlichen Forschung spiegeln sich noch unzureichend in den Ausbildungskonzepten wider.

---

<sup>70</sup> vgl. Dietrich, H. (2000); Reform der Altenpflegeausbildung; Noch viele Wünsche offen, In: KDA-Pro Alter- Jg.33/1; 14

<sup>71</sup> Diese Aufhebung verwischt die Wichtung und Stellung von sozialpflegerischen und medizinpflegerischen Ausbildungskonzepten. Welchen Charakter die Ausbildung haben soll, bleibt somit eher offen, d.h. eine Richtungsbestimmung lässt sich in der bundeseinheitlich geregelten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nicht deutlich herausfiltern.

<sup>72</sup> Schlüsselqualifikationen könnten in diesem Sinne zu Kernelementen der Altenpflegeausbildung werden. Auf den Ebenen Selbst-, Sozial-, Methoden-, Fachkompetenz kann eine Strukturfolie entstehen, welche die Funktion von tragenden Säulen in der Altenpflegeausbildung einnehmen.

Die u.a. vom KDA formulierte Kritik am Gesetz offenbart die z.T. fehlende expertokratische Bestimmung eines möglichen Ausbildungs- und Berufsprofils in der Altenpflege. In diesem Sinne kann möglicherweise der Gesetzgeber nicht etwas ausgleichen, worüber es im Diskurs von professionell Pflegenden bzw. Pflegeexperten noch erheblichen Diskussionsbedarf gibt<sup>73</sup>.

## 7.5.2 Ausbildungsausrichtungen in der Altenpflege

Der für die Umsetzung des Altenpflegegesetzes entworfene curriculare Leitfaden operiert mit einem veränderten professionellen Rollenverständnis, über das der Anschluss zu etablierten Professionen sichergestellt werden soll<sup>74</sup>. Im Rahmen der bundeseinheitlich geregelten Altenpflegeausbildung unterliegt die Gestaltung von Lern –und Lehrprozessen Neuausrichtungen.

Handlungs- –und problemorientierte Unterrichtsverfahren sollen zur Anwendung gelangen. Anwendungsrelevantes Handlungswissen kann nur über einen handlungsorientierten Unterricht vermittelt und erworben werden. Ein verstärkter Praxisbezug soll dazu führen, dass theoretisch vermittelte Kenntnisse auch praktisch angeeignet werden.

Das Reflektieren der Pflegepraxis bzw. das reflektierende Erfahrungslernen in Verbindung mit theoretisch fundiertem Wissen wird mit dem Pflegeprozessmodell verzahnt (Olbrich 1999; 161)<sup>75</sup>.

Integriertes Lernen zielt zudem auf die Integration von individuellen und sozialen Lernen.

Die Selbsttätigkeit der Lernenden soll in der Ausbildung gefördert werden. Analog zur Arbeitsmethodik der Pflegeprozesssteuerung wird auch das berufliche Handeln in einzelne Lernschritte untergliedert<sup>76</sup>.

Grundsätzlich sollen Spielräume bestehen, die Lernmöglichkeiten eröffnen und flexible Denkleistungen befördern<sup>77</sup>. Erworbene Fähigkeiten und Kompetenzen können kontextspezifisch zur Anwendung gelangen. Das anwendungsbezogene, situative Transferieren von erlernten Wissensbeständen wird zu einer komplexen Herausforderung, die nur im Zusammenhang mit unterschiedlichen Instruktions- und Lernmethoden erworben werden kann (Olbrich 1999; 89). Die Einübung von theoretischen Kenntnissen in realitätsnahe Unterrichtssituationen wird gewissermaßen zum Unterrichtskonzept (ebenda; 14). Alltagsnahe Anknüpfungen können im Rahmen der Projektmethode bzw. des problemlösenden Unterrichtes umgesetzt werden.

Analog dazu wandelt sich auch die Rolle der Lehrkräfte. Durch die Aufwertung von Kleingruppenarbeit werden Leitungs-, Moderations- –und Koordinationsaufgaben bedeutsamer.

Ein hohes Engagement der Lehrkräfte wird vorausgesetzt. Das Hinausblicken über die eigene Fachsystematik verlangt eine ausgeprägte Kommunikations- und Kooperationsgemeinschaft.

Ergänzend dazu wird auf einen fächerintegrativen Unterricht orientiert. Additive Vermittlungskonzepte unterliegen einer stärkeren Kritik, da der Unterricht in viele einzelne, wenig aufeinander bezogene Einheiten zerfällt. Komplexe Situationen können in einem solchen Rahmen

---

<sup>73</sup> In einer Stellungnahme des KDA wird darauf verwiesen, dass die Verbesserung und Vereinheitlichung der Ausbildung zum Altenpfleger über ein Gesetz auch entsprechender Sicherungs- und Durchsetzungsmittel bedarf (ebenda; 52). Die Qualität der Pflegeausbildung lässt sich nicht von den faktischen Bedingungen des pflegerischen Alltags entkoppeln.

<sup>74</sup> dazu u.a. Sowinski, C./ Behr, R. (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Ein Leitfaden für den Unterricht nach dem neuen Recht (Hrsg. KDA). Köln

<sup>75</sup> Der Zusammenhang zwischen Pflegeprozessmodell und hermeneutischen Zirkel wird im Ausbildungskonzept des KDA deutlich. Methodisches Lernen steht im Kontext eines hermeneutischen Fallverstehens. Die Herstellung neuer Erfahrungen im Wissen ist eng mit Offenheit und Empfänglichkeit verbunden. Im Sinne des hermeneutischen Zirkels heißt das, immer wieder von vorn zu beginnen bzw. von Neuen anzufangen (Hörster, R (1995): Bildung, In: H.-H. Krüger/W. Helsper (Hrsg.): Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. Opladen)

<sup>76</sup> Orientieren, Informieren, Planen und Entscheiden, Durchführen, Kontrollieren, Auswerten bzw. Bewerten sind Schritte, die sowohl im Kontext von handlungsorientierten Lernprozessen- als auch im Pflegeprozess selbst zur Anwendung kommen sollen (Olbrich 1999; 13).

<sup>77</sup> Sowinski, C./ Behr, R. (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Ein Leitfaden für den Unterricht nach dem neuen Recht (Hrsg. KDA); 22 f

nur mühsam aufgearbeitet werden. Fall- und situationsbezogenes Lernen bietet die Chance einer fachübergreifenden Herangehensweise<sup>78</sup>.

Über eine bestimmte Epoche können verschiedene Dozenten spezifische Situationen mit den Auszubildenden gemeinsam bearbeiten. Integrierte Unterrichtseinheiten zu spezifischen Themenbereichen operieren gewissermaßen als Soll-Vorstellungen und werden im Rahmen von Modellschulprojekten ausprobiert<sup>79</sup>.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aufgeführte Themenbereiche haben Lernfeldcharakter. Diese sind durch berufsbezogene Zielformulierung, Inhalte, Zeitrichtwerte und beschriebene thematische Einheiten charakterisiert.

Im Kontext von Altenpflege sind sie an beruflichen Aufgabenstellungen und spezifischen Handlungsabläufen orientiert. Entlang von Rahmenlehrplänen werden sie nach „lernhaltigen“ beruflichen Handlungen strukturiert. Typische Lernsituationen finden sich exemplarisch in curricularen Bausteinen wieder<sup>80</sup>. Inwieweit die nach beruflichen Handlungen strukturierten Lernfelder die traditionell gewachsenen Fächergliederung auflösen, kann vorerst nicht eingeschätzt werden.

## 8. Standortbestimmung der Pflegewissenschaft

Pflege als eigenständiges pflegerisches Handlungssystem, mit einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin, steht institutionell betrachtet im Schatten von kirchlichen und ärztlichen Handlungssystemen (Fawcett 1998; 63 ff).

Pflege bleibt als moderne Erfahrungswissenschaft sowohl in seinen impliziten Grundannahmen als auch von seinem Rationalitätsverständnis an vorgängige kulturelle Traditionen gebunden. Deren Präsenz wird in der Pflege im besonderen Maße sichtbar (ebenda).

Der traditionelle Bezugsrahmen von Pflege, auf dessen Basis sich theoretische, den Handlungsbereich absteckende Vorannahmen konstituieren, wird über weitgehend tradierte normative und verantwortungsethische Perspektiven bestimmt. Die an diese Handlungstheorien anknüpfenden Einstellungen und Deutungsansprüche spiegeln sich in einem soziokulturell unterschiedlich akzentuierten kulturellen Vorverständnis wider.

Parallel dazu zeigt sich die mühsame Verwissenschaftlichung von Pflege auch in der Professionalisierungsdiskussion. Neben externen Anlässen für eine zunehmende Verberuflichung in der Pflege (Weltkriege, demografische Situation u.a.) hat diese Entwicklung auch mit einer internen Dynamik zu tun, die mit einer umstrittenen Erweiterung beruflicher Handlungsspielräume sowie einer verstärkten institutionellen Rationalisierung verwoben ist (vgl. Remmers 1998; 132).

Von einem beginnenden, sich international etablierenden pflegetheoretischen Diskurs, kann erst in den fünfziger Jahren dieses Jahrhunderts ausgegangen werden.

In der wissenschaftlichen Systematisierung von Pflege nimmt Amerika eine Vorreiterrolle ein (vgl. Remmers 1998; 132)<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> Erzählte Pflegegeschichten-, Falldarstellungen bzw. konkrete Pflegesituationen fördern die narrative Kompetenz von Auszubildenden. In diesem Zusammenhang geht es also auch um eine systematisch entwickelte Sprache in der Pflege (Sowinski, C./Behr, R. (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Köln; 9-25).

<sup>79</sup> So wird beispielsweise am Schulzentrum für Krankenpflegeberufe in Nürnberg die Entwicklung –integrierter Unterrichtseinheiten– über die Robert-Bosch-Stiftung gefördert.

<sup>80</sup> Der theoretische und praktische Unterricht gliedert sich in vier Bereiche in denen insgesamt 14 Lernfelder integriert sind (Sowinski, C./Behr, R. (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel; 26-34).

<sup>81</sup> Die aus diesem kulturellen Horizont abgeleiteten Theorieströme zeigen eine spezifische Tönung. Der von u. a. von H. Remmers (1993) beschriebene amerikanische Wissenschaftsgeist zeigt aus seiner Sicht eine stark funktionalistische, d.h. auf Objektivitäts- und Tatsachenforschung ausgerichtete Orientierung, die sich von der intellektuellen Kultur europäischen Geistes im klassischen Sinne unterscheidet. Eine solche Kultur verbindet sich idealtypisch mit politikfernen, aber geistig freie Institutionen, aus der heraus sich der Geist einer Aufklärung als Kritik entfalten konnte (Remmers 1998; 134). Im Deutungssinn dieser Interpretation konnte sich im Land der „angewandten Aufklärung“ (Dahrendorf 1963) eine europäische Aufklärung in selbstreflexiver, kritischer Gestalt kaum

Angloamerikanische Pflegemodelle erweisen sich als Bereicherung für die Pflegediskussion und stimulieren eine zaghafte Loslösung aus der definitorischen Vormachtstellung der Medizin. Die Entwicklung moderner Pflegetheorien, welche veränderte Orientierungen in der Pflege wissenschaftlich zu begründen suchten, wurde in Westdeutschland lange Zeit kaum wahrgenommen<sup>82</sup>.

Diese Wahrnehmungslücke scheint weitgehend geschlossen, d.h. die Rezeption und Weiterentwicklung pflegetheoretischer Erkenntnisse ist auch im deutschsprachigen akademischen Wissenschaftsbetrieb vorangeschritten.

## 8.1 Zum Theorie- Praxis Verhältnis in der Pflege

Die Entwicklung eines spezifischen pflegerischen Wissens, das systematisiert und stärker geordnet werden soll, zielt auf eine originäre Wissensakzentuierung, in Ergänzung zu bisher dominierenden medizinischen Wissensbeständen. Von einem in Bezug zur Medizin unterscheidbaren pflegerischen Wissen wird ausgegangen. Das selektive Beschreiben und Verstehen von Pflege kann dazu beitragen, ein eigenes Theoriegebäude mit eigener Fachsprache und wissenschaftlich begründbarer Pflegepraxis fundiert zu entwickeln.

Eine wissenschaftlich begründete Pflege soll zur beruflichen Anerkennung, zur Erhöhung der beruflichen Motivation und zur besseren Klientenversorgung beitragen (Dunkel 1994; 29). Unterschiedliche gesellschaftliche Orientierungen bzw. Wertakzente haben Einfluss auf die Strukturierung und Vermittlung pflegerischen Wissens. Die Relevanz und Wahrnehmung pflegerischer Phänomene hängt von der Konzeption und den Paradigmen der Pflege ab (ebenda; 10). Ethische Grundsätze fließen in pflegewissenschaftliche Theoriekonzepte ein. Pflegetheorien können "grand Theories" sein, d.h. sie können auch Aussagen über das bevorzugte Menschenbild, über soziale Bezüge, die Aufgaben von Pflege u. a. enthalten. Allgemeine Pflegeziele, wie z.B. die Erhaltung und Förderung der Gesundheit, beeinflussen die zentralen Inhalte von pflegetheoretischen Wissensbeständen.

Die Bestimmung wesenhafter Kerne von Pflege bereitet Schwierigkeiten, gleichwohl befindet sich der Bereich Pflege in einem Prozess der Konstituierung seiner eigenen Elemente und Operationsweisen, d.h. ist auf dem Weg zur „normal Science“ (Axmacher 1994; 121)<sup>83</sup>.

In diesem Sinne kann zunehmend genauer unterschieden werden, was Pflege bzw. Nicht-Pflege ist<sup>84</sup>. Erkenntnistheoretisch stützt sich pflegerisches Wissen sehr stark auf das Erfahrungswissen der Pflegenden. Dieses Wissen soll begrifflich gefasst, geordnet, überprüft und weitergegeben werden.

---

etablieren. Die Tendenz, eher Anwendungs- als Grundsatzfragen zu diskutieren, wird von Remters (1993) in Beziehung zu einer sich nicht nur auf die Philosophie beschränkten Pragmatismus gebracht (ebenda).

<sup>82</sup> Die aus dem Blickwinkel von Klie (1995) bestehende "Rückständigkeit der deutschen Pflegewissenschaft." trägt zu einer in vielen Bereichen wissenschaftlich kaum legitimierte Pflege bei (vgl. Klie 1995; 8-12) Nach Wittneben (1991) weist die Krankenpflege in Deutschland eine deontologische Krankheitsorientierung auf und befindet sich immer noch in einer massiven Arztabhängigkeit (Wittneben 1991; 12 f).

<sup>83</sup> In Anknüpfung an Definitionsversuche einer -normal science- konstituiert sich wissenschaftliches Handeln auf der Grundlage von Vorbildern, aus denen bestimmte fest gefügte Traditionen wissenschaftlicher Forschung erwachsen, die in lehrbuchartiger Zusammenfassung verfügbar, zugleich aber so offen sind, dass sie der der Forschung noch offene Probleme stellen (Axmacher 1994; 121).

<sup>84</sup> Aus dieser Differenzierung heraus kann auch eine darin enthaltene Noch-nicht-Pflege markiert werden. Darunter fallen jene Tätigkeiten, die Personen an Kranken und Pflegebedürftigen ausführen, die aber nicht zur Pflege im engeren Sinne gezählt werden sollen. Das sind vor allem Reinigungsdienste, Transport, Heizung und Instandhaltung, die Pflegenden zwar immer wieder leisten müssen, die aber weniger zum eigentlichen Aufgabenbereich der Pflege gerechnet werden (ebenda; 122). Die Nicht-Pflege (Nicht mehr Pflege) repräsentiert die Medizin, die der Pflege bis in die Gegenwart hinein ihren Raum anweist (Kruse 1987). Was Pflege ist, welchen Aufgaben und Zielen sie sich widmet, welche Rollen sie Pflegenden und zu Pflegenden zugesteht und auf welche pflegetheoretischen Grundlagen sie sich begründet, wird zum Gegenstandsfeld von Pflegewissenschaft. Auf dieser Grundlage können sich pflegebezogene Leitbilder entwickeln (Müller 2001; 23).

Vorwissenschaftliche Pflege wird als Tun verstanden (Dunkel 1994; 8 ff). Kontrastiv dazu sollen alltagsempirische Pflegeauffassungen pflegetheoretisch begründet werden (ebenda; 23).

Eine wissenschaftlich begründete Pflege orientiert auf die bewusste Wahrnehmung und begriffliche Verarbeitung von Pflegephänomenen. Über die verstärkte Hinwendung zur Pflegepraxis als der realen Welt der Pflege wird versucht, relevante Phänomene im Pflegealltag in Pflege-theorien zusammenzufassen. Inwieweit der Zusammenhang zwischen analytischem Rahmen und empirisch Vorfindbarem reflexiv zugänglich ist, bleibt prinzipiell offen (vgl. Remmers 1998; 133)<sup>85</sup>.

Daran anknüpfend bleibt die fließende Integration alltagspraktischer Orientierungselemente in ein wissenschaftliches Selbstverständnis von Bedeutung (Remmers 1998; 133). Theoretisches Wissen über das Handlungsfeld Pflege soll somit empirisch untermauert zu einer Verbesserung der Pflegepraxis beitragen. Eine Transformation von wissenschaftlich begründetem Pflegewissen in die Pflegepraxis ist an eine situations- und kontextbezogene, kreative Anwendung dieser Wissensbestände gebunden. Pflege ist somit beides, sowohl Wissenschaft als auch Kunst (Entzian 1999; 31 f).

Pflegende befinden sich in einer Handlungssituation, die ihnen unaufhörlich Entscheidungen abverlangt, ohne Ihnen zugleich für eine systematische Entscheidung notwendige Informationen und Zeit zur Verfügung zu stellen, um verfügbare Informationen zu ordnen, zu klassifizieren und gegeneinander abzuwägen. Pflegewissenschaft kann sich von solchen Begrenzungen freimachen. Die unmittelbare Handlungsentlastetheit von Wissenschaft ermöglicht eine Art „Auszeit im Dickicht der Lebenswelt“ (Remmers 1998; 122 f/). Die z. T. von Praktikern geforderte Erwartung einer verlässlichen Orientierungs- und Verhaltenssicherheit kann nicht erfüllt werden.

Der wissenschaftlicher Zweifel kann als eine Art künstliche Verfremdung angesehen werden, d.h. die Sache aus dem Handlungsfluss herausgelöst bzw. für sich betrachtet (ebenda; 122). Pflege bleibt ein Doppeltes, d.h. ein Feld pflegerischer Praxis und Reflexion dieser Praxis in Gestalt von pflegerischen Selbstbeschreibungen. In dieser Konstruktion entwickelt sich möglicherweise eine neue Leitdifferenz zwischen Theoretikern und Praktikern. Pflegende konzentrieren sich auf die Pflegepraxis und Theoretiker konzentrieren sich auf die Reflexion dieser Praxis (ebenda; 122).

Reflexivität bleibt für die Pflege ein wesentlicher Ausgangspunkt. Sie wird gewissermaßen zum Gegenstand der hier angesprochen Konzeption von Pflegewissenschaft (Müller 2001; 47 f)<sup>86</sup>.

Selbstbeschreibungen und Beobachtungsformen dieser Selbstbeschreibungen werden auf unterschiedlichen Niveaus bzw. Stufen emphatisch ernst genommen (ebenda, 130). Andererseits müssen sie distanziert systematisiert, klassifiziert und geordnet werden. Das kann nur aus dem theoretischen Diskurs heraus erfolgen. In diesem Sinne soll der Pflegepraxis Wissen zugeführt werden, was Sie in praktisch-kodierter Form schon besitzt. In veränderter Form wird dieses Wissen geborgen, diskursiv und begründungsfähig und bietet Anschlussstellen für andere Fachdiskurse der Sozialwissenschaften. Die Durchsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, auf der Basis eines produktorientierten (pragmatischen) Wissenschaftsverständnisses, ist wissenschaftsphilosophisch kaum kritisch betrachtet worden (Remmers 1998; 148).

Die Ausblendung eines über logische Untersuchungen schwer zugänglichen „subjektiven Forschungspraxis“ unterschätzt die produktiven Problemlösungspotentiale eines Wissens, das vorwissenschaftlich und irrational bleibt. Das lebensdienliche Wissenspotential von Experten an dem vorwissenschaftlichen Verständigungs- und Entscheidungshorizont von Laien zurückzuführen, formuliert einen Anspruch, in dem das, was in einer Situation expertokratisch sinnvoll scheint, mit

---

<sup>85</sup> Tendenziell erfolgt eine Abkehr von idealisierenden pflegetheoretischen Modellen der ersten Generation, die sich empirisch in der Pflegepraxis schwer überprüfen lassen. (Müller 2001; 311). In diesem Abbildungsprozess wird wiederkehrend eine praxisbezogenere Theoriebildung präferiert (ebenda; 312)

<sup>86</sup> In dieser Konzeption konstituiert sich Pflegewissenschaft über ein Reflexivwerden des in ihrer Handlungspraxis immer schon Gewussten, im praktischen Diskurs habituell verfügbaren Wissen (Bourdieu 1987; 47 ff). Aus diesem Zusammenhang heraus kann zudem festgestellt werden, dass Pflegende mit einem reflektierend entwickelten Pflegeleitbild weniger Schwierigkeiten haben, ihre Aufgaben mit Prioritäten zu versehen bzw. situationsbezogen festzulegen und überzogene Zuarbeitungsansprüche bzw. fremdbestimmte Zeitakte abzuwehren (Müller 2001; 317).

dem Willen des Adressaten verbunden. Aus dieser Perspektive wird die funktionale Trennung von Wert-, Lebens- und Sachfragen wissenschaftstheoretisch hinterfragt.

Die Verwissenschaftlichung einer Fachdisziplin ist an Fachsprachen, Termini und Code gebunden<sup>87</sup>. In diesem Sinne steckt die Pflegewissenschaft noch in den Anfängen, d.h. trägt Züge einer Laienwissenschaft. Das begriffliche Räubern in anderen Wissenschaftsrevieren scheint z. T. diffus und unübersichtlich.

Pflegende werden tendenziell zu Laien im eigenen Haus. In diesem Sinne werden sie vom Fachdiskurs ausgeschlossen, obwohl ihr Handlungsfeld Gegenstand wissenschaftlicher Beobachtung ist. Kontrastierend dazu wird auch eine normative Ausrichtung an der Pflegepraxis sichtbar. Die große Praxisnähe von Pflegeforschung verheißt sinnvolle und vor allem konkrete Resultate (Kesselring 1996; 17). Der Werkzeugcharakter von Wissenschaft steht im Vordergrund<sup>88</sup>. In diesem Sinne scheint die Pflegeforschung von der Akzeptanz der Pflegepraxis abhängig.

Eine praxisdistanzierte Selbstbezüglichkeit bzw. zweckfreie Theorieentwicklung verliert tendenziell seine Legitimation. Die Rangfolge scheint klar. Weil das Wesen der Krankenpflege durch die Praxis der Pflegenden gelebt wird, kann Pflegeforschung nicht ohne Praxis, wohl aber Praxis ohne Forschung existieren (Kesselring 1996; 18)<sup>89</sup>.

Die erkennbaren Verortungsschwierigkeiten von theoretischen und praktischen Wissensbeständen weisen auf eine dialektische Wechselbeziehung zwischen Wissenschaft und ihrem Gegenstand hin, d.h. die Wissenschaft ist auf der Suche nach ihrem Gegenstand und auch der Gegenstand ist auf der Suche nach reflexiven Ausdrucksformen<sup>90</sup>.

Pflegetheorien sind ein Versuch der Ordnung und Systematisierung der Gegenstandsbereiche in der Pflegewissenschaft. Das Spektrum reicht von Theorien, die sich mit pflegerischen Interventionen und handlungsleitende Prinzipien befassen bis zu Theorien, welche die Funktion von Pflege im gesamtgesellschaftlichen System betrachten<sup>91</sup>. Die Verwissenschaftlichung der Pflege im Kontext einer Versozialwissenschaftlichung orientiert sich verstärkt an einem noch zu präzisierendem Paradigma der pflegerischen Interaktion (Axmacher 1994; 121).

Innerhalb dieses grob abgesteckten Rahmens bleibt die empirische Rationalisierung von moralisch ethischen Wertungen ein wesentlicher Forschungsschwerpunkt in der Pflege.

Insbesondere die Erforschung der beruflichen und moralischen Sozialisation mit den Theorien und Methoden der modernen Sozialforschung lässt Rückschlüsse auf typische Einstellungsmuster der

---

<sup>87</sup> Angehörige der Pflegepraxis werden scheinbar mit ihren Argumenten nur gehört, wenn sie diese in eine Wissenschaftssprache transformieren können.

<sup>88</sup> H. Remmers (1993) führt diese Ausrichtung auf die spezifische Rationalität von in der Pflegewissenschaft dominierenden amerikanischen Pflegetheorien zurück. Im Land der "angewandten Aufklärung" (Dahrendorf 1963) entwickelt sich ein an Anwendungsfragen orientiertes, pragmatistisch geprägtes Wissenschaftsverständnis (Remmers 1998; 134). Fragen des alltäglichen Lebens werden zum primären Problemgegenstand der Wissenschaften. Zweckrationalität wird zum handlungsorientierenden Prinzip eines instrumentellen Wissenschaftsverständnis (Remmers 1998; 139). Die Funktionalität von theoretischen Konstrukten wird zum normativen Ausgangspunkt, d.h. maßgeblich bleibt deren Nutzen in Bezug auf die erfolgreiche Bewältigung von Lebenswirklichkeiten. Naturwissenschaftliche Verfahren werden modifiziert in das konzeptionelle Repertoire übernommen. In dieser Entwicklungslinie lassen sich auch die Ursprungselemente der Pflegewissenschaft identifizieren, die sich über die Verwissenschaftlichung hauswirtschaftlicher Routinen (Home Economics) u. aus der emanzipatorisch geleiteten Intention, die Verhäuslichung der Frau zu überwinden, entwickelt hat (Remmers 1998; 137). Eine differenzierte Unterscheidung von theoretischen Grundwissen und praktischen Anwendungswissen rückt weitgehend aus dem Blick. Die Durchsetzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, auf der Basis eines produktorientierten (pragmatischen) Wissenschaftsverständnisses, ist wissenschaftsphilosophisch kaum kritisch betrachtet wurden (Remmers 1998; 148).

<sup>89</sup> Pflege soll sich als professionelle und weniger als akademische Disziplin bewähren. In diesem Sinne liegt der Schwerpunkt auf handlungsleitenden Theorien (dazu u.a. Axmacher 1994). Praktische Relevanz erlangen wissenschaftliche Argumentationen nur dann, wenn sie ihrer disziplinären Identität entkleidet werden. Aus der Perspektive von Wissenschaft bedeutet das, dass Wissenschaft in Verwendung verschwindet; aus der Perspektive der Praxis, dass Wissenschaft als ein fremdes und zugleich integrierbares aufgebaut wird" (Dewe 1986; 37).

<sup>90</sup> Axmacher, D. (1994): Pflegewissenschaft-Heimatverlust der Krankenpflege?; In: Curriculumentwicklung und Professionalisierung. (Hrsg.) Arnold, K./ Hoppe, B; 128

<sup>91</sup> Im Kontext meiner Arbeit bieten insbesondere Interaktionsmodelle, d.h. die Pflege unter dem Aspekt der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten betrachten, wesentliche Anknüpfungspunkte (dazu u.a. Remmers 1998; Wittneben 1991).

Pflegenden zu. Durch die Erforschung -innerer Haltungen- können Rückschlüsse auf den beruflichen Habitus von Pflegenden gezogen werden! (ebenda; 125).

Wesentliche Momente von Pflege stehen in Beziehung zu biographisch geprägten Identitätskonzepten (ebenda; 34 f)<sup>92</sup>. Lebensweltlichen Hintergrundannahmen der Pflegenden rücken ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das Nachzeichnen der Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen von Berufsstilen, -haltungen und -einstellungen im Verbund mit institutionellen bzw. arbeitsorganisatorische Bedingungen kann zu einer differenzierten ethischen Zustandsbeschreibung von Pflege beitragen (ebenda, 125)<sup>93</sup>.

In der Bilanz scheint eine theoretisch differenzierte Sichtweise noch nicht gewachsen bzw. in der alltäglichen Praxis unausreichend etabliert. Unausgebaute Theoriebezüge geben Pflegenden noch zu wenig Rückendeckung, d.h. fehlende Entscheidungskriterien zur Prioritätensetzung in der Pflege, werden z. T. nicht auf inhaltliche Defizite in der Bestimmung von Pflege oder auf die Struktur des beruflichen Umfeldes zurückgeführt, sondern häufig als persönliches Versagen verinnerlicht<sup>94</sup>.

## 8.2 Ansätze einer kritischen handlungstheoretischen Pflegewissenschaft

Die seit Mitte der 80er Jahre ausgelöste langsame Aufweichung pragmatistischer und systemtheoretischer Pflegeansätze, wie sie durch den Eingang von phänomenologischen und hermeneutischen (u.a. P. Benner 1997) Pflgetheorien sichtbar wurde, führt hin zu einer kritischen handlungstheoretischen Pflegewissenschaft (Remmers 1998; 171). Aus der Perspektive der kritisch-orientierten Wissenschaften werden die Geltungshorizonte eines empirisch-analytischen und eines historisch-hermeneutischen Wissens aufgenommen, zugleich aber auch deren Grenzen deutlich gemacht (Remmers 1998; 171 ff).

Normative Setzungen werden inhaltsamer ausgedrückt und die durch die Adressaten vertretenen Werte einer hermeneutischen Interpretation unterzogen. Der kontrollierende Duktus professioneller Wissensbestände wird über eine hermeneutische Perspektive stärker ausbalanciert (ebenda; 151 f). Urteile und Handlungsstrategien ergeben sich stärker aus den Handlungsanforderungen in der Situation selbst. Über kontextbezogene praktische Erklärungen können pflegerische Handlungsvollzüge somit eher zur Deckung gebracht werden (Döbert/Winkler 1978; 110).

Der emanzipatorische Aspekt besteht u.a. in der methodologischen Offenlegung eines Zusammenhangs von Tatsachenwissen und der Reflexion dieses Wissens durch die Betroffenen selbst (Remmers 1998; 171). Das subjektive Wissen der Betroffenen eröffnet eine Handlungsperspektive, aus der heraus im Prozess der kritischen Selbstreflexion ein subjektives Heraustreten aus den Tatsachen und Fakten eines erfahrungswissenschaftlich erzeugten Wissens möglich wird. Eine solche Handlungsperspektive bleibt nicht ohne Einfluss auf das professionelle Selbstverständnis (Remmers 1998; 170 f)<sup>95</sup>.

---

<sup>92</sup> Hier wird ein Zusammenhang zwischen Pflegeverständnis und Alltagstheorie konstruiert, aus dem heraus persönliche Einstellungen der Pflegenden in den Blickpunkt rücken! Pflegenden mit unterschiedlichen Ausbildungsprofilen innerhalb eines Teams geben tendenziell eine hohe Übereinstimmung in der Pflegeauffassung und Potentiale gegenseitiger Bereicherung dann an, wenn Zielperspektiven auf die zu Pflegenden als Personen mit Bezug zu deren Lebensgeschichte bzw. Lebenserfahrung gerichtet war (Müller 2001; 317).

<sup>93</sup> Die in der Pflegewissenschaft tendenziell immer noch sichtbare Ausblendung eines über logische Untersuchungen schwer zugänglichen subjektiven Forschungspraxis unterschätzt die produktiven Problemlösungspotentiale eines Wissens, das vorwissenschaftlich und irrational bleibt. Das lebensdienliche Wissenspotential von Experten an dem vorwissenschaftlichen Verständigungs- und Entscheidungshorizont von Laien zurückzuführen, formuliert einen Anspruch, in dem das, was in einer Situation expertokratisch sinnvoll scheint, mit dem Willen des Adressaten verbunden wird. Aus dieser Perspektive wird die funktionale Trennung von Wert-, Lebens- und Sachfragen wissenschaftstheoretisch hinterfragt (Remmers 1998; 148).

<sup>94</sup> Gegenläufig dazu lässt sich bei Pflegenden auch eine Art Abwehrreflex beobachten, der sich in einer nach außen verlagerten Schuldhaftigkeit zeigt (dazu u.a. Remmers 1998).

<sup>95</sup> Die beispielsweise von den beiden Pflgetheoretikern Kim/Holter (1995) vollzogene Annäherung, an die von J. Habermas (1988) in den achtziger Jahren entfaltete Theorie des kommunikativen Handelns, stellt einen Versuch dar, diese für die pflegerische Praxis nutzbar zu machen. Das in das Zentrum einer solchen Theorie gerückte professionell-client Verhältnis orientiert sich an einem

## 8.3 Paradigma und Metaparadigma in der Pflege

Der Wechsel des pflegerischen Orientierungsrahmens vom naturwissenschaftlichen Reduktionismus der Schulmedizin hin zu einer humanwissenschaftlichen determinierten interaktionistischen Gesamtzuständigkeit von Personen und deren Umwelt stellt einen Paradigmenwechsel dar (Müller 2001; 65). Pflege versucht ein bis dahin gültiges Paradigma ganz oder teilweise durch ein neues zu ersetzen.

Der in der Pflege theorie teilweise vollzogene Paradigmenwechsel, von der Krankheitsorientierung zur bedarfsgerechten Patientenorientierung, operiert mit einem erweiterten Bedürfniskonzept. Neben der primären Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten werden auch die Bedürfnisse und Orientierungen von Pflegekräften stärker wahrgenommen. Insbesondere ganzheitliche Pflege- bzw. Gesundheitsorientierungen prägen den Charakter moderner pflegewissenschaftlicher Konzepte. Die verschiedenen Pflegekonzepte bzw. Pflege theorien ganzheitlich orientierter pflegewissenschaftler operieren trotz unterschiedlicher methodischer Ansätze und Akzentsetzungen mit einem ähnlichen Metaparadigma, das in der Regel den verschiedenen Pflege theorien vorangestellt wird<sup>96</sup>. Das in den Vereinigten Staaten generierte Metaparadigma<sup>97</sup> der Krankenpflege gilt als ein abstrakter Rahmen dafür, womit sich Pflege befasst. Modelle haben dann pflegerische Intentionen, wenn sie Aussagen zu den für die Pflege zentralen Begriffen wie Mensch, Umgebung, Gesundheit<sup>98</sup> und -Pflege an sich- treffen. (vgl. Arets/Obex 1997)<sup>99</sup>. Dort können gemeinsame Überzeugungen, Werte, Symbole einer Forschungsgemeinschaft gebündelt werden (Müller 2001, 60 f)<sup>100</sup>.

### 8.3.1 Bedeutungsnahe zwischen Leitbild und Paradigma

Der Paradigmenbegriff lässt sich z. T. mit dem des Leitbildes parallelisieren (ebenda, 16). Eine Bedeutungsnahe zwischen alltagsweltlichem Leitbild und wissenschaftlichem Paradigma kann analytisch nachgezeichnet werden. Die Parallelität bezieht sich u. a. auf grundsätzliche Normen und Werteorientierungen. Weltbild und Menschenbild sind Kategorien die innerhalb der Leitbild- als auch der Paradigmendebatte angesprochen werden (Müller 2001, 326). Leitbildern und Paradigmen wird die Funktion zugeschrieben, Ziele für ihren Wirkungsbereich auszuweisen. Sie sollen darüber

---

kommunikativen Handlungsverständnis, das kontrastierend zu den unter strategischen Gesichtspunkten getroffenen Handlungsentscheidungen, sich an den ". kommunizierbaren Erfahrungen und Intentionen." der Akteure orientiert. Die Aspekte ". einer kommunikativen Rationalität des Handelns werden gewissermaßen zum übergeordneten Regulativ strategischen Handelns" (Remmers 1998; 171). Die Integration einer, hier an dieser Stelle nicht weiter entfaltbaren kommunikativen Handlungsperspektive in den pflegewissenschaftlichen Theoriediskurs erweist sich, angesichts des pragmatistisch geprägten Charakters der amerikanischen Pflege theorien, als eine interessante handlungstheoretische Perspektive, aus der heraus die instrumentellen Verkürzungen einer pflegerischen Praxis kritisiert und korrigiert werden können (ebenda; 172).

<sup>96</sup> In diesem ganzheitlich geprägten Metaparadigma wird der Mensch als ". einheitliches integrales Ganzes, das mehr ist als die Summe seiner Teile, mit einer eigenen Identität und Integrität wahrgenommen" (Remmers 1998; 8).

<sup>97</sup> "Ein Metaparadigma repräsentiert die wissenschaftliche 'Weltanschauung' einer Forschungsgemeinschaft hinsichtlich eines bestimmten Gegenstandsbereiches bzw. einer Disziplin."

<sup>98</sup> Es wird eine Sehnsucht erkennbar, die Sonnenseiten des Lebens –im Sinne von Gesundheit- mit zu ergattern (ebenda; 288). Die Ausrichtung auf den Gesundheitsbegriff erscheint ambivalent. Tendenziell werden Krankheitsprobleme zu Gesundheitsproblemen umdefiniert. Der Krankheitsgedanke wird im Hinblick auf chronifizierende Prozesse, leiblichen Verfall, Alter, Behinderung und Sterben als ureigene Domänen der Krankenpflege zur Unsichtbarkeit verbannt und als konkret Bezugspunkte von Pflege auch sprachlich ausgeklammert (ebenda; 81).

<sup>99</sup> Margaret Newman untersuchte 1983 wichtige Pflegemodelle aus dem Zeitraum von 1860 bis in die 80er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts. In fast allen konzeptionellen Modellen wurden Aussagen über zwei oder mehrere der genannten Schlüsselkonzepte gemacht. Fawcett (1996) benannte diese vier Schlüsselkonzepte 1984 als das Metaparadigma der Pflege (ebenda; 23 f).

<sup>100</sup> Die Exklusivität und Eindeutigkeit dieser Schlüsselbegriffe für die Pflege scheint eher begrenzt. Der einzige originäre Zentralbegriff ist der Pflegebegriff (E. Müller 2001; 62). Der Begriff Pflege stellt für alltagsweltliche Zusammenhänge ebenso umfassende Bedeutungsgehalte und –ebenen zur Verfügung wie für berufliche Kontexte (ebenda; 316).

hinaus Entscheidungs- und Handlungskataloge beinhalten, d.h. eine programmatisch-politische Perspektive einnehmen (Müller 2001; 328). Darüber hinaus können sie auch Leistungen für die Gesellschaft transparent machen und zur Sicherung der Forschungs- und Praxisdisziplin beitragen. In Leitbildern können sich kollektive Idealvorstellungen versammeln, sei es theoretisch untermauert, sei es durch alltagsweltlich determiniertes Wissen. Sie stellen eine Art prosaischer Absichtserklärungen dar, die begrifflich systematisiert bzw. mit einem stichhaltigen Begründungskontext oder favorisierte Theorie versehen werden kann.

Ein Paradigma hat einen explizit wissenschaftlichen Anspruch, d.h. dort werden wissenschaftliche Theorien oder Schulen gebündelt, die zumeist eine lange Entwicklungsgeschichte voraussetzen, ehe sich aus ihnen ein Muster von Forschungsstilen herausbildet, das von der Forschergemeinschaft allgemein anerkannt wird. Sie tragen tendenziell eher retrospektive Züge, die mit prospektiven Ideen verknüpft werden können.

Ein Paradigma ist eine Theorieform, in der sich ein Ansatz im Rahmen eines wissenschaftlichen Diskurses von konkurrierenden Theorien durchsetzt. Ein sich durchsetzendes Paradigma kann somit auch als Kompromiss verstanden werden, in dem sich eine minimale Übereinstimmung in grundlegenden Aspekten der Wissenschaft finden lässt<sup>101</sup>.

Der Paradigmenbegriff beinhaltet theoretisch fundierte Programme im Sinne von Theorien großer Reichweite, aber auch einzelne Begriffe, hinter denen ganze Konzepte und Sinnzusammenhänge assoziiert werden können (Müller 2001; 329). In Teilaspekten hat ein Paradigma die Funktion von Leitbildern. Im Zuge der Verwissenschaftlichung des Alltags wird zunehmend der Paradigmenbegriff verwandt, auch wenn Leitbilder gemeint sind (ebenda; 329). Die angedeutete begriffliche Nähe zwischen Leitbild und Paradigma zeigt, dass in der Summe die Ähnlichkeiten gegenüber den Unterschieden überwiegen<sup>102</sup>.

Braucht die Pflege nun ein eigenes Paradigma bzw. Leitbild? Optimistisch betrachtet besteht die Hoffnung, dass aus der Pflegepraxis heraus entwickelte Leitbilder zunehmend als Impulse für Fragestellungen der Pflegewissenschaft zur Kenntnis genommen werden. Im Vordergrund stehen die dynamische Reformulierung der Pflege und ihre weitere inhaltliche Ausgestaltung. Dabei können die bewusst transparent gehaltene von empirisch untersuchten (internen) Werte-, Norm- und Zielvorstellungen, Menschen- und Weltbilder beleben (ebenda; 330).

### 8.3.2 Bestimmungsgrößen von Leitbildern in der Pflege Theorie

Unterschiedliche Leitbildlogiken konstituieren ein Orientierungswirrwarr für Pflegende. Individuelle und kollektive Orientierungen bilden in diesem Kontext ein unübersichtliches Geflecht. Die Identifikation mit einem spezifischen Leitbild fällt somit schwer (Müller 2001; 44 f). Leitbilder in der Pflege greifen auf Anleihen aus anderen Lebensweltkontexten zurück (ebenda; 66).

Verschiedene Orientierungsraster in der Pflege stehen nebeneinander. Widersprechende Bedeutungsinhalte lassen sich auf die unterschiedlichen Ziel und Aufgabenebenen von institutionellen Leitbildern im Gegensatz zu Pflegeleitbildern projizieren. In diesem Kontext fällt auch die ökonomisch reduktionistische Auslegung von Pflege Theorien bzw. eine nebulöse Ganzheitlichkeit, die z. T. miteinander gleichgesetzt bzw. analogisiert werden (ebenda; 320). Eine Unterscheidung lässt sich möglicherweise entlang des Komplexitätsgrades vollziehen. In diesem Sinne kann beispielsweise eine funktionale Ablauf- und Verrichtungsorientierung auf einer relativ niedrigen Stufe angesiedelt werden. Komplexere Orientierungskategorien beziehen sich auf kontextbezogene Begriffskategorien wie Verstehen, Verhalten, Handeln (ebenda; 69). Darüber

---

<sup>101</sup> Beispielhaft dafür steht das Paradigma der Symptom- und Organbezogenheit innerhalb der Schulmedizin (Müller 2001; 329)

<sup>102</sup> Im Kontext dieser Arbeit wird der Leitbildbegriff bevorzugt.

hinaus stellt die Interaktions- und Kommunikationsorientierung einen wesentlichen Bezugsrahmen in der Pflege dar (Müller 2001; 69). Pflege wird so zur Beziehungsarbeit<sup>103</sup>.

## 8.4 Zwischenfazit zur wissenschaftlichen Profilierung von Pflege

Pflege, als eigenständiges pflegerisches Handlungssystem mit einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin steht, institutionell betrachtet, im Schatten von kirchlichen und ärztlichen Handlungssystemen (vgl. Fawcett 1998; 63 ff).

Ethische Grundsätze fließen in pflegewissenschaftliche Theoriekonzepte ein. Pflege Theorien können "grand Theories" sein, d.h. auch Aussagen über das bevorzugte Menschenbild, über soziale Bezüge, die Aufgaben von Pflege u. a. enthalten (ebenda). Darüber hinaus beeinflussen allgemeine Pflegeziele, wie z.B. die Erhaltung und Förderung der Gesundheit die zentralen Inhalte von pflegetheoretischen Wissensbeständen.

Pflege Theorien sind ein Versuch, Ordnung und Systematisierung in den verschiedenen Gegenstandsbereichen der Pflegewissenschaft herzustellen.

Das Spektrum reicht von Theorien, die sich mit pflegerischen Interventionen und handlungsleitenden Prinzipien befassen bis zu Theorieansätzen, welche die Funktion von Pflege im gesamtgesellschaftlichen System betrachten<sup>104</sup>

Die verschiedenen Pflegekonzepte bzw. Pflege Theorien ganzheitlich orientierter Pflegewissenschaftlerinnen operieren trotz unterschiedlicher methodischer Ansätze und Akzentsetzungen mit einem ähnlichen Metaparadigma, das in der Regel den verschiedenen Pflege Theorien vorangestellt wird<sup>105</sup>.

Der Paradigmenbegriff lässt sich z. T. mit dem des Leitbildes parallelisieren (ebenda, 16). In der Bilanz scheint eine theoretisch differenzierte Sichtweise in der Pflege noch nicht gewachsen bzw. in der alltäglichen Praxis unzureichend etabliert. Unausgebaute Theoriebezüge geben Pflegenden noch zu wenig Rückendeckung.

## 9. Ethik in der Pflege

Ethiken sind spezialisiert auf Fragen, unter welchen allgemeingültigen Grundsätzen sich ein normativer Konsens bei strittigen Handlungsalternativen herstellen lässt, die weder durch Zwang noch durch Gewalt gelöst werden sollen. Ihre Aufgabe besteht in einer methodisch-systematischen Erschließung derjenigen Bedingungen, unter denen Handlungen als moralisch qualifiziert werden können. Sie stellen keinen Ersatz für moralisches Handeln dar. Sie fragen vielmehr danach, wie sich moralische Entscheidungen wechselseitig begründen lassen.

Es kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Pflege ein zutiefst ethisches Geschehen ist. Zum Fundament von Pflege gehört somit auch eine Ethik des Berufs sowie eine wissenschaftliche Fundierung der von den professionellen Akteuren zu erwerbenden ethischen Urteils- und Entscheidungskompetenzen.

Die über exogene Anlässe ausgelösten Professionalisierungsdiskurse machen eine aktuelle moralphilosophische, wissenschaftsethische und rechtspolitische Neubestimmung von

---

<sup>103</sup> In diesem Rahmen rückt die dyadische Beziehung zwischen Gepflegten und Pflegenden in das Blickfeld. Elemente von Macht, Fremdheit, Leiblichkeit, Sexualität können hinsichtlich ihrer Konzeptionalisierung für das Beziehungsgefüge aufgegriffen bzw. geprüft werden (Schröck 1988, Travelbee 1971).

<sup>104</sup> Im Kontext meiner Arbeit bieten insbesondere Interaktionsmodelle, die Pflege unter dem Aspekt der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten betrachten, wesentliche Anknüpfungspunkte (Fawcett 1996; 98).

<sup>105</sup> In diesem ganzheitlich geprägten Metaparadigma wird der Mensch als ".einheitliches integrales Ganzes, das mehr ist als die Summe seiner Teile, mit einer eigenen Identität und Integrität wahrgenommen" (Fawcett 1996; 8).

Standpunkten und Orientierungen notwendig. Die Entkoppelung eines z.T. wissenschaftlich fundierten Tätigkeitsrepertoire einerseits und normativen Orientierungen bzw. Rechtfertigungsaspekten andererseits ist mit dem Anspruch einer pflegerischen Professionalität unvereinbar. Analog zur medizinischen Ethik orientiert sich eine -Ethik in der Pflege- auch an einer Kasuistik konkreter Entscheidungssituationen. Dabei verfügt das Pflegepersonal nicht annähernd über ähnliche Geltungs- und Weisungsrechte wie die ärztliche Profession. Die autonome Verfügung und Kontrolle über das eigene Wissen, als ein wesentliches Merkmal der Profession, bleibt in Pflegeberufen eingeschränkt. Diese "Double bind" Situation, die Rabe-Kleberg als ein Dilemmata skizziert, in der keine Entscheidungen getroffen werden können, das Hineinziehen in eine moralische Verantwortung aber bestehen bleibt, beeinträchtigt die Etablierung eines eigenständigen Berufsfeldes (vgl. Rabe-Kleberg 1993; 297 f). Der Hilfs- und Assistenzcharakter des Pflegeberufes bleibt bestehen (vgl. Remmers 1998; 175). Die Entfaltung einer eigenständigen Professionalität ist grundsätzlich an eigenständige Verantwortungs- und Handlungsspielräume gebunden (dazu u.a. Rabe-Kleberg 1993; 297 f; Schmidtbauer 1992; 124).

Die vielschichtigen Handlungsverkettungen lassen sich nicht mehr klassisch beantworten. Durch den arbeitsteiligen und komplexen Rahmen von Medizin und Pflege ist die genaue Bestimmung einer retrospektiv zu klärenden Rechenschaftsverantwortung schwierig (Remmers 1998; 195). Normative Fragen können in Bezug auf pflegerische Interventionen und Interaktionen entlang unterschiedlicher Handlungsdimensionen differenziert werden.

In diesem Kontext kann die Beschreibung einer spezifischen professionellen Handlungslogik zur Professionalisierung des Pflegeberufes beitragen.

## **9.1 Differenzierung von Handlungsdimensionen und normativen Horizonten in der Pflege**

Ethische Fragen lassen sich grundsätzlich nicht unabhängig von den Strukturmerkmalen des beruflichen Handlungsfeldes explizieren. Durch die Ausdifferenzierung des Pflegesektors ergeben sich "Konkretionsebenen", die auf der Ebene von Prinzipienkatalogen nur schwierig verhandelt werden können (Remmers 1998; 176). Die Spezifizierung der Normendiskussion führt zu analytischen Zugängen, die in Rahmen von Sonder- bzw. Regionaethiken diskutiert werden können. Unterschiedliche Handlungsdimensionen, im Kontext verschiedener pflegerischer Aufgaben, eröffnen unterschiedliche moralische Horizonte (ebenda; 176 f).

Die sich unterscheidenden Handlungsdimensionen in der Pflege zeichnen sich durch ein bestimmtes Wissens aus, das über ein eigenständiges wissenschaftliches Bezugssystem gerahmt werden kann. Durch unterschiedliche und z. T. unklare Bestimmungen von Paradigmen in der Pflege kommt es zu abweichenden Deutungsmustern. Je nachdem, ob eine eher medizinisch-naturwissenschaftliche- oder stärker sozialwissenschaftliche Akzentuierung überwiegt, kommt es zu einem voneinander differierendes Substrat pflegerischen Wissens (vgl. Remmers 1998; 178 f).

Eine personenbezogene Dienstleistung orientiert sich primär an den impliziten Normen einer sprachlich vermittelten Interaktion. Eine Handlungslogik, welche sich in einem primär biophysikalischen-medizinischen Radius bewegt, konfligiert mit einer Handlungslogik, die sich an den individuellen Ansprüchen von Betroffenen orientiert (vgl. Remmers 1998; 181 f). Die sich aus diesen Handlungslogiken ableitenden Wissensbestände und Kompetenzanforderungen sollen gleichermaßen beherrscht werden. In diesem Sinne geht es sowohl um die Aneignung von Regel- und Theoriewissen als auch um ein Verstehen des Einzelfalles in der Sprache des Falles (Dewe/Ferchhoff/Radtke 1992; 15 f).

Der auf die Pflege bezogene Professionalisierungsdiskurs ist auf die Klärung von Bezugssystemen angewiesen, innerhalb derer die Angemessenheit von Interventionen und pflegerischen Maßnahmen allgemein bestimmt werden kann. Pflegeethik bleibt somit ein wesentlicher Bestandteil des pflegebezogenen Professionalisierungsprozesses.

Entscheidend ist die spezifische Körpernähe pflegerischer Tätigkeiten. Die körperzentrierte Handlungsdimension von Pflege erfordert unterschiedliche Einstellungen und Handlungskompetenzen, die sich über ein angemessenes theoretisches Wissen schwer fassen lässt (Remmers 1998; 179). Tendenziell wird aber in der Professionsdebatte auf ein distanziertes, emotional entlastendes Rollenverhalten orientiert.

### 9.1.1 Symbolische Handlungsdimensionen und ethische Perspektiven

Aus einer mehrschichtigen Sinnbezogenheit lassen sich verschiedene Handlungsdimensionen mit unterschiedlichen ethischen Perspektiven aufzeigen (Remmers 1998; 184).

Anhand einer unterschiedlich akzentuierten Inblicknahme des Körpers lässt sich die Paradigmendiskussion wissenschaftstheoretisch und handlungspraktisch konkretisieren.

Der körpernahe Charakter von Pflege führt eine normative Ebene ein, über die Fragen der Selbst- und Fremdbemächtigung auf der Ebene sensorisch-motorischer Umwelten beantwortet werden können. In Korrespondenz zu einer diskursethischen Werteorientierung, die auf Verständigung und zwanglos sich konstituierende Intersubjektivität zielt, stellt sich die Frage, inwieweit sich diese auf körperliche Austausch und Anerkennungsverhältnisse übertragen lassen. Eine sich zwanglos herstellende Intersubjektivität in der pflegerischen Interaktion, heißt bezogen auf das Handeln der Pflegeprofessionellen, den Dialog eines Patienten mit seinem Körper und den um ihn grenzförmig zentrierten Erlebnis- und Empfindungswelten taktil zu begleiten und zu unterstützen (Remmers 1998; 185 f).

In Abgrenzung zu einem eher funktionalistisch eingeengten Körperverständnis wird der Körper als Empfindungseinheit verstanden. Die sinnkonstituierenden Aspekte von Empfindungen machen den Leib zu einem "Bedeutungsfeld" (Merleau-Ponty 1966; §§ 19-21). Der Leib wird zum Medium sinnhafter Darstellung. Diese an eine Phänomenologie des verkörperten Sinns anknüpfende Betrachtung bietet für pflegewissenschaftliche und medizinisch-anthropologische Wissenschaftskonzepte vielfältige Anschlüsse. Eine solche Symboltheorie des Körpers stellt eine Ergänzung zu klassischen an objektiven Tatsachen orientierten Körperlehren dar (vgl. Remmers 1998; 187).

### 9.1.2 Berührung als Medium der Wechselseitigkeit

In der diskursethische Perspektive wird Kommunikation primär als eine an Sprache geknüpfte Verständigung begriffen. Im alltäglichen Umgang mit Alter und Pflegebedürftigkeit zeigt sich, dass der Abstraktionsgrad des sprachlichen Ausdrucks von Klienten krankheitsbedingt z.T. deutlich eingeschränkt ist. Die Sprache muss an die kognitiven Fähigkeiten angepasst werden, um eine Verständigung zu erreichen. Die Frage stellt sich, wie die Würde des Patienten in Situation aufrechterhalten werden kann, wenn die Klienten in ihrer Souveränität und ihrer Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt sind. Der Zugang zur subjektiven Welt bedarf anderer, präverbaler Ausdrucksformen, wie z.B. Körpersprache und Gefühlsausdruck (vgl. Schwerdt 1997; 255).

Der körpernahe Charakter von Pflege rückt die körperlich -erlebnismäßige, unsprachliche Wirklichkeit des Leibes in den Vordergrund. Das Motiv des unsprachlichen Verstehens scheint mit dem schleichenden Verlust eigener Gewissheiten, mit der Auflösung der Grenze zwischen dem Eigenen und dem Anderen verbunden zu sein. In asymmetrischen, rational schwer auflösbaren professionell -client Verhältnissen sind unsprachliche Interaktionsmuster von hoher symbolischer Bedeutung. Berührungen werden zu einem Interaktionsmedium in dem die Subjektivität der Akteure angesprochen bzw. erfahrbar wird.

Aus einer emotiv teilnehmenden Perspektive ist ein Erschließen subjektiver Bestimmungen von Klienten partiell möglich. Im Unterschied zum affektiven Hineingezogensein des Klienten, der in seine Krankheit verstrickt bleibt, ist es den professionell Pflegenden möglich, sich sowohl über eine objektivierende Einstellung als auch über ein subjektiv expressives Rollenverständnis dem

Hilfebedürftigen gegenüber fürsorglich zu nähern. In das leibliche mimetische Handeln kann sich instrumentelles Handeln sinnhaft einfügen. Aus den bereits angedeuteten paternalistischen Verschlingungsbefürchtungen, im Kontext emotiv gesteuerter Handlungsvollzüge, können gegensteuernd dazu auch über instrumentelles Handlungsstrategien (korrigierende) Grenzen gezogen werden (vgl. Remmers 1998; 361).

Die Rehabilitierung des "degradierten Leibes" (Merleau-Ponty 1966) überwindet die Dichotomie zwischen subjektiven und objektiven Wahrnehmungen (vgl. Remmers 1998; 362). Die affektive Erfahrung dessen -was mir nahe geht- konstituiert eine personale Struktur von Subjektivität, im Sinne eines -ich bin betroffen- (ebenda). Eine solche Perspektive unterscheidet sich von einer distanzierten kasuistischen Perspektive. Auf der Grundlage dieser exzentrischen Position wird eine Perspektive von Subjektivität entworfen, die von dessen "leiblicher Wurzel" ausgeht (Merleau-Ponty 1966).

Das menschliche Dasein aus seiner Leibgebundenheit heraus zu verstehen, eröffnet interessante Zugänge für pflegerische Handlungsabläufe. Eine solche Ebene ist professionell schwer beherrschbar. In den pflegerischen Interaktionen einen vermittelnden Ausgleich zu finden, zwischen einem eigenleiblichen (vorreflexiven) Sein und eines Hinter-sich-zurücktreten, stellt eine anspruchsvolle professionelle Herausforderung dar. Die prinzipielle Unverfügbarkeit des Körpers konstruiert einen Orientierungsrahmen, in dem sich das Wechselspiel von eigenleiblichem Sein und körperlicher Selbstabgehobenheit entfalten kann, ohne dass eine einseitige Tradierung in die eine oder andere Richtung einsetzt. Die situative Unverhältnismäßigkeit, wie sie in einen desorganisierten Geschütteltsein (Weinen, Lachen, Wut) zum Ausdruck kommt, kann eine adäquate Antwort auf etwas Unbeantwortbares sein (Remmers 1998; 359 ff). Der Körper übernimmt die Antwort nicht instrumentell im Sinne einer strategisch geleiteten Leiblichkeit, sondern einlassend und ungesteuert. Die Erfahrbarkeit des eigenen Körpers, innerhalb eines spezifischen sozialen Prozesses, der über eigene und fremde Gebärden stimuliert werden kann und in dem man sich selber im anderen spiegelnd erfährt, hat etwas Identitätstiftendes (vgl. Mead 1978; 86). In diesem Kontext werden affektive Antworten nicht zwangsläufig zu etwas Unprofessionellem. Sie sind vielmehr ein direkter Ausdruck von Mitmenschlichkeit.

Möglicherweise löst die Antwort auf ein leibliches Geschehen, das in seiner Dichtheit und komplexen Unsichtbarkeit letztendlich erkenntnistheoretisch nicht interpretierbar ist, ein Gefühl der "Schuld" aus. Die Reduktivität des Sehens kann der Vielfältigkeit und Fülle der Person nicht Genüge tun. Die Personenhaftigkeit des Anderen bleibt ebenso wie die eigene ein Mysterium (Buber 1992; 285). Aus diesem Aspekt von Pflege heraus rücken andere Kommunikationsmittel stärker in den Vordergrund (Gefühlsausdruck, Körpersprache). In diesem Sinne kann sich eine dialogische Struktur auch körperlich, d.h. über ein "leibliches Responsorium" aufbauen (Waldenfels 1994; 463 ff). In der spontanen Gegenseitigkeit von empfindender und empfundener Hand. entwickeln sich Verfahrensweisen, die einen Dialog über die Sinne möglich machen (Remmers 1998; 186). Die Partikularität des Artikulierten und Artikulierbaren offenbart die Grenzen rationaler Erkenntnis (Schwerdt 1998; 257 f).

### 9.1.3 Das Phänomen der Routine

In der professionellen Kernorientierung auf eine situativ offene und individuell ausgerichtete Pflege haftet dem Routinebegriff etwas potentiell Problemhaftes an, d.h. Routine ist eher mit negativen Assoziationen unterlegt. Das prinzipiell unbegrenzte und ungewisse von pflegerischen Handlungen scheint mit einem institutionalisierten Begriff von Routine nicht direkt anschlussfähig. Formalisierte, im Vorhinein systemgebundene Routinen, ermöglichen Entscheidungsprogramme, die berechenbare Abläufe konstituieren. In arbeitsteilig organisierten Strukturen mit mehrteiligen Verantwortlichkeiten, schaffen Eingrenzungen und Wiederholbarkeiten ein Handlungsgerüst, das sowohl ökonomisch als auch individualpsychologisch entlastende Effekte möglich macht (Remmers 1998; 388 f). Das rationale Moment wiederholbarer Handlungskonstruktionen entlastet von

aufwendigen Aushandlungs- und Improvisationsprozeduren und setzt somit Zeit und Energiepotentiale frei. Standardisierte Problemlösungsmuster schaffen arbeitstechnische Erleichterungen, die das institutionelle Gefüge stabilisieren und störungsfreie Abläufe von Handlungsvollzügen sicherstellen können. In diesem Sinne haben Routinen eine homöostatische Funktion. Störende Einflüsse und Abweichungen werden tendenziell in der Sprache eines vorstrukturierten Regelsystems aufgegriffen und weitestgehend neutralisiert. Nichtstandardisierbare Ausdrucks- und Verhaltensmuster werden in die Sprache des Regelsystems eingeordnet und somit auf paradoxe Weise routinisiert. Es besteht ein stilles Einverständnis gegenüber abweichenden, nicht verortenbaren Selbstdarstellungen (Remmers 1998; 391). Das Besondere und Nichtkontrollierbare wird über einen Abstraktions- und Selektionsprozess in das systematische Programm eingepasst (Remmers 1998; 390). Individuell Abweichendes wird gewissermaßen abstrakt anonymisiert (vgl. Sloterdijk 1983 (Bd1); 36). In der Verknüpfung von Routinemäßigem und Nichtprogrammierbarem konstituiert sich eine grundsätzliche Paradoxie. Vorinterpretierte, als relevant eingekreiste Situationen tendieren dazu, die Individuen sozial unsichtbar zu machen. Sich typisch zu verhalten und trotzdem Individualität zu verkörpern, ist individualpsychologisch betrachtet ein Dilemma. Eingeschränkte Handlungs- und Selbstdarstellungsspielräume beschneiden die personenhafte (Selbst-)Darstellung professioneller Akteure (vgl. Koch-Straube 1997; 121). Der über (abverlangte) Selbstabstraktionen einsetzende Verlust an expressiven Darstellungsräumen des Selbst führt kompensatorisch dazu, sich ventilartig Luft zu verschaffen. Das Ausscheren aus diesem Schema stimuliert und produziert Eigenräume und Eigenzeiten, wie sie in Tagträumereien und Rückzugsritualen (Kaffee- und Raucherpausen, Schimpfriaden in sanktionsfreien Räumen, Humor u.a.) zum Ausdruck kommen können (ebenda; 121 ff). Die hohen psychophysischen Belastungen können distanzierend ausgeglichen werden.

Der anstrengende und mit hohen beruflichen und moralischen Aufforderungen aufgeladene Pflegeberuf erfordert einen überdurchschnittlichen motivationalen Einsatz, der auf Dauer nicht durchzuhalten ist. Routinisierte und ablauforientierte Pflgetätigkeiten bieten die Möglichkeit, normative Anforderungen klein zu halten. Diese impliziten Orientierungsmuster kontrastieren mit den anspruchsvollen expliziten Orientierungen und Leistungsanforderungen in der Pflege. Starre Abläufe und extreme Routinisierung deuten auf einen überhöhten Effizienzdruck bzw. überfrachtete Leitbildanforderungen hin. Die häufig alternativlose Notwendigkeit zu reibungslosen Arbeitsabläufen konterkariert anspruchsvolle Leitbildorientierungen in der Pflege. Der Pflegealltag muss pragmatisch bewältigt werden. Das Aufnehmen und "...Entgegennehmen dessen, was sein kann und sein soll..." wird durch die Normativität des Faktischen überlagert (Heidegger 1992; 42). Die Differenz zum pflegerischen Alltag wird durch pragmatische Orientierungsverschiebungen, die für die einzelne Pflegekraft griffiger und realisierbarer sind, klein gehalten.

In dem Verhältnis vom Allgemeinen zum Einzelnen liegt der für die Profession verpflichtende (generalisierende) Wertemaßstab in der normativen Orientierung am Einzelfall begründet. Der Einzelne soll in seiner individuellen Bedürftigkeit prinzipiell mehrdeutig und offen betrachtet werden (Remmers 1998; 392). Das Konzept der personenbezogenen Dienstleistung ist interaktionistisch ausgerichtet. In einem Raum psychosozialer Interaktionen, die durch face to face bzw. body- to body Beziehungen charakterisiert sind, scheint eine systemtheoretische Perspektive nur bedingt brauchbar zu sein (ebenda; 395).

Ethisch-aktives Handeln skizziert eine Dimension pflegerischen Handelns, die eine routinemäßig ausgeführte Pflege überschreitet. In der täglichen Pflegepraxis erfordert der teleologische Aspekt der Situationsbewältigung häufig einen von pragmatischen Motiven bestimmten Handlungsplan, d.h. der Pflegenden bleibt in seiner Eigentlichkeit weitgehend unsichtbar. Pflegehandlungen, die durch ethisch-aktives Handeln zustande kommen, werden in routinemäßigen und unproblematischen Pflegesituationen nicht als Defizit bzw. Unterlassung sichtbar. Das Ausdrücken von persönlichen Orientierungen und Wertvorstellungen wird möglicherweise in Grenzsituationen eher stimuliert als in gewohnheitsmäßigen, primär verrichtungsorientierten Handlungsabläufen (vgl. Wittneben 1991; 140). Die Enthüllung des Subjekts in einer problematischen Situation kontrastiert mit dem

Konstrukt der „natürlichen Einstellung“, die durchgängig von pragmatischen Motiven bestimmt wird. (Schütz/Luckmann 1994 (Bd 1); 25).

#### 9.1.4 Grenzsituationen in der Pflege

Das Ausdrücken von persönlichen Orientierungen und Wertvorstellungen wird in Grenzsituationen eher stimuliert als in gewohnheitsmäßigen, primär verrichtungsorientierten Handlungsabläufen (vgl. Wittneben 1991; 140). Die in Grenzsituationen bestehende Handlungsunsicherheit ist z.T. auf den nicht eindeutig zu verregelnden Charakter dieser Momente des Pflegealltags zurückzuführen. Gerade in diesen Situationen ist eine schematische Orientierung an normativen und relativ eindeutig verregelten Handlungsvorgaben nur bedingt möglich.

Der Druck, sich in der Situation entscheiden zu müssen, verweist auf sowohl berufliche als auch allgemeine Handlungsprinzipien. Ausgehend vom situativen Kontext lassen sich allgemein anerkannte Handlungsnormen abwägen. Die konkrete Situation kann unter allgemeinen Gesichtspunkten bzw. Begründungsdiskursen erörtert werden. Inwieweit ein anspruchsvoller philosophischer Begründungsdiskurs in der alltäglichen Pflegepraxis geführt werden kann, bleibt relativ vage. Die in Entscheidungssituationen aus diskursethischer Sicht präferierte Einbeziehung von sowohl unmittelbar als auch potentiell Betroffenen und deren zumindest potentieller Zustimmung zu einer Intervention, eröffnet eine Perspektive die, angesichts einer Entscheidungsfindung unter Handlungs- und Zeitdruck, schwierig umzusetzen ist (Remmers 1998; 190 f). Die Rechtfertigung von konkreten Handlungen orientiert sich an den empirischen Folgen dieser Handlung. Die Beurteilung einer Handlung bezieht sowohl die Perspektive von Handelnden und Beobachtern ein. Diese Perspektiven verschränken sich, bestehen aber auch unabhängig nebeneinander weiter. Die unabhängige Einbeziehung des normativ Guten für die jeweils betroffene Person stellt insbesondere in asymmetrischen und von Ungleichheit geprägten Interaktionsgeflechten einen wesentlichen Maßstab dar. Die prädikative Auszeichnung von Zielen, Handlungen und in Sachverhalten verkörperten Gütern stellt einen aus der Sicht von Hilfe- und Pflegebedürftigen individuellen Wertehorizont her, der entlang normativer, moralisch bindender Erwartungen ausbalanciert werden kann. (ebenda; 54 f). Diese unterschiedlichen, z.T. miteinander konkurrierenden Sinnhorizonte konsensuell zu verbinden, stellt ein professionell schwieriges Vermittlungsproblem dar.

Die Enthüllung des Subjekts in einer problematischen Situation kontrastiert mit dem Konstrukt der „natürlichen Einstellung“, die durchgängig von pragmatischen Motiven bestimmt wird (vgl. Schütz/Luckmann 1994 (Bd 1); 25).

Der unmittelbare Bezug zu Grenzsituationen in der Pflege erleichtert möglicherweise die Unterscheidung in moralisch relevante und weniger gewichtige außermoralische Situationen (Dobert/Winkler 1978; 101). Die auf spezifische Grenzsituationen bezogenen praktischen Erklärungs- bzw. Auslegungsmuster zeigen darüber hinaus eine Diskrepanz bzw. (performative) Übereinstimmung von sprachlich gefassten, impliziten Orientierungen und der Realisierung dieser Orientierungen in einer bestimmten Situation (ebenda; 101 ff).

## 9.2 Verantwortungsbegriff

Der sich historisch modifizierende Verantwortungsbegriff ist Resultat soziokultureller Konstruktionen (Remmers 1998; 196). Entscheidend bleibt die sozial zugeschriebene bzw. auf einer Selbstverpflichtung beruhende Zurechnungsfähigkeit des Einzelnen. Neben der juristisch gefassten Zurechnungsfähigkeit lässt sich die Zurechnungsfähigkeit von Handlungen (und deren Folgen) auch subjektiv, über die Intention des Handelns und dem antizipativen Wissen um die Folgen bestimmen. Die Zurechnungsfähigkeit der Akteure kann nur auf der Basis von selbstgesetzten und normativ festgeschriebenen Handlungsspielräumen expliziert werden. Der Verantwortungsbegriff knüpft

somit an anspruchsvolle Vorbedingungen (Freiheit und Autonomie) an. Prinzipiell soll eine Wahl- und Entscheidungsfreiheit gegeben sein, d.h. verschiedene Handlungs- und Vermeidungsalternativen sollen in der Regel zur Verfügung stehen. Nur so lässt sich im Geflecht aufeinander bezogener Handlungen Verantwortung subjektiv identifizieren. Dass Handlungen nicht nur geschehen, sondern auch willentlich beherrschbar sind, stellt ein wichtiges Moment für die berufliche Identität der Akteure dar (ebenda; 21).

Die Situation darf nicht soweit eingengt sein, dass das Subjekt von der Handlung selbst affiziert, d.h. in seiner Identität nicht mehr angesprochen werden kann (vgl. Remmers 1998; 196). Die juristisch-philosophische Konstruktion des Personenbegriffes geht davon aus, dass das handelnde Subjekt sich durch die Handlung hindurch als Subjekt erhält (ebenda).

In der traditionellen Fassung des Verantwortungsbegriffes wird primär auf Handlungsstrukturen rekurriert, die auf face- to face Relationen zugeschnitten sind. Die Aufgaben sind in dieser Relation individuell zuordenbar und an klare Rollenerwartungen geknüpft. Ausgangspunkt für eine Einführung des Verantwortungsbegriffes bleibt die grundsätzliche Annahme, dass die prinzipielle Möglichkeit eines subjektiven Zurückführens einer Handlung auf einen Akteur bzw. eine spezifische Konstellation besteht und parallel dazu die Ausrichtung an normativ richtigen Handlungsorientierungen nicht aufgegeben wird. Eine an den Folgen orientierte Verantwortung wird durch eine methatheoretische Fürsorgeverantwortung, über die moralisch legitimierbare Handlungsnormen überprüft werden können, ergänzt (Remmers 1998; 208).

### 9.2.1 Aufweichung personaler Verantwortungsstrukturen

Die klassische Konstruktion der Pflegedyade kann sowohl in traditionellen als auch in modernen Handlungsstrukturen nur bedingt aufrechterhalten werden. Die Verantwortung ist bei einer Vielzahl von Patienten immer auch mehrteilig (Remmers 1998; 376).

In komplexeren Handlungsstrukturen kann der personale Charakter einer Zurechenbarkeit von Handlungsfolgen nicht mehr ohne weiteres einzelpersonlich rekonstruiert werden. Die Verflechtung in weitreichende Handlungsketten, führt dazu, auch Technologien und hochdifferenzierte Organisationsformen verantwortungsethisch in den Blick zu nehmen (vgl. Elias 1998; 331). In dieser Entwicklung können Organisationen als Handlungssubjekte identifiziert werden, die neben einer personalen Verantwortungsebene eine Ebene der organisationsbezogenen Verantwortung einführen. Aus dem organisatorischen Gefüge heraus werden Aufgaben -und Rollenzuweisungen formuliert, durch die bezogen auf das pflegerische Handlungsfeld sowohl Pflegeprofessionelle als auch Pflegebedürftige zu Sachpersonen bzw. Rollenträger werden, die in ein komplexes System von Weisungen, Anordnungen und Kontrollbefugnissen eingebunden sind. Eine solche Verantwortungsdifferenzierung scheint durchaus sinnvoll zu sein. Ambivalent bleibt aber die in diesem Konzept der Organisationsverantwortung tendenziell eingelagerte personale Neutralität. Eine in Bezug auf die Pflegesituation sinnvolle Ausrichtung an klassischen face- to face Beziehungen, im Rahmen eines individualisierten Verantwortungsbegriffes, wird durch einen versachlichenden (entmoralisierenden) Verantwortungsbegriff ausgehöhlt (vgl. Remmers 1998; 204). Diese Verschiebung des Verantwortungsgefüges führt zu formal organisierten Strukturen, die in ihrer Rationalität informell-kommunikativ geregelte Zusammenhänge unzureichend integrieren (Remmers 1998; 209). Letztendlich zehren Organisationen von den subjektiven Zuschüssen ihrer Mitglieder. Aus den Grundeinstellungen und Werthaltungen der beruflichen Akteure entwickeln sich motivationale Ressourcen, aus denen sich Handlungsfähigkeiten und Leistungsdispositionen speisen (vgl. Remmers 1998; 210). Die Vorstellung, Pflegearbeit als reine Lohnarbeit durchzustehen und sich über primär Ich -fremde Motive bzw. abstrakte Objektkategorien und Wertesystemen zu motivieren, scheint dauerhaft gesehen schwer vorstellbar. Eine vorrangig extrinsische Motivierung ohne ein "subjektives Korrelat" anzusprechen, scheint angesichts der hohen Fluktuationsquote in der Pflege langfristig wenig erfolgreich (ebenda; 211).

## 9.2.2 Erweiterter Verantwortungsbegriff und enge Handlungsspielräume

Eine moderne Fürsorgeverantwortung bewegt sich in einem Horizont von nicht standardisierbaren Pflgetätigkeiten und situativem Improvisieren. Sie setzt eine Interpretation von Werten voraus, die für einen angestrebten Zustand als maßgebend angesehen werden. Das Konstituieren von Werten wird eher einer höherstufigen Theorie der Moral zugewiesen, d.h. eine Theorie der Verantwortung bleibt metatheoretisch eingebunden. Ein übergeordneter Bezugsrahmen von moralischen Standards, die den Objektbereich des Handelns determinieren, bleibt stets relevant (vgl. Remmers 1998; 207).

Die positive Orientierung an dem, was ein Hilfebedürftiger sein kann (zufriedener, gesünder, schmerzfreier, sozial integriert usw.) intendiert eine aktive Handlungsorientierung mit erhöhter Verantwortung. Über die Beschreibung erwünschter Zustände konstituiert sich ein erweiterter Verantwortungsbegriff, der auf ein zweckdienliches Verhalten von Akteuren orientiert, das der Erreichung wünschenswerter Ziele dient (Remmers 1998; 200). Der Verantwortungsbegriff bleibt prinzipiell offen. Eine festgelegte Inpflichtnahme und Detaillierung von Einzelmaßnahmen, die der Erreichung "positiv erwünschter Zustände" dienen, wird normativ vermieden, d.h. eine generalisierte Inpflichtnahme dominiert (ebenda; 201). Grundsätzlich wird auf eine individuelle Selbststeuerung des Handelns orientiert.

Die genaue Determinierung von Ereignissen und Krisensituation bleibt letztendlich unklar. Nicht eindeutig vorhersehbare Entwicklungsverläufe erfordern Entscheidungen unter Ungewissheit (ebenda). Kontextbezogene Verantwortungsgrundsätze erfordern flexible Aufgabenerfüllungen, die sich nicht über starre Regeln auflösen lassen. Aus dieser Perspektive lassen sich anspruchsvolle Qualifikationsanforderungen und Kompetenzen ableiten, die ein hohes Maß an Partizipation und Eigenverantwortung notwendig machen.

Das Einlassen auf ein Handeln in Ungewissheit, mit unabsehbaren und vielschichtigen Entscheidungsprozessen, eröffnet theoretisch große Handlungsspielräume. Der weit gefasste Charakter des Verantwortungsbegriffes ist mit einer engen Aufgaben- und Rollenerwartung kaum in Übereinstimmung zu bringen. Die in der Pflege vorliegenden Handlungs- und Verantwortungseinschränkungen stellen für die Entwicklung professionsbezogener moralischer Handlungskompetenzen ungünstige Bedingungen dar. Restriktive Rahmenbedingungen führen zu Konfliktsituationen, welche sich auf Dauer nicht motivational ausgleichen lassen (vgl. Remmers 1998; 220).

Mit einem sich ausweitenden Verantwortungsbereich, so ist wenigstens zu vermuten, nimmt der Hang zur Reflexion tendenziell zu. Parallel dazu könnte ein höheres Maß an beruflicher Zufriedenheit bzw. beruflicher Identifikation erreicht werden (ebenda; 284 f).

## 9.2.3 Objektive Normierung: Zur Eingrenzung der im asymmetrischen Verhältnis von client- professionell angelegten Macht

Die ungenaue Verortung von Pflege, im Kontext von eingeschränkten bzw. diffusen Zuständigkeiten, erschwert eine strukturelle Beschreibung des Verantwortungsverhältnisses zwischen client-professionell schwierig. Die geringe Standardisierbarkeit von personenbezogenen Dienstleistungen setzt einer umfassenden Verrechtlichung und Kontrolle von Handlungsvollzügen Grenzen (dazu u.a. Remmers 1998; 227; Rabe-Kleberg 1993; 105).

Die pflegerische Verantwortung bestimmt sich am "doppelten Mandat", d.h. einem zweiseitig sich zwischen Klient und Gesellschaft verortenbaren Verantwortungsverhältnis (Rabe Kleberg 1991). Die professionelle Kunst, diese zweiseitige Verantwortung sach- und personengerecht auszubalancieren, erfordert autonome Handlungsspielräume. Nur auf dieser Basis kann zwischen einem auf dem Regelfall angewandten, normativ erwarteten Wissen und einer Orientierung am Einzelfall und dem damit verbundenen Einlassen auf subjektive Geltungsansprüche und Interpretationsleistungen, professionell vermittelt werden. Die Stellung des Pflegeberufes als Heilhilfsberuf schränkt eigenständige Weisungs- Anordnungs- und Überprüfungs-kompetenzen ein.

Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten des Pflegeberufes schrumpfen zu einer Restkategorie zusammen (Remmers 1998; 231). Entlang des Gefährdungsgedanken lassen sich allerdings rechtliche Normierungen pflegerischer Aufgaben begrenzt entwickeln (vgl. Igl 1998; 58 f). In diesem Sinne kann der Pflegeberuf in seiner gegenwärtigen Ausformung nicht als ein moderner therapeutischer Dienstleistungsberuf bezeichnet werden. Neben diesen hier nicht weiter entfaltbaren juristischen Schwierigkeiten eines genau abzusteckenden Verantwortungsbereiches bleibt eine Verantwortungsperspektive relevant, die sich aus dem asymmetrischen Verhältnis zwischen professionell-client ableitet. Das Ungleichgewicht zwischen professionell-client spiegelt sich in eingespielten Praktiken und Gewohnheiten wider. Im pflegebezogenen Dienstleistungsmodell rückt der Vertragscharakter des professionell-client Verhältnisses in den Vordergrund. Da Krankheit und Behinderung häufig mit Kontrollverlusten und Abhängigkeitsverhältnissen verbunden sind, ist eine Schutznorm für die Klienten notwendig. Das Machtgefälle zwischen professionell-client muss normativ ausbalanciert werden (vgl. Remmers 1998; 251). Das Abhängigkeitsverhältnis von Hilfebedürftigen gegenüber den professionell Pflegenden bleibt an den Willen des Klienten gebunden. Expertokratisches Wissen und Handeln soll mit dem alltagsweltlichen Deutungshorizont von Pflegebedürftigen verbunden bleiben. Der Zusammenhang von Expertenregeln und Alltagsregeln soll nicht verloren gehen, d.h. der Sinn expertokratischer Interventionen muss präsent bleiben. Der Erfolg von pflegerischen Handlungen bestimmt sich u.a. auch daran, inwieweit die Orientierungen und Perspektiven des Klienten erfasst und die Handlungen der Professionellen daran ausgerichtet sind (Remmers 1998; 244 f). Bei eingeschränkter Selbstvergewisserung des Patienten setzt eine einspringende Fürsorge ein. Der professionelle Akteur soll sich advokatorisch um ein Verstehen der biografisch gewachsenen Lebensform bzw. dem jeweils relevanten Lebenskonzept von Hilfebedürftigen bemühen und die in diesem Prozess generierten Erkenntnisse in therapeutische Zielstellungen und Pflegeprozessplanungen integrieren (ebenda). Das vorspringende Konzept einer professionellen Verantwortung zeichnet sich dadurch aus, dass es versucht zu überprüfen, inwieweit subjektive Bedürfnisse mit therapeutisch indizierten Maßnahmen kompatibel sind (Remmers 1998; 376). Die Evaluation des subjektiven Orientierungsrahmens von Patienten, im Kontext einer Werteanamnese, stellt ein anspruchsvolles professionelles Problem dar. Interessanterweise werden die für eine solche professionelle Orientierung notwendigen Kompetenzen, wie z.B. Sinn -und Bedeutungsverstehen an persönliche Qualifikationen von Pflegeprofessionellen geknüpft, die an deren lebensweltliche Ressourcen anknüpfen. Aus dieser Professionalisierungsperspektive erscheint eine professionell versachlichte aber dekontextualisierte Verantwortungsperspektive zu reduktionistisch. Der lebensweltliche Hintergrund der Akteure ist nur schwer mit optimierenden Einstellungen und Abläufen in Übereinstimmung zu bringen. Hier prallen gewissermaßen bürokratische und professionelle Orientierungen aufeinander. Die Suche nach definierten Zuständigkeiten und klaren Rollenerwartungen sowie der mit einer Ausweitung von Dokumentation verbundene Anspruch der qualitativen Nachprüfbarkeit pflegerischer Maßnahmen (vgl. §80 SGB XI) sind Ausdruck eines rationalen Formalismus. Die Klassifizierung und Sichtbarmachung von nur schwer transparent zu gestaltenden Pflegeprozessen strukturiert einen Katalog vermeintlicher Gewissheiten, der sich mit der Perspektive eines für die Pflege wesenhaften -Handelns in Ungewissheit schwer vereinbaren lässt (Remmers 1998; 248 f). Der polemisierende Tonfall einer solchen Kritik scheint in Anbetracht einer verkürzten Typisierung des Leibes, entlang somatisch funktioneller Ausfälle und der Standardisierung von Krankheiten bzw. Wissensbeständen aus professioneller Sicht, begründbar. Therapeutische Konzepte sind letztendlich mit dem Alltagsverständnis von Gesundheit zur Deckung zu bringen, da sonst von Seiten der Klienten ein Legitimationsentzug einsetzt, der zur Beendigung des professionell-client Verhältnis führen kann (vgl. Müller 2001; 34 ff).

## 9.2.4 Würde als Schutznorm

Der Begriff von Würde ist eng mit dem Personenbegriff verknüpft. Der Mensch konstituiert sich im Sinne von Kant als eine moralische Persönlichkeit, die sich als Subjekt begründen kann. Die zweckfreie Unterstellung von moralischer Autonomie ist an Vernünftigkeit und innerer Souveränität gebunden. Die monologische Anerkennung der eigenen moralischen Autonomie ermöglicht den Respekt gegenüber anderen Personen. Der Selbstachtung entspringt die Anerkennung der moralischen Autonomie von Anderen, unabhängig davon, ob sie sich kognitiv als Subjekt ihrer Handlungen begreifen oder nicht. Trotz des bei Kant exponiert herausgestellten Vernunftbegriffes wird parallel zu der Konstruktion eines streng vernunftgeleiteten Handelns ein "affektives Korrelat" sichtbar (Remmers 1998; 346). Diese Idee ist für jedes Subjekt ein allgemeingültiges Gesetz. Unabhängig davon, in welchen Situationen und Lagen sich das Subjekt befindet, ob sie von den Fähigkeiten der Vernunft Gebrauch machen können oder nicht, kann ihnen die Würde und der Respekt gegenüber ihrer Person nicht abgesprochen werden. Autonomie ist nicht an rationale Ich-Leistungen gebunden. Die Anerkennung des Subjektstatus ist "unterhalb eines Kognitivismus" möglich (ebenda; 349). Affektiv gesehen kann ein Gefühl der Gegenseitigkeit entlang von Bedürftigkeit -und Verletzbarkeitserfahrungen entstehen. Auf der Basis eigener Verletzbarkeiten entstehen lebensweltbezogene Systeme von Rücksichtsnahmen (ebenda).

## 9.2.5 Kontextsensibilität und Kontextualität

Kontextsensibilität basiert auf einer emotiven Ansprechbarkeit, die für spezifische Patientengruppen in besonderem Maße notwendig ist.

Die normativen Aspekte von Verantwortung und Gerechtigkeit bedürfen einer "verantwortungsethischen Konkretion" (Remmers 1998; 192). Als ein gelungener Übergang von einer prinzipiengeleiteten Moral zu einer anwendungsbezogenen, dekontextualisierteren Moral kann die Konstituierung eines moralischen Urteils angesehen werden, das sich mit einer Idee des (individuell) guten Lebens intrinsisch verbindet (ebenda). In der verbindenden Nähe von Gerechtigkeitsmoral und lebensweltlichen Hintergrund ist eine wesentliche motivierende Kraft eingelagert. Allgemeine moralische Prinzipien sind gewissermaßen in der Lebenswelt eingelagert. Unter diskursethischen Gesichtspunkten betrachtet müssen moralische Fragen der Selbstbestimmung überhaupt erst beantwortet sein, bevor die Präferenz von Lebensformen und Lebenszielen ausgelotet wird (Remmers 1998; 193). Auf dieser Grundlage ist es ein Gebot hermeneutischer Klugheit, neben den abstrakten moralischen Normen auch die Potentiale einer sich lebensweltlich entwickelten Kontextsensibilität einzubeziehen (ebenda). Die emotiven Anteile einer solchen Kontextsensibilität werden in ihrer moralischen und motivbildenden Kraft ernst genommen. Ein in der Pflege bestehendes Fürsorgeverständnis gegenüber anvertrauten Hilfebedürftigen ruht auf normativ verallgemeinerbaren Fundamenten, hat aber darüber hinaus auch einen emotiven Hintergrund (ebenda).

In Bezug auf die paradigmatische Ausrichtung, an dem jeweiligen Kontext und der individuellen Angemessenheit pflegerischer Handlungen, wird auf eine Verknüpfung von kognitiven und emotiven Leistungen orientiert. Eine dekontextualisierte Verantwortungsethik der Fürsorge kann sich mit emotiven Verpflichtungsgefühlen treffen. Aus der diskursethischen Perspektive -wird auf eine reziproke Rollenübernahme bzw., Perspektivenverschänkung orientiert, in der die solidarische Einfühlung in die Lage des Anderen mit eingeschlossen ist. Ein kognitives Erkennen im Anderen verweist auf eine affektive Sensibilisierung und Einfühlung, aus der heraus eine engagierte moralische Haltung entstehen kann. Grundlage eines "verantwortungsethischen Kontextualismus" ist die Inblicknahme konkreter Handlungen und der damit verbundenen empirischen Folgen (ebenda). Die unmittelbaren bzw. mittelbaren Folgen für die Betroffenen bestimmen die individualisierte Anwendung moralischer Handlungsprinzipien. Das Einbeziehen hypothetischer Folgen in den verantwortungsethischen Entscheidungsprozess erfordert sowohl reflexive

Abstraktions- und Distanzierungsleistungen als auch Kontextsensitivitäten. Die Handlungsfolgen stehen in Beziehung zu den Autonomieinteressen von Klienten, d.h. der Autonomieanspruch intendiert die interpretatorisch zu erschließende Bestimmung lebensweltlich ausgerichteter Präferenzen der Klienten. Im Kontext einer advokatorischen Bestimmung von Mündigkeit wird diese zur maßgebenden Handlungsnorm, da die Konsequenzen von Entscheidungen von den unmittelbar betroffenen Klienten bzw. den Angehörigen getragen werden müssen. Die Entscheidungsbildungen von Professionellen gewinnen bei eingeschränkter Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit von Klienten an ethischer Bedeutung. Andere (Pfleger) haben aber das Recht und die Pflicht, an unserer Stelle zu handeln und das zu tun, was wir für uns tun würden, wenn wir vernünftig wären. (Brumlik 1992; 167). Der Schutz vor den Folgen von Unvernunft legitimiert ein paternalistisches Pflegemuster. Prinzipiell soll der Einzelne aber in die Lage versetzt werden, Entscheidungen beurteilen und revidieren zu können. Advokatorisch begründete Entscheidungen und Einschätzungen haben grundsätzlich etwas temporär begrenztes, d.h. sie legitimieren sich über einen "provisorischen Kern"(ebenda).

Eine verantwortungsethische Perspektive auf der Basis empirischer Informationen verortet sich innerhalb eines Rahmens ethischer Vorannahmen. Diese professionellen Vorannahmen entscheiden darüber, was als situationsrelevant eingeschätzt wird und was nicht. Die Perspektivenwahl und normative Vorentscheidung darüber, unter welchen Wertegesichtspunkten, Entscheidungen und Handlungsfolgen beurteilt werden können, ist- bezogen auf die Orientierung an den subjektiven Wertehorizont der Klienten, nicht unproblematisch. Hier sind professionelle Vermittlungsleistungen notwendig. Die Vertretbarkeit hypothetischer Folgen muss sowohl unter professionellen Werte- und Wissensaspekten als auch unter den Gesichtspunkten individueller Wertepreferenzen getroffen werden. Die Folgen von Interventionen und professionellen Vorstrukturierungen können sowohl über eine professionelle Beobachterperspektive als auch aus der Teilnehmerperspektive heraus analysiert werden.

Für die Interpretation moralischer Fragen bieten sich u.a. kasuistische Verfahren an. Maximen, Regeln und Leitprinzipien können unter bestimmten Umständen an die Situation fallspezifisch angepasst werden. Der Wert dieser Prinzipien bemisst sich an deren methodischer Praktikabilität im spezifischen Entscheidungsfeld (Remmers 1998; 290). Auch hier liegt der Fokus auf den Bedürfnissen der Patienten und der sich daraus ableitenden Verantwortung der professionell Pflegenden. Präskriptive Begründungen lassen sich nicht aus deskriptiv erfassten Handlungsvollzügen ableiten. Welche Werte in der Situation normativ verbindlich sein können, lässt sich nicht über deskriptive Analysen gewinnen. Die ebenso Kontingenten wie nicht antizipierbaren Perspektiven, erzeugen Ungewissheiten, die sich normativ nicht eindeutig auflösen lassen (Brumlik 1992; 156). Prozesshaft sich veränderte moralische Problemlagen und Werte, die im Verlaufe einer Krankheit bzw. eines Pflegeprozesses unterschiedlich gewichtet werden können, lassen sich nicht objektiv antizipieren.

### **9.3 Berufskodizes als Legitimationsgrundlage**

Berufsethische Kodizes signalisieren nach außen hin das moralische Prestige von Berufen. Sie zielen auf eine vertrauensstiftende Wirkung, d.h. über Berufskodizes soll die Integrität eines Berufes ausgedrückt werden (vgl. Remmers 1998; 258). Ethisch betrachtet dient ein beruflicher Kodex nicht vordergründig einem Streben nach Professionalisierung. Ausgangspunkt bleibt die konsensuell legitimierte ethische Sicht einer demokratischen Gesellschaftsformation (vgl. Arend/Gastmans 1996; 59). Aus einer gesellschaftlich legitimierten Theorie des guten Lebens heraus wird eine spezifische berufliche Tätigkeit für die Sittlichkeit und Selbstentfaltung des Individuums als konstitutiv erachtet (Brumlik 1992; 206). Prinzipiell soll der Berufskodex einer Profession, keinem politischen und strategischen Interesse unterworfen werden (Arend/Gastmans 1996; 61).

Die Maßstäbe für die Legitimität und das moralische Prestige des Berufes lassen sich nicht nur aus einem lebensweltlich generierenden Wertehorizont generieren. Die subjektiv unterschiedlichen Helfermotive stellen wertrational betrachtet keine gesellschaftliche Relevanz her. Der Pflegeberuf wird mit den Erwartungen und Realisierungsanforderungen der Gesellschaft konfrontiert. Entlang vorgegebener Zentralwerte (z.B. Gesundheit) wird ein Professionsverständnis artikuliert, das sich einem gesellschaftlichen Auftrag stellt. Charakteristische Merkmale von Professionen, mit besonderem Blick auf die Spezifik des Pflegeberufes, sind (Remmers 1998; 255) u. a. das Erbringen von Leistungen, die der Bestandssicherung und Reproduktion des gesellschaftlichen Lebens dienen, d.h. über die sich das gesellschaftliche Mandat begründen lässt, ein über Ausbildungsgänge generiertes Problemlösungswissen, das die Gültigkeit der Beurteilungskompetenz von Klienten normativ integriert und eine institutionalisierte Organisationsautonomie des Berufes, auf deren Fundament ein autonomes Satzungsrecht sowie Ausbildungs- und Berufsordnungen konstituiert werden kann, die den Zugang zum Beruf regeln.

Moralische Orientierungen (z.B. individueller Fallbezug, Unparteilichkeit, Vertraulichkeit, Wahrheit, Gerechtigkeit, Autonomie u.a.) konstituieren als maßgebende Grundsätze einen beruflichen Standeskodex. Die Verbindungslinien zwischen einer beruflichen Ethik und einer allgemeinen Ethik sind fließend, d.h. letztendlich werden berufsethische Normen gesellschaftlich nur dann akzeptiert, wenn sie mit allgemeinen Normen verbunden oder davon abgeleitet worden sind (Arend/Gastmans 1996; 59). Eine Offenheit zu sowohl allgemeinen als auch individuellen Ansprüchen besteht. In diesem Sinne wird der Maximencharakter von berufsethischen Orientierungen relativiert. Die (unaufhebbare) Spannung von allgemein gültigen Grundprinzipien und situationsnahen Handlungsregeln, die einen praxisbezogenen Fallbezug möglich machen, wird deklaratorisch präferiert (Remmers 1998; 260 f). Zwischen dem dekontextualisierten und kontextualisierten Charakter berufsethischer Orientierungen entsteht ein Raum, der lebendige Interpretations- und Begründungszusammenhänge notwendig macht. Die Stimulierung ethischer Reflexionen über berufliche Tätigkeiten innerhalb eines solchen berufsethischen Rahmens kann als eine spannende pädagogische Herausforderung verstanden werden.

Diese Grundsätze müssen bezogen auf das Berufsfeld Pflege modifiziert werden, ohne deshalb einen unmittelbaren Anwendungsbezug zu konstruieren. Trotz unterschiedlicher Professionen in sozialtherapeutischen/sozialpflegerischen Handlungsfeldern kann von einem kongruenten Normengefüge ausgegangen werden. Die normativen Grundsätze in den berufsethischen Orientierungen zeigen weitreichende Übereinstimmungen. Eine spezifische normative Wichtung moralischer Grundsätze entsteht durch eine in der Pflegebeziehung im besonderen Maße angelegte Asymmetrie. Normative Selbstbeschränkungen sind notwendig, um die Gefahren eines Machtmissbrauches einzudämmen (Remmers 1998; 256 f).

Darüber hinaus hat ein Berufskodex auch eine interne Funktion. Auf der Basis ethischer Selbstverpflichtungen wird, weitgehend entkoppelt von juristischen Zwängen, auf implizite Werte des Berufes orientiert. Eine verhaltenssteuernde Wirkung soll gewissermaßen über internalisierte berufliche Werte einsetzen, d.h. Professionelle sollen sich entlang eines positiv unterlegten beruflichen Habituskonzeptes orientieren, bzw. sich selbst kontrollieren (Remmers 1998; 259; Rabe-Kleberg 1993; 108).

## **9.4 Bedeutung von tugendethischen Konzepten in der Pflege**

Tendenziell erfolgt eine Ablösung von der Tugendlehre durch normenethische Deutungen der Moral. Insbesondere christlich geprägte Tugendkonzepte treten zusammen mit insgesamt schwindenden religiösen Einflüssen den Rückzug an.

Der Tugendbegriff ist tendenziell negativ besetzt. Er avanciert zum altmodischen Überbleibsel, häufig auch in Verbindung mit der Kritik an historisch korrumpierten Sekundärtugenden wie z.B.

Gehorsam, Disziplin und Pünktlichkeit. Anders akzentuiert gilt das Interesse der Tugendlehre u. a. auch der Selbstverantwortung und Charakterbildung der autonomen Persönlichkeit.

Der Verlust bzw. die Überwindung des Tugendbegriffes wird zu einem Indikator für die moralische Krise der Gegenwart. In der Krise wird der Verlust des Tugendbegriffes z. T. bedauert. In diesem Sinne bieten sich unideologische Neubesinnungen und zeitgemäße Wiederaufnahmen an (Honecker 1990; 165).

#### 9.4.1 Verantwortungsethische Entwicklungslinien im Kontext der Tugendethik

Im klassischen Sinne konstituiert sich der Ethos pflegerischen Handelns auf der Basis metaphysischer Vorannahmen (vgl. Remmers 1998; 211). Eine in der Pflege traditionell verankerte Tugendethik basiert auf einem Wertekatalog, der mit geschlechtsspezifischen Attributionen angereichert ist. Das Ansprechen von psychosozialen Dispositionen über weiblich besetzte Tugenden, wie z.B. Altruismus, Friedfertigkeit, Vertrauen, Mitgefühl, Einfühlung, Zuwendung, Demut u.a., steht in der Tradition eines christlich religiösen Wertsystems (ebenda; 213). Die geschlechtsspezifische Zuweisung von (weiblichen) Gefühlswerten wird z.T. in säkularisierte Berufsauffassungen integriert. Ein offensives berufliches Selbstbewusstsein wird in der helfenden Sorge um den Anderen möglicherweise aufgegeben. Die selbstbewusste Herausstellung des Selbstpflegedankens wird vernachlässigt, d.h. die Person des professionellen Helfers bleibt weitgehend unsichtbar. Die institutionelle und organisatorische Verwobenheit des sich aus einem caritativen Kontext heraus entwickelnden pflegerischen Ethos bleibt deutlich und spiegelt sich bis heute in Ausbildungsrichtlinien wider. Die Konnotation zu christlichen Tugenden verfestigt tendenziell das Leitbild von Pflege als -Nicht -Beruf- (Remmers 1998; 215). Die Verfestigung eines solchen Dienstverständnisses kann eigenständige Professionalisierungsbemühungen durchaus beeinträchtigen.

Neben der caritativen Traditionslinie hat sich eine im Schatten medizinisch-technischer Entwicklungen stehende Krankenpflege entwickelt.

Diese grob schematisierten zwei Entwicklungslinien charakterisieren ein pflegerisches Interaktionsverständnis, das zwischen caritativer Nähe und technischer Distanz verortet werden kann.

Tendenziell wird in der modernen Professionalisierungsdebatte eine stärkere Rollendistanz präferiert. Das Festhalten an einer emotionalen Unmittelbarkeit in der Pflege bzw. an einem traditionellen Dienstverständnis, das an weibliche Zuwendungshaltungen anknüpft, wird im Zuge einer Polarisierung zwischen alten und neuen Werten als strukturelle Schwäche des Pflegeberufes begriffen. Eine Konkurrenz zwischen diesen Wertensystemen konstruiert eine Rangfolge, die eine weichere, wechselseitige Integration unterschiedlicher Werteakzente behindert. Die Verschiebung motivationaler Grundlagen erschwert ein Ansprechen über traditionelle Wertesysteme. Sich für den Beruf aufzuopfern, kann nicht mehr selbstverständlich erwartet werden. Trotz des kontinuierlich aufrecht erhaltenen Appells an intrinsische Arbeitsmotive (Umgang mit Menschen/anderen Menschen helfen u.a.) sind einseitige altruistische Wertekonstruktionen bei der Ergreifung des Pflegeberufes nicht mehr ausreichend tragfähig. Die sich im Zuge eines Säkularisierungsprozesses abzeichnenden Motivationsverschiebungen haben auch zu einer Entmystifizierung der weiblichen Fürsorgemoral geführt (Rommespacher 1992; 81 f.). Neben einer Motivierung altruistischer Intentionen sind auch attraktivere Außenreize für den Beruf notwendig. Die kulturkritische Klage über die Verberuflichung des Pflegeberufes ist zudem nicht frei von ökonomisch intendierten-funktionalen Instrumentalisierungen (Arndt et al 1996; 13 ff).

Eine zumindest theoretische Integration von privaten und beruflichen Interessen wird angestrebt. In der Debatte um eine gute Pflege treffen sich traditionelle und moderne Orientierungen, die optimistisch formuliert zu neuen Motiven und beruflichen Leitbildern führen können (Rommespacher 1992; 72). Die Differenzierung des Pflegesektors in ganz unterschiedliche

Bereiche macht eine berufliche Verortung entlang individuell bevorzugter Berufsauffassungen, Berufsstile, Zielsetzungen stärker möglich.

#### 9.4.2 Spannung von objektiven Erwartungen und subjektiven Dispositionen

Angesichts der Vielfalt und Unbekanntheit von normenethischen Theorieansätzen gewinnen individuelle Wertpräferenzen beruflicher Akteure an Bedeutung. Einerseits machen professionelle Akteure ihr Tätigwerden von den für ihre Profession gültigen Beurteilungsmaßstäben abhängig, andererseits orientieren sie sich auch an individuell sinnstiftende Wertpräferenzen und subjektiven Dispositionen. Die Ausübung beruflicher Rollenkompetenzen wird auch über subjektive Einstellungsmuster legitimiert. Die Verinnerlichung eines beruflichen Wertesystems (Zugewiesene Berufsrollen, Kompetenzmerkmale, Typisierung von Werthaltungen u.a.) sind als Deutungssysteme institutionalisiert (vgl. Remmers 1998; 210).

Die für die Mitglieder einer Profession festgelegten ethischen Maßstäbe bieten für das Handeln in institutionell gefassten Rollen möglicherweise berufliche Verlässlichkeit und Integrität.

Insbesondere in kontextabhängigen Entscheidungs- und Beurteilungssituationen erhalten private Lebens- und Wertekonzepte eine wachsende Orientierungsrelevanz.

Individuelle Motivlagen werden über eine traditionelle Tugendethik möglicherweise eher affiziert als über posttraditionelle Wertekonzepte, die doch wesentlich abstrakter, gefühlsferner artikuliert sind.

Der Versuch emotive Aspekte einer Moraltheorie zu rehabilitieren, ohne diese reflektorisch als eine typisch weibliche Moral zu diskreditieren, mit dessen (instrumenteller) Hilfe die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern über starre Rollenzuschreibungen und patriarchalisch geprägte Verhaltenserwartungen manifestiert werden soll, kann interessante Perspektiven für die Pflege eröffnen. Hier wird die öffentliche, an der Autonomie und Reziprozität der Akteure ausgerichtete universalistische Moralperspektive durch eine eher private Sphäre ergänzt. Dieser Akzent macht einen Bezug zu asymmetrischen, affektiv verankerten Bedürfnissen möglich. Die Orientierung an den generalisierten Ansprüchen eines abstrakt autonomen Subjekts kann über eine Perspektive konkretisiert werden, die sich anteilnehmend an einem konkreten Anderen orientiert. Aus diesem Fürsorgeverständnis entsteht ein Sensorium für mögliche, aber nicht hinnehmbare Leiden (Remmers 1998; 272).

Der notwendige Gehalt zu einer selbstbezüglichen Werteethik konstruiert einen rational begründeten Handlungstypus, mit dessen Hilfe sich eine über verbindliche Gründe konstituierende Entscheidungsfindung nachvollziehen lässt (vgl. Habermas 1992; 77 ff). Aus der Verantwortungsbeziehung gegenüber dem individuell Hilfebedürftigen heraus sind pflegerische Handlungen zu legitimieren (vgl. Remmers 1998; 223). Die private Erfahrungswelt öffnet den Zugang zu privaten Werten, wie Liebe, Mitgefühl, Empathie, Fürsorglichkeit, Hilfsbereitschaft, die als geschlechtsunabhängige Kategorien gleichberechtigt neben formalethische (universalistische) Moralkonstrukte gestellt werden können. Um eine gerechte, an moralischen Prinzipien orientierte Entscheidung in der Pflege zu treffen, sollen individuelle Wertpräferenzen in Rahmen eines moralischen Dialogs narrativ evaluiert werden (Remmers 1998; 266). Egalitäre Prämissen sind an die konkrete Perspektive des Anderen gebunden (vgl. Honneth 1994; 196). Eine Drosselung von Aktivitäten statt einer standardisiert ablaufenden (zwanhaft) Hilfeleistung erfordert eine Gelassenheit, die eine Aufmerksamkeit bzw. Sensibilität möglich macht, aus der heraus Benachteiligungen individuell erfasst und analog dazu das Maß an Hilfe bestimmt werden kann (ebenda; 203). In diesem Kontext können die Wertpräferenzen des Patienten in Beziehung zu seinen Handlungsmöglichkeiten gebracht werden. Ziel bleibt es, den Klienten auch bei verändertem Selbstverständnis und eingeschränkten Handlungspotentialen unterstützend ein "authentisches Leben" zu ermöglichen (Habermas 1992; 11 f). Das Einfühlen in die Lage des konkreten Anderen heißt, dessen Stimme Gehör zu verschaffen. Die persönliche Betroffenheit eröffnet eine Zugangsmöglichkeit zu einer konkreten Person, die einem ergänzenden Horizont, zu einem sich

gegenüber emotiven Wertehorizonten verschließenden diskursethischen Modell, darstellt (Honneth 1994; 203 ff).

### 9.4.3 Beziehungs- - und Interaktionsaspekt in M. Bubers Konzept der dialogischen Zwischenmenschlichkeit

In der Hinwendung zur klassischen Konstruktion der Pflegedyade gewinnen tugendethische Konzepte an Gewicht. Eine sich auf tugendethische Prinzipien stützende Pflege stellt den Beziehungs- bzw. Interaktionsaspekt explizit heraus (Schwerdt 1998; 405). Deren Einfluss auf Ethikkonzepte in der Pflege ist innerhalb dieses Rahmens bedeutsam (dazu Benner 1997).

Insbesondere das Nähe-Distanzverhältnis rückt dabei in den Blick. Dabei wird verstärkt der Beziehungsaspekt ausgeleuchtet und mit professionellen Haltungen der Pflegeperson in Verbindung gesetzt. Das auf die Beziehung mit dem Pflegebefohlenen gerichtete Pflegen rückt die interaktive Dimension in den Vordergrund. Professionell scheint weder eine betont sachliche Distanz noch eine Überidentifikation mit dem Hilfe- und Pflegebedürftigen. Ein professionelles Verhältnis ist in diesem Sinne ein Verhältnis, in dem die wesenhafte Verschiedenheit zwischen den Partnern fort dauert, zugleich aber auch noch in solcher Nähe die Selbstständigkeit des Menschen gewahrt bleibt (Buber 1992; 306 f; Schwerdt 1998; 402).

Monologische Interessen und Vorlieben sollen möglichst aus den beruflichen Interessen herausgehalten werden.

Nur in der Begegnung mit einem Du kann der Mensch zu sich selbst kommen. Das Eintreffen derselben Wirklichkeit "so Blick in Blick, Wink in Wink, Wort in Wort, dass ich sie als mir und mich als ihr gereicht, sie als zu mir und mich als zu ihr geredet erfahre", konstituiert eine besondere Pflegesituation (Buber 1992; 307). Das aufmerksame „Ernstnehmen“ des Gegenübers schafft jenseits vom asymmetrischen Beziehungsverhältnis eine Art Ausgleich. Die Polarität zwischen Tun und Nichtstun hebt sich auf (Schwerdt 1998; 417).

Grundsätzlich geht es um die Einschränkung einer in der asymmetrischen Beziehung liegenden Gefahr des beherrschten Helfens. Im normativen Sinne erfolgt eine Aufforderung zum Dialog. Dialogunfähige Personen können in diesem Sinne eine (moralisch) gute Pflege nicht leisten.

Ein Dialog stellt sich nicht allein über optimale Umgebungsvariablen und rational klar bestimmbare Alternativen her. In M. Bubers Konzept der dialogischen Zwischenmenschlichkeit wird eine Ebene eröffnet, die über ein ergänzendes Wirklichkeitsverständnis versucht, sich an die irrationalen Aspekte des Leibes und den verwobenen Charakter der pflegerischen Interaktion, anzunähern (ebenda; 264 ff).

Das Herausschälen des Selbstpflegedefizites, die über Beobachtungen und Betrachtungen gewonnenen Erkenntnisse, lassen sich nach Buber nur in der Beziehung, das heißt dialogisch gewinnen (ebenda; 405). Die Haltung des Dialogischen stellt die situative Begegnung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen als eine zulassende u. erwirkende, nicht übergreifende Beziehung in den Vordergrund (Schwerdt 1998; 405). Das "Sich-wieder-Hinwenden" kann als Umkehr von der Verfremdung, der "Entwirklichung" des Ich, das sich in einer einseitigen und exzessiven Fall- und Funktionsorientierung manifestiert, verstanden werden (Buber 1992; 102). Auch wenn dieses Hinwenden möglicherweise eine Offenheit bzw. eine Motivation verlangt, die ohne einen religiös metaphysischen Wertehintergrund kaum umsetzbar scheint, kann Bubers Aufforderung zum Dialog in der Pflege einen Hemmung auslösen, den Anderen repräsentativ dinghaft zu machen. Die fraglose Selbstverständlichkeit pflegerischer Interventionen und Situationszuschreibungen kann im Wissen um die Schuldhaftigkeit pflegerischer Sichtweisen aufgeweicht bzw. ergänzt werden. Ohne auf pflegerische Deutungs- -und Verstehensmuster verzichten zu können, bleibt die Fragilität eines solchen unvollkommenen Wissens sichtbar. Aus dieser Ungewissheit heraus entwickelt sich die Aufforderung einer Selbstbescheidung des Geltungsanspruches von medizinischen und pflegerischen Handlungswissen.

Die ethische Empfehlung, sich auf den Dialog einzulassen, hat eine religiöse Dimension, ohne auf aber auf eine religiöse Legitimation angewiesen zu sein. Die Kultivierung des dialogischen Prinzips ist an soziale Kompetenzen gebunden. Diese erstrecken sich u. a. auf Mitleidsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Hilfsbereitschaft und Fürsorge, deren Verberuflichung und Institutionalisierung in einem leistungsorientierten Werterahmen nur randständig möglich scheint. Im Primat des Dialogischen liegt keine Aufforderung zur ununterbrochenen Begegnung (Schwerdt; 403). Eine kontinuierliche, rein dialogische Beziehung kann es nicht geben. Der Dialog gleicht eher einem Ereignis, das in der Profanität des beruflichen Alltags auftaucht und wieder verschwindet. Das wechselseitige Eingehen wird zu einem situativen Durchbruch innerhalb des „Gerassels der Routine“ (Buber 1992; 170; Schwerdt 1998; 417). Die Orientierung liegt auf dynamischen „Caring Moments“, in denen Pflegende aus dem Moment heraus handeln, indem sie ihr Mitgefühl und ihren Mut einsetzen (Schwerdt 1998; 420).

#### 9.4.4 Distanzierungs- und Objektivierungsbemühungen

Das überschießende Einfordern des Dialogs führt fast zwangsläufig in eine Konkurrenz zwischen Dialog und Sachbezug in der Pflege. In der schematischen Gegenüberstellung von zweck- und wertrationalen Positionen geraten persönliche Rückzüge und Ablendungen aus dem dialogischen Bereich aus dem Blick. Problematische Verhaltensmuster verweisen auch auf eine dialogische Mangelsituation. Zeitknappheit und organisatorisch angelegte Arbeitsüberlastungen müssen als restriktive Rahmenbedingungen markiert und politisch aufgegriffen werden, bieten aber kein Alibi, persönliche Bemühungen um eine humane Pflegebeziehung niedrig zu halten oder von sich wegzuführen (Schwerdt 1998; 411). Das Dialogische bleibt etwas spontanes, das produktionssteigernd von außen nicht inszeniert oder erzwungen werden kann.

Begegnungen mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sind in der Regel Treffen unter nicht reziproken Bedingungen. Im ethischen Sinne bleibt der erzieherische Einfluss gegenüber diesen Menschen nachrangig. Normative Ansprüche beziehen sich in erster Linie auf die Pflegekräfte. Eine Dialogbereitschaft soll gewissermaßen selbsterziehend in sich geweckt werden (ebenda; 408).

Die Akzeptanz und Integration von Leiden und unaufhebbarer Krankheit bleibt ein in der Realität eher selten anzutreffender Zustand. Hilfe- und Pflegebedürftige sind somit zumeist Patienten wider Willen (ebenda; 410). Eine ablehnende Einstellung gegenüber der eigenen Lebenssituation, ihr Altern und den herannahenden Tod und gegen die Endgültigkeit der Verluste scheint typisch. Die Unzufriedenheit bzw. Ablehnung tritt den Pflegenden entgegen. Sie sind vor diesem Hintergrund auch Ziele des Zornes (ebenda; 410).

In der Spannung von düsterer, drohender Begegnung und idyllisierender Selbstfindung sollen Begegnungen situativ genau bestimmt werden. Dem Dialogischen haftet etwas Chaotisches und Ungesichertes an. Insbesondere in pflegerischen Grenzsituationen ist das Risiko der Begegnung groß. In der Konfrontation mit chronisch Kranken und sterbenden Menschen sind chaotische Momente eingelagert. Auf Verzweiflung, Resignation und (Überlebens-)Kampf spontan und verantwortlich zu reagieren erfordert Mut. Pflegende setzen sich dabei selbst tiefgreifenden Konflikten und Schuldgefühlen aus (ebenda; 408).

Das persönliche Zurückziehen hinter Messungen und Klassifikationen stillt das verständliche Bedürfnis, solche verschlingenden Abgründe handhabbar und objektivierbar zu gestalten.

Das Berufsverständnis von Pflegenden kann von diesen Verobjektivierungen dauerhaft ebensowenig zehren wie von der unpersönlichen Erbringung pflegerischer Dienste, in denen Pflegende letztendlich zu austauschbaren Lieferant/Innen werden. Eine mit den „Dämonien vertraute Selbstheit kann sich diesen Chaos möglicherweise stellen (Schwerdt 1998; 407 f). Hinter einer solchen Haltung steckt biographische Arbeit sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion. In diesem Kontext wird der Pflegeberuf auch zu einem geistigen Beruf (ebenda).

Für einen Beruf, der zu einem wesentlichen Teil auf Gefühlsarbeit basiert, sind positive Gefühle gegenüber den Anderen eine basale Beziehungsvoraussetzung. Den Anderen in seiner Besonderheit

gerecht zu werden, ist ohne eine distanzierende, vom eigenen Standpunkt abstrahierende, Perspektive nicht möglich. Die Grenze zum Anderen muss auch kognitiv sichergestellt werden, um die Besonderheit des Einzelnen zu erkennen und sich darüber hinaus auch gefühlsmäßig zu regenerieren. Pflegeprofessionelle bewegen sich sowohl in einer affektiv-engagierten als auch in einer distanziert analytischen Rolle.

Das diskursethische Modell der idealen Rollenübernahme eröffnet eine kognitive Ebene, in der das Verharren in gefühlsmäßigen Abhängigkeiten über eine Ebene wechselseitiger Verständigung wieder aufgelöst werden kann. Aus der Gefahr einer verfestigten paternalisierten Fürsorge bleibt die selbstkontrollierende Orientierung an der Autonomie des Klienten auch bei prinzipiell asymmetrischen Pflegebeziehungen relevant. Gerade die eingeschränkte Selbstobjektivierungsfähigkeit von Patienten, insbesondere in Zuständen von Hilflosigkeit und Schmerz, erfordern eine Orientierung am Autonomieprinzip. Die Nachteile von Nichtsouveränität sollen somit bewusst ausgeglichen werden. Der Gleichheitsgrundsatz bleibt erhalten. Der Schutz vor den Folgen von Unvernunft legitimiert ein paternalistisches Pflegemuster. Gleichheits- bzw. Gerechtigkeitsvorstellungen bleiben als Orientierung bestimmend. Die gewachsenen lebensweltlichen Bedürfnisse sollen durch paternalistische Pflegemuster nicht vollständig negiert werden. Ein Minimum an seelischer und körperlicher Integrität muss auch unter den Bedingungen von eingeschränkter Autonomie gesichert werden (z.B. Schmerzfreiheit, Ermöglichen vitaler Lebensbezüge u.a.).

Im Wechselspiel von Aktualität (Ich-Du Begegnung) und Latenz (Es) liegt möglicherweise der Schlüssel für eine gelingende Pflege (Schwerdt 1998; 402-406). Die auf der rational-sprachlichen Ebene gewonnenen Erkenntnisse konstituieren Pflegeziele und Hilfemaßnahmen, die sich aus dem zwischenmenschlichen Dialog entwickelt haben. Kognitive Distanzierungen gegenüber tragenden Gefühlseinstellungen sind insbesondere in situativ eintretenden Handlungskonflikten notwendige Abstraktionsleistungen.

Die aus solchen Situationen entstehenden Verunsicherungen und Dissonanzerfahrungen sind unvermeidbare Zumutungen (Remmers 1998; 220). Gefühlseinstellungen und theoretische Einstellungen lassen sich nicht polar entkoppeln. Die Befürchtung einer wechselseitigen Aufzehrung von Werten, von einer zu technischen bzw. einer zu emotiv aufgeladenen Pflege, erweisen sich für den Professionalisierungsprozess als kontraproduktiv.

In einem Geflecht von bestehendem Verantwortungsgefühl und sich objektiv verantworten müssen, kommt es dazu, genau abzuwägen, was ich unterlasse oder tue. Dass für alle kausalen Handlungen von Menschen Rechenschaft verlangt werden kann, stellt die Vorbedingung von Moral dar. Das im Zusammenhang mit einer Tat auftretende Vor- bzw. Nachgefühl ist zwar moralisch, kann aber nicht als ein allgemeines Prinzip für eine ethische Theorie angesehen werden. Verantwortung heißt, sich die möglichen Folgen von Handlungen zu vergegenwärtigen und im Kontext dazu die in der Situation sinnvollste Entscheidung zu treffen (vgl. Jonas 1998; 172 ff). Das "Was soll ich tun" ist mit dem "Was ist für mich das Gute" nur schwer in Übereinstimmung zu bringen (Remmers 1998; 22).

Grundsätzlich ist die Rechtfertigung und Integration individueller Wertekonzepte in postkonventionelle Wertekonzepte nicht hinreichend möglich. Die Abstraktion von individuellen Motivlagen, persönlichen Lebensentwürfen und Stilen kann als ein Schwachpunkt von allgemein abstrahierenden Moralkonzepten angesehen werden.

In diesem Kontext ist die moralische Ausrichtung an einer Lebensform, für die bezogen auf einem konkreten Fall die Fürsorge übernommen wird, der maßgebliche ethische Ausgangspunkt (Remmers 1998; 221). Der verletzbare Mensch stellt eine das Leben begleitende Möglichkeit dar. Aus dieser Sicht wird Pflege zu einer biologisch anthropologischen Konstante (ebenda; 222). In diesem Sinne kann Pflege als eine intuitive Antwort auf natürliche Versehrbarkeiten verstanden werden. Die unproblematische Annahme eines intuitiv richtigen moralischen Bewusstseins erweist sich in der Pflegepraxis als äußerst fragil. Ein normativer Rahmen von außen dient dem Schutz von Identitäten bzw. den Raum für die Entfaltung individueller Orientierungen. Pflege ist von asymmetrischen

Verpflichtungsverhältnissen geprägt. Im emphatischen Begriff der menschlichen Würde treffen sich universalistische Ethik und Fürsorgeethik (Remmers 1998; 272).

In einem Beruf, dessen Ort durch die Überschneidung privat-persönlicher und öffentlich-beruflicher Lebenswelt gekennzeichnet ist, kann der private Bereich vom Arbeitsbereich schwer abgespalten werden. Die Grenzen des beruflichen Auftrages sollen realistisch eingeschätzt werden, Die Forderung nach einer in der Pflegedyade aufrecht zu erhaltenden Gefühlsneutralität und Beschränkung privater Beziehungen dient in diesem Sinne eher der Markierung von Grenzen bzw. Demarkationslinien.

Eine kontinuierliche personale Zuordnung schafft möglicherweise eine Konstellation, die solche Grenzziehungen erschwert. Die Fokussierung auf wenige Patienten bzw. eine Pflegekraft kann durch eine rotierende, alle Pflegekräfte einbeziehende Pflege des gesamten Patientenstamms aufgeweicht werden. Die realistische Einschätzung der eigenen Wirksamkeit wirkt persönlichen Gefühlen der Überforderung entgegen. Überhöhte Ziele und berufliche Idealvorstellungen führen tendenziell eher zu Resignation oder Verantwortungslosigkeit (Schwerdt 1998; 415; Buber 1992; 296). Die Relativierung der eigenen Bedürftigkeit stellt somit nicht zwangsläufig eine aufopferungsvolle Haltung bzw. ein neurotisches Helfertum dar. Aus der dialogischen Bestimmung des individuellen Sorgebedarfs entwickeln sich helfende Handlungen, die zu wechselseitigen Rückgaben führen können. Hilfsbedürftigkeit und Hilfsfähigkeit weichen einander nicht aus, sondern werden geweckt (Schwerdt 1998; 297).

## 9.5 Zusammenfassung

Wie lassen sich verantwortungsethische Fragen begründen? Ausgehend von einem Interaktionsgeschehen, in dem sich die Perspektiven von Professionellen und Patienten kontextuell verschränken, werden die Deutungsangebote und Wertpräferenzen der Klienten zum wesentlichen Ausgangspunkt einer professionellen Handlungsorientierung. Der methodische Zugang zur individuellen Fallanalyse wird mit einem institutionalisierten Handlungsverständnis sowie einem erkenntnistheoretischen Vorverständnis über den Gegenstands- und Handlungsbereich umfassend verknüpft.

Das kontextualistische Prinzip reicht allein nicht aus um praktische Fragen, insbesondere in konflikträchtigen Situationen, verbindlich zu lösen. Die Legitimität professioneller Eingriffe lässt sich nicht nur über Situationdefinitionen bzw. entlang eines allgemein unterstellten Leidens- und Notbegriff herstellen. Konsensuelle Verfahren sind notwendig, die auf der Basis von für alle verbindlichen Normen das situative Interaktionsgeschehen reflektiert regulieren. Diese mit universalistischen Geltungsansprüchen versehenen Normen sollen über empirische Informationen fallweise konkretisiert werden (Remmers 1998; 406). Die in der Pflege typischen asymmetrischen Beziehungen zwischen professionell-client sollen (nicht nur idealitär) reziprok gestaltet werden. Im Idealfall kann in einem kommunikativ geführten Verständigungsprozess die Situation wechselseitig interpretiert und das Maß an Hilfe, mit einer zustimmenden bzw. ablehnenden Stellungnahme, legitimiert werden. Aus diesen Rahmen heraus entwickelt sich die Beziehung zwischen professionell -client. Dieser diskursethisch fundierte Anspruch ist in seiner realen Umsetzung mit Anwendungsproblemen verbunden. Da die kognitiven Voraussetzungen bzw. die Souveränität des Patienten eingeschränkt sein kann, lässt sich ein Konsens über pflegerische und therapeutische Interventionen nur schwer herstellen. Es treten erhebliche Begründungsschwierigkeiten auf. Die eingeschränkte Fähigkeit von Hilfebedürftigen ein Delegationsverhältnis zu begründen, rechtfertigt paternalistische Handlungsstrukturen.

Das Machtgefälle in der Pflege muss real ausgeglichen werden. In dieser für die Pflege typischen Konstellation von Ungleichgewicht lassen sich diskursethische Elemente mit einer advokatorischen Theorieebene verbinden. Auch bei stellvertretenden Handlungsmustern bleibt die diskursethische Legitimation erhalten. Die Wiederherstellung von Eigenständigkeit (auf welcher Stufe auch immer)

bleibt als anzustrebendes Ziel handlungsleitend. In sofern stellt eine advokatorische Ethik eine Diskursethik mit "Zusatzkautele" dar (Remmers 1998; 410). Der provisorische Kern advokatorischer Handlungen ergibt sich aus einer prinzipiell prozessualen, zeitlich jederzeit revidierbaren Handlungsperspektive. Dieser Grundsatz kann prognostisch betrachtet aufgehoben sein, wenn die Möglichkeit eines nachträglichen Diskurses nicht gegeben ist. In solchen Situationen ist eine ethische Verlagerung zur personalen Würde des Klienten notwendig. Die Würde der Person muss geachtet und geschützt werden, auch wenn die perspektivische Entwicklung seiner personalen Freiheit bzw. Souveränität ausgeschlossen werden kann. Entscheidend bleibt die Sicherung physiologisch -biologischen Integrität als eine konstitutive Bedingung von Freiheit. Maßgebend bleibt die antizipatorische Berücksichtigung seines (potentiellen) Willens bzw. seiner Zustimmung. Moralische Regulative für Interventionen bewegen sich im Rahmen einer Diskursethik, einer advokatorischen Handlungsethik und entlang des Prinzips der Würde (vgl. Remmers 1998; 410). Über spezifische Wahrnehmungs- -und Interaktionsstrukturen, bzw. praktisch eingeübte Deutungs- und Urteilmuster soll das Machtgefälle über eine diskursive Professionalität ausgeglichen werden (Ferchhoff 1993).

Die advokatorische Perspektive zielt nicht auf eine professionelle Hilfebeziehung, in der der Sinn von Handlungen intersubjektiv geteilt werden muss. Vorrang hat die Orientierung an einer sich unter authentischen Gesichtspunkten bildenden Subjektivität. Die sich daran anschließenden Gesichtspunkte, wie z.B. der individuellen Befindlichkeit, der Stimmigkeit der Handlungen eines Akteurs mit seinem Selbstverständnis u.a., rücken in den Vordergrund (Brumlik 1992; 218). In dieser Betrachtung verbindet sich eine advokatorische Ethik mit existentiell engagierten Gesichtspunkten (Remmers 1993; 412). Existentiell engagiert bedeutet in diesem Zusammenhang, sich vorbehaltlos gegenüber der Einzigartigkeit des Anderen, seinen Wertansprüchen und Lebenskonzepten zu öffnen. Diese Öffnung gegenüber den Klienten stellt ein korrekatives Moment gegenüber paternalistischen Verfügungen bzw. einseitig professionalisierten Wirklichkeitskonstrukten dar (Remmers 1993; 414).

Die Einschränkungen der Autonomie von Klienten verursachen ein Entscheidungs- -und Handlungsgefälle. Dieses Gefälle muss in jeden Einzelfall genau differenziert und begründet werden. Das Ausmaß paternalistischer Eingriffe legitimiert sich an den stellvertretenden Deutungen und Handlungen, die sich am empirisch vorfindbaren Maß der Selbstvertretung verifizieren. Das Maß an unterstützenden und abnehmenden Hilfeleistungen soll aus mehrschichtigen Situationsdeutungen heraus entfaltet werden. Der provisorische Kern eines advokatorischen Handlungsverständnisses zielt auf aktivierende Situationsdeutungen, die nicht nur stützen und substituieren, sondern auch neue Optionen und Handlungsstrategien möglich machen. Diese Strategien sollen sich aus der Perspektive des Klienten heraus entwickeln, d.h. von ihm selbst ausgewählt werden.

Den Sinn von Handlungen konstruiert der professionelle Akteur nicht monologisch. Ethische Ansprüche konstituieren sich über eine phänomenologische und hermeneutische Rekonstruktion von Beziehungen. Die Rekonstruktion von Struktureigenschaften des Interaktionsgefüges zwischen professionell -client ist für die Realisierung ethischer Normen unabdingbar. Die vormundschaftliche Vertretung bewegt sich entlang zweier grundsätzlicher Gesichtspunkte. Zum einem an den individuellen und sozialen Folgen und deren Akzeptanz von Seiten der unmittelbar bzw. mittelbar Betroffenen und zum anderen an den professionellen Maximen und Werthaltungen (vgl. Remmers 1993; 408 f).

Angesichts des köpernahen Handlungsradius von Pflege zeigt sich die begrenzte Reichweite von wissenssoziologisch geprägten Pflgetheorien, professionellen Wirklichkeitskonstruktionen sowie intentionalen Handlungszielen.

Die sich auf den Bereich des "Nicht-Selbst" (Vogel 1990) beziehenden Kompetenzen beziehen sich auf einen Bedürfnisbereich, der in der Professionsdebatte weniger stark reflektiert wird.

Die zunehmende rationale Durchstrukturierung des Pflegesektors scheint so okupativ, dass eine solche Orientierung nur an den Rändern von Professionalisierungsdiskursen in der Pflege sichtbar wird (dazu u.a. Spranger 1995; Remmers 1993; Koch-Straube 1997).

Das Einlassen auf die Symboldimension des Körpers verweist auf eine Wirklichkeit, die zu verstehen einer Kompetenz bedarf, die Remmers als "maieutische Kunst" bezeichnet (Remmers 1998).

Die ungewohnte und fremde, mit Unbehagen und Unsicherheit einhergehende Wahrnehmungsorientierung an Sinneseindrücken, erfordert ein Beobachtungsvermögen, das auch die Wahrnehmung der eigenen körperlichen Involviertheit im Pflegeprozess einbezieht. Eine solche Wahrnehmungsebene ist aktuell gesehen in der Pflege kaum etabliert. Eine an Sinneseindrücken geschulte Wahrnehmung ist methodisch und institutionell in der Pflege unzureichend verankert.

Das denkende Verstehen-wollen eines Wirklichkeitsbereiches, der in seiner Komplexität so nicht verstehbar scheint, heißt nicht per se im Stadium des Nicht-verstehen-können zu verharren. Ob eine inszenierte Anwendung erkenntnisstrukturierender Hilfskonstruktionen einen Ausweg aus der "Absurdität" des Nichtverstehens darstellt, soll angesichts eines manifesten Handlungsdruckes nicht vorschnell verworfen werden.

Neben diesen, über selektive Konstrukte hergestellten Orientierungshilfen, die pflegerische Handlungsabläufe möglich und z.T. durchschaubar halten, bleibt aber ein Gefühl der Unzulänglichkeit. Die fremde Welt des Pflegebedürftigen bleibt gewissermaßen unnachgiebig und inhaltlich unbestimmt (Koch-Straube 1997).

Das berufsethische Programm einer "diskursiven Professionalität" integriert die Einsicht in die limitierenden Bedingungen der eigenen beruflichen Tätigkeit (Remmers 1998). Ohne auf pflegerische Deutungs- und Verstehensmuster verzichten zu können, bleibt die Fragilität eines solchen (unvollkommenen) Wissens sichtbar. Aus dieser Ungewissheit heraus entwickelt sich die Aufforderung einer Selbstbescheidung bzw. Geltungsanspruches des medizinischen und pflegerischen Handlungswissens.

Trotz aller Planung und Strukturierung bleibt der Charakter des Überraschenden, Chaotischen, nicht Vorhersehbaren erhalten. Belastungen und Herausforderungen liegen eng zusammen. Den Blick nach allen Seiten hin perspektivisch offen zu halten und angesichts eines unentwegt vom Risiko des Misslingens und Scheiterns bedrohten "Arbeiten in Ungewissheit" pragmatisch standhalten zu können, stellt eine anspruchsvolle, vielleicht zu anspruchsvolle, professionelle Herausforderung dar (Remmers 1998; 417).

## I. Zusammenfassung und Zwischenbetrachtung zur ersten Untersuchungsebene

Die einschneidenden wirtschaftlichen, demografischen, politischen und geistigen Veränderungen in der Gesellschaft spiegeln sich auch im gesellschaftlichen Teilbereich Pflege wider. Die durch Modernisierungsprozesse ausgelöste strukturelle Umorganisation der Pflegepraxis hat zu einem veränderten Berufsbild in der Pflege beigetragen.

Ein solcher Prozess kann u. a. über den Wandel von professionsbezogenen Leitbildern in der Pflege nachgezeichnet werden. Als übergeordnete Handlungskonzepte bleiben sie an bestimmte Geschichtsphasen und gesellschaftliche Umbrüche gebunden, die in ihrem Gehalt rekonstruiert und gedeutet werden können.

In Anlehnung an K. Mannheim (1995) werden soziale Leitbilder durch utopische, konservative und ideologische Bewußtseinsinhalte bestimmt. Die im Kontext der Leitbildidee bestimmbar utopischen Elemente erscheinen gegenwartsbezogen in ihrer Bedeutung eher abgeschwächt. Diese Abschwächung bzw. Auflösung des Utopischen kann in enger Verbindung mit der starken Ausrichtung auf das sozialökonomische gesehen werden. In der Bilanz bleiben eindeutige Leitbilder problematisch, insbesondere dann, wenn sie eine unkritische Eindeutigkeit und missionarische Dominanz entfalten und rechthaberisch mit Objektivitäts- bzw. Wahrheitsansprüchen versehen werden. Vor dem Hintergrund dieser sozialphilosophischen Folie können unterschiedliche Dimensionen von Leitbildern in der Pflege in ihren Entwicklungslinien nachgezeichnet werden.

Im Rahmen solcher Einordnungsversuche sind pflegebezogene Leitbilder keine sozialen Utopien im umfassenden Sinne. Trotz dieser Einschränkung werden in pflegerischen Leitbildern Visionen sichtbar, die eine über den alltäglichen Pflegehorizont hinausgehende, wünschenswerte Pflegevorstellung skizzieren. Sie konstituieren einen Maßstab, der eine Kritik am faktischen Pflegealltag möglich macht. Utopische Ausrichtungen bleiben somit ein charakteristisches Element von Leitbildern in der Pflege.

Darüber hinaus werden im Spannungsfeld von verschwindenden und wieder belebten Leitbildern tragende Traditionslinien in der Pflege sichtbar. Dort, wo kulturell gewachsene Identitäten innerhalb eines sich wandelnden, unverbindlicher werdenden pluralistischen Pflegeverständnisses unter (Auflösungs-)Druck geraten, nehmen auch Sicherungs- und Bewahrungstendenzen zu. Die (moderne) Hinwendung zum etappenhaften, kontextbezogenen und unmittelbar in die Alltagspraxis integrierbaren Leitbild scheint tendenziell auch in der Pflege zuzunehmen. In dem Maße wie kollektiv institutionalisierte Leitbilder an normativer Kraft einbüßen, können persönliche Leitbilder aufmerksamer wahrgenommen werden. Kontrastiv dazu bleibt die Entwicklung des Pflegeberufes untrennbar mit sich verändernden kollektiven Leitbildkonstrukten verbunden. In diesem Sinne bleiben Sie im Rahmen unterschiedlicher Leitbildebene relevant.

Bezogen auf das Handlungsfeld Pflege können im Wesentlichen drei große Traditionslinien identifiziert werden. Als Ausgangspunkt und tragendes Fundament von Pflege in unserem Kulturkreis gelten christlich Traditionen. Diese lassen sich im Rahmen des caritativen Leitbildes zusammenfassen. Das naturwissenschaftlich-medizinische Leitbild wird historisch gesehen zum Nachfolger eines christlich bestimmten Pflegeleitbildes. Kontrastiv dazu hat sich in der Moderne das ganzheitliche Pflegeleitbild durchgesetzt. Dieses Leitbild prägt die gegenwärtige Pflegediskussion, d.h. es spiegelt sich auf breiter Ebene in pflegetheoretischen Konzeptionen und Pflegepräambeln wider. Ethische Grundsätze fließen als Fundamente in pflegewissenschaftliche Theoriekonzepte ein. Die verschiedenen Pflegekonzepte bzw. Pflgetheorien von ganzheitlich orientierten pflegewissenschaftler/Innen operieren trotz unterschiedlicher methodischer Ansätze und Akzentsetzungen mit einem ähnlichen Metaparadigma, das in der Regel den verschiedenen Theorieansätzen vorangestellt wird. Der Paradigmenbegriff lässt sich z. T. mit dem des Leitbildes parallelisieren. In der rekonstruierenden Hinwendung zu ethisch ausgerichteten pflegewissenschaftlichen Untersuchungen kann eine spezifische Leitbildlogik herausgeschält

werden, die primär auf das Beziehungs- und Interaktionsgeflecht zwischen Professionellen und Patienten fokussiert. Innerhalb dieses Rahmens werden dyadisch verschränkte Deutungsangebote und Wertepräferenzen zum wesentlichen Ausgangspunkt einer professionellen Handlungsorientierung. In der Hinwendung zur klassischen Konstruktion der Pflegedyade gewinnen auch tugendethische Konzepte wieder an Bedeutung.

Ergänzend zu diesen Zuordnungen entwickelten sich in der Pflege unternehmerisch geprägte Leitbilder, die u. a. mit einer ausgeprägten Kunden- und Dienstleistungsorientierung operieren. Über diesen Leitbildkanon lassen sich Verschiebungen, Abschwächungen, Verstärkungen, Verknüpfungen und Vermischungen nachzeichnen.

Aus der Perspektive moderner Pflegediskurse wird das traditionell caritative Pflegekonzept zum Teil als ein unproduktiver und nicht mehr zeitgemäßer Ansatz bewertet.

Die diskursive Auseinandersetzung in der Pflege erfolgt primär gegenüber einem naturwissenschaftlichen - bzw. ökonomisch ausgerichteten Pflegeverständnis (u.a. Unternehmensleitbild, Kundenorientierung), das einen scheinbar bedeutsameren Bezugspunkt für gegenwärtig dominierende ganzheitliche Pflegeorientierungen bildet. Im Schatten dieser Gegenüberstellungen kommt es partiell zur Aufwertung und Revision traditionell christlicher Pflegekonzepte.

Komplementär zur sozialphilosophischen Leitbildbetrachtung und den sich wandelnden kollektiven Leitbildkonstrukten in der Pflege, sind sozialpolitische Leitbildausrichtungen in der Altenhilfe strukturell prägend. In der verbindenden Betrachtung von sich verändernden Altenhilfeausrichtungen und wandelnden Altersbildern zeigen sich widersprüchliche Entwicklungslinien.

Die Unterteilung des Altenhilfesektors in einen offenen und stationären Bereich blieb in Westdeutschland mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Altersbildern verknüpft. Während der offene Altenhilfebereich in seiner modernen Orientierung auf den aktiven Senioren zielt, liegt die Ausrichtung im stationären Bereich auf dem manifest Pflegebedürftigen.

Eine Parallelität zwischen Altersbildern und Zielgruppenorientierung ist in der Gesamtübersicht nicht ohne weiteres erkennbar.

Im Vergleich dazu zeigt sich in der DDR Altenhilfe eine deutlich andere Orientierung. Die Pflege in der häuslichen Umgebung bzw. in der Familie wurde gesellschaftspolitisch nicht präferiert. Die starre und monopolistisch organisatorische Zuordnung von sozialen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen konstituierte ein fragmentiertes Hilfesystem. Komplementäre Dienste und flankierende Maßnahmen zur Betreuung von Pflegebedürftigen wurden angestrebt, konnten im Kontext eines unzureichend entwickelten Dienstleistungssektors in der DDR nur ansatzweise umgesetzt werden.

Insgesamt gesehen gab es eine Grundversorgung auf niedrigem Niveau. Bei wachsender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verstärkte sich der Sog zur stationären Betreuung. Eine intensive ärztliche und pflegerische Betreuung in der häuslichen Sphäre erscheint eher als Notlösung, d.h. als eine bis zur Heimeinweisung zu überbrückende Übergangsphase.

Systemübergreifend kann von einem negativen Image des Pflegeheimes ausgegangen werden. Kontrastiv zur Entwicklung in der DDR hat die in Westdeutschland öffentlich sichtbare Diskussion über den Charakter bewohnbarer Pflegeheime zu einer Humanisierung des stationären Bereiches beigetragen. Vor diesem Hintergrund wird die durch das PVG beförderte Medizinierung des Pflegeheims kritisch beurteilt.

Die vorrangige Ausrichtung an der offenen bzw. ambulanten Pflege kann vor dem Hintergrund unterschiedlicher Entwicklungslinien nachgezeichnet werden. Im Kontext einer veränderten Leitbildorientierung wurde auf die Stabilisierung bzw. den Ausbau erodierende Hilfspotentiale orientiert. Durch diese Weichenstellungen haben sich Sozialstationen seit den achtziger Jahren als maßgebliches Leistungsangebot in der Altenhilfe etabliert. Die für den strukturellen Wandel der ambulanten pflegerischen Dienste wesentlichen Faktoren hängen u.a. eng mit der sich verschärfenden Personalsituation in der Gemeindekrankenpflege zusammen. Darüber hinaus stand die rasante Erweiterung des ambulanten Systems ganz im Sinne einer Rebellion gegen die stationäre Altenhilfe.

Ökonomisch betrachtet sollte durch den Ausbau von Sozialstationen ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet werden. Im Geflecht dieser Entwicklungsfaktoren gelten Sozialstationen als Prototyp eines konzentrierten Pflegedienstes-, wo unterschiedliche Pflegeangebote organisatorisch, häufig auch örtlich zusammengefasst und integriert werden sollen.

Im Kontrast zu integrativen und ganzheitlichen Leitbildern in der Altenhilfe zeigt sich die Altenhilfelandchaft eher zerrissen. Koordination und Vernetzung von Dienstleistungen orientieren sich weniger an sinnvollen Zuordnungen der Dienste, als an der ökonomischen Effizienz von Leistungen sowie der Sicherung von Besitzständen der Dienstleistungsanbieter.

Die in der (alten)Bundesrepublik gewachsene ambulante Pflegelandchaft wurde im Kontext eines politisch gewollten Transformations- und Modernisierungsprozesses in den neuen Bundesländern zu einer Art Modellvorlage. Der politische und wirtschaftliche Zusammenbruch der DDR führte in Politik, Wissenschaft und öffentlicher Meinung zu einem weitgehend Konsens darüber, das westdeutsche Gesellschaftsmodell auf die neuen Bundesländer zu übertragen. In diesem Sinne erwies sich das westdeutsche Modell als das für Ostdeutschland maßgebende Referenzsystem. Der strukturelle Wandel des medizinischen und sozialen Versorgungssystems der DDR vollzog sich durch einen Prozess der formalen Transformation westdeutscher Modelle.

Das staatlich organisierte ambulante Betreuungssystem zerfiel nach der Wende. Aus den ehemaligen Gemeindegewerkschaften konstituierten sich z. T. Sozialstationen.

Mit dem Aufbau von Sozialstationen verbanden sich weitreichende Erfüllungshoffnungen, d.h. in der neuen Organisationsform sollte eine gebündelte, ökonomisch vertretbare und ganzheitliche Pflege erfolgen. Kranke, Alte und Behinderte sollten stärker als bisher auch bei Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können.

Diese Erwartungen konnten im Kontext relativ komfortabler Gründungs- und Aufbauprogramme sowie einer weitgehend gesicherten bzw. ausgebauten Personaldecke z. T. erfüllt werden.

Als strukturelle Zäsur erweist sich die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes. Ambulante Pflegeeinrichtungen geraten in einem zusammenführenden gesamtdeutschen strukturellen Wandlungsprozess. Die in diesem Bereich bis dahin sichtbaren Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern werden im Zuge des am 1.01. 1995 in Kraft getretenen Gesetzes nicht vollständig aufgelöst aber aufgeweicht.

Tendenziell entwickelt sich der ambulante Pflegesektor zu einem eigenständigeren Segment innerhalb des Gesundheitswesens.

Die im Kontext des SGB XI zugelassene Anbieterkonkurrenz befördert bei den ambulanten Diensten und Sozialstationen einem fundamentalen organisatorischen Wandel.

In Abhängigkeit einer gesellschaftlich unterschiedlichen Gesamtsituation lassen sich im Rückblick drei Umbrüche markieren, die das Gesicht der Gemeindegewerkschaften bzw. Sozialstationen entscheidend veränderten. Ausgehend von der traditionell kirchlich autonomen Gemeindekrankenpflege hin zu parastaatlich bzw. staatlich organisierten Formen der häuslichen Pflege, entwickeln sich Sozialstationen tendenziell zu eher marktwirtschaftlich organisierten Pflegediensten.

Parallel zu sozialpolitischen und strukturellen bestimmten Altenhilfeentwicklungen lassen sich auch aus der historischen Betrachtung der pflegebezogenen Berufs- und Ausbildungsentwicklung Begründungen für die momentane Situation der beruflichen Altenpflege entwickeln.

Die christlichen Wurzeln des Pflegeberufes, wie Sie im Kontext des –carritativen Leitbildkapitels- ausschnitthaft dargestellt wurden, erweisen sich bis in die Gegenwart hinein als prägend. Im Rekurs auf diese Fundamente bleiben Beruf und Berufung miteinander verwoben. In Abgrenzung und Unterscheidung dazu entwickelt sich eine im modernen Sinne professionelle Pflege zu einer institutionalisierenden Form von Solidarität. Intrinsische Motive sind in diesem Duktus nicht notwendigerweise eine Bedingung für professionelles Handeln in der Pflege. Die Entstehung und wachsende Bedeutung von sich hierarchisch schichtenden und stark arbeitsteilig organisierten Professionen stellt ein modernes Phänomen dar. Tendenziell werden in diesem Rahmen Professionen in einen akademischen Kontext transferiert. Angewandte Berufe rücken in Beziehung zu universitären Disziplinen. Der Pflegeberuf bleibt innerhalb dieses Bedeutungsrahmens

bescheiden und bis in die jüngere Vergangenheit hinein akademisch unorganisiert. Pflege, als eigenständiges pflegerisches Handlungssystem mit einer autonomen wissenschaftlichen Disziplin, steht institutionell betrachtet im Schatten von kirchlichen und ärztlichen Handlungssystemen.

Der Handlungsradius von Pflege wird weitgehend über die akademisch ausgebauten Medizin festgelegt. In der differentiellen Abstufung von Pflege, Nicht-Pflege und darin enthaltener Nicht-Pflege werden Tätigkeitsdomänen und hierarchisierende Zuordnungen deutlich. Das Abtreten eines eng definierten Kanon von medizinisch-hygienischen Wissen zur rezeptartigen Anwendung und das Nicht-weiter-Einmischen in das hausfrauliche, alltägliche, als profan eingestufte pflegespezifische Wissen führt zu einem unübersichtlichen, von Einengungen und diffusen Allzuständigkeiten geprägten Tätigkeitsfeld.

In der Relation bleibt die Krankenpflege stärker medizinpflegerisch ausgerichtet als der Altenpflegebereich. Auf medizinisch-technische Zuordnungen bzw. Behandlungsverfahren bezogen bleibt die ambulante Altenpflege unspektakulär.

Die in der Altenpflege stärker sichtbare Akzentuierung auf sozialpflegerische Wissensbestände verweist zudem auf schwer rationalisierbare Dimensionen. Diese erfordern interaktive Kompetenzen bzw. ein Arbeitsverständnis, das ganz bewusst auch auf den emotiven Handlungsbereich zielt.

Die im Rahmen des SGB XI sichtbare Ausweitung des Pflegemanagements mit Zielorientierungen, individuellen Pflegeplänen und einer Reklamation bestimmter Domänen für die Übernahme von Verrichtungen durch Pflegefachkräfte hat Professionalisierungseffekte ausgelöst. Gegenläufig dazu erfolgen tätigkeitsbezogene Aufsplittungen und qualifikatorische Domänisierungen, die die notwendige Interaktions- und Handlungsspielräume einschränken. Der vorgeschriebene Charakter der Arbeit korrespondiert mit stärkeren Zeitkontrollen. Der in der Altenpflege typische Tätigkeitsmix gerät durch segmentierende Zuordnungen aus dem Blick.

Die ansatzweise dargestellten Einengungen und Fremdzuweisungen können die Schwierigkeiten der inneren Professionalisierung nicht verdecken. Die noch diffuse Bestimmung von professionellen Kernen in der Altenpflege erschwert eine klare Beschreibung und Abgrenzung des Berufsbildes Altenpflege. Legitimatorische Grenzen zwischen Laien und Professionellen zu ziehen, d.h. einen wissenschaftsbegründeten Beruf mit einem staatlich lizenzierten Kompetenzmonopol zu etablieren, scheint angesichts der Spezifität von Altenpflege nicht unproblematisch zu sein. Das Ringen um berufliche Autonomie und gesellschaftliche Anerkennung des Altenpflegeberufes, ein diesem Bereich absichernde Gesetzgebung (z.B. Berufsrecht), sowie die forcierte wissenschaftliche Fundierung von Altenpflege, sind Ausdruck einer noch in den Anfängen steckenden Professionalisierungsdiskussion. Diese Situation kann zudem nicht losgelöst von der noch jungen eigenständigen beruflichen Tradition in der Altenpflege betrachtet werden.

Erschwerend dazu lässt sich die Entwicklung des Altenpflegeberufes für Deutschland nicht einheitlich darstellen. Analog zu unterschiedlichen kollektiven Leitbildkonstrukten und sozialpolitischen Ausrichtungen in der ehemaligen DDR und der alten Bundesrepublik zeigen sich auch bei der Rekonstruktion der Berufsentwicklung und Berufsausbildung deutliche Unterschiede.

Die unterschiedliche Ausgangsbasis in der Verberuflichung der Altenpflege in Ost- und Westdeutschland kennzeichnet zugleich systemische und institutionelle Unterschiede im Pflegeverständnis. In der DDR war Altenpflege als Tätigkeit etabliert, schlug sich aber bis zuletzt nicht in einer eigenständigen Profession nieder. Das Berufsfeld Pflege wurde nicht explizit in Kranken- und Altenpflege unterteilt.

Von einer auf die Bedürfnisse von älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen ausgerichteten Fachausbildung kann somit nicht ausgegangen werden.

Der Anteil an unqualifiziertem Pflegepersonal blieb im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens in der Altenpflege überdurchschnittlich hoch.

Die qualifizierten Fachkräfte in der Pflege alter Menschen waren zumeist Krankenschwestern bzw. fachspezialisierte Gemeindeschwestern. Der primär staatlich organisierte ambulante Pflegesektor wurde im Wesentlichen durch die Arbeit der Gemeindeschwestern getragen. In der Mehrzahl

verfügten die dort tätigen Gemeindeschwestern über einen medizinischen Fachschulabschluss und mehrjährige berufliche Vorerfahrungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Im geringen Umfang bestand die Möglichkeit einer spezifischen Altenpflegeausbildung über die konfessionellen Träger, die aber staatlicherseits nicht oder nur z.T. anerkannt worden sind. Insgesamt blieben die im kirchlichen Raum sichtbaren Verberuflichungsbemühungen in der Altenpflege nischenförmig, d.h. nur am Rande sichtbar.

Die auf die Altenpflege bezogene Berufsentwicklung erfolgte auch in Westdeutschland zögerlich. Erst seit 1958 werden von den großen Altenpflegeeinrichtungen ein Jahr andauernde Lehrgänge in der Altenpflege angeboten. Kritische Beschäftigungsentwicklungen und die Unattraktivität des Altenpflegebereiches für Krankenschwestern haben Anfang der sechziger Jahre zur Konstituierung eines eigenständigen Altenpflegeberufes beigetragen. Uneinheitlich geregelte Ausbildungsregelungen erschwerten die Fortentwicklung des Altenpflegeberufes. Ausbildungsbezogene Innovationsschübe blieben bis zum Inkrafttreten des bundeseinheitlich geregelten Altenpflegegesetzes am 1.8.2003 verdeckt.

Die auf der ersten Untersuchungsebene gewonnenen Einblicke in typische Argumentationsfiguren von unterschiedlich akzentuierten professionsbezogenen Leitbilddiskursen konstituieren einen uneinheitlichen und widersprüchlichen heuristischen Rahmen. Inkommensurable Leitbildlogiken verhindern letztendlich ein harmonisches Zusammenziehen.

Grundsätzlich wurde der Versuch unternommen, verschiedene Leitbildebeneen ausschnitthaft herauszuarbeiten, die dabei sichtbaren Logiken, Unterschiede und Anschlüsse zu markieren und mit der gewachsenen Situation in der ambulanten Altenpflege in Beziehung zu setzen.

Die so entstandenen Deutungsfolien bieten potentiell die Möglichkeit, das auf der Ebene zwei erhobene empirische Interviewmaterial kontextuell zu verorten bzw. einzelne Verknüpfungslinien herzustellen.



## Zweite Untersuchungsebene: Subjektive Orientierungen und Handlungsstrategien von Pflegenden

*Fragestellungen:*

*Welche biographischen Wissensbestände lassen sich aus der autobiografischen Erzählung heraus rekonstruieren?/Wie werden soziale Handlungsorientierungen in der Pflege aus der subjektiven Perspektive von professionell Pflegenden artikuliert bzw. bewertet?/Wie und in welchen Gegenstandsbereichen werden lebensweltliche Erfahrungen im beruflichen Alltag verarbeitet?/Welche Handlungsstrategien entwickeln professionell Pflegende angesichts der unausweichlichen strukturellen Widersprüche ihres Handlungsbereiches?/Wie werden sichtbare Erfolge bzw. Misserfolge im Pflegealltag reflektiert und bewertet?*

## Kapitel IV: Empirische Untersuchung von impliziten Orientierungen und Konzepten von Pflegekräften

### **1. Biographische Erzählungen als Schnittstelle zwischen übergeordneten Pflegeleitbildern und subjektiven Orientierungen**

Die durch den gesellschaftlichen Wandel eingetretenen Verschiebungen und Überschneidungen von unterschiedlichen Leitbildern haben Auswirkungen auf die persönlichen Einstellungs- und Verhaltensmuster sowie auf die berufliche Identität von Pflegekräften. Aus der schwierigen Bestimmung der Handlungsrelevanz von unterschiedlichen Leitbildkonzepten heraus stellt sich die prinzipielle Frage nach der möglichen Entfaltung bzw. Reichweite von Paradigmen und Leitbildern in der Pflegepraxis. Implizite Vorstellungen und Handlungsmuster von professionell Pflegenden sind nur bedingt in übergeordnete Pflegeleitbilder integrierbar, prägen aber die Planung und Steuerung des Pflegehandelns im entscheidenden Maße mit.

Gesellschaftliche Ontologisierung, die bezogen auf den gesellschaftlichen Teilbereich Pflege, aus makrotheoretischer Sicht soziale Wirklichkeit eher statisch beschreiben, können aus einer eher mikrotheoretischen Ebene, d.h. aus der Wirklichkeit von Subjekten heraus, prozessual konzeptualisiert werden. In der bipolaren Betrachtung von Wirklichkeit entsteht eine doppelte Realität, eine Wirklichkeit der Subjekte, die durch Handeln beeinflussbar und veränderbar erscheint und einer Wirklichkeit der Gesellschaft, die durch Institutionen, Prozeduren, Interessen- und Machtkonstellationen eine scheinbar festgelegte Kontur besitzt (Alheit/Dausien 1985; 71).

Vor diesem Hintergrund soll auf der zweiten Untersuchungsebene der abstrakte Charakter von professionsbezogenen Leitbildern mit Hilfe des empirisch gewonnenen Interview- und Beobachtungsmaterials aufgeweicht bzw. von „unten“ fundiert werden.

#### **1.1 Subjektive Orientierungen und Einstellungsmuster von beruflich Pflegenden in Verbindung zur Biografie**

Berufliche Qualifikationen setzen sich u.a. aus den Einstellungen der Akteure zusammen. Organisationsformen beruflichen Handelns zehren maßgeblich von den vorberuflichen Sozialisierungseinflüssen und Identitätsformationen der in sie einfließenden subjektiven Erwartungen ihrer Mitglieder. Sie bilden ihrerseits jene motivationalen Antriebsressourcen, aus denen sich kontinuierliche berufliche Handlungsfähigkeiten und Leistungsbereitschaften speisen (Remmers 2003). Entlang dieser Perspektive gerät die Lebensgeschichte des einzelnen beruflichen Akteurs stärker in das Blickfeld. Die (berufs-)biographische Betrachtung von Pflege ist in der Professionsforschung nicht etabliert, d.h. eine solche Untersuchungsausrichtung wird im Kontext von pflegewissenschaftlichen Untersuchungen bisher nur am Rande sichtbar.

## 1.2 Exkurs: Einstellungsmuster und alltagsbezogene Theorie der Lebenswelt

Im Kontrast zu sozialen Außenorientierungen können Einstellungen als ein innerer Kompass verstanden werden, d.h. als ein seelischer und nervlicher Bereitschaftszustand, der durch Erfahrung organisiert einen richtenden Einfluss auf die Reaktionen des Individuums ausübt, mit denen es verbunden ist (Alheit//Dausien 1985; 71 f).

Die subjektiven Einstellungen, Erwartungen und Emotionen von professionell in der Pflege Tätigen haben Einfluss auf den Charakter der Pflege.

Einstellungen können als ein weitgehend stabiles Konstrukt verstanden werden, auf dessen Basis eine relative Gewissheit über das Verhalten des Akteurs entwickelt werden kann.

Die Wirksamkeit bestimmter Handlungen in einer ähnlich wiederkehrenden Situation schafft eine Disposition, dieses situativ erfolgreiche Handeln erneut anzuwenden. In diesem Sinne lässt sich eine Verhaltenstendenz ermitteln, die mit relativ hoher Auftretungswahrscheinlichkeit bestimmt werden kann. Trotz mehr oder weniger bestehenden Verhaltensalternativen kann von einer berechenbaren Verhaltensabsicht ausgegangen werden, welche die Pflegehandlung mitbestimmt.

Die Differenz zwischen alltagsorientierten Einstellungsmustern und übergeordneten sozialen Leitbildern verweist auf unterschiedliche Realitätsbereiche und Ungleichzeitigkeiten. Inwieweit Leitbilder subjektive Einstellungen prägen bzw. Handlungsabläufe beeinflussen, bleibt vage, erschließt sich aber partiell aus der Lebenswelt der Akteure (Schütz/Luckmann 1994). Die Theorie der Lebenswelt verweist auf einen erfahrungsbezogenen Theorieansatz. Frühere Erfahrungen bilden einen Wissensvorrat, der als Bezugsschema für die Auslegung von Welt dienen kann (vgl. Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 20 f).

Wertunterlegte Leitbilder sind Bestandteil der Lebenswelttheorie, bleiben aber illusionär, wenn sie nicht durch konkretes Leben fundiert werden können. Einen Gegensatz vom empirischen und transzendentalen Ich zu konstruieren, wird aus dieser Perspektive heraus überflüssig. Die Universalität abstrakter Konzepte wird durch die "Fundierung von unten" wirklichkeitsbezogener (Fischer 1985; 18).

### 1.2.1 Die Statik von Einstellungsmustern

Einstellungen sind relativ stabil und damit weitgehend situationsunabhängig. Die relative Stabilität von Einstellungen erlaubt Verhaltensvorhersagen. In diesem Sinne treten mir Gegenstände und Ereignisse in der Lebenswelt im allgemeinen und speziellen Sinne typenhaft entgegen. Dabei scheint der Bezug auf die Welt aktueller Reichweite wesentlich. Die unmittelbare Erfahrung skizziert den Horizont und schafft ein übersichtlicheres Bezugssystem. Die Situationen haben einen Horizont, der sich mit dem Thema, mit dem situationsrelevanten Ausschnitt verschiebt. Entscheidend ist der Rahmen, in dem sich die Probleme zeigen, die bewältigt werden müssen. Der Gegenstandsbereich wird durch Interessen und durch den Gegenstand des Interesses verengt. Die phänomenologische Reduktion der Weltbetrachtung ermöglicht eine relativ verbindliche Rekonstruktion von Erfahrungsgegenständen. Insbesondere die Bewertung eines Ereignisses in einer problematischen Situation mobilisiert bestimmte Selbstverständlichkeiten aus dem Bereich der Lebenswelt. Die fraglos gegebene Wirklichkeit kann in Frage gestellt werden (vgl. Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 25 f; Meyer-Drawe 1990; 46 f).

Innere Haltungen und Einstellungen haben tendenziell einen sichernden und konservativen Zug. Der Wissensvorrat konstituiert sich aus sedimentierten, situationsbedingten Auslegungen, die aus Problemlösungen bestehen, welche aus traditionell anderen sozialen Zusammenhängen stammen.

Der relativ stabile Charakter von Einstellungen erlaubt somit weitgehend situationsunabhängig Verhaltensvorhersagen. Neue Situationen erschüttern das Vertrauen in die Lebenswelt nicht ohne weiteres. Durch das Vertrauen in die Konstanz von Welt entsteht gewissermaßen eine Veränderungsunwilligkeit, bzw. ein Hang zur Routine, im Kontext der beiden Idealitäten. Da der Identitätsaufbau z. T. mühselig und konfliktreich verläuft und ein Streben nach stabiler Selbstgewissheit unterstellt werden kann, besteht eine Motivationstendenz, dieses stabile Selbstkonzept nicht zu gefährden. Diese Tendenz wird im psychologischen Diskurs als kognitive Resistenz beschrieben, das heißt: " So wie es ist, so wie ich bin, ist es richtig, auch wenn dies unzutreffend ist."(ebenda; 32). Der Wiederholungscharakter erfolgreichen Handelns wird möglicherweise in einem veränderten Zusammenhang mit erhöhten Flexibilisierungs- und Veränderungsanforderungen problematisch.

### 1.2.2 Natürliche Einstellung

Entscheidend für die Interpretation der jeweiligen Situation ist die natürliche Einstellung des Individuums. Diese Einstellung ist durchgängig von pragmatischen Motiven geprägt. Die pragmatische Auslegung relevanter Situationen ist notwendig, um einen bestimmten Handlungsplan umzusetzen. Vor der Reflexion gibt es in der natürlichen Einstellung kein Prädikat "wirklich"(Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 25). Um diesen teleologischen Aspekt der Situationsbewältigung zur Geltung zu bringen, muss die Lebenswelt in Bezug auf den jeweiligen Kontext selektiv ausgelegt werden. Das Auslegungsinteresse wird einerseits durch einen äußeren Druck ausgelöst, verweist aber andererseits auch auf das Lebenskonzept bzw. den biographisch gewachsenen Prioritäten und Weichenstellungen des Individuums selbst. In diesem Spannungsfeld entscheidet sich, ob eine aktuelle Erfahrung überhaupt problematisiert, wissensmäßig erfasst und typisiert werden kann. Eine Erfassung und Bewältigung der Situation kann somit nur auf der Basis eines bestehenden Wissensvorrates erreicht werden. Eine Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten scheint dann nur auf der Basis von Gewohnheiten möglich. Entlang dieser Perspektive besteht auch die Gefahr der Überbetonung bzw. Überschätzung von subjektiven Konstitutions- und Veränderungsleistungen.

### 1.2.3 Unruhe und Fremdheit

Neben einem Denken der Statik, der Routine und fraglosen Selbstverständlichkeiten im Sinn der beschriebenen Idealitäten, ist für das Individuum das Denken der Bewegung als Ausdruck des Unbestimmten ein komplementärer Identitätsbestandteil. Die Formierung des Subjekts bleibt somit nicht vollständig vorgezeichnet bzw. determiniert.

Veränderte soziale Zusammenhänge schaffen neue Situationen, die sich über traditionelle Wissensbestände nicht ohne weiteres regulieren lassen. Die Diskrepanz zwischen neuen Theorien und Anforderungen und der fraglosen Praxis der Pflegekräfte schafft ein erhöhtes Konfliktpotential, das zu einer Veränderung von Einstellungsmustern beitragen kann.

Der Erwartungsdruck, sich an veränderte normative Setzungen anzupassen, beeinflusst das berufliche Rollenverständnis und kann auf Dauer kaum ohne Einfluss auf das Selbstkonzept des Einzelnen bleiben. Neben resistenten und bewahrenden Einstellungs- und Verhaltensmustern besteht eine Tendenz, seine persönlichen Orientierungen in Einklang mit sozialen Erwartungen zu bringen, um damit eine permanente Differenz bzw. einen Dauerkonflikt zu vermeiden (vgl. Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 32 ff). Eine solche Situation erfordert die Einordnung und Artikulation bestimmter Differenzen, um die spezifische Lebenswelt ausschnitthaft in den Blick zu bekommen.

Die Unzulänglichkeit bisher relevanter Auslegungen in einer neuen Situation problematisiert bisher selbstverständliche Wissensbestände. In diesem Kontext bietet sich die Möglichkeit, die Welt mit Hilfe anderer Horizonte und Erfahrungen neu auszulegen. In diesem Prozess des Zweifels liegt ein Ansatz für theoretisches Denken. Das Denken der Ferne, der Distanzierung, was in "keinem letzten Resultat zur Ruhe kommt", stellt in seiner Unruhe einen Kontrast zur Resistenz der natürlichen Einstellung her (Meyer-Drawe 1990; 40; Nietzsche 1997; 114).

Um die angestrebte Handlungsroutine in neuen, problematischen Situationen wieder zu erlangen, müssen im Konzept der Lebenswelttheorie neue Wissens- und Erfahrungshorizonte in das bisherige Bezugssystem integriert werden. Angestrebt wird ein erweitertes bzw. verändertes Bezugssystem, in dessen Rahmen erfolgreiches Handeln wieder möglich wird. Die Fähigkeit problematische und krisenhafte Situationen, die z. B. durch veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Leitbilder ausgelöst werden können, produktiv zu verarbeiten und in das eigene Selbstkonzept zu integrieren, erfordert ausgeprägte Reflexions- und Verarbeitungspotentiale, auf der Basis eines stabilen Selbstbewusstseins. Die Möglichkeit eine neue Identität in schweren Konfliktlagen aufzubauen, in der überwundene Identitäten integriert bleiben, geht von einer relativen Autonomie des Subjektes aus.

Darüber hinaus hängt die subjektive Entfaltung von Individualität wesentlich von normativen Rahmenbedingungen ab. Je hierarchischer eine Institution organisiert, je verbindlicher soziale Leitbilder umgesetzt werden und um so geringer die soziale Position bzw. der soziale Status des Akteurs ist, desto ungünstiger sind die Bedingungen zur Entfaltung subjektiver Einstellungen sowie eigenverantwortlicher Handlungsspielräume. Tendenziell prägt der soziale Status einer Person das Selbstkonzept des Individuums (Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 25 ff). Die Entfaltung individueller Einstellungen bzw. subjektive Handlungsorientierungen hängt auch von Initiativspielräumen und Handlungsmöglichkeiten ab. In diesem Sinne können Organisationsstrukturen und eingespielte institutionelle Regeln und Abläufe die Optionen des Handelns stimulieren bzw. erschweren.

Eine Handlungssituation, die normativ relativ offen, d.h. nur im begrenzten Maße vordefiniert ist, begünstigt möglicherweise die Entfaltung von subjektiven Einstellungen, Wünschen und Gefühlen. Die Situation kann somit subjektiv beeinflusst und gesteuert werden. Der Initiativspielraum ist darüber hinaus von Persönlichkeitsstrukturen des Akteurs abhängig (Meyer-Drawe 1990; 46 f).

#### 1.2.4 Die zeitliche Dimension von Einstellungsmustern

Die das Individuum prägenden Lebenswelterfahrungen können auch aus einer zeitlichen Dimension heraus beschrieben werden. Zeit lässt sich über einen inneren und äußeren Horizont beschreiben.

Der äußere Horizont verweist im Sinne einer "Weltzeit" auf historische Ereignisse (Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 64). Die soziale Zeit verweist auf den dynamischen Beziehungsaspekt der Individuen untereinander, innerhalb eines bestimmbareren sozialen Raums. Diese Zeitdimension kann nicht nur individuell, sondern auch generativ unterschiedlich wahrgenommen werden.

Die generativ unterschiedlichen "internen Evidenzen" prägen das Einstellungsmuster von Pflegekräften (Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 123). Die individuelle Biografie unterliegt einem Zeitablauf, welche vom - Selbst - über erinnerte Erfahrungen und Ergebnisse aufgestaut und konkretisiert werden kann. Die zeitliche Dimension scheint für die Identität des Einzelnen äußerst bedeutsam zu sein. Die Vorstellung, was ich einmal sein werde bzw. was gewesen sein wird und dem, was aus meiner Erinnerung heraus im Gedächtnis haften geblieben ist, zeigt die gespaltene Zeitlichkeit, aus der heraus sich das Individuum in seiner Identität

konstituiert (ebenda; 122). Vor dieser theoretischen Hintergrundfolie können weitergehende methodische Vorgehensweisen entwickelt werden.

## **2. Grundüberlegungen zur methodischen Vorgehensweise. Begründung eines qualitativen und biographieanalytischen Zugriffs**

In der Untersuchung wird ein qualitatives Forschungsdesign verfolgt, welches sich in der Tradition der interpretativen Sozialforschung der "grounded theory" (Glaser & Strauss 1967) bewegt. Die als Kunstlehre sozialwissenschaftlichen Interpretierens verstandene Methodologie der -grounded theory- beinhaltet zwei wesentliche Verfahrenselemente: einen unvoreingenommenen Blick auf den Gegenstand sowie das Gestalten von Wirklichkeit. Texte des autobiographischen Stegreiferzählens sollen verlässlich bearbeitet werden, um letztendlich nicht nur zur Relevanz hochverdichteter Prozesse biographischer und sozialer Ordnung bzw. Unordnung einzelner Individuen vorzudringen, sondern ebenso auch zum Verstehen gesellschaftlicher Zusammenhänge und Wirklichkeiten beizutragen. Im Rahmen einer solchen Theoriebildung wird das gewachsene, lebensweltlich generierte Wissen als Erfahrungsschatz angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass über eine qualitative Verfahrensweise die Strukturen des Subjektes zu seiner Lebenswelt grundsätzlich zugänglich und rekonstruierbar sind.

Als Ausgangspunkt der Untersuchung auf dieser Ebene stehen folgende z.T. ineinanderfließenden Fragestellungen:

- Welche biographischen Wissensbestände („Metakompetenzen“) lassen sich aus der autobiographischen Erzählung heraus rekonstruieren?
- Wie werden soziale Handlungsorientierungen in der Pflege aus der subjektiven Perspektive von professionell Pflegenden artikuliert bzw. bewertet?
- Wie und in welchen Gegenstandsbereichen werden lebensweltliche Erfahrungen im beruflichen Alltag verarbeitet?; Welche Handlungsstrategien entwickeln professionell Pflegendе angesichts der unausweichlichen strukturellen Widersprüche ihres Handlungsbereiches?; Wie werden sichtbare Erfolge bzw. Misserfolge im Pflegealltag reflektiert und bewertet?

Entlang der beschriebenen empirischen Fragestellungen steht bei der Auswahl unterschiedlicher Methoden biographischer Forschung zunächst die Überlegung an, welcher methodische Ansatz für die Bearbeitung der Fragen am geeignetsten scheint. In diesem Sinne musste geprüft werden, welche methodischen Verfahrensweisen in der biographischen Forschung bereits existieren und welches methodische Design für die geplante qualitative Untersuchung am Erfolg versprechendsten sein könnte. Im Kontext der Untersuchung wurde sich für ein biographieanalytisches Verfahren entschieden (Schütze 1983).

Im Mittelpunkt des ersten Analyseschrittes soll die Rekonstruktion des berufs- und individualbiographischen Verlaufs der Pflegeperson stehen. Dabei geht es zunächst darum, ein Verständnis für die individuelle Schicksalsbetroffenheit der Professionellen zu bekommen.

Um soziale Prozesse individueller und kollektiver Schicksalsbetroffenheit zu erfassen, kann man sich auf Schützes Konzept der biographischen Prozessstrukturen beziehen (Schütze 1982). Nach dieser Sicht kann man kollektive Erfahrungsräume jeweils aus der Sicht von Einzelpersonen erschließen, d.h. gleichsam aus der Sicht individueller Erfahrungsverarbeitungsräume extrapolieren. Da man davon ausgehen kann, dass die

berufsspezifischen Bedingungen pflegerischen Handelns ähnliche Erfahrungsmuster und Verarbeitungsräume bedingen, verspricht das Konzept der individuellen Repräsentation kollektiver Verlaufsprozesse die Möglichkeit, sich in der Analyse sowohl auf die Reproduktion individuell lebensgeschichtlicher Prozesse als auch die Reproduktion berufskollektiver Bedingungsbeziehungen auszurichten.

Die vom biografischen Erzähler selbst rekonstruierten, erinnerten Geschichten bzw. Episoden aus erster Hand offenbaren situative Deutungen und Interpretationen, die über selbsttheoretische Kommentare, der Perspektive der Erzählung einen subjektiven Wertehorizont ausdrücken. Neben der Präsentation seiner Selbst sind spezifische Verknüpfungen zu sozialspezifischen Rahmenbedingungen und „Erwartungsstrukturen“ denkbar (Alheit/Dausien 1985; 73). Die individuelle Einschätzung und Reflexion spezifischer Situationen lässt möglicherweise Rückschlüsse auf kollektive Verlaufskurven zu, welche einige Implikationen für makrosoziologische Situationsanalysen liefern können (vgl. F. Schütze 1995; 116 f). Aus den rekapitulierten „Ereignisknotenpunkten“ lässt sich der Hergang von Handlungen z.T. nachvollziehen und expliziert aus der Sicht des -biografischen Erzählers- den kognitiv orientierenden, lokalen, temporalen Bezugsrahmen (Alheit/Dausien 1985; 57; Schütze 1982; 571-579). Der soziale Rahmen erscheint in den rekapitulierten Ereignis- und Erlebnishöhepunkten gewissermaßen eingelagert (Alheit/Dausien 1985; 61). Die soziale Wirklichkeit geht durch den Einzelfall hindurch, d.h. kann auch biografisch betrachtet werden (ebenda; 68-71).

## **2.1 Der Argumentationskontext der Prozessstrukturen des Lebensablaufs**

F. Schützes Arbeiten weisen im Wesentlichen zwei Zugänge zur lebensgeschichtlichen Forschung auf: die „oral history“, die Theorie des Erzählens - und eine Theorie biographischer Prozesse. In der Frage nach den Prozessstrukturen des Lebensablaufs wird angenommen, dass es elementare Formen dieser Prozessstrukturen gibt, die im Prinzip in allen Lebensläufen anzutreffen sind. Die artikulierte Lebensgeschichte ist im Sinne des interpretativen Paradigmas von den Deutungen und Interpretationen des Biographieträgers abhängig, die dieser auf lebensgeschichtliche Ereignisse und Erfahrungen überträgt. Die autobiographische Erlebnisrekapitulation und die sich darin widerspiegelnden sozialen Prozesse stellen den Rahmen lebensgeschichtlicher Erfahrungsaufschichtung dar, der durch die Erfahrungshaltung des Biographieträgers gegenüber Ereignisabläufen ausgedrückt wird. Biografische Prozessstrukturen können als Resultat einer solchen biografischen Erfahrungsaufschichtung angesehen werden (vgl. Schütze 1984; 110). Die interpretierenden Anstrengungen, die der Biographieträger gegenüber den lebensgeschichtlichen Ereignissen vollzieht, sind in den Kontext faktischer Prozessabläufe seines Lebens eingebettet. Die Prozessstrukturen stellen grundlegende Strukturen des Lebensablaufs dar (vgl. Schütze 1984; 67 ff). Sie werden durch autobiographische Stegreiferzählungen hervorgehoben und präsentieren sich innerhalb der kognitiven Figuren. Die vier von Schütze konstituierten Erfahrungshaltungen gegenüber lebensgeschichtlichen Prozessen, die zugleich elementare biographieanalytische Kategorien darstellen, sollen hier nur angedeutet werden (dazu u.a. Schütze 1982, 1984; Bohnsack 1999; Riemann 1987).

### **(1) Biographische Handlungsschemata**

Handlungsschemata kann man als das intentionale Prinzip der Biographie bezeichnen. Diese beinhalten vom Subjekt selbst ausgehende geplante Aktivitäten. Bestimmte Handlungsschemata können also vom Biographieträger geplant sein, ihr

Erfahrungsablauf besteht im erfolgreichen oder erfolglosen Versuch, sie zu verwirklichen (vgl. Schütze 1984; 92 ff). Zu den Handlungsschemata zählen biographische Initiativen zur Änderung der Lebenssituation, aber auch episodale Handlungsschemata des Erlebens von neuem mit nachträglicher biographischer Relevanz und markierter biographischer Irrelevanz (wie "Auszeiten", "Time off" bzw. Phasen biographischer "Zeitlosigkeit").

(2) Institutionelle Ablaufmuster und -erwartungen der Lebensgeschichte

Der Biographieträger sieht sich hier bestimmten institutionellen Ablaufmustern seiner Lebensgeschichte gegenüberstehen, die sich an gesellschaftlichen und organisatorischen, aber auch normativen Rahmenbedingungen anlehnen. Das Hauptaugenmerk liegt insbesondere auf Ausbildungs- und Berufskarrieren sowie negativen Fallkarrieren.

(3) Verlaufskurven

Eine weitere Kategorie zum Prozess des Lebensablaufs wird am Modell der Verlaufskurven aufgezeigt: "Wenn biographische Handlungsschemata das intentionale Prinzip des Lebensablaufs und institutionelle Erwartungsmuster wie das des Lebenszyklus des normativ- versachlichte Prinzip des Lebensablaufs repräsentieren, so stehen Verlaufskurven für das Prinzip des Getriebenwerdens durch sozialstrukturelle und äußerlich-schicksalhafte Bedingungen der Existenz" (Schütze 1981; 145). Schütze argumentiert hier im Sinne Aristoteles mit "Prozessen des Erleidens" (Schütze 1995), in dem der Biographieträger durch lebensgeschichtliche Ereignisse praktisch überwältigt wird. Dabei handelt es sich um "Ereigniskaskaden, in denen der Handlungsspielraum der Betroffenen immer stärker eingeschränkt wird, sie zunehmend reagieren" (Riemann 1987; 28). Das unerwartete Ereignis entzieht dem Biographieträger selbstbestimmte Handlungsmöglichkeiten. Das Auslösen von Verlaufskurven gemäß eines Durchlaufprozesses verschiedener Stationen (vgl. Schütze 1995; 129-131), die nicht zwangsläufig aufeinander folgen müssen, kann u.a. zu Erfahrungen der Fremdheit und zu Verlusterfahrungen in der Beziehung zur eigenen Biographie führen.

(4) Biographische Wandlungsprozesse der Selbstidentität

Wandlungsprozesse können in Anlehnung an das von Anselm Strauss (1968) erarbeitete Konzept der "Wendepunkte" verstanden werden, als Wendungen in der Erfahrung, "die ein Individuum zur Bestandsaufnahme, Revision, Neubewertung, Neuverstehen und Neuurteilung zwingen. Lebensgeschichtliche Ereignisse, die auf den Biographieträger einströmen, können aus der Innenwelt heraus als systematische Veränderungen seiner Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten erfahren werden" (Schütze 1984; 92). Wandlungsprozesse implizieren eine Erweiterung von Handlungs- und Orientierungspotentialen, deren Ursprung im Gegensatz zu Verlaufskurven im biographischen Subjekt selbst liegt und die im Gegensatz zu Handlungsschemata völlig überraschend eintreten.

Orientiert man sich am interpretativen Paradigma, so ist nachvollziehbar, dass die Lebensgeschichte von den Deutungsmustern und Interpretationen des Biographieträgers geprägt ist. Entscheidend ist nun jedoch der Schritt, diese interpretativen Anstrengungen des Biographieträgers in den Zusammenhang der oben beschriebenen faktischen Prozessabläufe seines Lebens einzubetten und eben diesen ordnungsstrukturellen Zusammenhang aufzudecken. Insofern bleibt es bedeutsam, die sequentielle Struktur der Lebensgeschichte stets im Auge zu haben, weil diese bereits eine geordnete Abfolge größerer und kleinerer in sich sequentiell geordneter Prozessstrukturen enthält (vgl. Schütze 1981; 131).

## 2.2 Verbindung von biografischem Wissen und professionellem Handeln

In der Hinwendung zu subjektiven Orientierungen und Handlungsstrategien von Pflegenden rücken biografisch gewachsene Wissensbestände in den Vordergrund. In diesem Sinne wird Professionalität in der Pflege aus einer individuell umfassenden Perspektive untersucht.

Es bestehen mehr oder weniger stark vordefinierte Professionalitätsbedingungen, -kriterien- u. -barrieren. Das zeigt sich u. a. auch in den traditionellen und modernen Kompetenzanforderungen bzw. normativ eingeforderten Fähigkeiten in der Pflege.

Professionalitätskerne speisen sich aus unterschiedlichen Wissensbeständen (z.B. generalisierte über Ausbildung u. Beruf erworbene- bzw. biographische Wissensbestände). Schütze verwendet den Begriff der „Metakompetenzen“ in Verbindung mit biographischen Wissensbeständen, d.h. neben der bewussten Anwendung von beruflich erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten geht es auch um die selbstreflexive Bewusstmachung der persönlichen Lebenserfahrungen von professionell Pflegenden. Die Aufarbeitung und Nutzung biographischer Erfahrungen für die tägliche Arbeit mit den Pflegebedürftigen stellt professionssoziologisch einen interessanten Blickwinkel dar.

Über die Inblicknahme der gesamten Lebensgeschichte können einige Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Lebensphasen und Erfahrungsbeständen und den Thematisierungs-, Reflexions- und Lernprozessen im beruflichen Alltag rekonstruiert werden (dazu u.a. Schütze 1981).

## 2.3 Zugang und Auswahl des empirischen Feldes und der Befragten

Der ambulante Pflegesektor ist ein expandierender Teilbereich innerhalb des bundesdeutschen Gesundheitssystems. Mit dem Grundsatz ambulant vor stationär wurden institutionelle Weichen gestellt, die in den neunziger Jahren zu einer beschleunigten Entwicklung der häuslichen Pflege führten. Entlang dieser Leitbildorientierung wurde der Untersuchungsschwerpunkt auf die ambulante Pflege ausgerichtet. Im Vergleich zum stationären Pflegesektor ist der ambulante Pflegebereich arbeitsstrukturell anders aufgebaut. So ist ein bis in die Gegenwart entscheidender Grundgedanke der Gemeindekrankenpflege, dass die Tätigkeit der Diakonisse und später der freien Gemeindekrankenschwester entscheidend durch ihren persönlichen Arbeitsstil gekennzeichnet ist. Die Arbeit muss häufig allein auf sich gestellt ausgeübt werden (Eisenbart 2000; 13). Die beruflichen Gestaltungsspielräume erweisen sich in diesem Kontext als relativ groß. Vor diesem Hintergrund gewinnen subjektive Orientierungen und Handlungsstrategien möglicherweise an Gewicht.

Ergänzend zu dieser Typisierung von beruflicher Pflege im ambulanten Bereich ist die Arbeit in der häuslichen Umgebung von Hilfe- und Pflegebedürftigen tendenziell dyadischer und somit beziehungsorientierter. Unterbrechungen oder Störungen durch andere Hilfe- und Pflegebedürftige bleiben die Ausnahme. Dabei müssen sich die beruflich Pflegenden immer wieder neu auf verschiedene Altersgruppen, Fahrtwege, Wohnsituationen und soziale Schichten einstellen. Komplementär dazu ergibt sich ein vielseitiges und breites Pflegespektrum, mit sowohl psychisch als auch somatisch Kranken. Ambulant Pflegenden nehmen zudem verstärkt Vernetzungs- und Kooperationsaufgaben wahr. Dabei bewegen sie sich an institutionellen Schnittstellen und Übergängen (Mischler 1994; 150 f). Die situations- und arbeitsfeldbezogene Variabilität scheint in der ambulanten Pflege tendenziell sichtbarer auffindbar als in der stationären Pflege. Aus diesem Blickwinkel lassen sich Verbindungen zu

aktuellen Leitbilddebatten herstellen, die durch die Untersuchung in ihren Bedeutungsgehalt empirisch genauer unterlegt werden könnten<sup>1</sup>.

Entlang dieser grob typisierenden Vorannahmen wurden die Interviewpartner ausschließlich aus dem ambulanten Pflegesektor rekrutiert. Darüber hinaus erfolgte die Suche nach Interviewpartner/Innen primär in den neuen Bundesländern. Da im Bereich der Altenpflege eine differenzierte Leitbilddebatte in der ehemaligen DDR nur am Rande, und mit starken ideologischen Überformungen sichtbar wurde, lassen sich in Bezug auf mein Untersuchungsthema bis 1990 nur wenige Verbindungslinien herstellen.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Zeitrahmen gewählt, in dem sich die verändernden Leitbilddiskurse einfangen lassen. Die „Wende“ wird dabei zu einem Ereignis, entlang dessen sich Brüche und Aufprallerfahrungen sowohl individuell-biografisch als auch im Rahmen eines beschleunigten gesellschaftlichen Wandels bzw. Austausch von Leitbildorientierungen markieren lassen.

Um Veränderungsprozesse und Neuorientierungen in der ambulanten Pflege aus der Sicht von Pflegenden in den Blick zu bekommen, war ich an Interviewpartnern interessiert, die seit mehreren Jahren in der (ambulanten) Altenpflege tätig sind. In diesem Sinne wurden Interviews mit Pflegekräften aus den neuen Bundesländern geführt, die z. T. bereits vor der Wende als Krankenschwester oder Gemeindeschwester in der ambulanten Pflege tätig gewesen sind. Ergänzend dazu wurden Pflegendе ausgewählt, die in der gesellschaftlichen Umbruchsituation, d.h. unmittelbar nach der „Wende“, in die ambulante Pflege eingestiegen sind. Die Befragten sollten mindestens einer Halbtagsbeschäftigung nachgehen, d.h. geringfügig Beschäftigte und ehrenamtlich Tätige wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Darüber hinaus sollte der direkte Bezug zur Pflegearbeit am und mit dem Hilfe- und Pflegebedürftigen erhalten geblieben sein. In diesem Sinne wurden leitende Pflegekräfte tendenziell aus dem Interviewsetting herausgenommen bzw. eher als Vermittler für untersuchungsspezifisch geeignete Interviewpartner angesprochen.

Innerhalb dieses Rahmens konnten (dienst-) ältere und (dienst-) jüngere Pflegekräfte mit ganz unterschiedlichen biografischen Situationen interviewt werden. Komplementär dazu erfolgte eine trägerübergreifende Auswahl der Pflegekräfte. Dabei wurde versucht, das Nebeneinander von konfessionell geprägten und säkularisierten Trägern und den damit verbundenen Leitbildern auch aus der subjektiven Perspektive des Pflegepersonals einzufangen.

Neben solchen kontrastiven Elementen sollten die zu untersuchenden Einzelfälle grundsätzlich vergleichbar sein, d.h. sich nicht in völlig unterschiedlichen Lebens- und Arbeitssituationen befinden. Aufgrund der Ausbildungsspezifika in den neuen Bundesländern erfolgte aber keine explizite Sondierung bzw. Vorabkontrolle, welcher Pflegeberuf (Krankenschwester, Kinderkrankenschwester, Altenpfleger/ in) erlernt wurden ist. Grundsätzlich bestimmte die Suche nach aufmerksamen Gesprächspartnern, die das Geschehen in der ambulanten Pflege sensibel beobachten und wahrnehmen, den Blick bei der Auswahl der interviewten Pflegekräfte und der Auswertung des erhobenen Interviewmaterials (vgl. Knobling 1985; 12).

## **2.4 Erhebung und Aufbereitung des empirischen Materials**

Zwischen August 1999 und Dezember 2000 wurden 28 Interviews mit ambulant tätigen Pflegekräften aus Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen geführt. Die interviewten Pflegekräfte waren zwischen 27 und 59 Jahre alt. Da in der qualitativen Untersuchung des Materials auf intensive Fallstudien und Einzelfallanalysen orientiert worden ist, blieb der

---

<sup>1</sup> Maurus/Brater (1996): Glaubensbekenntnisse, In: Altenpflege Jg.96/7; 463-468

Umfang des Samples quantitativ begrenzt. In diesem Sinne erscheint die Anzahl von 28 Proband/Innen relativ hoch. Im weiteren Auswertungsverlauf erfolgte eine Reduktion auf 20 Personen.

Im Vorfeld konnte auf verschiedene Adressenregister von privaten und gemeinnützigen ambulanten Pflegediensten zurückgegriffen werden. In diesem Kontext boten Übersichten der örtlichen Kranken- und Pflegekassen sowie träger- und anbieterbezogenes Informationsmaterial ein ausreichendes Kontaktpotential. Flankierend dazu wurden persönliche Kontakte in diesem Feld aktiviert, um an weitere interessierte Interviewpartner/Innen zu gelangen. In einem Rundschreiben wurden etwa 50 ambulante Pflegeeinrichtungen bzw. Sozialstationen angeschrieben. Dabei wurde das Untersuchungsvorhaben kurz erläutert und um weitere Kontaktaufnahme gebeten.

Komplementär dazu erfolgte zeitversetzt der telefonische und persönliche Kontakt mit den Einrichtungen. Aus diesen Aktivitäten heraus entwickelte sich eine Vielzahl von Interviewzusagen, die über eine entsprechende Interviewterminierung z.T. wie geplant durchgeführt werden konnten.

Andere Zeitvereinbarungen konnten aufgrund des anberaumten Umfangs von mindestens zwei bis drei Stunden nicht eingehalten werden. In einzelnen Fällen führte diese Zeitvorgabe zu Rückzügen bzw. mehrmaligen Interviewverschiebungen.

Darüber hinaus wurde bei sieben Interviewpartnern ein zusätzlicher Termin vereinbart, um das Interview im beiderseitigen Einvernehmen abschließen zu können. Die Explorationen, welche unter einem starken Zeitdruck geführt werden mussten, sind bewusst aus der Untersuchungsanlage herausgenommen worden. Bei vier Interviews wurden die Interviewpartner von Ihrer Pflegedienstleitung „geschickt“, d.h. dienstlich verpflichtet, das Interview mit mir zu führen. Trotz dieser auf den ersten Blick kommunikativ ungünstigen „Entsendung“ entwickelte sich auch bei diesen Interviewteilnehmern eine weitgehend offene Interviewsituation. Im Einzelfall wurden mit den verantwortlichen Pflegedienstleiterinnen der Einrichtungen Interviews geführt. Aus diesen Interviewsituationen ergaben sich dann weitere Kontakte zu ambulant tätigen Pflegekräften.

In der Bilanz ergaben sich durch die persönliche Interviewsituation forschungspragmatisch fruchtbare Schneeballeffekte, d.h. aus diesem Zusammenhang heraus wurde ich an zusätzliche Interviewpartner/Innen vermittelt bzw. weiter empfohlen (Fuchs 1984).

Die Proband/Innen wurden nach Möglichkeit in Ihrer Privatwohnung interviewt. Dadurch konnte ein ausschnitthafter Einblick in die privaten Lebensverhältnisse gewonnen werden. In drei Fällen wurde die Wohnung des Interviewers genutzt. Andere Interviews erfolgten am Arbeitsplatz der ambulant Pflegenden, was im Einzelfall dazu führte, dass Störungen durch andere Personen bzw. Telefonate kaum zu vermeiden waren.

Nach Abschluss eines jeden Interviews wurden erste Eindrücke und Erinnerungen schriftlich festgehalten. Alle erhobenen Interviews wurden grundsätzlich auf Band aufgezeichnet.

Das angefertigte Postskriptum konnte dann nach dem ersten Abhören des Tonbandes ergänzt werden. Um eine genaue interpretative Rekonstruktion im Einzelfall sicherzustellen, erfolgte bei 15 Interviews eine vollständige Transkription des Materials. Bei 5 Interviewmitschnitten erfolgte eine Teiltranskription. Die Transkription der Interviews folgte möglichst getreu dem gesprochenen Wort, sodass Abweichungen von den Rechtschreib- und Interpunktionsregeln billigend auftreten können. Dabei blieben Dialekt, Versprecher, nonverbale Äußerungen, Betonungen, Pausen der Transkription weitgehend erhalten

Unter Hinzunahme bestimmter Transkriptionsnotationen mittleren Präzisionsniveaus wurden somit detailgenaue Textvarianten erstellt. Ziel war es, eine möglichst große Wiedergabetreue zu erreichen und Informationsverluste zu minimieren.

Ferner wurden bei den Interviewsitzungen die objektiven Daten des Befragten mit einem Datenbogen erhoben. Aus Gründen der Forschungsethik und des Datenschutzes wurden im

Rahmen der Transkription alle vorkommenden Angaben anonymisiert, die die Identität der Gesprächsteilnehmer/Innen erkennen lassen (Namen, Orts- und Zeitangaben).

## 2.5 Das autobiographisch-narrative Interview

Im Rahmen biografieorientierter Analyseverfahren soll dem Befragten genügend Raum gegeben werden, seine subjektiven Erfahrungen und Relevanzen darzustellen. Ein hinreichend offenes und erzählgenerierendes Verfahren gewährleistet, dass die Person in ihrer Erzählung ein komplexes Netz sinnstruktureller Elemente selbst knüpfen und auch nicht antizipierte Gegebenheiten ihrer Biographie und Lebenspraxis äußern kann (Schütze 1984). Am konsequentesten scheint das Prinzip der Offenheit in dem von Fritz Schütze (u.a. 1977; 1982; 1984) entwickelten ‚autobiographisch-narrativen Interview‘ umgesetzt. Das autobiographisch-narrative Interview gehört zu den bewährtesten Erhebungsinstrumenten in der Biographieforschung. Das Verfahren knüpft an Strukturen und Regeln alltagsweltlicher Kommunikation an. In einem ersten Interviewteil wird zunächst versucht, durch eine offen gehaltene Erzählaufforderung, eine „Stegreiferzählung des selbsterfahrenen Lebensablaufs“ (Schütze 1984: 78) zu initiieren. Dem Interviewten bleibt die Strukturierung der autobiographischen Darstellung weitgehend selbst überlassen. Mit der Übernahme eines solch offenen ‚Erzählschemas‘ greifen nach Schütze die Zugzwänge des Erzählens – Kondensierung, Detaillierung und Gestaltschließung – als zentrale Ordnungsprinzipien des Erzählens (vgl. Kallmeyer/Schütze 1977). Aufgrund der zeitlichen Begrenzung sieht sich der Erzähler gewissermaßen „gezwungen“, Relevanzfestlegungen zu treffen und seine Erzählung zu verdichten: Dadurch, dass an wichtigen Stellen der biographischen Erzählung Detaillierungen zum Verständnis sowie generell eine konsistente und in ihrer ‚Gestalt‘ geschlossene Darstellung erforderlich sind, setzt eine Eigendynamik des Erzählvorgangs ein, in dessen Folge sich der Erzähler in frühere Ereignis- und Erfahrungsabläufe ‚verstrickt‘ (Bohnsack 1993: 94). Das autobiographisch-narrative Interview generiert somit Datentexte, die über die gegenwärtigen Deutungen der Lebensgeschichte hinaus auch die Ereignisverstrickungen und die lebensgeschichtliche Erfahrung aufzeigen, welche für die Identität des Befragten konstitutiv und handlungsrelevant sind (vgl. Schütze 1983;285; 1984;78-80).

### 2.5.1 Aufbau und Gliederung

Der Interviewbeginn erfolgte anhand eines vom Interviewer gestellten Erzählstimulus, durch den der Informant aufgefordert wurde, sich an einen möglichst frühen Zeitpunkt seiner Biographie zurückzuerinnern und von da ab seine Lebensgeschichte zu entfalten. Diese Erzählaufforderung sollte eine möglichst offene Erzählphase einleiten, die dann in eine so genannte Ersterzählung übergeht. Weiter ist es bedeutsam, den Erzählstimulus in sehr offener und einfacher Weise zu formulieren, um die Interviewpartnerin/den Interviewpartner und ihre Ausführungen nicht von vornherein auf ein Theorieniveau zu heben. In diesem Fall lautete der Erzählinput wie folgt:

Ich bin daran interessiert zu erfahren, wie sich die Lebens- und Berufsgeschichten von Schwestern und Pflegern entwickelt haben, welche Motive für die Wahl dieses Berufes wichtig waren und wie sich aus ihrer Sicht der berufliche Alltag in der ambulanten Pflege im Laufe der Zeit verändert hat.

Ich möchte Sie bitten mir Ihre Lebensgeschichte zu erzählen, mit all den Erlebnissen, die für Sie persönlich wichtig waren. Ich werde Sie auch erstmal nicht unterbrechen oder Ihnen Fragen stellen. Bitte lassen Sie sich nicht irritieren, wenn ich mir ein paar Sachen aufschreibe,

ich möchte Ihnen vielleicht später noch einige Fragen stellen. Da würde ich Sie jetzt zu Wort kommen lassen und Ihnen zuhören.

Nach der Ratifikation des Erzählschemas durch den Informanten (z.B. "Gut, fang ich mal an") begann die Anfangserzählung (vgl. Schütze 1977; 46), die je nach individueller Erzähllaune und narrativem Detaillierungsgrad eine unterschiedliche Zeitdauer in Anspruch nehmen konnte. Die Erzählphase war erst dann beendet, als der Befragte dies selbst so artikulierte bzw. andeutete (vgl. Lamnek 1989; 71). Nach der erfolgten biographischen Ersterzählung wurde eine resümierende Bilanzierungsfrage gestellt:

Wenn Sie sich mal zurück erinnern, wie würden Sie das heute zusammenfassend so sehen? Welche Hoch und Tiefs haben rückblickend Ihr Leben im besonderen Maße geprägt?

Im Anschluss an die biographische Haupterzählung, die gewöhnlich mit einer Koda endet und den Bilanzierungsfragen, wurde ein immanenter Nachfrageteil nachgeschoben. Innerhalb dieses Interviewrahmens erfolgten Anknüpfungen an Interviewpassagen, die eine mangelnde Plausibilität, die Lücken, Brüche, Vagheiten und Ungenauigkeiten in der autobiographischen Erzählung aufwiesen. Dabei erwies es sich als förderlich, chronologisch an Stellen der biographischen Ersterzählung direkt, d.h. in den Worten des Interviewten anzuknüpfen, um den in der ersten Phase eingeleiteten Prozess der autobiografischen Stegreiferzählung aufrechtzuerhalten. Mit dem Nachfrageteil ist das autobiographisch-narrative Interview abgeschlossen.

## 2.5.2 Auswertungsschritte

In der Auswertung ist im Wesentlichen an dem von Schütze (1982, 1983) entwickelten konversationsanalytischen Verfahren orientiert. So wurde jedes Interview zunächst durch den Schritt der Paraphrasierung zusammengetragen, um einen Überblick über den inhaltlichen Verlauf zu erhalten (formale Textanalyse). Anschließend wurde das gesamte Interviewdokument sequenzanalytisch untergliedert, d.h. eine Abfolge von Erzählsegmenten anhand von Rahmenschaltelementen herausgearbeitet. Durch den Auswertungsschritt der strukturellen Beschreibung einzelner, zeitlich begrenzter Prozessstrukturen des Lebensablaufs entlang der einzelnen Erzählsegmente wurden institutionell bestimmte Lebensstationen, Höhepunktsituationen, Handlungsabläufe, biographische Wendepunkte, Wandlungen, Ereignisverstrickungen etc. markiert (vgl. Schütze 1983; 286). Die Sequenzen wurden anschließend über eine inhaltliche Feinanalyse Schritt für Schritt untersucht.

Auf der Basis vorangegangener Analyseschritte erfolgte die Herausarbeitung der biographischen Struktur des Interviewdokumentes. Unter Zuhilfenahme verdichteter und markanter Erzählpassagen wurde versucht, lebensgeschichtlich signifikante Ereignisse und Erfahrungen in die Auswertung einfließen zu lassen. Auf dieser Grundlage wurden dann fünf ausführliche Fallinterpretationen erarbeitet.

## 2.6 Zum leitfadengestützten Interviewteil

Neben der Gewährleistung eines hohen Maßes an Selbstexplikation des Befragten sollte über ein ergänzendes Erhebungsinstrument sichergestellt werden, dass die Befragten sich zu den relevanten Themen der Untersuchung äußern. Deutungen und Positionen zu pflegebezogenen Problem- und Konfliktfeldern sollten sichtbar werden. Entlang dieser Überlegung wurde ein thematisch leitfadengestützter Interviewteil entworfen, der im Anschluss an das autobiographisch-narrative Interview als Gesprächsgrundlage diente.

Der sich an das narrative Interviewformat anschließende leitfadengesteuerte Teil orientierte verstärkt auf Erzählungen aus dem beruflichen Alltag.

Dabei wurden spezifische Themenfelder angesprochen, die bislang nicht genannt bzw. nur randständig berührt worden sind.

Im leitfadengestützten Interviewteil wurden Anschlussfragen entwickelt, die sich auf den sich verändernden beruflichen Alltag beziehen. Hier ging es u.a. um die Begründung des -So-Handelns- in für sie typischen Situationen.

Bewertende Stellungnahmen und persönliche Wertvorstellungen werden tendenziell eher bei prägenden Ereignissen bzw. in (potentiell) problematischen Situationen sichtbar.

In pflegerischen Grenzsituationen können die subjektiv intendierten Handlungsorientierungen der Pflegenden möglicherweise deutlicher markiert werden. Das Herausgreifen von bedeutsamen, selbstthematisierten Situationen kann zu Stellungnahmen und Verhaltensabsichten führen, welche zu „prinzipiellen Basisstrategien“ (Alheit 1985; 60) bzw. subjektiven Einstellungsmustern verdichtet werden könnten.

Aus solchen berufsbezogenen Schilderungen können dann möglicherweise generalisierte Haltungen und Erkenntnisse von professionell Pflegenden sichtbar werden.

Neben der Skizzierung praktischer Verrichtungen sowie Lösungs- bzw. Vermittlungsstrategien in spezifischen Problem- und Arbeitssituationen geht es um die analytische Rekonstruktion selbsttheoretischer, generalisierender Erkenntnisse über die Problemgegenstände und Verrichtungen der professionellen Arbeit.

Das in diesem Rahmen sichtbare Kompetenzverständnis zu rekonstruieren und mit Vorerfahrungen und Lernprozessen aus der Lebensgeschichte zu verbinden, skizziert in etwa das vorgegebene Untersuchungsziel der zweiten Untersuchungsebene.

### 2.6.1 Orientierung auf die Dimension des ethisch-aktiven Handelns

Es kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Pflege ein zutiefst ethisches Geschehen ist. Sie basiert auf Wert- und Normvorstellungen, die sich (explizit und implizit) in Situationsbeschreibungen widerspiegeln. Insbesondere in Situationen, wo z.B. dem Patienten Unrecht widerfahren ist, seine Würde verletzt oder der heutige Stand der Pflege nicht eingehalten wurde, können die subjektiven Orientierungen von professionell Pflegenden deutlicher hervortreten.

Ethisch-aktives Handeln skizziert eine Dimension pflegerischen Handelns, die eine routinemäßig ausgeführte Pflege überschreitet. In der täglichen Pflegepraxis erfordert der teleologische Aspekt der Situationsbewältigung häufig einen von pragmatischen Motiven bestimmten Handlungsplan, d.h. der Pflegenden bleibt in seiner Eigentlichkeit weitgehend unsichtbar. Pflegehandlungen, die durch ethisch-aktives Handeln zustande kommen, werden in routinemäßigen (unproblematischen) Pflegesituationen nicht als Defizit bzw. Unterlassung sichtbar (Olbrich 1999; 57 ff). Das Ausdrücken von persönlichen Orientierungen und Wertvorstellungen wird möglicherweise in „Grenzsituationen“ eher stimuliert als in gewohnheitsmäßigen, primär verrichtungsorientierten Handlungsabläufen (vgl. Wittneben 1991; 140). Die „Enthüllung“ des Subjekts in einer problematischen Situation kontrastiert mit dem Konstrukt der „natürlichen Einstellung“, die durchgängig von pragmatischen Motiven bestimmt wird. (vgl. Schütz/Luckmann 1994 (Bd. 1); 25).

Entlang der vom Erzähler selbst dargestellten und vom Interviewer angefragten Konfliktsituationen bzw. ethischen Dilemmata werden möglicherweise Grundwerte und Einstellungen deutlich, die sich in bewussten Aktivitäten niederschlagen. In bestimmten Situationen werden nicht nur Gedanken und Gefühle geäußert, sondern auch bestimmte Strategien und Maßnahmen sichtbar. Die in diesen Zusammenhang erkennbaren Aktivitäten beziehen sich nicht nur auf konkretes Handeln. Die individuelle Entfaltung einer „aktiv-ethischen Kompetenz“ entlang des angedeuteten Situationsrahmens zeigt sich u.a. auch in intensiven Gesprächen bzw. erneuten Reflexionen (Olbrich 1999; 68). In Anlehnung an

Olbrich kann dieser Bereich pflegerischen Handelns der Dimension des aktiv-ethischen Handelns zugeordnet werden. Die innerhalb dieser pflegerischen Handlungsdimension sichtbaren Erfolge bzw. Misserfolge werden auf der Basis eines persönlichen und normativen Sinnhorizontes reflektiert und können somit ethisch definiert werden (vgl. Olbrich 1999; 57). Erst wenn bestimmte Aktivitäten durch Wertbegründungen fundiert sind, kann von einer ethischen Kompetenz ausgegangen werden (ebenda; 71). Diese, mich in besonderem Maße interessierende Dimension pflegerischen Handelns verweist auf die in der Persönlichkeit verankerten „Komponenten“ (ebenda; 69 f). Dass diese Komponenten von der Ausprägung einer „sicheren Identität“ und der „selbstständigen Ausfüllung einer beruflichen Rolle“ abhängig sind, kann unterstellt werden (ebenda). Das von Olbrich skizzierte Kompetenzverständnis innerhalb der Dimension des aktiv-ethischen Handelns verweist auf ein Können, das als „personale Kompetenz“ bezeichnet werden kann (ebenda). Aus diesem Verständnis heraus ist eine ergänzend zum leitfadengesteuerten Interview erhobene biographisch-narrative Ersterzählung ein notwendiges Mittel, um diese „personalen Kompetenzen“ ansatzweise zu fundieren bzw. rückbinden zu können (Schütze 1983).

## 2.6.2 Fragenüberblick zum leitfadengestützten Interviewteil

Der dem Interview zugrunde liegende Leitfaden beinhaltet Themenkomplexe, welche auf die besondere Spezifik der Altenpflege abstellt. Entsprechend dieser Themenbereiche kann eine ergänzende Auswertung erfolgen, die dann in Einzelfallanalysen bzw. typischen Fallstudien weiter vertieft werden kann.

### Zur Berufsbiographie

- Wie sah Ihre bisherige berufliche Laufbahn aus?
- Wie hat sich Ihre Arbeit im Laufe der Zeit verändert?
- Welche Motivation für Ihre Arbeit hier würden Sie denn nennen?
- Wenn Sie Ihre berufliche Laufbahn einschätzen, was würden Sie dazu sagen?
- Was glauben Sie, wird sich in Zukunft für Sie verändern, welche beruflichen Vorstellungen haben Sie für die Zukunft?

### Zur Perspektive der Pflegebedürftigen

- Was erwarten, nach Ihrer ganz persönlichen Erfahrung, die vorwiegend älteren Pflegebedürftigen von Ihnen?
- Könnten Sie einmal konkret über solche Wünsche, Vorstellungen oder auch Befürchtungen der Hilfebedürftigen etwas sagen?
- Erzählen Sie doch einmal, wie so der Tag für einzelne der zu Betreuenden abläuft?
- Wenn Sie das so einschätzen sollten, wie viel Einfluss haben die zu betreuenden Personen auf den zeitlichen Ablauf bzw. die Durchführung der Pflege/der hauswirtschaftlichen Versorgung?
- Wie reagieren die alten Leute aus Ihrer Erfahrung heraus betrachtet, wenn sich ihr Zustand deutlich verschlechtert?

### Konflikte

- Fühlen Sie sich persönlich und sozial anerkannt in Ihrem Beruf?
- Welche Vorstellungen und Befürchtungen haben Sie in Bezug auf das eigene Altern, das Leben im Alter?

- Könnten Sie vielleicht einen Konflikt oder eine Situation beschreiben, die Sie momentan am stärksten belastet?
- Wie gestaltet sich die Kooperation mit den Angehörigen der Pflegebedürftigen?
- Wie erleben Sie selbst den Tod bzw. das Sterben von Pflegebedürftigen?
- Wie gehen Sie selbst mit diesem Thema (Leid und Tod) um?
- Wenn Sie einmal an den Ablauf Ihres Arbeitstages denken, was für Zeiten (Pflegebedürftige, Touren) sind da sehr stressig und welche Zeiten (Pflegebedürftige, Touren) empfinden Sie eher als angenehm? (was passiert in diesen Zeiten jeweils konkret?)
- Wer ist für Sie ein eher schwieriger Patient, wer ist für Sie ein eher angenehmer Patient?
- Wenn Sie so an bestimmte Pfl egetätigkeiten denken, wie z.B. waschen, ankleiden, Hilfestellung beim Essen und Trinken, Verbandswechsel, Injektionen, Gespräche führen u.a., welche Tätigkeiten sind Ihnen angenehmer, welche üben Sie nicht so gerne aus?
- Wie gehen Sie mit aggressiven Pflegebedürftigen um?
- Wie gehen Sie mit verwirrten alten Menschen um?
- Wie würden Sie im Allgemeinen Ihre Beziehungen zu Ihren Mitarbeiter/Innen beschreiben (bzw. zur Pflegedienstleitung)?
- Wie gehen Sie in der Situation vor Ort damit um, bestimmte medizinisch-pflegerisch notwendige Maßnahmen gegenüber den einzelnen Patienten umsetzen zu müssen?/ Welche Schwierigkeiten können dabei mitunter auftreten?

#### Folgeprobleme und Verarbeitung

- Sie haben mir jetzt eine Menge erzählt, was Sie so alles tagtäglich tun. Wird Ihnen das alles auch manchmal zuviel? Was macht Ihnen am meisten zu schaffen? (Wie werden Sie damit fertig? Schaffen Sie das immer alleine?)
- Wenn Sie einmal Hilfe brauchen, an wen können Sie sich wenden?
- Haben Sie schon einmal versucht, die Situation zu ändern?

#### Kommunikation

- Wie funktioniert bei Ihnen der Informationsaustausch untereinander?
- Erzählen Sie doch bitte einmal etwas über die Zusammenarbeit mit den anderen Mitarbeiter/Innen (anderen Professionen)?
- Wie entscheidungsfrei fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit? (Mit wem müssen Sie sich abstimmen)

#### Berufsspezifisches Wissen

- Alte Leute erzählen ja oft von früher; könnten Sie mal kurz so eine Geschichte erzählen, die Sie besonders beeindruckt hat?
- Sind Sie durch den Umgang mit alten Menschen vielleicht neugieriger geworden auf die Zeit, von der sie erzählen?
- Wie hat sich die Einführung des PVG auf ihre tägliche Arbeit ausgewirkt?
- Was für Weiterbildungsangebote gibt es für Sie und nutzen Sie diese? (Warum nicht/ Wie sinnvoll diese WB?)
- Welche persönlichen Vorstellungen von guter Pflege haben Sie?
- Was denken Sie, könnte in der Pflege alter Menschen in Ihrem Arbeitsbereich noch verändert werden?

- Wo könnten denn die Ursachen für Defizite in der Pflege liegen?
- Wie würden Sie denn ganz allgemein Ihr Verhältnis zu den Pflegebedürftigen beschreiben?

### 2.6.3 Auswertungskonzept des leitfadengesteuerten Erzählinterviews

Bei der analytischen Bearbeitung des leitfadengesteuerten Interviews wurde schrittweise vorgegangen. Entlang des Leitfadens wurde das Interview themenspezifisch grob gegliedert. Die einzelnen Gesprächsequenzen wurden mit einer beschreibenden Kategorie charakterisiert und entsprechenden Sinneinheiten zugeordnet. Durch die flexible, sich aus dem Interviewverlauf ergebende Handhabung des Leitfadens erwies sich dieses Ordnungsverfahren als notwendig.

Nach dieser ersten thematischen Grobzuordnung wurden weitere Sinneinheiten innerhalb dieser Rahmungen identifiziert. Dabei wurde deutlich, dass bestimmte Sinneinheiten mehreren Kategorien zugeordnet werden können. Aus dieser Überlappung heraus haben sich z. T. neue Zuordnungen und Kategorien entwickelt. Die Nähe bzw. Entfernung zu einzelnen Kategorien erforderte veränderte Begriffszuordnungen bzw. Neubestimmungen, d.h. ursprüngliche Zuordnungen wurden in mehrmaligen Überarbeitungsschritten modifiziert oder sogar aufgehoben.

In einem weiteren Schritt wurden die verwandten Sinneinheiten und kategorialen Zuordnungen aus verschiedenen Interviews einer vergleichenden Analyse unterzogen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Falldarstellungen wurden herausgefiltert und zu wesentlichen Konfigurationen und Merkmalen verdichtet (vgl. Dunkel 1994; 83).

Über die Auswahl von markanten Erzählpassagen wurde versucht, ein differenziertes Bild von Handlungsstrategien in Alltags- und Konfliktsituationen zu vermitteln. Über die z.T. illustrativ unterlegten Problembestimmungen und daran anknüpfende Lösungsstrategien wurde dahinter stehende Haltungen und Einstellungen markiert. Parallel dazu wurde versucht, die strukturellen und situativen Rahmenbedingungen zu eruieren, in denen sich die beruflichen Pflegenden bewegen.

Aus diesen analytisch unterschiedlichen Blickwinkeln heraus wurden ausgewählte professionelle Haltungen und Handlungsstrategien herausgearbeitet.

Die entlang berufsbezogener Alltagssituationen und Falldarstellungen sichtbaren Wertorientierungen können partiell mit den biographieanalytisch rekonstruierten Orientierungen des Befragten in Beziehung gesetzt werden.

## 2.7 Methodische Auswertung und Verknüpfung unterschiedlicher Wissensbestände

Professionalität kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln und Generierungsebenen betrachtet werden, sie kann z.B. per Ausbildung vermittelt oder sich über Praxiserfahrung naturwüchsig entwickelt haben. Darüber hinaus kann ein Professionalitätsverständnis auch aus der Lebenswelt der Akteure abgeleitet werden

Die Frage ist nur, wie diese unterschiedlichen Wissensbestände analytisch aufgearbeitet werden können?

Um diese Fragen auch nur annäherungsweise zu bearbeiten, bin ich sowohl auf die Lebensgeschichte (über autobiographisch-narrative Interviews) als auch auf Alltags- bzw. Fallillustrationen der Pflegenden angewiesen.

Über die Inblicknahme der gesamten Lebensgeschichte können einige Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Lebensphasen und Erfahrungsbeständen (Wandlungserlebnisse, Verlaufskurvenerfahrung) und den Thematisierungs-, Reflexions- und Lernprozessen im beruflichen Alltag rekonstruiert werden (dazu u.a. Schütze 1983, 1984).

Der Bezug zur Lebensgeschichte scheint aber nur dann möglich, wenn ähnliche Phänomene (Muster, Motive, Deutungen) immer wieder vorkommen u. nicht nur einmalig bezuglos sind.

Die Frage der Verknüpfung von unterschiedlich erhobenem Interviewmaterial (autobiographisch-narratives Interview u. thematisch leitfadengesteuertes Interview) bleibt ein methodologisches Problem. Durch die Spezifik der Fragen im leitfadengesteuerten Interviewteil ist eine Analyse im Raster biographischer Orientierungen und Verankerungen nur z.T. möglich. Die thematische Fokussierung stellt einen Bezug zu Situationen innerhalb einer spezifischen sozialen Welt her, in denen Erfahrungen aus dem beruflichen Alltag sichtbar werden. Das führt teilweise zu einer anderen Art des Materials, d.h. das Material ist abstrakter, weniger narrativ bzw. weist insgesamt eine geringere Index -u. Kontextualität auf.

In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, ob die (unterschiedlich) gewonnenen Ergebnisse aus dem Material zusammengeführt bzw. trianguliert werden können oder in ihrer unterstellten Unterschiedlichkeit getrennt nebeneinander stehen bleiben sollen.

Aus dieser letztendlich nicht befriedigend auflösbaren Problematik wurde dem unterschiedlichen Material Rechnung getragen, d.h. kontextbezogen miteinander verbunden bzw. in der Einzelfallbearbeitung auch ganz explizit nebeneinander gestellt.

### **3. Konzept der Falldarstellung**

In einem zusammenfassenden Schritt wurden fünf exponierte Fallstudien erarbeitet, die typische Orientierungs- und Deutungsmuster sowie relevante Pflegestrategien (zeitbezogen) markieren.

Die geringe Anzahl der Fälle ergibt sich aus dem sehr aufwendigen Charakter der Einzelfallanalysen. Die Fälle haben gewissermaßen eine illustrierende und fundierende Funktion, d.h. sollen die Unterschiedlichkeit und Vielfalt möglicher Formen von Altenpflege deutlicher machen. In der Einzelfalldarstellung wurde der unterschiedliche Charakter der Erzähltexte berücksichtigt. Überzogene Zusammenführungen wurden vermieden, sodass in den Falldarstellungen Lebensgeschichte und Berufsalltag interpretatorisch gesondert dargestellt sind. Trotz dieser Bruchstellen blieb der Gesamtblick auf die verschiedenen Interviewteile erhalten. Da, wo sich aus dem Interpretationsprozess heraus Zusammenhänge zwischen Lebensgeschichte und beruflichen Alltag rekonstruiert lassen, sind sie im Darstellungsmodus des Falls entsprechend ausgewiesen (Schütze 1984).

Um der Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Fallinterpretation Rechnung zu tragen, gleichzeitig aber einen leserfreundlichen Darstellungsmodus zu finden, musste ein präsentationstechnischer Mittelweg gefunden werden. Unter Rückgriff auf Zitate aus dem Interviewmaterial werden fallbezogene Deutungen und Theoretisierungen plausibilisiert, um eine Überprüfung der Interpretationen durch den Leser bzw. die Leserin prinzipiell zu ermöglichen.

Damit Einblicke in impliziten Orientierungen und Konzepten von Pflegekräften möglich sind, wurde auf der Basis der rekonstruierten Fallstrukturen ein selektiver Fallvergleich durchgeführt. Diese fallvergleichende Kontrastierung knüpfte an die im Zuge der Materialinterpretation gewonnenen theoretischen Einsichten, Kategorien und Vergleichsdimensionen an, welche auch die Fallauswahl im Sinne eines -Theoretical Sampling- leiteten. Die rekonstruierten Fälle wurden zueinander in Beziehung gesetzt, um Differenzen sowie Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Zum anderen diente die

Fallkontrastierung zur Schärfung der Einsichten in unterschiedliche Zusammenhänge von kollektivgeschichtlichen Rahmungen, biographischen Dispositionen und Ressourcen, sowie professionellen Deutungsmustern und Handlungsstrategien bei ambulant tätigen Pflegekräften. Auf dieser Grundlage konnten dann einige theoretische Kernhypothesen entwickelt werden.

Auf eine klassische Typenbildung wurde im Kontext der zu geringen Zahl von Einzelfallanalysen verzichtet. Eine generalisierende Betrachtung der Fälle, in der dann von den spezifischen Bedingungen der einzelnen Fallstrukturen abstrahiert werden kann, scheint in diesem Setting nicht angezeigt.

Entlang eines Referenzfalles (*Fall Renate*) sollen aber typische, aus dem empirischen Material heraus entwickelte Grundmuster von guter Pflege argumentativ ausgewiesen werden. Damit wird der Versuch unternommen sich über eine Einzelfallfundierung an allgemeine Aussagen bzw. Theoretisierungen heranzutasten.

## Kapitel V: Exemplarische Fallstudien

### **4. Falldarstellung Holger**

”...meine Mutti...meine Mutti is einlich de beste Mutti der Welt...für mich...was die für mich jetan hat...das tut nich jede Mutter....für ihr Kind....di war immer da....”/12/47-50

#### **4.1 Kurzüberblick und äußerer biographischer Verlauf**

Holger wird 1958 als jüngster von vier Geschwistern in H. geboren. Sein Vater arbeitete als Schlosser in einer großen Maschinenfabrik in H.. Seine Mutter arbeitet in verschiedenen Berufen, u. a. als Straßenbahnschaffnerin und Arbeiterin in der Fabrik, wo auch ihr Ehemann tätig ist.

Der Vater ist 1998 im Pflegeheim gestorben. Die Mutter ist mittlerweile Rentnerin und lebt allein in einer kleinen Wohnung in H.. Sie ist gesundheitlich stark eingeschränkt und auf Hilfe und Pflege anderer Personen angewiesen.

H. verbringt seine ersten Kindheitsjahre zu Hause und besucht dann die Allgemeinbildende Polytechnische Oberschule. Im Anschluss daran absolviert H. im gleichen Betrieb wie der Vater eine 2 1/2jährige Lehre als Maschinenanlagenmonteur. Kurz nach der Beendigung der Lehre (1978) verlässt er den Ausbildungsbetrieb und arbeitet beim Kühlanlagenbau. Nach einem halben Jahr wechselt er zum DRK-Krankentransport. Über trägerinterne Weiterbildungen steigt er beim DRK-Rettungswesen ein, wo er bis kurz nach der Wende tätig ist. Durch Umstrukturierungsprozesse im DRK-Rettungsdienst und dem damit verbundenen Stellenabbau gelangt H. 1991 in die stationäre Altenpflege. In diesem Jahr stirbt bei einem Arbeitsunfall einer seiner Brüder, mit dem ihn ein besonderes Verhältnis verbunden hat. Der berufliche Neuanfang in der stationären Pflege wird mit einer berufsbegleitenden Ausbildung zum Altenpfleger verknüpft, die er nach viereinhalb Jahren erfolgreich abschließt. Da das Pflegeheim, in dem H. arbeitet geschlossen wird, kommt es erneut zu einer beruflichen Veränderung, d.h. er wechselt 1997 von der stationären in die ambulante Pflege. Dort ist er gegenwärtig auch weiterhin beschäftigt. H. lebt seit dem Auszug aus der elterlichen Wohnung mit 28 Jahren allein in einer Wohnung in H.

#### **4.2 Das familiäre Beziehungsgefüge**

Holger wird 1958 als jüngster von vier Geschwistern in H. geboren. Seine drei Brüder Bernd (11 Jahre älter), Dietmar (10 Jahre älter) und Hans (acht Jahre älter) sind erheblich älter als er<sup>1</sup>. Er sieht sich selbst in der Rolle des Nesthäkchen bzw. Nachzüglers (“...der Rest vom Schützenfest...” /10/36). Der behütete, auch von seinen älteren Brüdern umsorgte, Holger (“...die ham sich immer um mich jekümmert...” /10/24-25) erscheint durch den deutlichen

---

<sup>1</sup> Seine Brüder hatten sich eher eine Schwester gewünscht (“..weil se gerne äh.ne kleene Schwester ham wollten...”/11/2).

Altersunterschied zu den Geschwistern als ein Einzelkind. Das angenehme und fürsorgliche häusliche Umfeld, die ihm zuteil werdende Nestwärme der Mutter bzw. der älteren Geschwister schuf ein positives Grundgefühl, das er trotz interfamiliärer Einbrüche und Konflikte bis heute konsistent bewahrt.

Zu Dietmar und Bernd wird nichts explizit erzählt. Sie scheinen nicht nur altersmäßig weit weg von ihm zu sein. Hans, der jüngste von den drei Brüdern, wird als jugendlich beschrieben ("...Hans war ehmt damals..jugendlich...vielleicht bin ich deshalb mit ihm am besten.ausjekom..."/10/21-23). Mit ihm verbindet Holger ein besonderes Verhältnis. Er ist in der Geschwisterkonstellation der Lieblingsbruder, der in der Gesamterzählung als einziger von den Brüdern sichtbarer wird.

#### 4.2.1 Der Lieblingsbruder Hans

"...wo wo damals Hans jestorm...da is ne Welt für mich zusammenjebrochen....der Mutter jesacht...habe warum hats nich mich erwischt....warum mein Bruder...mein Gott warum hats nicht mich erwischt.warum mein Bruder."/22/ 41-44

Obwohl Hans acht Jahre älter ist, rückt er gewissermaßen in die Position eines gleichaltrigen Spielgefährten. Das in der Gesamterzählung weitgehende Fehlen von gleichaltrigen Freunden bleibt auffällig und verleiht dem Verhältnis zu Hans eine besondere Bedeutung. In der ersten Exposition taucht diese für ihn prägende Bezugsperson nur am Rande auf. Im Nachfrageteil wird ganz nebenbei der Tod des Bruders eingefügt.

"...aber der is leider nich mehr am Leben...der is 1991 tödlich verunglückt... das war och janz schlimm für mich..."/10/17-19

Die eingangs getroffene Einschätzung einer insgesamt schönen Kindheit wird relativiert, d.h. die ambivalenten Erfahrungen der Kindheit werden gerade in Zusammenhang mit seinem Bruder Hans deutlicher ("...ne schöne Zeit für..für mich..teilweise aber och en bisschen bitter..."/10/38-39). Eine einschneidende Kindheitserfahrung verbindet sich mit dem Fluchtversuch seines damals 18 jährigen Bruders. Hans wird bei diesem Fluchtversuch (Republikflucht) festgenommen und muss für 16 Monate ins Gefängnis. Holger beschreibt diese Situation äußerst eindrücklich und detailliert. Die traumatische Verabschiedung des Bruders an der Straßenbahnstelle erlebt Holger als einen Abschied für immer. Die Inhaftierung des Bruders bleibt ein unbegreifliches und unvergessliches Ereignis. Die ganze Situation ist für Holger mit Schuldgefühl und Verlustängsten verbunden.

Die von ihm bildhaft beschriebene Gefängnisszene illustriert das Getrenntsein von einer ihm wichtigen Bezugsperson. Diese Trennung stört das bis dahin geordnete soziale Gefüge von Holger und führt zu psychosozialen Irritationen. Dass sein Bruder flüchten, d.h. aus seiner Perspektive betrachtet, ihn verlassen wollte, stellt vermutlich eine bedeutsame Schnittstelle in seiner Beziehungsbiographie dar. Sein sich (möglicherweise) an der Idealrolle des Bruders orientierende Rollenmuster, seine sich an Hans schärfende Suche nach Identität, erfährt einen Bruch. Es deuten sich regressive Muster an, die eng mit diesem Ereignis verknüpft sind. Für diesen regressiven Einbruch in einer bedeutsamen Phase der Identitätsfindung spricht die starke Anbindung an die Mutter<sup>2</sup>. Die Emanzipation von der Mutter bleibt stecken.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> In der diagrammatischen Darstellung von Erikson kommt es im Spielalter darauf an, so etwas wie eine Spiel-Identifikation aufzubauen bzw. einzuüben (Ekert, B/Ekert, C. 2005; 33 ff). Ein Misslingen dieser Entwicklungsaufgabe führt möglicherweise zu ödipalen Phantasieidentitäten, deren Verfestigung die selbstbewusste und autonome Entwicklung des Kindes hemmen kann (Phase 3: Initiative gg. Schuldgefühl). Irritierend ist bei der erzählerischen Darstellung des missglückten Fluchtversuches und der darauf folgenden Inhaftierung des Bruders die widersprüchliche Widrigkeit des Lebensalters von Holger und Hans. Das damalige Alter von Holger lässt sich nicht genau aus der Erzählung herauschälen.

Der verloren geglaubte Bruder kehrt nach Verbüßung seiner Strafe nach Hause zurück ("...irgendwann war e dann widder da..." 11/13). Die unterbrochene Beziehung zum Bruder kann somit wieder aufgenommen werden.

Der Bruder bleibt für ihn in besonderer Weise prägend. H. verschmilzt gewissermaßen mit der Person seines Bruders. Er übernimmt z. T. dessen Einstellungen und Standpunkte, d.h. er wird zum Echo, ohne dass seine eigene Stimme sichtbar wird<sup>4</sup>. Dieses Muster zeigt sich andeutungsweise bei interfamiliären Auseinandersetzungen zwischen dem geliebten Bruder und dem Vater, die zu polarisierenden Familienkonstellationen beigetragen haben.

Der Tod des Bruders hat eine andauernde Irritation in seinem Beziehungsgefüge ausgelöst.

"Hans jestorm...da is ne Welt für mich zusammenjebrochen....der Mutter jesacht...habe warum hats nich mich erwischt....warum mein Bruder."). Die mit dem Tod des Bruders verbundene Leidenserfahrung hat das Selbstbild von Holger nachhaltig beeinflusst ("...ich habe da ich habe da so so jelitten." /22/41-44).

Diese Erfahrung wiederholt sich für Holger, d.h. im Prinzip ist der Bruder für ihn das zweite Mal gestorben. Die erste Erfahrung verbindet sich mit der Inhaftierung des Bruders nach dessen missglückten Fluchtversuch in den Westen. Der tödliche Unfall des Bruders ist im Kontrast zur Inhaftierungserfahrung unumkehrbar und hat in seiner für H. unfassbaren Endgültigkeit eine lebensdämpfende Wirkung hinterlassen. Die starke Identifikation mit dem Bruder löst eine traumatische Verlusterfahrung aus.

"...durch en....Tod meines Bruders...für mich der Tod keene Bedeutung mehr hat.." 23/22-23

Die symbiotische Beziehung zum Bruder führte dazu, dass diese Erfahrung bis heute unverarbeitet bleibt.

#### 4.2.2 Verhältnis zur Mutter (u. zu Frauen)

Das Verhältnis zur Mutter wird als sehr enges Verhältnis beschrieben. Die liebevolle Beziehung zur Mutter wird ganz selbstverständlich und ungebrochen dargestellt. Sie sehen sich häufig und telefonieren jeden Tag miteinander. Die Mutter bleibt die wichtigste Frau in seinem Leben<sup>5</sup>

"...meine Mutti...meine Mutti is einlich de beste Mutti der Welt...für mich...was die für mich jetan hat...das tut nich jede Mutter....für ihr Kind....di war immer da...." /12/47-50

---

Die lange Haftstrafe des Bruders spricht für dessen Volljährigkeit zum Zeitpunkt des Fluchtversuches, d.h. Holger wird in dieser Situation altersmäßig kleiner als er es faktisch war.

<sup>3</sup> Hier deutet sich das Motiv einer verlängerten Kindheit an (Nachzügler/Nesthocker). Während die älteren Brüder das Elternhaus verlassen und Familien gründen, bleibt H. bis zu seinem 28. Lebensjahr im häuslichen Nest.

<sup>4</sup> Die bei Holger in der Adoleszenzphase durchschimmernde Identitätssuche entlang der von ihm angedeuteten Streitsituationen bleibt diffus. Die ideologischen Polarisierungen, im Kontext von politisch motivierten Grundsatzdiskussionen, finden zwischen Hans und dem Vater statt. Holger initiiert insofern keine eigene Attacke gegenüber dem Vater. Er solidarisiert sich mit dem Bruder und kopiert dessen Standpunkte, ohne dass er selbst als originärer Streitpartner sichtbar wird. Möglicherweise war er aufgrund seines Alters und seiner Nachzüglerposition auch argumentativ nicht stark genug, um in diesen Situationen als Person mit eigenen Standpunkten und Stellungnahmen hervortreten zu können.

<sup>5</sup> Diese grandiose Beziehungseinschätzung wird in der Erzählung nicht detailliert deutlich. Was die Mutter aus seiner Sicht alles für ihn getan hat, wird in der gesamten Erzählung nicht weiter detailliert.

Seine bisherigen Beziehungserfahrungen scheinen eher ambivalent gewesen zu sein. Ein noch nicht lange zurückliegendes Enttäuschungserlebnis verstärkt diesen Eindruck. Die Hoffnung nach langer Zeit die richtige Partnerin gefunden zu haben, erfüllte sich bisher nicht.

”...endlich die Frau gefunden (zu haben) die de die janzen Jahre jesucht hast...Scheibenkleister wars....” /22/20-21

Die Erfahrung einer erfüllenden partnerschaftlichen Liebesbeziehung wird bei Holger nicht sichtbar. Das weitgehende Fehlen von emotional befriedigenden Beziehungsstrukturen außerhalb der Ursprungsfamilie deutet auf problematische Isolationstendenzen hin.

Die überhöhte Darstellung der libidinösen Bindung an seine beiden Katzen verstärkt diese Vermutung (“..ich habe zwei Katzen, die mich lieben.” /22/26)<sup>6</sup>. Seine Mutter und die Katzen bilden das emotionale Fundament seiner Existenz.

”..de zwee schlimmsten Sachen die mir passieren könnten, dass mein (Kater) stirbt und dass meine Mutter stirbt...das wäre es schlimmste in nächster Zeit.” /22/32-34

Die intensive emotionale Bindung gegenüber der Mutter steht auch in Bezug zu einschneidenden Trennungs- und Verlusterfahrungen, die sich vor allem mit seinem Bruder Hans verbinden. Durch den Tod des Bruders wird die ödipale Beziehung zur Mutter wieder verstärkt und bleibt bis in die Gegenwart hinein unaufgelöst.

Die Mutter wird rückblickend als eine ständig arbeitende und ”wuselnde” (21/14) Frau beschrieben, die neben ihrer Berufstätigkeit (Schaffnerin, Fabrikarbeiterin) auch noch vier Kinder großgezogen hat. Ihr Leben wird durch die Arbeit im Beruf und zu Hause bestimmt. Muße- und Ruhephasen bleiben die Ausnahme. Das rastlose Tun bleibt trotz gesundheitlicher Einschränkungen im fortgeschrittenen Rentenalter für sie wesentlich. Der Ruhestand wird zum zwanghaften Unruhestand<sup>7</sup>.

Die Überfürsorge der Mutter gegenüber H. korrespondiert mit der Fürsorge des Sohnes (Holger) gegenüber der Mutter. Dieses Muster wird insbesondere im Krankheits- und Pflegefall deutlich. Als die Mutter einen Schenkelhalsbruch und im Anschluss daran einen leichten Schlaganfall erleidet, übernimmt Holger die Rolle des Pflegers auch innerhalb der Familie. Dabei agiert er durchaus aus einem beruflich geprägten Selbstverständnis, d.h. er bezieht professionelle Fremdhilfe von außen mit ein und ergänzt diese Dienstleistungen über sein privates Engagement in den Bereichen, wo Selbst- und Fremdpflegesysteme nur bedingt greifen.

---

<sup>6</sup> Inwieweit der Rhythmus seines Arbeitstages kontinuierliche Beziehungen zu anderen erschwert bleibt vage. Dass die Katzen eine wichtige kompensatorische Funktion bei der Bewältigung des Alleinseins einnehmen wird deutlich. Die häusliche Präsenz der Tiere ermöglicht dem (einsamen) Heimkehrer die Fiktion eines auf ihn wartenden und liebenden Lebewesens(“...wenn mer äh wenn mer in Schichten arbeitet...ja egal...wann mer kommt der (Kater) is immer da..ja”/ 22/32).

<sup>7</sup> Max Weber umreißt in seiner protestantischen Ethik ein Arbeits- und Lebensverständnis, was auf Verzicht und Sparsamkeit angelegt ist. Das rastlose Tun kann als ein asketisches Motiv verstanden werden. Die Arbeit wird zum Selbstzweck. Die Welt wird entzaubert und das Ideal des bürgerlichen ”home” (auch im Arbeitermilieu) ist von einer sauberen und soliden Bequemlichkeit geprägt. Es herrscht eine (ungemütliche) Ordnung, die auch ein Ausdruck von innerer Vereinsamung sein kann (M. Weber 1991; 179 f). Entlang dieser theoretischen Figur zeigt die Mutter eine aggressive Genuss- bzw. Mußeabweigerung. Die Verneinung des Genusses dient nach R. Sennet der Selbstbestätigung (vgl. Sennet 1983; 419). Das Verdeutlichen dieser ”innerweltlichen Askese” (Weber 1991; 113) gegenüber der Außenwelt soll den Wert der Person herausstellen. Die Offenbarung von Fleiß, Genügsamkeit und Ordnung erzeugt möglicherweise ein Verpflichtungsgefühl. Einer sich so selbstlos präsentierenden Person muss man fast zwangsläufig dankbar sein. Der Sinn von Handlungen verliert gewissermaßen an Bedeutung.. Die grandiose Mutter rückt in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Die von H. angedeuteten asketischen Wesenszüge der Mutter korrespondieren mit einem sichtbaren Mangel an Emotionalität und Expressivität.. In dieser Lesart wird die Mutter von H. eher zu einem unfrohen und narzisstischen Selbst (vgl. Sennet 1983; 419 f).

### 4.2.3 Der Vater als Gegner und Beziehungskonkurrent

Das Verhältnis zum Vater scheint insgesamt betrachtet eher belastet gewesen zu sein. In Bezug auf ihn werden keine verbindenden Kindheitserlebnisse sichtbar. Eine tiefere emotionale Zuneigung bzw. positive Ereignisknotenpunkte werden in diesem Sinne jedenfalls nicht deutlich. Er taucht vorrangig in Zusammenhang mit (späteren) familiären Auseinandersetzungen und Konfliktsituationen auf. Der Vater wird für Holger eher zu einem Gegenüber, der in Verbund mit ihm emotional näher stehenden Bezugspersonen (Mutter, Hans) attackiert wird. In dieser dominierenden Art der Darstellung erscheint er erst einmal schematisch und eindimensional.

Die gestörte Vaterbeziehung wird von H. entlang politisch akzentuierter Auseinandersetzungen angedeutet. Diese Konfliktsituationen werden aber inhaltlich kaum detailliert. Der Vater ist SED-Mitglied und gerät mit Hans in grundsätzliche Streitgespräche. Der Streit entzündet sich offensichtlich an den aufeinander prallenden politischen Ansichten von Hans und dem Vater. Holger solidarisiert sich mit seinem Bruder, d.h. bewegt sich argumentativ in einem ähnlichen Fahrwasser. Diese Koalition führte zu einem situativ angespannten Familienklima. Rückblickend werden diese polarisierenden, eher als intolerant erlebten Auseinandersetzungen, milder und versöhnlicher bewertet. Die Uneinsichtigkeit bzw. fehlende Kompromissgesinnung von Seiten der beiden Brüder wird auch als ein Phänomen jugendlicher Unreife eingestuft.

”...vielleicht hatte ich die Reife...jar nicht....das einzusehen, dass es...nischt bringt”/11/33-35

Die dogmatische Verhärtung des Vaters wird nicht weiter kritisiert. Aus den Erfahrungen der Jetzt Zeit heraus stellt sich eine Annäherung der Positionen ein.

”..hat sich...ein bisschen verändert...weil’s eigentlich de Realität...hat....wies wirklich aussieht...”/11/38-40

Kontrastiv zur unermüdlich schaffenden Mutter wird der Vater als ein patriarchalischer Pascha beschrieben, der die Beine zu Hause hochlegt und eine leicht chaotische, d.h. unordentliche Aura verbreitet. Sein mit Unordnung verbundener Müßiggang bricht in das häusliche Ordnungssystem ein. Hier deutet sich neben den politisch motivierten Auseinandersetzungen mit dem Bruder ein weiteres familiäres Konfliktfeld an. Der patriarchalischen Unordnung des Vaters steht die ordnungsliebende, das saubere und bequeme Heim liebende Mutter gegenüber. Die häusliche Ordnung wird zur Arena eines ehelichen Beziehungskonfliktes. Holger solidarisiert sich mit der Mutter und versucht, die spannungsgeladene Atmosphäre durch Mitarbeit im Haushalt zu entkrampfen.

Eine nachhaltige Veränderung der Vaterbeziehung tritt in einer Situation auf, in denen die Spannungen gegenüber dem Vater offen ausbrechen. Der von ihm als ”Vorfall” beschriebene Spannungshöhepunkt wird als ein dramatisches Ereignis beschrieben. Ausgelöst durch einen ehelichen Streit der Eltern tritt Holger dem Vater drohend gegenüber.

”...wenn du die Mutter nich in Ruhe lässt...ich raste aus hier.”/15/40

Die fragile Balance zwischen die Beherrschung wahren und sie verlieren scheint gefährdet.

”...das war wirklich son son Punkt was dann of der Kippe stand...”/16/12

Die drohende Attacke gegenüber dem Vater ist mit dem eigenen Selbstbild, im Kontext eines tradierten familiären Rollenverständnisses, bis heute unvereinbar. Eine weitere Eskalation des Konfliktes wird durch den Rückzug bzw. dem Nachgeben des Vaters vermieden. Die Szene kommt einem Entthronungsritual gleich. Die Autorität des Vaters ist nachhaltig geschwächt. Retrospektiv wird die einseitige Parteinahme für die Mutter von Holger bedauert. Die polarisierende Fraktionierung innerhalb der Familie, auf der einen Seite der Vater und auf der anderen Seite die Mutter mit den (jüngeren)Brüdern, wird im Rückblick als eine für den Vater schwierige Situation empfunden. Es entsteht ein Gespür für die eingeeengte Stellung des Vaters innerhalb des familiären Systems. Die Schwäche des Vaters löst Nachsicht und Mitleid aus. Holger wird in der gestörten Beziehung zwischen den Eltern zur moderierenden Instanz, d.h. es kommt seinerseits zu Versuchen die Spannungen auszugleichen und die Situation zu normalisieren. Trotz seiner offensiven Parteinahme für die Mutter versucht er die zunehmende Kluft zwischen Vater und Mutter über emotionale Appelle zu kitten.

”...ihr habt euch doch eigentlich immer noch jerne ich sache was sollns ihr habt...euch doch ma geliebt.” /16/3-4

Die sich verschärfenden Konflikte zwischen den Eltern hängen möglicherweise auch mit den sich veränderten Familienkonstellationen zusammen. Während die älteren Brüder längst aus dem Haus sind und eigene Familien gegründet haben, hat Holger in Relation dazu die größte räumliche und emotionale Nähe zum Elternhaus. Sichtbar zeigt sich das auch bei der altersbedingt eingetretenen Hilfebedürftigkeit des Vaters. Es kommt gegenüber Holger zu einer deutlichen interfamiliären Rollenzuweisung. Die älteren Brüder delegieren die Fürsorgeverantwortung an den Jüngsten.

”...was ham de Brüder gesacht...du hast de Ausbildung...du bist alleene...machtes nich....du kennst dich doch am besten aus...” /14/20-22

Die Geschwister verschwinden in dieser Situation als Verantwortungsträger fast vollständig. Der Vater ist offensichtlich so hilflos und in zunehmendem Maß kognitiv so eingeschränkt, dass Holger die vormundschaftliche Betreuung des Vaters übernimmt. Es kommt gegenüber dem Vater zu einer Rollenumkehr. Er rückt als Sohn in die Position des Haushaltsvorstandes. Die vormundschaftliche Betreuung des Vaters und seine dann später folgende Einweisung ins Heim werden zum wesentlichen Einschnitt in der eigenen Lebensgeschichte. Parallel zu dem sich verschlechternden gesundheitlichen Zustand des Vaters spitzt sich die Beziehung zwischen den Eltern weiter zu. Holgers Mutter verkraftet die wesentliche Veränderung des Vaters nicht und ist mit dem Zustand ihres Mannes deutlich überfordert.

”...er is och öfters laut geworden...und geschimpft und jemacht...das hat meine Mutter...nich mehr ausjhalten...” /14/33-36

Aus dieser Situation heraus entsteht für Holger ein schwerwiegendes Dilemma, das er in der Erzählung existentiell zuspitzt.

”...der Punkt.jekommen wo ichs nich mehr..äh wo ich dann..entscheiden musste..zwischen meim Vater und und em Leben meiner Mutter..die hat...nich mehr ausjhalten”/14/29-31

Die häusliche Betreuung des Vaters ist für die Mutter nicht mehr zumutbar. H. entschließt sich nach der Abwägung der Folgen für beide Elternteile für eine stationäre Betreuung des Vaters. Da die emotionale Bindung zur Mutter deutlich tiefer war als gegenüber dem Vater

werden deren Interessen und Befindlichkeiten aber stärker gewichtet. Die paternalistische Sorge um den Vater wird relativ distanziert, fast geschäftsmäßig beschrieben<sup>8</sup>. Die aus diesem Empfinden heraus gefällte Entscheidung, die personale Verantwortung für den Vater abzugeben, ist bis heute mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden<sup>9</sup>. Die Besuche des Vaters im Pflegeheim verstärken die Gefühle von schlechtem Gewissen und Schuld.

Aus seiner Sicht hat er das von den Brüdern erteilte advokatorische Mandat nicht ausreichend umgesetzt. Das Gefühl nicht alles getan zu haben, was er hätte tun können, um die Heimeinweisung zu vermeiden, bleibt. Die Suche nach alternativen Betreuungs- und Entlastungsmöglichkeiten sowohl für den Vater als auch für die Mutter sind möglicherweise aus seiner Sicht nicht ausreichend ausgelotet worden. Eine geteilte Verantwortung mit seinen Brüdern wird nicht sichtbar. In diesem Sinne scheint er die Entscheidungs- und Gewissenslast innerhalb der Familie weitgehend allein zu tragen. Unter dem Blickwinkel, seiner in dieser Situation sichtbaren Rollen (Sohn, Vormund, Pfleger), hat er aus seiner Sicht nicht alles getan, um die Heimeinweisung zu vermeiden.

Der grundsätzlich ablehnende Blick auf den Vater wird durch das Empfinden von Schuldgefühlen versöhnlicher. Die zurückliegenden Konfliktsituationen werden relativiert und nachsichtiger beurteilt ("...ich bin...heute so weit, dass ich meinem Vater nichts nachtrage..." /16/27-28).

### 4.3 Außerfamiliäre Beziehungsstrukturen

Die wunderbaren Jahre der Schulzeit (8-10 Klasse) verbinden sich für Holger mit Schülerfreundschaften, die sich nach Beendigung der Schulzeit weitgehend auflösen. Seine soziale Einbindung in peer groups scheint insbesondere in der Lehrzeit brüchig zu sein. Die soziale Distanz zu Gleichaltrigen korrespondiert mit fehlenden längerfristigen Partnerschaftserfahrungen. Der Mangel an kontinuierlichen Freundschaften wird in der von ihm getroffenen Differenzierung zwischen Freunden, die für ihn etwas kontinuierliches, d.h. biographisch feststehendes verkörpern und Kumpels, mit denen man eher oberflächlicher und unverbindlicher umgeht, deutlich<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Ein wesentlicher Grund von wechselseitiger Zuneigung liegt in der Erfahrung von Liebe und Gegenliebe. In diesem Sinne geht Aristoteles von einer wechselseitigen Verpflichtung der Generationen aus: "Wenn aber die Kinder den Eltern den Anteil geben, der ihren Erzeugern gebührt, und die Eltern den Söhnen (Kindern) was den Kindern gebührt, dann muss die Freundschaft unter solchen Menschen dauerhaft und wohlbestellt sein". (Aristoteles 1985; 225). Lässt man sich auf diese Konstruktion ein wird möglicherweise deutlicher, warum bei Holger das Verpflichtungsgefühl gegenüber dem Vater nicht so ausgeprägt war wie gegenüber der Mutter. Die wechselseitigen Erfahrungen von Liebe und Zuneigung scheinen in Bezug auf die Dyade Mutter-Sohn tendenziell deutlicher erfahrbar gewesen sein als in der Beziehung zwischen Vater und Sohn. Auf der Basis dieser Erfahrungen kommt es zu emotional unterschiedlichen Zu- bzw. Abwendungsmustern. Die Heimeinweisung des Vaters kann in dieser Konstruktion als (schuldhaft) emotionale Abwendung verstanden werden, die komplementär dazu mit einer (entgegenkommenden) Zuwendung gegenüber der Mutter verbunden ist.

<sup>9</sup> Eine Einweisung in die Institution Pflegeheim kann psychoanalytisch betrachtet als "...gesellschaftliche Inszenierung der Rache der Jungen an die Alten, die unbewusste Reaktion auf deren Verletzungen und...Verfehlungen..." betrachtet werden<sup>4</sup> (Hummel 1988; 45). Philosophisch betrachtet ist es "des Willens Widerwillen gegen die Zeit und ihr -Es war-" (Heidegger 1992; 60). Die existentielle Zuspitzung des von Holger dargestellten Dilemmas und die im Nachgang sich einstellenden massiven Schuld- und Schamgefühle machen diese psychoanalytische Betrachtung anschlussfähig. Aus der ödipalen Beziehungsstruktur heraus wird mit der vormundtschaftlich verfügten Einweisung des Vaters ein an ihn nagendes Vergehen vollzogen, das sich über Schuldgefühle wiederkehrend Bahn bricht. Die getroffene Entscheidung wird nicht akzeptiert, d.h. lässt sich nicht in sein Selbstkonzept integrieren.

<sup>10</sup> Nach Aristoteles ist ein wesentliches Charakteristikum von Freundschaft, die Mischung von Lust und Nutzen. Das Nützliche verbindet sich mit dem Angenehmen. Insbesondere das jugendliche Freundschaftsbedürfnis hat "...die Lust zum Ziel...", d.h. sie neigt zur "Sinnenliebe" (Aristoteles 1985; 217). Eine Freundschaft mit Leuten, an denen man keine Freude hat erscheint brüchig. Freundschaft mit vielen ist nicht möglich, man kann ja auch nicht gleichzeitig mit vielen ein Liebesverhältnis haben. Um des Nutzens und der Lust willen kann man vielen sympathisch sein, d.h. man kann sich rasch

Die verlängerte Kindheit im Hause der Eltern sowie das offensichtliche Fehlen langjähriger Beziehungs- bzw. selbst generierter Familienstrukturen verweist auf fragile soziale Einbettungen und emotionale Defizite.

Der Mangel an verlässlichen außerfamiliären Beziehungen ist möglicherweise ein Indiz für eine sich manifestierende Selbstabsorption. Die biographisch gewachsene Dominanz von familiären gegenüber außerfamiliären Beziehungen verweist auf ein Interaktions- und Beziehungsmuster, das von einem grundsätzlichen Ungleichgewicht bzw. einer Asymmetrie geprägt ist<sup>11</sup>. Entlang von sich prozesshaft verändernden Familienkonstellationen und sich wandelnden interfamiliären Rollenmustern wird H. zum Unterlegenen bzw. Überlegenen.

#### 4.3.1 Die schweren und die leichten Schuljahre

Der Schuleintritt wird als belastendes Ereignis beschrieben. Aufgrund einer Hepatitis-erkrankung wird die Einschulung um ein Jahr verschoben. Die Schulzeit wird bis zur achten Klasse als eine schwierige Zeit beschrieben, was sich u.a. auch in seinen schulischen Leistungen widerspiegelte. Parallel dazu scheint auch die Integration in den Klassenverband gespalten zu sein. Kontrastiv zu dieser Zeit skizziert H. einem befreienden Durchbruch in der achten Klasse. Seine schulischen Leistungen werden deutlich besser, ohne sich dafür besonderen Anstrengungen bzw. quälenden Lernprozeduren unterziehen zu müssen. Im Kontext dieser Durchbrucherfahrung wird der Zeitraum von der achten bis zur zehnten Klasse als leicht und angenehm erlebt. Darüber hinaus scheint diese Phase auch mit befriedigenderen Integrationserfahrungen verbunden zu sein.

Der schönste, aber im Vergleich zu den acht anderen Jahren kürzere Zeitraum durchbricht das Gefühl, ein Nachzügler bzw. Außenseiter zu sein.

Trotz dieser gespaltenen Zeitlichkeit, d.h. einer Unterteilung in eine schwierige und schöne Schulphase, werden von H. keine weiteren Ereignisse und Situationen markiert.

Die Lehrer werden ganz allgemein, fast kumpelhaft, als "feine Lehrer" (17/40) beschrieben. Eine namentlich genannte Klassenlehrerin wird als „...hart aber gerecht...“ (18/1-2) charakterisiert<sup>12</sup>. Die Etablierung militärisch gefärbter Rituale an den Schulen wird nur am Rande erwähnt (z.B. Hans Beimler Wettkämpfe). Holger bewegt sich innerhalb des institutionell vorgegebenen Rahmen, d.h. er hat die "normale" Anzahl an diversen

---

gegenseitig etwas bieten (ebenda; 223). Wahre Freundschaft sucht das Angenehme und Gute. Auch eine selektive Auswahl von Freunden im Sinne von: die sind angenehm, die sind nützlich, die sind gut scheint möglich. Eine Person kann nicht alle Freuden erfüllen (gut, angenehm, nützlich...). Auch das Motiv sich etwas zu sagen zu haben bleibt in Bezug auf die Tragfähigkeit von Beziehungen bedeutsam: "Oft schon hat fehlender Austausch des Wortes die Freundschaft vernichtet." (ebenda; 221). Das Fehlen von Beständigkeit, von kontinuierlichen Beziehungen zu anderen, ist etwas "minderwertiges" bzw. moderater formuliert ein Defizit (ebenda; 228).

<sup>11</sup> Auch die privaten Beziehungen zu Berufskollegen bzw. Mitarbeiter/Innen bleiben eher episodenhaft. Es deutet in der Erzählung wenig darauf hin, dass sich daraus verlässliche Beziehungen entwickeln.

<sup>12</sup> Das männliche Ideal der Härte und Gerechtigkeit spricht Holger (latent) an. Sein sonst eher gebrochenes männliches Rollenverständnis schimmert in der Gesamterzählung bruchstückhaft durch. Die von ihm eingeworfenen Leitlinien entwerfen assoziativ das Bild eines geradlinigen authentischen Mannes, der sich öffentlich nicht versteckt und zudem weiß was er will ("...ich möchte mich...beim Rasieren immer noch...im Spiegel angucken können....ohne dass ich brechen muss..."/17/33-34/"...immer offen meine...Meinung jesaht..."/17/31). Das auch in anderen Zusammenhängen (z.B. Wehrdienstaustauschung) retrospektiv sichtbare Bemühen ein "richtiger" Mann zu sein, verweist auf eine gebrochene männliche Rollen- und Geschlechteridentifikation. Aus der Gesamterzählung heraus entsteht eher das (feminine) Bild eines weichen, sensiblen Menschen, der zudem in einer für Männer untypischen Berufsdomäne arbeitet. Die von ihm matt angedeutete Affinität zum "typisch" Männlichen markiert ein subjektives Defizitgefühl, das für ihn selbst widersprüchlich bleibt.

Mitgliedschaften (Pioniere, FDJ, DSF, GST) aufzuweisen<sup>13</sup>. Ideologisch motivierte Sanktionierungen von Schülern durch Lehrer haben aus seiner Sicht nicht stattgefunden<sup>14</sup>. Das Schulklima wird allgemein als nicht repressiv eingeschätzt.

#### 4.3.2 Die Lehrzeit als Krise

Nach Beendigung seiner Schulzeit beginnt H. eine Lehre als Maschinenanlagenmonteur in einem großen Maschinenbetrieb, in dem auch seine Eltern bzw. sein ihm am nächsten stehender Bruder Hans tätig sind. Bei der Entscheidung für diese Lehrausbildung spielt insbesondere der Vater eine wesentliche Vermittlerrolle. Der Bezug zu dieser Berufsausbildung wird über eine kurze Vorgeschichte illustriert. Der Vater nimmt Holger als kleinen Jungen mit in seinen Betrieb, in dem er als Schlosser, Werkzeugmacher und Lagerarbeiter tätig war. Diese Kindheitserfahrungen sind in ein familiär geprägtes Arbeitermilieu eingebettet, in dem handwerklich technische Berufe dominieren. Seine beruflichen Vorstellungen bleiben diffus und werden durch sein soziales Umfeld wie selbstverständlich präformiert ("...irgendwas äh...handwerkliches machen..." /19/26-27).

Kontrastiv zu den als angenehm und leicht empfundenen beiden letzten Schuljahren wird die Zeit der Lehre als mühevoll und schwierige Zeit beschrieben.

"..sehr zu knappern jehabt hatte dass ich überhaupt de Lehre geschafft habe.." /20/47-48

Die Lehrzeit wird zu einer ambivalenten Erfahrung. Der Bericht über diese Lebensphase bleibt spärlich und widersprüchlich. Holger wird zum Ende der Lehrzeit psychisch krank. Die diagnostizierte Depression führt dazu, dass er nicht zum Wehrdienst eingezogen wird. Diese Zurückstellung vom Wehrdienst scheint für ihn mit Schamgefühlen verbunden sein. Angesichts des gesellschaftlich extrem aufgeladenen, mit Disziplin, Stärke und Klassenkampfsszenarien in Verbindung gebrachten Dienstes in der Nationalen Volksarmee und der kontrastiv dazu fehlenden sozialen Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der DDR, gerät die Ausmusterungssituation zu einem Moment männlicher Schwäche. Der Wehrdienst scheint hier gewissermaßen die Funktion eines männlichen Initiationsritus bzw. Maturationsritual einzunehmen<sup>15</sup>. Zumindest schwingt ein unterschwelliges Empfinden mit, dass ihm als Mann etwas Wesentliches entgangen ist. Das Rausfallen aus einem männlichen Normalitätsraster innerhalb seiner peer- group, das Gefühl über diese Zeit nicht mitreden zu können, konstituiert möglicherweise eine Akzeptanzlücke. Das Hadern mit dieser Situation, das Gefühl, sich selbst ausgetrickst zu haben, bleibt bestehen. Seine in dieser Phase auftretenden Depressionen können als Ausdruck einer tiefergehenden Lebenskrise verstanden werden. Die Hintergründe dieser Krise bleiben vage. Mögliche Auslöser und Hintergründe von psychischen Problemen werden von ihm selbst nicht artikuliert. Hier gerät Holger biografisch betrachtet ins Trudeln. Der widersprüchliche Eindruck von dieser Zeit löst sich in

---

<sup>13</sup> D. Pollack bezeichnet die DDR als eine "Organisationsgesellschaft" (Pollack 1993). Die Zugehörigkeit zur Gesellschaft konstituiert sich über wünschenswerte Mitgliedschaften. Das Einhalten von Regeln und das Ein- und Anpassen an bestehende institutionelle Abläufe und Ordnungen sichert Leistungen und ein äußerlich spannungsfreies, "normales" Leben, solange es zu keiner ideologischen Überbeanspruchung des Einzelnen kommt (vgl. Pollack 1993; 45 f.)

<sup>14</sup> Der Lehrerberuf gehört in den 60-70 er Jahren zu den Berufen mit der höchsten Fluktuationsrate. Die Devise lautete "bleiben oder aussteigen" (Klier 1990; 132 f). Fleiß, Ordnung und Disziplin dominierten als Programm an den Schulen (ebenda; 135.)

<sup>15</sup> Von außen ausgelöste Stigmatisierungserfahrungen werden in diesem Zusammenhang nicht expliziert. Die ganze Situation bleibt für ihn selbst kränkend und peinlich. Der Ausmusterungsgrund wird vor allem subjektiv als Stigma empfunden.

der Erzählung nicht auf. Trotz dieser offensichtlichen Krise wird die Lehre insgesamt als lustvolle Zeit eingeschätzt.

”..am Anfang..hat se eigentlich Spaß gemacht...hat es einlich generell Spaß gemacht... weil ich mir jedacht habe das ist dein Beruf und das willst du machen”/19/5-8.

Widersprüchlich bleibt diese Bilanzierung der Lehrzeit auch deshalb, weil hier von einem Wunsch, einem selbstintendierten Wollen ausgegangen wird, der aus seinen vorhergehenden Äußerungen so gar nicht sichtbar wird.

#### **4.4 Berufliche Sozialisation. Vom Diener des technischen Gerätes hin zum Dienst am Menschen**

Der nach einem halben Jahr vollzogene Arbeitsplatzwechsel scheint ein Indiz dafür zu sein, dass die Bindung an den Ausbildungsbetrieb bzw. die Arbeitskollegen unbefriedigend gewesen ist. Der in dieser Phase vollzogene Arbeitsplatzwechsel hängt möglicherweise mit einer tiefergehenden psychosozialen Krise zusammen<sup>16</sup>. Die neue berufliche Tätigkeit beim Kühlanlagenbau (”Kleinkälte”/2/13) beschreibt H. als eine anstrengende, einsame und nomadisierende Arbeit. Nach einem halben Jahr vollzieht er erneut einen Arbeitsplatzwechsel, d.h. er wechselt zum DRK-Krankentransport. Der von ihm vollzogene zweimalige Berufswechsel innerhalb eines Jahres kann als ein Indiz für eine anhaltende psychische Instabilität angesehen werden.

In diesem Zusammenhang wird der Erwerb des Führerscheines zu einem für seine berufliche Laufbahn bedeutsamen Kompetenzmerkmal, d.h. er erhält den Status einer Qualifikation bzw. eines beruflichen Zertifikats. Diese scheinbare Überbetonung des Führerscheines, als eine für die neue berufliche Tätigkeit wichtige Eintrittskarte, erweist sich in seinem Fall als durchaus bedeutsam<sup>17</sup>. Auf dieser Grundlage war eine für ihn prägende berufliche Umorientierung (Weichenstellung) möglich. Retrospektiv wird der berufliche Wechsel zum DRK als sinnvoll eingeschätzt.

In Anbetracht der Abwicklung ehemaliger Betriebsstrukturen, der Entwertung beruflicher Qualifikationen und der damit verbundenen drohenden Arbeitslosigkeit bleibt das Gefühl, es damals richtig gemacht zu haben. Hier wird auch eine zeitliche Dimension deutlich. Der an den möglicherweise eingetretenen Folgen orientierte Rückblick, im Sinne, was wäre gewesen, wenn er den unsicheren Arbeitsplatz nicht verlassen hätte, prägt die berufliche Identität von Holger. Der strukturelle Zerfall ehemaliger Arbeits- und Qualifikationszusammenhänge befördert das Arrangement mit der eigentlich situationsunabhängig davon vollzogenen beruflichen Umorientierung<sup>18</sup>. Retrospektiv betrachtet wird die berufliche Neuorientierung zu

---

<sup>16</sup> Inwieweit seine persönliche Krise in dieser Zeit mit dem beruflichen Umfeld verknüpft war bleibt offen.

<sup>17</sup> In spezifischen Handlungsfeldern (Krankentransport, ambulanten Pflege) ist der Besitz einer Fahrerlaubnis die Basisbedingung für die Ausübung des Berufes. Vor dieser Folie bleibt sie ein wesentlicher Bestandteil seines beruflichen Qualifikationsprofils.

<sup>18</sup> Eine gespaltene Zeitlichkeit zwischen dem was er intentional werden wollte und dem was er geworden ist, bleibt weitgehend unsichtbar. Deutlicher wird dieses Moment beim späteren Tätigkeitswechsel vom Heim in die ambulante Pflege. Hier wird der ambivalent empfundene Wechsel auch prädikativ sichtbar. Die Arbeit im Heim wird in Relation zur häuslichen Pflege als warm und angenehm beschrieben, d.h. die Erkenntnis eine falsche Entscheidung gefällt zu haben wird deutlicher herausgestellt. Trotz des Bemühens, die gegenwärtige Arbeit ebenfalls als angenehm und lustvoll zu beschreiben bleibt eine Dissonanz zwischen angenehmerem Gestern und weniger angenehmem Jetzt erkennbar. Die häufig eingespielten Erinnerungen, Rückblenden und Vergleiche zwischen dem -es war- und dem -was ist-, zeigen, dass die vorangeegangene Tätigkeit im Heim als emotional befriedigender erlebt wurde.

einem sinnvollen, nahezu bruchlos verlaufenden Entwicklungspfad. Kontrastiv dazu wird das DRK von ihm als Hort beruflicher Sicherheit und Weiterentwicklung dargestellt. Innerhalb des DRK vollzog sich ein für ihn wesentlicher Wandel des Arbeitstypus. Dieser Wandel, vom Diener des technischen Gerätes hin zum Dienst am Menschen, ist eine berufliche Umorientierung in kleinen Schritten<sup>19</sup>. H. nutzt die ihm gegebenen Chancen und Möglichkeiten innerhalb des DRK optimal aus. Die Teilnahme an berufsbegleitenden Lehrgängen bzw. trägerinternen Weiter- und Fortbildungsangeboten ermöglichten ihm eine kontinuierliche berufliche Fortentwicklung<sup>20</sup>. Diese Entwicklung manifestiert sich in seinen unterschiedlichen beruflichen Einsatzfeldern. Seine berufliche Verantwortung erweitert sich durch den Tätigkeitswechsel vom Krankentransport zum Rettungswesen. In der Bilanzierung wird die Umstellung vom Krankenwagen auf den Rettungswagen anspruchsvoller, mit Unsicherheitsgefühlen versehener Einschnitt beschrieben ("manchmal Muffenjang jehabt"/21/25-27).

#### 4.4.1 Die Wende als Sprung ins kalte Wasser

Diese Kontinuität wird durch die Wende durchbrochen. Das berufliche Umfeld wird durch den gesellschaftlichen Umbruch grundlegend umstrukturiert. Durch die Übernahme westdeutscher Strukturen im Gesundheits- und Sozialbereich verliert das DRK seine Monopolstellung, d.h. steht in Konkurrenz zu anderen Dienstleistungsanbietern und Trägern. Der gesellschaftliche Wandel führt zu veränderten Verantwortungszuweisungen und Tätigkeitsabläufen. Diese beschleunigt verlaufenden Wandlungsprozesse empfindet H. als Sprung in das "kalte Wasser" (3/20). Bisher routinemäßig verlaufende Tätigkeiten und Regeln werden durchbrochen. H. hatte sich erfolgreich in etwas Neues eingearbeitet und war mit seiner Arbeit grundsätzlich zufrieden. Der durch die Umstrukturierung des Rettungswesens erfolgte Wandel eines ihn vertrauten beruflichen Handlungsfeldes wird als biographisch unpassend erlebt. Die notwendige berufliche Umorientierung wird nur widerstrebend und zögerlich vollzogen.

Die Aufwertung des beruflichen Status, mit einem parallel dazu sich ausweitenden Verantwortungsbereich, erforderte professionelle Kompetenzen bzw. anerkannte Berufsabschlüsse, über die H. und die Mehrzahl seiner Berufskollegen nicht verfügte. Der rasche Wandel des gesellschaftlichen und beruflichen Umfeldes machte eine schnelle berufliche Anpassung und Weiterbildung zum Rettungssanitäter notwendig, auf die er im Vergleich zu einigen anderen Kollegen nicht rechtzeitig reagiert hat.

"...die die fing grade an..die Ausbildung zum Rettungssanitäter..alle zu machen und dreie oder viere...hatten se schon"/3/49-4/1

Hier deutet sich erneut ein -Nachzüglermotiv- an. Angesichts der Anbietervielfalt, die eine bisher ungewohnte Konkurrenzsituation im Rettungswesen konstituiert, kursieren

---

<sup>19</sup> Die sukzessive Annäherung (in kleinen Schritten) an die unmittelbare pflegerische Arbeit stellt eine Entwicklung dar, die von H. reflexiv kaum nachgezeichnet wird. Bewusste Einstellungen und Motive zum Pflegeberuf bleiben diffus und sehr allgemein. Die für einen Mann immer noch relativ untypische Pflegearbeit in einem frauendominierten Beruf wird von ihm aus der Geschlechterperspektive nicht weiter problematisiert. Mit seinem Beruf fällt er aus dem männlichen Berufs- und Tätigkeitsprofil heraus, d.h. er bleibt gerade in seinem Freundes-Bekanntenkreis ein beruflicher Außenseiter. Kontrastiv zur Reaktion seiner Freunde und Bekannten die sagen; "...Mensch dass de das kannst.ich könnt das nicht..."/34/39 stellt Holger nur fest "...ja...das is der eene kanns un der andre ehmt nich ich hätte och damals nich jedacht dass ichs könnte...ja."/34/42-44).

<sup>20</sup> Diese für die ehemalige DDR typischen berufsbegleitenden Qualifizierungsstrukturen (on the Job) ermöglichten eine begrenzte berufliche Fortentwicklung.

Entlassungsgerüchte, durch die seine bisher als sicher geltende berufliche Stellung gefährdet scheint.

Auf diese informellen Kommunikationspfade reagiert H. und versucht eine andere Tätigkeit zu finden. Dieser Prozess beschränkt sich bei H. ausschließlich auf die Arbeitsplatzsuche innerhalb des DRK<sup>21</sup>. Die Entscheidung für eine stationäre Arbeit in einem vom DRK getragenen Pflegeheim wird durch flankierende Personalgespräche erleichtert. Ein mitziehender Sog entstand auch durch andere Mitarbeiter der Rettungswache, welche sich z.T. ebenfalls für eine Arbeit im DRK-Pflegeheim entschieden.

Die durch strukturelle Veränderungen ausgelöste, unübersichtliche berufliche Situation erzeugte schwer abzuwägende Berufsperspektiven und Unsicherheiten. In diesem Kontext wird das parallele Mitziehen mit anderen Betroffenen seines beruflichen Handlungsfeldes zu einer Absicherungsstrategie. Das Andocken an die Entscheidungen Anderer bleibt doppeldeutig. Im intentionalen Sinne bleibt diese von H. gewählte Abkürzungs- und Entlastungsstrategie diffus.<sup>22</sup>

Insgesamt betrachtet ist der berufliche Wechsel in die stationäre Pflege sowohl durch die Entscheidung anderer Kollegen des Rettungswesen als auch durch die mit der Qualifikation zum Altenpfleger lockenden Statusaufwertung beeinflusst worden. Der Erwerb eines professionell anerkannten Berufsabschlusses verheißt eine potentiell größere Arbeitsplatzflexibilität bzw. Arbeitsplatzsicherheit und wird darüber hinaus auch besser entlohnt. Aus der Erfahrung heraus, dass ausgebildete Mitarbeiter der Rettungswache, die über eine anerkannt zertifizierte Ausbildung verfügten, bestimmte Tätigkeiten rechtlich legitimiert ausüben dürfen und bei Rationalisierungsprozessen gegenüber nicht ausgebildeten Kollegen im Vorteil sind, befördert seine Entscheidung für einen (präventiven) beruflichen Wechsel. Aus dem unterschweligen Empfinden heraus, die Ausbildung zum Rettungssanitäter nicht rechtzeitig angestrebt und somit zu spät auf die sich abzeichnenden Entwicklungen reagiert zu haben, konstituiert sich eine Lernerfahrung. Die Wiederholung einer solchen Situation soll möglichst vermieden werden. Der notwendige berufliche Wechsel wird mit der selbstbewussten Forderung nach einer beruflichen Qualifizierung verknüpft<sup>23</sup>. Die zustimmende Entscheidung für eine berufliche Veränderung wird an die verbindliche Zusage des Arbeitgebers gebunden, eine berufsbegleitende Qualifizierung zum Altenpfleger zu gewährleisten. Diese Verknüpfungsstrategie geht auf. Das DRK lässt sich offensichtlich

---

<sup>21</sup> Formell systematische, außerinstitutionelle Bewerbungs- und Suchmuster, wie z.B. über Medien, Arbeitsamt u.a. tauchen als Strategien nicht auf. Die soziale Welt des DRK, mit seinen tradierten paternalistischen Strukturen, ermöglicht in diesem Fall ein (erfolgreiches) trägerinternes Orientierungs- und Suchmuster.

<sup>22</sup> Die beruflichen Umorientierungen von H. verlocken dazu, diese in ein modernes bzw. traditionelles Berufs- und Tätigkeitsverständnis einzuordnen. Hier entsteht ein Zuordnungsproblem, einerseits kann H. ein flexibles und präventives Berufsverständnis unterstellt werden, andererseits wird dieses modern anmutende berufsbiographische Muster durch seine eher traditionellen, d.h. primär informellen, zufälligen und wenig systematischen Suchmuster innerhalb des DRK relativiert. Möglicherweise ist aber diese von mir als traditionell bezeichnete Strategie gar nicht so unmodern. Die "refeudalisierten" (Beck 1986) beruflichen Such- und Änderungsmuster stellen eine, in Anbetracht seiner fachlichen Voraussetzungen, moderne Strategie dar. Mit seinen ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ist er verstärkt auf paternalistische, d.h. traditionelle Strukturen angewiesen, da seine beruflichen Abschlüsse und Zertifikate ihn auf den öffentlichen Arbeitsmarkt kaum konkurrenzfähig machen. Es fehlt ihm im Sinne von Beck die Fahrkarte, um auf den öffentlichen Arbeitsmarktzug aufzuspringen. Seine persönliche Intention bleibt aber bei diesen Such- und Entscheidungsprozessen undeutlich, was im Raster von Modernisierungstheorien als eine Schwäche des Subjekts verstanden werden kann. Die beruflichen Wechsel werden von ihm selbst als z.T. schwierige, mit Unlust und Unsicherheitsgefühlen verbundene Statuspassagen beschrieben. H. bewegt sich in einem intermediären Raum (generativ, zeitlich..) der eine deutliche Zuordnung in eine stärker traditionelle oder stärker moderne Orientierung erschwert. Tendenziell dominiert aus meiner Sicht ein eher traditionelles Berufsverständnis.

<sup>23</sup> Die selbstbewusste Forderung nach einer beruflichen Qualifikation ist bei H. eines der seltenen intentional gewollten Lebensziele innerhalb seines bisherigen biographischen Werdeganges. Das reaktive Geschoben-werden in ein ihm fremdes Arbeitsfeld wird nur dann akzeptiert, wenn seine aktiv artikulierten Vorstellungen vom Arbeitgeber erfüllt werden. Diese Strategie stellt in seiner Lebensgeschichte ein Novum dar.

rasch und problemlos auf seine Qualifizierungsvorstellungen ein. Die paternalistischen Strukturen des DRK ermöglichen auch in dieser Situation eine für H. befriedigende Lösung<sup>24</sup>.

”...und da habe ich gesacht...`wenn` ich da hinjehe...dann möcht ich auch die Ausbildung dazu ham...da wars DRK sofort bereit...ham dann praktisch mir mir en Qualifizierungsvertrach..abgeschlossen...” 4/38-41

#### 4.4.2 Die -glückliche Zeit- im Pflegeheim

H. tritt eine Stelle im DRK-Pflegeheim an. Er wechselt von einer mobilen Außentätigkeit in eine stationäre Einrichtung. Dieser Wechsel von einer außenorientierten Arbeit zu einer Tätigkeit innerhalb einer geschlosseneren Institution verläuft nicht ungebrochen. Das aus der Erfahrung als Krankentransporteur geprägte negative Bild vom Heim führt zu einer ambivalenten Einstellung gegenüber der Arbeit im stationären Bereich. Der berufliche Wechsel in ein als abschreckend empfundenenes berufliches Handlungsfeld erfolgt widerstrebend. Die episodenhaften Eindrücke von stationären Pflegeeinrichtungen, sind für H. grundsätzlich negativ gewesen (“...DDR -Zeiten...so was von schlimm hier...froh als mer...dann raus war...”/4/9-11)). Für H. stellt dieser berufliche Wechsel somit eher eine Notlösung dar.

Der berufliche Einstieg wird als unübersichtliche und fremde Situation erlebt. Die Vielzahl von Räumen und Patienten, die man sich einprägen bzw. kennen lernen muss und die zunächst noch unbekannt und anonym bleiben, markieren das gebrochene Arrangement bzw. die Unlust in der Anfangszeit seiner beruflichen Arbeit im Pflegeheim (“...überall Türen überall Nummern dran...e Haufen Namen”/4/15-16).

Nachdem örtliche und formal strukturelle Lernanforderungen von ihm weitgehend bewältigt wurden, rücken individualisiertere, auf die Pflegebedürftigen bezogene Pflegestrategien in den Vordergrund. Die auf das eher äußere Aneignen von Wissen bezogene erste Arbeitsphase (Nummern, Personennamen u.a.) weicht einem klientenbezogenen (inneren) Wissen. Die Demarkationslinie zwischen äußerem und innerem Wissen wird gewissermaßen durch die Zimmertür symbolisiert. Nachdem H. die Orte und Namen kennengelernt hat, berichtet er von den unterschiedlichen, klientenbezogenen Pflegeanforderungen hinter der Tür.

”...sich vor jeder Tür dann umstellen..zu müssen ja...weil ehmt jeder anders war...” /5/35-36

Das Einstellen auf den jeweiligen Pflegeheimbewohner, vor jeder Zimmertür, wird zur professionellen Herausforderung. H. entwickelt ein sich differenzierendes Pflegeverständnis. Die Anonymität der Orte und Namen wird durchbrochen. Andeutungsweise schimmert ein individualisiertes Pflegeverständnis durch. Darüber hinaus wird die Spannung zwischen einer dyadischen Pflegebeziehung einerseits und der mehrteiligen Patientenverantwortung

---

<sup>24</sup> Aus solchen Erfahrungen speist sich auch ein (wechselseitiges)Verpflichtungsgefühl gegenüber dem Träger bzw. der Organisation. In der Darstellung seiner Ausbildung zum Altenpfleger weist H. dankbar auf die vom Arbeitgeber eingeräumte Möglichkeit der berufsbegleitenden Qualifizierung hin. Darüber hinaus wird auch der Bezug zu den unmittelbaren Mitarbeiter/Innen in seinem beruflichen Handlungsfeld hergestellt. Seine Mitarbeiter/Innen werden zu einer Solidargemeinschaft zusammengefasst, die den Ausfall einer Arbeitskraft (an einem Tag pro Woche) mittragen und kompensieren müssen. Die persönliche Freistellung zur berufsbegleitenden Ausbildung stellt für seine Arbeitskollegen eine zusätzliche Belastung dar, die darüber hinaus eines entsprechenden organisatorischen ”Umplanens” bedarf (5/27). Auch hier manifestiert sich seine starke (verantwortungsethische) Bindung sowohl an den Träger als auch an die unmittelbar in seinem Handlungsfeld tätigen Mitarbeiter/Innen. Organisationssoziologisch betrachtet wird H. zum ”guten” Mitglied der Organisation, da seine Bindung bzw. Identifikation an den Träger hoch ist. Aus dieser Verbundenheit entsteht ein Gemeinschaftsgefühl, das sowohl die Personalfriedenheit als auch die Produktivität der Einrichtung sichern hilft.

andererseits deutlich. Nach einer relativ kurzen Gewöhnungs- und Einarbeitungszeit lösen sich seine Vorbehalte und Unlustgefühle zunehmend auf.

”...und nach Monat..da kannt ich mich aus...un da brauchte mehr ja nich mehr zu gucken...”/4/17-20

Die Einarbeitungsphase wird bilanzierend als schwierige Lernsituation dargestellt, die H. erfolgreich bewältigt. Rückblickend wird die Arbeit im Pflegeheim als sehr lustvoll, ja sogar glücklich beschrieben.

”...im Heim...eigentlich sehr glücklich weil die Arbeit mir wirklich Spaß gemacht hat...” /5/28-29

H. arrangiert sich positiv mit seiner Arbeit im Pflegeheim. Das gelungene Arrangement mit dem neuen Berufsfeld steht auch in Relation zu fiktional vorweggenommenen Folgen, die möglicherweise eingetreten wären, wenn er nicht auf strukturelle Veränderungen und drohende Arbeitsplatzgefährdungen reagiert hätte. Darüber hinaus brechen die Belastungen der gegenwärtigen Arbeit in der ambulanten Pflege häufig in die Chronologie seiner berufsbiographischen Erzähldarstellung ein.

Die Erfahrungen in der ambulanten Pflege werden relational in Beziehung zu der als angenehm empfundenen Arbeit im Heim gesetzt. Vor dem Hintergrund grundsätzlich wiederkehrender Belastungen verstärkt sich der positive Rückblick auf die Arbeit in der stationären Pflege. Das wiederholte Herausstellen der emotional befriedigenden Arbeit im Heim weist auf Defizite in der aktuellen Arbeit hin (“...ich se sehr vermissee die Arbeit.” /5/41).

#### 4.4.3 Transformationserfahrungen. Erwartungen und Enttäuschungen im Raster gesellschaftlicher Stereotype

Die aus der Kinder und Jugendzeit rekapitulierten Auseinandersetzungen und Konflikte mit dem Vater bilden eine Folie für die Einschätzung des politischen Systems heute. Die Prinzipien und Vorstellungen über die aus der Distanz heraus betrachtete westliche Demokratie werden aus der erlebten Nähe heraus anders beurteilt. Einerseits werden demokratische Grundprinzipien, wie z.B. Meinungsfreiheit, gerade aus der erlebten Inhaftierung des Bruders offensiv bejaht, andererseits werden die Schattenseiten der neugewonnenen Freiheit in relativ stereotypen Metaphern expliziert:

”Freiheit is ne schöne Sache, solange..wie se nich missbraucht wird...” /11/41-42

Der Chaosaspekt von Freiheit wird über Phänomene wie Drogendealing und Wände besprühen illustriert. Das über diese Phänomene konstituierte Bild von Kapitalismus stimmt mit seinem Verständnis von sozialer Marktwirtschaft nicht überein<sup>25</sup>. Der sorgende, paternalistische Staat wird aus der Erfahrung der Vergangenheit heraus bevorzugt.

”...ich muss sagen de DDR hatte och ihr jutes.hat se jehabt.wenn mer das janze Soziale sieht....vielleicht wars och viel übertriem das Soziale...” /12/38-40

---

<sup>25</sup> Das von H. angedeutete Ordnungsverständnis verdeckt möglicherweise innere Chaosaspekte, die durch gesellschaftliche Transformationserfahrungen ausgelöst worden sind (vgl. Maatz 1992; 46).

Die Grundsätze westlicher Demokratie sollen mit den sozialen Segnungen des DDR-Systems verzahnt bleiben. Hier zeigt sich ein für viele Ostdeutsche z. T. typisches Demokratieverständnis. Das Bild vom "eiskalten Kapitalismus" (12/1-2) verweist sowohl auf enttäuschte Erwartungen als auch auf die Spuren ideologischer Indoktrinierung. H. skizziert schemenhaft ein sich in der DDR herausgebildetes idealtäres Bild von der westlichen Demokratie, das sich mit ideologischen Rastern über den vermeintlichen Manchesterkapitalismus vermischt. Diese Überlagerungen und Prägungen deutet H. ansatzweise an.

Das ahnungsvolle Dementi: ".ich bin...nich blauäugig gewesen...was diese Gesellschaftsordnung betrifft...sicherlich wird mer..durch de Schule...den ganzen Werdegang immer irgendwie beeinflusst..." (11/46-49), illustriert das gebrochene Einstimmen in gängige Ost-West Stereotype.

Seine enttäuschten Erwartungen in Bezug auf das westliche Demokratiesystem werden mit der Enttäuschungserfahrung des Bruders verknüpft. Die Überlappungen zwischen seinen Erfahrungen bzw. Einschätzungen und den bewertenden Stellungnahmen des Bruders tragen symbiotische Züge. Aus dieser Verschmelzung der Standpunkte und Gefühle kommt es zu einem paradoxen Fürsorgemuster gegenüber dem toten Bruder.

"..mensch Hans...sei froh dass de das nich mehr miterleben musst." 12/10-11

Die Erfahrung des Bruders, dass frühere Entscheidungsträger und Spitzel Seilschaften bilden und noch immer über erheblichen öffentlichen Einfluss verfügen, führte bei Hans zu Resignation und Enttäuschung. Aus diesen Wendeerfahrungen heraus hatte sich für den Bruder nicht viel verändert. Holger übernimmt diese Einschätzungen, d.h. sie spiegeln auch seine Einstellungen in der Nachwendezeit wider. Die Wahrnehmung von Ungerechtigkeit ist mit seiner Vorstellung vom Rechtsstaat nicht vereinbar ("...janz schön bitter ofstoßen ja wenn ich das Wort Rechtstaat höre..." /12/10-11).

Aus dieser Perspektive wird das Potential des Rechtsstaates angezweifelt, Gerechtigkeit herzustellen und wirkliche Täter zu bestrafen<sup>26</sup>. In der Darstellung von Holger werden die kleinen Täter zu Gejagten gemacht ("...jeder kleene IM...verfolgt wird..." /12/28-29). Primäre Schuld haben die großen Täter. Die kleinen Täter werden in Relation dazu schuldloser<sup>27</sup>. Holger hat das Gefühl, dass man die Kleinen fängt und die Großen laufen lässt. Diese aus seiner Sicht auf den Kopf gestellte Strafverfolgung und Aufarbeitungspraxis vom begangenen Unrecht erschüttert seinen Glauben an die juristische Aufarbeitung der Vergangenheit<sup>28</sup>. Aus dieser Täterdifferenzierung heraus wird sein persönliches Schuldverständnis sichtbar, d.h. wirkliche Täter müssen auf ihre Taten antworten, d.h. juristisch haftbar gemacht werden<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> Dieses Verständnis spiegelt sich in der von B. Bohley markant formulierten Einschätzung wider: "Wir haben Gerechtigkeit gewollt und den Rechtsstaat bekommen."

<sup>27</sup> Hier schwingen Momente von Schuldabwehr durch. Der Blick in die eigene Seele bleibt angesichts der gängigen Schuldstereotypen möglicherweise verstellt. Kleine Täter werden zu Herr und Frau Jedermann, d.h. es besteht eine Tendenz, die Schuld auf "größere" Täter abzuladen. Die von sich wegführenden Betrachtungen verschütten den Zugang zur inneren Freiheit (Maatz 1992; 42 f).

<sup>28</sup> "Wer die Macht hat kriminelle Gesetze zu verkünden und sich konsequent an sie hält, bleibt der juristischen Logik zufolge straffrei.. Trotzdem bleibt ein irrationaler Rest...dieser Rest ist Ekel....das Gefühl des Abscheus ist wichtig und bewahrenswert. Ich habe es gelernt, meinen Ekel wie einen Schatz zu hüten..." (S. Wolle 1999; 147).

<sup>29</sup> Schuld untergliedert sich bei Jaspers in vier Formen: politische, kriminelle, moralische und metaphysische Schuld. Schuld im politischen Sinne ist potentiell jedes Individuum, d.h. jedermann ist mitverantwortlich. Eine Haftung besteht für Angehörige von Organisationen, Parteien, Gruppen. Dabei gibt es graduelle Abstufungen im Sinne einer Schuld im weiteren bzw. engen Sinne. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Schuld und Verantwortung. Der Fokus liegt auf der realen Schuld: "Es gibt eine Solidarität zwischen Menschen als Menschen, welche einen jeden mitverantwortlich

#### 4.4.4 Ausbildung zum Altenpfleger

Die berufsbegleitende Ausbildung zum Altenpfleger wird anfänglich als leicht empfunden. Auf ihn zukommende Lernanforderungen und Doppelbelastungen in Beruf und Ausbildung bleiben erst einmal unsichtbar. Die berufsbegleitende 4 1/2 Jahre dauernde Ausbildung wird als ein stetiger Bergaufstieg empfunden. Daran ändern auch symbolische Wendepunkte und Abstiege (Bergfest) wenig. Das- über dem Berg sein- ist bei Holger nicht mit einem Gefühl der Erleichterung verknüpft. In der Tat liegen die großen Brocken erst am Ende der Ausbildung (Prüfungen, Klausuren usw.). Dieser langjährig andauernde Lernprozess ist eine für H. ungewohnte Situation. Das kontinuierliche Dabeibleiben und Durchhalten über die lange Zeit der Ausbildung hinweg, wird als ein anstrengender Zeitabschnitt eingeschätzt. Die durch die berufsbegleitende Ausbildung anfallenden Zusatzbelastungen mit Klausuren, Hausaufgaben usw., werden rückblickend als kraftraubende Herausforderungen beschrieben. Entlastend wirkt die Einbindung in die Gemeinschaft der anderen Auszubildenden. Die eigene Belastung wird in Relation zu den Belastungen gesetzt, die die anderen auch zu tragen haben. Aus dieser verbindenden Situation entsteht eine Solidargemeinschaft, über die H. Kraft schöpfen kann<sup>30</sup>. Diese Solidarität bezieht sich nicht nur auf die Auszubildenden untereinander. Die Ausbildung wird als eine Pioniersituation beschrieben, in der sowohl Lehrer als auch Auszubildende in einem ersten berufsbegleitenden Ausbildungsgang, solidarisch und motiviert, als gemeinsam Lernende Bekanntschaft mit etwas Neuem machen. Das Verhältnis zu den Lehrern wird insgesamt als gut bewertet. Sie werden als engagierte, vermutlich selbst unter schwierigen Lernerfahrungen stehende Ausbilder beschrieben (“...ich muss sagen, die die Lehrer die die ham sich..wirklich `sehr` bemüht.”/5/17-18).

Bei der Einschätzung der Ausbildungsinhalte orientiert sich H. primär an der praktischen Anwendbarkeit der erlernten Wissensbestände im gegenwärtigen pflegerischen Handlungsfeld. In diesem Sinne unterscheidet er zwischen wichtigen Fächern, wie z.B. den Fächern Alten- und Krankenpflege bzw. Geriatrie und ”Schnulli”-Fächern (28/8-9). In den wichtigen Fächern werden aus seiner Sicht Kenntnisse über die Anatomie und Physiologie des Menschen, Verbandstechniken, Lagerungen usw. vermittelt, die für ihn praktisch anschlussfähig sind. Fächer wie Berufskunde, Deutsch, Sozialkunde, Werken/Gestalten, Geragogik werden als ”Schnickschnack” eingestuft (28/13)<sup>31</sup>.

---

macht für alles Unrecht und alle Ungerechtigkeit in der Welt, insbesondere für Verbrechen, die in seiner Gegenwart oder mit seinem Wissen geschahen. Wenn ich nicht tue, was ich kann, um sie zu verhindern so bin ich mitschuldig.” Jaspers verneint eine kollektive Schuld, d.h. Schuld ist immer etwas individuelles. Ein Volk kann nicht zu einem Individuum gemacht werden (Jaspers 1971; 246 f).

<sup>30</sup> Die z.T. von H. selbst im Zusammenhang mit seiner Ausbildungserfahrung eingespielten Bergvergleiche und den sich daran anschließenden Begrifflichkeiten (Steine, Lasten...) schieben assoziativ das Sisyphusbild in mein Blickfeld (”Jeder hat seinen Stein zu tragen...” bzw. ”...Seine Last findet man immer wieder...”) (Camus 1996; 101). In Anlehnung an Camus stellt sich die Frage, ob man sich Holger eigentlich als einen glücklichen Menschen vorstellen kann? Die persönlichen Vorstellungen von einem guten Leben bleiben bei H. unsichtbar, d.h. Entwürfe, Ziele, Visionen fehlen weitestgehend. Die Bezüge zu den Entscheidungen anderer, die Einbindung in das Allgemeine, trifft sich kaum mit der (bewertenden) Konstruktion eines kräftigen Individualismus, bzw. im Sinne Foucaults mit einer ”Ästhetik der Existenz” (Foucault 2002), in der Tradition einer klassischen Selbstsorge, in der das Individuum seine ihm gemäße Existenzweise (Leben als Stoff eines sich selbst zusammenstellenden Kunstwerkes) frei auswählt (Remmers 1998; 75).

<sup>31</sup> Die überdehnte Dominanz medizinpflegerischer, naturwissenschaftlich ausgerichteter Wissensbestände innerhalb der Ausbildung zum Altenpfleger setzt sich im beruflichen Alltag fort. Die Weiterbildungsangebote in der ambulanten Pflege stützen sich offensichtlich auf primär medizinpflegerische Angebote. Der berufliche Alltag wird vorrangig über eine medizinpflegerische Wahrnehmung in den Blick genommen. Die internen Weiterbildungsveranstaltungen in Rahmen von ”Betriebsberatung(en)”(46/22) werden von den Mitarbeiter/Innen z.T. selbst gestaltet, d.h. jeder Mitarbeiter bekommt den Auftrag, über ein spezifisches Gebiet zu sprechen (z.B. Dekubitusbehandlung). Externe Angebote werden über Lehrgänge abgedeckt, die offensichtlich nach einer bestimmten Reihenfolge, einer Art Rotationsprinzip in Anspruch genommen werden können. Auch hier ist die Ausrichtung der Fortbildungsangebote primär naturwissenschaftlich-medizinisch. In diesen Rahmen geht es um die Vermittlung verwertbarer Fähigkeiten und anwendbarer Techniken. Dabei wird die

Der handfeste Bezug zur unmittelbaren Arbeit führt dazu, scheinbar nicht direkt anschlussfähige Wissensbestände abzuwerten.

”...wär ich noch im Heim jesehen..da wär ich an das Fach och anders ranjejangen mich da keen Sinn mehr drinn jesehn.. bloß ich habe für mich da keen Sinn mehr drin jesehn...ich habe jedacht ich bin of der Sozialstation was soll ich mit Werken und Jestalten”./28/15-19

Es wird indirekt deutlich, dass sich die Ausbildungsschwerpunkte stark auf den stationären Sektor beziehen. Der Sinn einzelner Orchideenfächer wird von H. angezweifelt. Der ”Schnulli”- bzw. ”Schnickschnack-Charakter dieser Fächer wird exemplarisch über das Ausbildungsfach Geragogik verdeutlicht<sup>32</sup>.

”..ja das war schon das war schon der erste Widerspruch....das heißt auf deutsch Altenerziehung...da fängt mer nämlich schon an zu...diskutieren, wie se alte Menschen noch erziehen wollen...”/28/49-29/2

---

exponierte Stellung des Arztes bei der Durchführung von Weiterbildungsangeboten andeutungsweise herausgestellt(46/27-29). Aus- und Weiterbildungen zielen tendenziell auf die Vermittlung von Fähigkeiten und weniger auf das Erlernen von Kompetenzen. Eine einfach strukturierte Pflegesituation wie z.B. das Anlegen eines Verbandes auf eine unproblematische Wunde oder die Durchführung einer Insulininjektion bei einem gut eingestellten Diabetiker erfordert fachspezifische Fähigkeiten auf der Basis von Wissen und Erfahrungen. Auch Interaktionsprozesse erfordern bezogen auf diese Ebene so etwas wie Gesprächstechniken. Fähigkeiten sind weniger kontextbezogen, eindeutiger interpretierbar und operationalisierbar. Eine Herstellung von Bezügen außerhalb dieser Anwendungen ist nicht erforderlich. Die Anwendungen sind also ”weder reflexiv noch transaktional”. Je komplexer eine Pflegesituation ist (multiple Verletzungen, größere Operationen, schwere Pflegebedürftigkeit u.a.), umso umfassendere Kompetenzen sind notwendig. Einzelne Pflegehandlungen können dann nicht mehr isoliert als Einzelmaßnahme durchgeführt werden. Mit zunehmend vernetzten Bedingungen und relationalen Bezügen rücken Gesamtprozesse/Gesamtbetrachtungen in den Blickpunkt. Patient und Pflegeperson stehen in einem Kontext (körperlich, seelisch, geistige Bezüge). Während Fähigkeiten relativ linear und abgegrenzt beschrieben werden können, ist der Kompetenzbegriff eher prozesshafter und offener gefasst (Olbrich 1999; 96 f).

<sup>32</sup> Hier wird eine Hierarchie von Wissensdimensionen angedeutet. Die direkte Übertragung und Anwendung von (harten) Wissensbeständen in die Pflegepraxis ist das Kriterium für die besser oder schlechtere Wahrheit vermittelter Lerninhalte. Das Vernachlässigen pädagogischer Prozesse (weiches Wissen) spiegelt sich auch innerhalb von Ausbildungskonzepten wider. Das Reflektieren, Wahrnehmen und Deuten von Pflegesituationen wird in der Ausbildung vernachlässigt. Das Fach Geragogik wird zum ”Stiefkind” im Ausbildungsplan, d.h., Pflege wird als pädagogischer Prozess nur am Rande thematisiert (Harre, E. (1995): Stiefkind im Ausbildungsplan, In: Altenpflege 95/5; 260). Bei der Darstellung seines beruflichen Alltages werden durchaus auch andere Dimensionen des pflegerischen Handelns sichtbar (situativ beurteilendes Handeln, aktiv-ethisches Handeln). Diese werden in einigen fallbezogenen Illustrationen angedeutet (z.B. MS-Patientin, Frau mit Unterschenkelgeschwüren, krebserkrankte Frau u.a.). Die in diesen Situationen notwendigen Kompetenzen beziehen sich somit nicht nur auf regelgeleitetes, am heutigen Stand der Pflege ausgerichtetes Wissen. Die beispielsweise im exmanenten Teil des Interviews angefragte Bedeutung biographischer Wissensbestände wird formell anerkannt.. Die Lebensgeschichten alter Menschen hört sich Holger gerne an. Da er sich für Geschichte interessiert und dadurch auch über historisches Kontextwissen von der Zeit, in der die Hilfe- und Pflegebedürftigen groß geworden sind verfügt, gelingt es ihm aus seiner Sicht, anschlussfähige Fragen und Kommentare beizusteuern. Die Geschichten älterer Menschen werden von H. auf eine allgemein historische Ebene gehoben. Die alten Menschen werden somit zu Zeitzeugen. Deren erlebte Geschichten werden in Bezug zur Geschichte des Landes gebracht. In dieser von H. wahrgenommen Parallelität von persönlicher und gesellschaftlicher Wirklichkeit bekommen historische Umbruchsituationen, wie z.B. Vertreibungs- und Flüchtlingsbewegungen, Schlacht bei Stalingrad u.a., über die Erzählungen der Betroffenen, ein weniger abstraktes, individuell sichtbareres Gesicht. Das persönliche Interesse an Zeitgeschichte trifft sich mit der Bereitschaft vieler älterer Menschen, über diese früheren Erfahrungen zu sprechen (”..und die reden ja och jerne drüber..”/45/17). Eine Sensibilität für die biographischen Brüche von Hilfe- und Pflegebedürftigen schwimmt durch, explizit sichtbar wird sie aber nicht (45/3-45/12). Die Virulenz biographischer Brüche wird möglicherweise unterschätzt. Sichtbar wird ein Gespür für das Paradoxe persönlicher Lebensgeschichten. Die Kriegsverwundung eines von H. betreuten alten Mannes, die zu bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hat, ihm aber andererseits wahrscheinlich das Leben (vor Stalingrad) rettete, wird von H. in ihrer Doppeldeutigkeit wahrgenommen (45/20-21). Die von ihm angedeuteten Weiterbildungsmaßnahmen gehen offensichtlich auf diese Dimension des Wissens nicht ein. In seiner bewertenden Einschätzung des Fächerkanons in der Ausbildung zum Altenpfleger wird biographisches Wissen eher zu etwas Unwichtigerem.

Die Ausbildungszeit wird insgesamt als ein positiver Zeitabschnitt beschrieben, die im Ergebnis seine Handlungsspielräume potentiell erweitert hat. Er bereut es somit nicht, die Ausbildung durchgehalten zu haben<sup>33</sup>.

Die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zum Altenpfleger stellt qualitativ gesehen den anspruchsvollsten, und aus der heutigen Perspektive betrachtet, vor allem verwertbarsten Berufsabschluss dar. Durch diese erfolgreich abgeschlossene Ausbildung hat sich sein beruflicher Status erhöht. Seine anderen Ausbildungen beim DRK sieht er allerdings nicht als verlorene Qualifikationen an.

”...die bisherige Ausbildung....beim Roten Kreuz is ja nich verlorn....wird ja bloß nich richtig anerkannt das ist das Problem.”/5/5-7

Das subjektive Gefühl, dass die Qualifizierungsmaßnahmen beim DRK nicht umsonst gewesen sind, steht in Widerspruch zur mangelnden Legitimität bzw. Anerkennung dieser ”kleinen” Qualifikationsschritte. Sie scheinen aber in seiner Erzählung das Fundament für die anerkannte Qualifikation zum Altenpfleger zu sein. Seine Abschlüsse als Schlosser bzw. Berufskraftfahrer sind für Holger nicht mehr verwertbar, d.h. nicht ohne weiteres in ökonomisches Kapital transformierbar (”...mit den beeden kann ich nischt mehr anfangen...”/5/9). Subjektiv betrachtet werden sie aber von H. als gewinnbringende Lebenserfahrung in die Biografie integriert. Die von ihm angedeutete Entwertung vergangener beruflicher Erfolge und Leistungen nach der Wende, die als eine Abwertung der bisherigen Lebensweisheit verstanden werden kann, wird von Holger nicht weiter problematisiert. Es besteht von seiner Seite eher das Bemühen, eine kontinuierliche Linie zum jetzt richtig anerkannten, d.h. perspektivisch betrachtet verwertbaren, sicheren Abschluss herzustellen<sup>34</sup>.

”un da war das für mich einlich dann..ne Chance, dann en en Abschluss zu kriegen.wo ich dann sachte mein Gott da kannste immer...” /5/13-14

---

<sup>33</sup> Dieses Nicht-bereuen von gefällten Entscheidungen wird als Redewendung von H. auch in anderen Zusammenhängen beschwörend wiederholt (Armeeausmusterung, berufliche Wechselfassagen). Trotz des betont positiven Arrangements mit seinen bisherigen beruflichen Entscheidungen werden kontrastiv auch hadernde Erfahrungen sichtbar. Das Bedenkliche sowohl in Bezug auf widriges und unsicheres als auch auf erfreuliches, schönes, geheimnisvolles bleibt im wesentlichen verdeckt, d.h. wird eher am Rande thematisiert (vgl. Heidegger 1992; 17 ff). Die positiven Bilanzierungen überlagern die problematischen Schnittstellen und persönlichen Einengungen von H. Es schwingen existentialistische Motive mit, ohne dass bei Holger ein übermäßig ausgeprägter Individualismus sichtbar wird, weder im Hadern noch im Nicht-bereuen. Vieles, was in seiner beruflichen Laufbahn sich verändert hat, wirkt zufällig, irgendwie eher passiert (konditional) als gewollt (intentional). Da also die Freiheit der beruflichen Entscheidung im intentionalen Sinne kaum sichtbar wird, bleibt existentialistisch betrachtet der von H. wiederholt eingespielte Begriff der Reue interessant. Kierkegaard beschreibt die Bedeutung von Reue folgendermaßen: ”Nur indem man sich selbst bereut, wird man konkret, und allein als konkretes Individuum ist man ein freies Individuum” (Kierkegaard 1990; 264). Bei Sartre versperrt Reue das Sich-selber wählen der Existenz, sie bannt das Dasein ins Bewusstsein verworfen zu sein und hält es gerade davon ab, in sich selbst, d.h. auf den Grund seiner Freiheit zu schauen (Sartre 1947). Der Verzicht auf Reue ist an eine im Vorfeld getroffene bewusste persönliche Entscheidung gebunden ! (vgl. Janke 1982; 98).

<sup>34</sup> Das Bemühen, eine weitgehend bruchlose Kontinuität herzustellen kann unterschiedlich interpretiert werden. Das Bestreben, bestimmte Grunddeutungen des eigenen Lebens zu konstituieren, d.h. das vieldeutige, offene, alternative weitgehend auszublenden, entspricht nach Wiehl der ”Aufhebung einer Beschämung” (Wiehl, 1998; 23). Das Mitschwimmen und Mitmachen wird mehr oder weniger bewusst als Kränkung und Selbstverletzung wahrgenommen. Gesellschaftliche und persönliche Fehlentwicklungen führen rückblickend zu einem Gefühl von Schuld im Sinne eines nur unzureichend eingelösten Anspruches auf Selbstverantwortung. In diesem Sinne wird im Einzelfall der Versuch unternommen, dieser Beschämung durch eine Kontinuität der biographischen Konstruktion auszuweichen, d.h. sich in eine ”Dennoch Identität” zu retten (ebenda). Dieser Mechanismus kann als ein Anpassungsvorgang verstanden werden, mit dessen Hilfe es gelingt, Biografische Konstruktionen über politische (u. wirtschaftliche) Systemwechsel hinweg in eine Kontinuität zu überführen, die seltsam bruchlos bleibt (Wiehl 1998; 225 f).

In dieser Konstruktion öffnete ihn der (kleine) Abschluss als Berufskraftfahrer das Tor in die paternalistische, ihn bis heute das Auskommen sichernden Struktur des DRK.

#### 4.4.5 Beruflicher Wechsel und das brüchige Arrangement mit der Arbeit im ambulanten Bereich

Die Darstellung der Tätigkeit im Heim wird im Vergleich zur gegenwärtigen Arbeitssituation als eine befriedigendere Tätigkeit eingeschätzt. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem selbstintendierten Wunsch ausgegangen werden, sich beruflich erneut umzustellen. Die durch unübersichtliche strukturelle Veränderungen ausgelöste berufliche Umorientierung bleibt gespalten. Das zeigt auch die Darstellung der zu dem beruflichen Wechsel führenden Umstände und Bedingungen.

Die administrativ gefällte Entscheidung darüber, dass das Heim keine Zukunft hat, bleibt für die Pflegekräfte weitgehend intransparent und undurchsichtig. Der sich hinziehende Prozess der Entscheidung darüber, ob das Pflegeheim bestehen bleibt oder aufgegeben wird, führte zu Unruhe und Unverständnis bis in die Gegenwart hinein. Die Situation wird von H. als berufliche Krise beschrieben, auch wenn seine persönliche Betroffenheit hinter der anonymisierenden Formel: "...das war für viele natürlich ein Schock..."(7/8) verborgen bleibt. Von Seiten des Arbeitgebers wird offensichtlich den jüngeren und ledigen, mit weniger Dienstjahren versehenen Mitarbeiter/Innen ein Wechsel in ein anderes Arbeitsfeld nahe gelegt. H. wird eine Tätigkeit in der ambulanten Pflege angeboten. Das für die ambulante Arbeit wesentliche Flexibilitätsmoment (Arbeitszeiten, wechselnde Personen und Haushalte u.a.) wird mangels konkreter Erfahrung und Vorstellungskraft von Holger nicht weiter problematisiert. Die Unzufriedenheit mit der damaligen Entscheidung hat sich bis in die Gegenwart hinein nicht aufgelöst, d.h. die berufliche Umorientierung wird bereut<sup>35</sup>.

"...und ich sage Ihnen ehrlich hätte ich das gewusst..was später gekommen ist..ich hätte es abgelehnt..kann sich nicht vorstellen wie ich mich gefühlt habe wie ich geflüchtet habe...im Nachhinein...wo ich dann praktisch weg war...und keine Möglichkeit hatte..dann praktisch zurückzukehren." /7/20-25

Andere Mitarbeiter/Innen haben es in der damaligen Situation abgelehnt, in die ambulante Pflege zu wechseln. Rückblickend hat sich diese Widerständigkeit ausgezahlt, d.h. sie haben aus seiner Sicht richtig entschieden. Die Orientierung an den Entscheidungen anderer Mitarbeiter/Innen, die H. in anderen Situationen (Wechsel zum Krankentransport bzw. ins Pflegeheim) als Entscheidungskompass genutzt hat, wird beim Wechsel in die ambulante Pflege nicht sichtbar. Das vorschnelle Einlassen auf ein für ihn neues berufliches Handlungsfeld rächt sich aus seiner Sicht.

Die Schwierigkeit, sich auf die neue Tätigkeit einzustellen, korrespondiert mit der nicht vollzogenen Ablösung von der alten Arbeit.

Das wehmutsvolle, mit Verlustgefühlen verbundene Zurückblicken offenbart das fragile berufliche Arrangement mit der häuslichen Pflege. Favorisiert wird nach wie vor eine Tätigkeit im Pflegeheim. Diese Wunschvorstellung wird explizit ausgedrückt.

"...of jeden Fall wieder vorstellen irgendwann wieder im Heim zu arbeiten...dass ich mal so dran hängen würde."/8/3-5

---

<sup>35</sup> Es ist eine Reue, die sich möglicherweise aus einem Gespür nährt, sich selber nicht gewählt zu haben. Das Gefühl, sich vorschnell zu einem beruflichen Wechsel überreden lassen zu haben, lässt H. mit der Entscheidung hadern und stellt eine Quelle für eine latente Berufsunzufriedenheit dar. (Janke 1982; 98).

Das zärtliche Erinnern an die Arbeit im Pflegeheim, über die er wie von einer verflissenen Geliebten spricht, markiert die weitreichende Identifikation mit dieser Tätigkeit. H. bleibt mit seiner verloren gegangenen Tätigkeit im Heim libidinös verbunden.

Eine gespaltene Zeitlichkeit wird beim Tätigkeitswechsel vom Heim in die ambulante Pflege sichtbar, d.h. es bleibt eine Dissonanz zwischen angenehmerem Gestern und weniger angenehmem Jetzt<sup>36</sup>. Die häufig eingespielten Erinnerungen, Rückblenden und Vergleiche zwischen dem -es war und dem -was ist- zeigen, dass die vorangegangene Tätigkeit im Heim für ihn emotional befriedigender war.

Der hadernd und zögerlich vollzogene Wechsel wird prädikativ sichtbar aufgezeigt. Die Arbeit im Heim wird in Relation zur häuslichen Pflege als warm und angenehm beschrieben, d.h. die Erkenntnis eine falsche Entscheidung gefällt zu haben, wird affektiv deutlich ausgedrückt, trotz des beschwörenden Bemühens, die gegenwärtige Arbeit ebenfalls als angenehm und lustvoll zu beschreiben ("...heute, heute machts mir Spaß...es macht Spaß."/8/1)<sup>37</sup>. Die starke Identifikation mit dem Heim trägt zudem familiäre Züge. Das Heim wird für ihn zu einem Zuhause bzw. zu einer Art familiären Nest<sup>38</sup>.

Das Gefühl des Haderns paart sich mit dem Empfinden ausgetrickst worden zu sein<sup>39</sup>. In diesem Sinne kommt es zu einer mehr oder weniger offenen Schuldzuweisung gegenüber dem Träger. Das DRK wird (mit-)verantwortlich gemacht für eine im Nachhinein falsche persönliche Entscheidung. Die bis dahin ausschließlich als paternalistisch und fürsorglich beschriebene Organisationsstruktur des DRK bereitet ihm eine familiäre Enttäuschungserfahrung. Das DRK, welches ihn bisher Sicherheit und Fortkommen gesichert hat, wird als ein Subjekt beschrieben, das sich somit ihm gegenüber nicht loyal und vertrauenswürdig verhalten hat<sup>40</sup>.

H. erlebt die Arbeit in der ambulanten Pflege als eine berufsbiographische Schleife. Das Wieder-auf-der-Straße-sein wird als ein sich wiederholendes Moment in der Berufsgeschichte empfunden, von etwas, was man eigentlich für abgeschlossen hielt ("...wieder im Auto sitze. un of der Straße rumfahre...das war für mich abgehakt"/7/36-37). Die angedeuteten Erinnerungsschleifen rücken aber auch den unterschiedlichen institutionellen Grad an Offenheit in den Blick. Die damals bei seinem beruflichen Wechsel in das Pflegeheim bestehenden Befürchtungen ("...janzen Tach dann im Heim jefangen zu sein...") zeigen, dass kontrastiv dazu die Arbeit in der ambulanten Pflege wesentlich offener ist<sup>41</sup>.

---

<sup>36</sup> Die in der ambulanten Pflege bestehenden situativen Ausstiegstendenzen werden angedeutet. ("Zeiten...am liebsten ofgehört..wo mir...die ganze Richtung nich jepaßt hat" /8/34-35).

<sup>37</sup> In der Relation zur stationären Tätigkeit erscheint die Arbeit in der ambulanten Pflege weniger befriedigend zu sein. Von dieser relationalen Bezugnahme einmal abgesehen stellt die aktuelle Arbeit nicht nur eine Quelle von Unzufriedenheit und Unlust dar. Den Bezug zur stationären Arbeit aufzugeben erweist sich als schwierig, da H. immer wieder auf diese berufliche Phase insistiert. Die motivationale Verankerung der gegenwärtigen Arbeit bleibt ambivalent ("ich mach se jerne...obwohl...es Arbeiten ehmt stressiger is."/ 8/26-28).

<sup>38</sup> Eine solche Vorstellung steht im Kontrast zur allgemein etablierten Ansicht: "Das Heim ist kein Daheim" (für die Heimbewohner).

<sup>39</sup> Dieses schon bei der Wehrdienstausmusterung sichtbare Gefühl des Bereuens und Haderns zeigt sich bei dieser Entscheidung in noch deutlicherem Maße.

<sup>40</sup> Die Organisation wird zum "Handlungssubjekt", die personal neutral dargestellt wird, d.h. sie wird als Ganzes verantwortlich gemacht. Diese Anonymisierung kann als ein entindividualisierter Verantwortungsbegriff verstanden werden. Ein Teil der persönlichen Mitverantwortung wird auf die Organisation verschoben bzw. abgeladen. Durch diese Schuldabwehr kann möglicherweise der persönliche Anteil an der Entscheidung klein gehalten und der Schmerz über die falsche Entscheidung gelindert werden (vgl. Remmers 1998; 204-211).

<sup>41</sup> Das auf der Straße-sein sowie die wechselnde Arbeit in unterschiedlichen sozialen Kontexten erscheint situativ freier als die Arbeit im Heim. Die beim Krankentransport bzw. Rettungswesen noch sichtbare Affinität zur offenen Arbeit auf der

Die Einarbeitungszeit (Überleitungs- und Umorientierungszeit) wird im Vergleich zum stationären Bereich als deutlich kürzer beschrieben. Erleichtert wird der problematische berufliche Wechsel durch die Pflegedienstleiterin der Sozialstation (Mentor). Die fürsorgliche Unterstützung der PDL wirkt stabilisierend („..Schwester Claro einlich och janz janz...bemüht.“ /7/32-33).

Das äußerlich problemlos vollzogene Arrangement mit der ambulanten Arbeit verdeckt nicht den prinzipiellen Widerstand, sich innerlich auf das neue berufliche Handlungsfeld einzustellen. Die motivationale Verankerung in der jetzigen beruflichen Arbeit bleibt instabil.

Die Trauer um die lieb gewonnene Arbeit im Heim behindert die Einstellung auf das „total Neue“ /7/49

Der berufliche Wechsel wird als „gravierender Umbruch“ (7/43) erlebt. Die neuen Erfahrungen in der ambulanten Pflege beziehen sich nicht nur auf den Ablauf der Pflegearbeit selbst. So wird H. u. a. damit konfrontiert, selbst Patientenklientel zu gewinnen<sup>42</sup>. Diese als unbehaglich und ungewohnt empfundene Rekrutierungserwartung stößt bei Holger auf Widerstand. Er zeigt sich gegenüber den sich wiederholenden Aquirierungsaufforderungen resistent („...das geht ne Weile jut un irjendwann schaltet mer och stur...“ 8/39-40). Durch den Aufbau eines betreuten Wohnprojektes hat sich die Situation aber entspannt. Über die partielle Absicherung der pflegerischen bzw. hauswirtschaftlichen Betreuung in diesem Projekt über das Personal der DRK-Sozialstation hat sich der Klientenstamm erweitert<sup>43</sup>.

#### 4.4.6 Zukunftsperspektiven

Das gegenwärtige berufliche Arrangement wird bei aller Widersprüchlichkeit formal akzeptiert. Offensive Veränderungsvorstellungen werden bei Holger nicht sichtbar. Latente berufliche Veränderungsvorstellungen werden durch die Bezugnahme auf sein mittleres Lebensalter, die mit einer (leicht) problematisierenden Alterseinschätzung verbunden wird, relativiert. („...wenn ich zehn Jahre jünger wäre...könnt ich rüber jehn....mit Kussband nehm als Altenpfleger.“/24/46-48). H. geht davon aus, dass sein beruflicher Status bzw. Marktwert in den alten Bundesländern höher ist als hier in den neuen Bundesländern. Die Arbeitsmarktsituation wird in den neuen Bundesländern als deutlich angespannter eingeschätzt als in den alten Bundesländern.. Das inflationäre Ausbilden von Altenpfleger/Innen in den neuen Bundesländern („...hier wird of Teu-Teufel komm raus ausgebildet...“/24/48) führt zu unterschwelligem Arbeitsplatzbefürchtungen, die eher dazu führen, den beruflichen Status quo sichern zu wollen als nach neuen beruflichen Ufern Ausschau zu halten. Innerhalb dieses Rahmens kommt es zu einer utilitaristischen Abwägung seines ihm im Vergleich zu anderen Mitarbeiter/Innen vorteilhaft auszeichnenden, Qualifikations- und Kompetenzprofils. In diesem Sinne betrachtet H. seine erfolgreich

---

Straße hat sich durch die positiven Berufserfahrungen im Pflegeheim eher verflüchtigt. Die sich entwickelnden „heimeligen“ Gefühle im stationären Bereich haben seine ursprünglichen Inklusionsbefürchtungen ausgelöscht.

<sup>42</sup> Es scheint ein häufiges Phänomen zu sein, dass das Personal Patienten aquirieren soll oder das „Mitbringen“ und Vermitteln von Pflegebedürftigen zur Eintrittskarte für eine Anstellung wird. Jedenfalls bin ich in vielen Gesprächen und Interviews mit Pflegekräften auf dieses Muster gestoßen.

<sup>43</sup> Die Aufforderung Patienten zu gewinnen führt zu einer Kurzdarstellung von Statusgrenzen und hierarchischen Zuweisungsmechanismen. Die exponierte Position des Arztes, der im entscheidenden Maße auf die Vermittlung von Pflegebedürftigen an die einzelnen Pflegedienste Einfluss nehmen kann, d.h. dessen Wort bei der Entscheidung für einen Pflegedienst ein maßgebliches Gewicht hat, steht dem aus Holgers Sicht geringen Berufsstatus des Altenpflegers gegenüber. Der informelle Kontakt zu niedergelassen Ärzten, die Fähigkeit diese Kontakte aufzubauen und für die eigene Institution (ökonomisch) zu nutzen („...kleiner Altenpfleger...der keine Ärzte kennt...“/8/28).

abgeschlossene Altenpflegeausbildung als ein solides, den Arbeitsplatz sicherndes Fundament.

”...ich mach mir eidlich keene Platte...ich habe die Ausbildung....und wenn ich arbeitslos wen sollte....dann muss ich ehrt zusehen wo ich was andres herkriege...wat soll’s....von der Seite belast ich mich da nicht mehr damit...das wäre dann belastender für mich gewesen wenn ich überhaupt ja keen Abschluss of dem Jebiet hätte....”/26/45-27/3

Darüber hinaus scheint auch sein Geschlecht bzw. sein Familienstand eine arbeitsplatzbewahrende Funktion zu haben. In einem frauendominierten beruflichen Handlungsfeld bestehen für ihn als ledigen Mann geringe Freisetzungsrisiken. Durch die Kombination von männlich, ledig, ausgebildet, (noch) relativ jung, konstituiert sich marktwirtschaftlich betrachtet ein günstiges Berufsprofil. Komplementär zu seiner insgesamt positiven (persönlichen) Marktwerteinschätzung wird die Arbeitsplatzunsicherheit bei seinen weiblichen Mitarbeiterinnen als höher eingestuft. Sie sind im Vergleich zu ihm körperlich weniger belastbar und familiär stärker eingebunden.

H. Zukunftsvorstellungen bleiben insgesamt eher undeutlich. Es dominieren berufliche Orientierungen entlang seines gegenwärtig erreichten Status quo. In diesem Rahmen wird das Konservieren eines aktuell erreichten beruflichen Standards gleichzeitig zu einem Konzept von Zukunft<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Zukunft bedeutet in diesem Sinne, dass die als zufriedenstellend eingeschätzte gegenwärtige Situation konserviert werden kann. Eine prozesshafte, sich an einem kontrastierenden Entwurf orientierende Dimension von Zukunft bleibt unsichtbar, d.h. es dominiert ein eher statisches Verständnis, aus dem heraus das -es ist- linear weitergeführt bzw. prospektiv verlängert wird.

## 4.5 Berufsalltag in der Pflege. Konflikt und Problemsituationen in der ambulanten Altenpflege

### 4.5.1 Der Zeitfaktor in der Pflege

Ein wesentlicher Stressfaktor in der täglichen Pflege ist für H. das enge Zeitkontingent. Die vielschichtigen Problemlagen und Ebenen des Zeitdilemmas werden über unterschiedliche Blickwinkel betrachtet.

#### 4.5.1.1 Charakteristische Zeiterfahrungen in der stationären und ambulanten Pflege

Die positive Rückschau auf die Arbeit im Heim führt bei H. zu häufigen relationalen Bezügen. Der bewertende Vergleich zwischen der ambulanten und der stationären Pfl egetätigkeit fällt zumeist zugunsten des stationären Pflegealltags aus. Der stationäre Alltag bildet die Folie, auf deren Basis die gegenwärtige Arbeit eingeschätzt wird.

In diesem Sinne stellt H. ausführlich die unterschiedlichen Belastungen und Tagesabläufe in der stationären Pflege dar<sup>45</sup>. Aus der Distanz heraus wird der starre Ablauf der Arbeit skizziert.

”...das war ne alte Vorstellung...die drinne war....zum Frühstück müssen alle Leute schon fertig sein...jewaschen jewindelt jeleckt.jekämmt....müssen am Tisch sitzen..”/29/49-30/2

Die Pflege lief nach einem gewohnten, nicht weiter hinterfragten Prinzip ab. Das Tagesprogramm wurde über festgeschriebene Zeiten und Pläne strukturiert. Es dominierten routinemäßige Abläufe und Standards<sup>46</sup>.

Mit der zunehmenden Anzahl an Schwerstpflegebedürftigen und der damit verbundenen Arbeitsintensität ließ sich dieser Ablauf nicht mehr durchhalten.

”..nich mehr zu schaffen...is doch eigentlich Quatsch...warum sollen die denn alle bis zum Frühstück fertig sein...das is doch nun.ejal Hauptsache sie wern jewaschen un wern versorgt.ja..”/30/7-13

Der Stationsalltag orientierte sich nur bedingt an den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen der Heimbewohner. Die Umstellungen im Tagesrhythmus wurden durch nicht mehr zu bewältigende Arbeitsspitzen im Rahmen von gewohnheitsmäßig tradierten Arbeitsabläufen ausgelöst. Die individualisiertere Form der Grundpflege orientiert sich primär am Zeitaufwand für bestimmte Patienten als an deren persönlichen Rhythmus. Die weitgehend statisch gerahmte Zeit im Pflegeheim, mit verlässlichen Rhythmen und Abläufen, wird im Kontrast zur stärker flexibilisierten Zeit in der ambulanten Pflege als angenehmer empfunden.

---

<sup>45</sup> Die Belastungen im Nachtdienst werden am geringsten eingestuft (“..von der Sache her von Nachtdienst..der schiebt einlich de de ruhigste Kugel...”/29/41-42). Der Tagesdienst wird vom Rhythmus her als die schnellste und anstrengendste Schicht eingestuft.

<sup>46</sup> In der Terminologie von Wittneben überwiegen verrichtungsorientierte Handlungsmuster (Wittneben 1991; 140).

Darüber hinaus werden die kurzen Wegezeiten innerhalb des stationären Wohnbereiches positiv bewertet.

”...klopf klopf Tür auf..und da geht das vorwärts...das is Zeitersparnis..”/30/39-40

Die regelmäßigen Schichtdienste innerhalb einer Institution, deren Räume und Abläufe ihm vertraut sind, werden als weniger anstrengend eingeschätzt als der flexiblere Ablauf des Pflegealltags in der häuslichen Pflege<sup>47</sup>.

Die festgefügte Arbeit im Dreischichtsystem führt auf seine Situation bezogen zu keiner Kollision von sozialen und familiären Rhythmen. Der Zeitdruck wirkt in der häuslichen Pflege stärker als im stationären Bereich. Eine nähere, engere Beziehung, wie sie von ihm offensichtlich präferiert wird, ist unter ”Zeitdruck” nur bedingt möglich bzw. unterliegt Abkürzungsstrategien. Eine Beziehung zu Patienten im ambulanten Bereich aufzubauen verläuft für Holger nach anderen Mustern als im stationären Bereich.

Die Arbeit im Heim wird in Bezug auf die Patientenbetreuung als intensiver eingeschätzt. Die größere Intensität ist parallel dazu auch mit erweiterten zeitlichen Spielräumen verbunden. Im Kontrast zur ambulanten Pflege wird im Rückblick der Umgang mit den Heimbewohnern als näher und emotional befriedigender empfunden. Das Mehr an Zeit wird mit einer umfassenderen Betreuung sowie einer engeren Beziehung zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen verknüpft. Der weitgehend positiven Erfahrung aus dem Pflegeheim wird kontrastiv die Erfahrung aus dem ambulanten Bereich gegenübergestellt. Dort stehen weniger Zeit und geringere Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung, d.h. die Beziehung zum Patienten bleibt unter diesen Rahmenbedingungen oberflächlicher als im Heim. Die potentiellen Schattenseiten der Heimbetreuung, welche zum Teil auch den Auswirkungen des PVG geschuldet sind, werden im Interview nicht weiter problematisiert<sup>48</sup>. Aus der Erzählung heraus wird deutlich, dass H. vor der Einführung des PVG im stationären Bereich tätig war<sup>49</sup>. Die durch das PVG ausgelösten Veränderungen innerhalb des ambulanten Sektors sind für ihn somit sichtbarer<sup>50</sup>. Der unterschiedliche Präsenzcharakter von professionell Pflegenden im stationären und ambulanten Pflegesektor führt zu abweichenden Betreuungsmustern.

---

<sup>47</sup> Die Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten im ambulanten Sektor werden im Vergleich zum stationären Sektor prinzipiell als familien- bzw. beziehungsverträglicher eingestuft (dazu u.a. Drinkhut (1995): Altenpflege in der Krise, In: Altenpflege 7/95; 455-458). Das flexible Arbeitszeitregime in der ambulanten Pflege verändert aber auch den sozialen Kalender der Lebensführung. Diese Flexibilität ist durchaus ambivalent zu betrachten. Bestimmte familiäre und kulturelle Systeme können im Alltag besser abgestützt werden. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird erleichtert. Auf der anderen Seite erschwert der Rhythmus des beruflichen Pflegealltags (z.T. geteilte Dienste, d.h. sowohl früh und abends arbeiten, Schichtarbeit, Wochenendienste, Überstunden usw.) den Aufbau von kontinuierlichen Beziehungen(vgl. Wohrab-Sar 1992; 16). So ist beispielsweise für H. ein zeitlich überdehnter Frühdienst, der bei geteiltem Dienst (Kombination von Früh -und Spätdienst) nur eine kurze Verschnaufpause gewährt, eine besonders stressige Dienstform (39/12-16). Die Schnittstelle zwischen Privatem und Beruflichem wird aufgeweicht. Solche Störungen sorgen in der Regel für Unzufriedenheit. Flexible Arbeitszeiten heißt ja nicht automatisch, dass man sich die Zeit als Arbeitnehmer frei und autonom einteilen kann. Entscheidungsspielräume bei der Einteilung von Arbeitszeit sind wichtig. Ein überdehntes Maß an Fremdbestimmung ist potentiell konfliktbeladen. Flexible Arbeitszeiten, die primär strukturell organisiert werden, d.h. subjektiv kaum beeinflussbar sind, skizzieren eine Differenz (Spannung von Wunscharbeitszeit und tatsächlichen Arbeitszeitmustern), die in Bezug auf die Motivation der Mitarbeiter/Innen bedeutsam bleibt (dazu u.a. Büssing 1995).

<sup>48</sup> Tendenz zur totalen Institution, stärkere Abhängigkeiten der Patienten gegenüber Personal, Medizinierung der Heime durch den wachsenden Anteil an schwerstpflegebedürftigen Patienten u.a..

<sup>49</sup> Leistungsbeginn des PVG für die vollstationäre Pflege war der 1.7.1996

<sup>50</sup> Leistungsbeginn für die ambulanten, teilstationären und Kurzzeitpflegeleistungen 1.4.1995

#### 4.5.1.2 Zeitkontingent und Betreuungsmöglichkeiten in Rahmen des SGB XI

Die persönliche Beurteilung des PVG ist prinzipiell negativ. Hier bezieht sich H. primär auf die in der Pflege zur Verfügung stehenden Zeit für die Pflegebedürftigen.

Eine bestimmte Art von Pflege, ein Minimalkonzept des Guten, bleibt erhalten. Diese orientiert sich an den fest umrissenen Katalog von Leistungen, wie sie im PVG festgelegt sind. Der verrichtungsorientierte Charakter von Pflege, im Raster von Zeit- Geld definierten Leistungen, führt in Bezug auf die vielschichtigen Dimensionen des Pflegeprozesses zu Verkürzungen und Drucksituationen. Für die grundlegenden, primär körperbezogenen Bedürfnisse steht ein standardisiertes Zeitkontingent zur Verfügung.

Während das Zeitraster für die Grundpflege als ausreichend eingeschätzt wird, kann der Anspruch auf eine weitergehende Betreuung nicht zufriedenstellend umgesetzt werden. Die aus dem Raster des Verrichtungskataloges fallenden Zusatzmaßnahmen werden als arbeits- bzw. zeitverlängernde Maßnahmen empfunden, die zu Lasten anderer Patienten gehen können. Die für Holger bedeutsame Beziehung zu den einzelnen Pflegebedürftigen kann sich unter Zeitdruck nur bedingt konstituieren. Diese Drucksituation hat sich aus seiner Sicht nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes verstärkt. Darüber hinaus wird von ihm eine wachsende Ablauf- und Verrichtungsorientierung in der Pflege angedeutet, die relativ schematisch abgespult wird ("unter Druck...da is en Schema"/6/6-7)<sup>51</sup>. Aus dieser von H. entfalteten defizitären Skizze des Pflegealltags wird ein weitergehender Betreuungsanspruch sichtbar. Auf dieser Folie entwickelt H. eine begriffliche Differenzierung zwischen Versorgung und Betreuung. Das PVG lässt aus seiner Sicht nur eine Grundversorgung zu. Betreuung steht dagegen für ein erweitertes Pflegeverständnis. Der von H. eingeführte Begriff der Betreuung zielt auf das situative Erfüllen "kleiner Wünsche"(46/4-5), wie z.B. das spontane Einkaufen für den Patienten, Zeit für Gespräche und bei schönem Wetter die Patienten einmal nach draußen zu begleiten. Für solche Wünsche bleibt aus seiner Sicht kein ausreichender Handlungsspielraum. Psychosoziale Bedürfnisse können nur bedingt befriedigt werden.

Die knappen Vorgabezeiten für die Pflegebedürftigen passen für H. nicht mit den Milliardenüberschüssen aus den Beiträgen der PVG zusammen. Aus seiner Sicht sollte das Geld direkt den Pflegebedürftigen zugute kommen. In diesem Sinne orientiert er auf ein größeres Zeitkontingent für die Patienten<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> Der hier verwandte Begriff der Ablauf- und Verrichtungsorientierung bezieht sich auf ein erfolgsorientiertes, zielgerichtetes Handeln, welches sich seinem Sinn nach auf Sachverhalte und Regeln bezieht. Die Verrichtungsorientierung entspricht insofern dem Typus des instrumentellen Handelns, als es sich unter dem Aspekt der Anwendung technischer Handlungsregeln und des Wirkungsgrades einer Intervention in einem Zusammenhang mit Zuständen oder Ereignissen bewerten lässt (Wittneben 1991; 140). Instrumentelle Handlungen können mit sozialen Interaktionen verknüpft sein. Die soziale Interaktion bleibt aber eher sachbezogen, d.h. an instrumentelle Handlungen angeheftet. Wenn pflegerisches Handeln nach einem festgeschriebenen Standard in seinem Ablauf organisiert ist, kann von einem verrichtungsorientierten Handeln ausgegangen werden. Der Standard kann zeitlich und in seiner Reichweite durchaus verschieden sein, d.h. vom sog. Pflegestandard, der einzelne pflegerische Tätigkeiten verregelt, bis zu einem, sich an ausdrücklich definierten oder gewohnten Zeiten und Plänen orientierenden, Tagesprogramm. Ein daran anknüpfendes

Handlungsmuster ist die Defizit- oder Symptomorientierung. Wie das verrichtungsorientierte Handeln ist es ein erfolgsorientiertes Handeln. Das Ziel oder der Sinn dieser Orientierung wird durch das beim Hilfe- und Pflegebedürftigen auftretende Defizit bestimmt. Im konkreten Fall kann das rasterartige Erfassen bestimmter Symptome und Zeichen zu einer Problemeinordnung führen, wie es z.B. beim Feststellen eines Hilfebedarfes bzw. einer anerkannten Pflegebedürftigkeit durch die Begutachtung des Medizinischen Dienstes erfolgt. Die Einstufung legt den Pflegebedarf fest und bestimmt den Rahmen der notwendigen Hilfemaßnahmen.

<sup>52</sup> Die Anerkennung des Hilfebedarfs bei vorliegenden psychischen Veränderungen (z.B. Demenz) ist in der Praxis völlig unzureichend. Die Begutachtungspraxis des MDK wird in der Pflege allgemein kritisiert, weil der Pflegebedarf bei psychischen Krankheiten nicht ausreichend ermittelt wird und es häufig zu niedrigen bzw. gar keinen Einstufungen kommt. So wird der Hilfebedarf von dementiell Erkrankten im SGB XI nur teilweise anerkannt (H. Renn (1997): Auswirkungen der Pflegeversicherung, In: Sozialmagazin Jg. 97/.6; 23 f). Das Mehr an sozialer Betreuung (hoher

#### 4.5.1.3 Handlungsstrategien im Raster von standardisierten Pflegezeiten

Entlang der für bestimmte Verrichtungen und Pflegestufen standardisiert vorgegebenen Zeit, auf deren Mindesteinhaltung von Seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen gedrängt wird, kommt es zu Überlegungen darüber, wie eine von standardisierten Vorgabezeiten entkoppelte optimale Pflege umgesetzt werden kann.

Das Insistieren der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen auf die konsequente Einhaltung der Vorgabezeit wird von H. als Ausdruck von Unzufriedenheit bzw. Widerstand ("Querulantentum"/39/48) gegenüber einer als ungenügend eingeschätzten Pflege wahrgenommen. Bei zufriedenen Patienten bzw. Angehörigen spielt der vorgegebene Zeitaspekt eine sekundäre Rolle. Primär bleibt die "ordnungsgemäße Versorgung" (39/43) und Durchführung wichtiger Pflegemaßnahmen im Rahmen eines vorgegebenen Katalogs von Hilfemaßnahmen. Der zeitliche Aufwand kann für Pflegebedürftige mit der gleichen Pflegestufe durchaus differieren. Die Zeitvorgabe kann somit bezogen auf den Einzelfall und die spezifische Situation unter- bzw. überschritten werden. In diesem Sinne können standardisierte Zeitvorgaben für bestimmte Pflegestufen und Tätigkeiten im beruflichen Alltag modifiziert werden, wenn Pflegebedürftige, Angehörige und professionell Pflegende sich verständigungsorientiert darauf einlassen. Hier deuten sich offensichtlich kreative Handlungsspielräume an, d.h. die Pflegezeit kann individuell und situationsbezogen variieren. Entscheidend bleibt die Gesamtbilanz. Eine Überschreitung der vorgegebenen Zeit bei der Mehrzahl der Pflegebedürftigen ließe sich nicht mehr ausgleichen<sup>53</sup>.

Die unmittelbar zur Verfügung stehende Zeit für den Patienten wird zusehendst verknappt, d.h. die gesetzlich vorgegebenen Betreuungszeiten werden z. T. nicht eingehalten. Eine der Gründe dafür sind die z.T. großräumigen Einzugsgebiete. Die dadurch entstehenden langen Fahrzeiten, die je nach Verkehrssituation schwer im Voraus kalkulierbar sind, werden als erheblicher Stressfaktor und Zeitkiller beschrieben. Das vorgegebene Zeitraster erzeugt einen Takt, der Verzögerungen und Turbulenzen kaum zulässt. Parallel dazu bestehen von Seiten der Hilfe- und Pflegebedürftigen relativ verbindliche Erwartungen in Bezug auf die pünktliche Einhaltung der Pflegeeinsätze. Bei zeitlichen Verzögerungen entstehen Gefühle von Ungeduld und Unruhe, sowohl bei den Patienten als auch bei H.

"...wenn de Zeit im Nacken hängt...un mer kommt und kommt nich vorwärts und denkt mein Gott jetzt biste ja.ja. biste ja um immer noch nicht da und.ja.und die Leute warten ja och das is das Problem..ja die wern och unruhig mein Gott wo bleibt se denn nun.."/38/46-39/1

#### 4.5.1.4 Schnelle und langsame Zeit in der Pflege

Auffällig sind die unterschiedlichen Tempi, wie z.B. das abnehmende Lebenstempo der älteren Pflegebedürftigen oder das Rechnen mit der Zeit als modernes Phänomen, d.h. als ökonomische Zeit.

Die langsame (subjektive Zeit) und die schnelle Zeit (objektive Zeit) prallen gewissermaßen aufeinander. Hier entsteht eine Spannung von identitätsbezogener Zeit einerseits und

---

Stellenwert von kommunikativen Hilfen) insbesondere bei psychisch kranken und behinderten Menschen wird im Pflegebedürftigkeitsbegriff unzureichend berücksichtigt

<sup>53</sup> Die Überschreitung der vorgegebenen Zeit skizziert H. am Beispiel einer von ihm betreuten MS-Patientin. Zu dieser Patientin verbindet H. ein besonderes Verhältnis. Diese pflegebedürftige Frau wurde in die Pflegestufe II eingruppiert. In der Pflegestufe II muss im Tagesdurchschnitt ein Hilfebedarf von mindestens drei Stunden vorliegen. Die von Harry als überdurchschnittlich eingestufte Pflegezeit von 75 Minuten pro Tag für diese Patientin würde sich selbst unter Berücksichtigung der Wegezeit sowie dem Zeitaufwand für die hauswirtschaftlichen Versorgungen durchaus im vorgegebenen Zeitlimit bewegen. In diesem Sinne bleibt die fallbezogene Illustration des Zeitdilemmas in diesem Beispiel widersprüchlich.

physikalisch metrischer Zeit andererseits. Beides muss bedacht werden. Diese Spannung ist bedenklich. Die Sehnsucht nach der langsameren Zeit kontrastiert mit den scharfen Bilanzierungen von Zeit in der Pflege. Die durchgerechnete Zeit erzeugt einen erheblichen Druck, welcher als etwas Unruhiges, Antreibendes empfunden wird ("mag ichs nich...wen mir de Uhr im Jenick hängt"/8/21-22). In diesem Sinne wünscht sich H. mehr Ruhe in der Pflegearbeit.

"...in Ruhe arbeiten kann...so viel Zeit mir nehmen können wie ich...benötige."/8/22-23

Das Gefühl, Zeit für die Pflege von Menschen zu brauchen, steht im Widerspruch zu der Erfahrung des Immer-weniger-Zeit-zur-Verfügung-habens<sup>54</sup>. Die tägliche Arbeit wird z.T. als durchgerechnet und kontrolliert empfunden. Die einem Hilfe- und Pflegebedürftigen über das vorgesehene Maß geschenkte Zeit ist in der ökonomischen Bilanzierung eine verlorene Zeit, die wieder aufgeholt werden muss. Subjektive und ökonomische Zeit stehen sich scheinbar inkommensurabel gegenüber. In der Bilanzierung von Zeit schenken und Zeit wegnehmen gibt es offensichtlich nur ein entweder/oder. Die quantitative Zerlegung des pflegerischen Alltags hat Einfluss auf das berufliche Selbstverständnis<sup>55</sup>.

## 4.5.2 Kommunikation

### 4.5.2.1 Wechselspiel zwischen kommunikativem Austausch und Beziehungsarbeit

Der kommunikative Zugang zum Pflegebedürftigen ist Basisvoraussetzung für eine gelingende Pflege. Parallel zu den einzelnen Pflegehandlungen (Waschen, anziehen usw.) wird ein mitlaufendes, in den Pflegeablauf integriertes Gespräch mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen angestrebt. Eine stumme Pflege wird kontrastiv als bedenkliche Pflege eingestuft.

"...das wäre schlimm, wenn ich da reinjehn würde...Türe of...ja.Wasser zack zack.un keen Wort reden würde..das kann mer nich machen.ja...es wichtigste von allen.Jesprächsführung.."/31/30-33

Strategisch gesehen dient eine vertrauensbildende Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden auch dazu, Hemmschwellen gegenüber einer professionellen Fremdhilfe abzubauen. Hier weist H. auf die besondere Bedeutung von Beziehungsarbeit hin, die auf die eine oder andere Weise entlang der verrichteten Pflegetätigkeiten aufgebaut werden muss, damit körpernahe Pflegetätigkeiten überhaupt kooperativ durchgeführt werden können. Bei Grundpflegetätigkeiten besteht die Möglichkeit und z.T. auch die Notwendigkeit, intensivere Gesprächskontakte herzustellen, um Scham- und Peinlichkeitsgefühle abzubauen zu können. H. löst als männliche Pflegekraft in einem traditionellen Frauenberuf ernstzunehmende Schamgefühle insbesondere bei pflegebedürftigen Frauen aus. Die Schamschranken liegen gegenüber Pflegern in der Regel

---

<sup>54</sup> Zu wenig Zeit für Einzelne zu haben wird immer wieder als wesentlicher Belastungsfaktor in der Pflege genannt (dazu u.a. Koch-Straube 1997; 390-410).

<sup>55</sup> Die faktische Ausrichtung der Pflegearbeit illustriert W. Dunkel in seiner auf dem Pflegealltag bezogenen Studie über folgende Interviewsequenz: "Grundpflege, mehr ist nicht drin, das geht...nur nebenbei oder...zu Mittag, da hat man selber keine Lust mehr, weil man dann seit sechs steht. Auch wenn Zeit da wäre, man hat gar nicht mehr so den Elan da jetzt..." (Dunkel 1994; 117 f).

höher als bei weiblichen Pflegekräften. Während bei einer zeitlich rasch durchgeführten Insulingabe der kommunikative Austausch eher oberflächlich bleibt und es dabei kaum zu einer Verletzung von Schamschranken kommen kann, ist der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen bzw. eines Kontraktes zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen besonders bei Grundpflege- und Intimpflegemaßnahmen grundlegend.

” ja ich meene jut ich ich rede och mit den mit den Leute wir wir wechseln och. //paar Worte// ja 'n paar Worte ja. aber äh das das is nich so so intensiv ”/39/7-9

Die Zugänglichkeit zum Patienten, die bei einer langfristigen Pflege als ein normaler Entwicklungsprozess verstanden wird, ist für Holger wichtig. Eine stumme Pflege mit unzugänglichen Patienten bleibt für ihn selbst auch unbefriedigend. Die Lust an Gesprächen, auf der Basis einer wechselseitig als angenehm empfundenen Beziehung, stellt für ihn eine motivbildende Kraft für die Pflegearbeit dar.

”...ne kleene Befriedjung is dann schon wenn se sich freuen dass mer widder da is...ach sin wo widder da schön...und ich muss sagen ich rede mit den Leuten och über Gott und die Welt also e Thema zum Reden findet mer immer..ja”/31/44-48

Der positive Aspekt einer wechselseitigen guten Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden wird herausgestellt. Gerade in belastenden, sich wiederholenden Pflegesituationen (“...manchmal hat mer Tage die sind total belastend...Situationen wo mers nich mehr hören kann..immer widder das gleiche is...mir steht’s bis hier hoch...da is einlich schon wichtig...und hat einlich och Einfluss of unsre Arbeit..”/32/43-48), hat der gute Kontakt bzw. das “Auskommen” (32/49) mit bestimmten Patienten eine motivationsfördernde, kompensatorische Wirkung. Das gute Verhältnis zu einigen Patienten ist für die notwendige Selbstpflege des Pflegenden notwendig.

Die wechselseitig gute Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen hat auf die Legitimität und Akzeptanz von Pflegehandlungen Einfluss. Die Beziehung zum Patienten konstituiert aus seiner Erfahrung heraus ein Vertrauensverhältnis, das die Befürchtungen und Ängste gerade von kranken und alleinstehenden Pflegebedürftigen überhaupt erst sichtbar macht. Auf der Basis dieser Beziehung werden von Seiten der Patienten auch Ratschläge und Erläuterungen zu aktuellen Problemen und Krankheitsphänomenen eingeholt<sup>56</sup>. Die professionellen Kompetenzen des Pflegers sind hier gefragt und werden für den Pflegebedürftigen im Gespräch sichtbar. Das hier angedeutete Interaktionsmuster basiert auf einer Vertrauensspirale. Das sich Öffnen von Pflegebedürftigen verbindet sich mit der Erfahrung, sich zum einen besser zu verstehen und darüber hinaus die Kompetenz des professionell Pflegenden gewinnbringend zu aktivieren und nutzbar machen zu können

Das besondere Verhältnis zu einigen Patienten verschafft auch den Pflegenden die Möglichkeit sich selbst zu öffnen. Der MS-Patientin gegenüber verhält Holger sich weitgehend unverdeckt. Er erzählt von sich selbst und seinen Katzen. Das Sprechen über die geliebten Haustiere führt zu kommunikativen Anschlüssen an die Lebenswelt der pflegebedürftigen Frau. Die fürsorgliche Kontaktaufnahme gegenüber dem Wellensittich der Frau stößt die Tür für eine wechselseitige persönlichere Beziehung auf.

”..da hat e hier so`ne Wunde jehabt un...da hab ich mich mit dem beschäftigt...der reagiert sofort of meine Stimme...wenn ich komme..ja.sacht se och wenn die andren da sind der sacht keen Ton....so ist das doch doch irndwie`n...besonders Verhältnis..”/33/31-35

---

<sup>56</sup> Hier bezieht sich H. mehrfach auf eine pflegebedürftige MS-Patientin, die u.a. über ihre Krankheit informiert werden möchte und Holger aus einer vertrauensvoll aufgebauten Beziehung heraus auch explizit danach fragt /32/8-11 u. 33/19-24).

Die hörbar zutrauliche Reaktion des Tieres gegenüber H. erleichtert den persönlichen Zugang zur Patientin. Die -tierische Annahme- von Holger wird zum Indikator dafür, dass man dieser eigentlich fremden Person trauen kann<sup>57</sup>.

Er genießt die eingenommene Ratgeberrolle und steigt auf die krankheitsbedingten Stimmungen und Probleme der Patientin auf eine sehr persönliche, direkte Art und Weise ein.

”...ich sache sache mensch Frau Frau soundso also wissen se....ich habs ihn doch nun schon erklärt Mensch das kommt durch die Krankheit...ja..und das sieht se dann och ein...”/33/22-24

Die enge, aber bei aller Nähe paternalistische Rolle gegenüber der Patientin befördert aus Holgers Sicht die Akzeptanz bzw. Einsicht in bestehende Krankheitsprozesse. Das situative Eingehen auf die internen Evidenzen und Stimmungen der Patienten erweist sich als eine die Pflege positiv beeinflussende Strategie, die auch für ihn selbst motivationsfördernd und stabilisierend ist.

”...und so..denk ich is einlich es beste was mer machen kann...so so of die Leute einzujehn.”/33/45-46

Über die Pflegedyade hinaus spielt auch das soziale Umfeld eine maßgebliche Rolle, ob eine Pflegebeziehung angenehm oder schwierig ist. Die Kommunikation mit den Angehörigen (Ehepartner, Kinder u.a.) ist für die Pflegesituation äußerst bedeutsam. Der gute Draht zu den Patienten, in Verbund mit einer fachlich versierten und gewissenhaften Pflege, konstituieren noch keine (wechselseitig) befriedigende Pflegesituation.

”...dann kommt’s of de Verwandtschaft an..die spielt mit rein...wir ham wunderbare Verwandten..ja die Kinder die sind total toll und mit den kann mer reden...un manche...die sind total unzugänglich un komm ihn von oben herab...”/34/22-26

#### 4.5.2.2 Kommunikationsmuster zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden

Spannungsgeladene Kommunikationsmuster zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen skizziert H beispielhaft entlang eines Konflikts aus dem stationären Pflegealltag. H. bezieht sich auf eine intrigante Heimbewohnerin, deren herabwürdigende und unberechenbare Art und Weise der Kommunikation ihn verletzt hat. Die Diskrepanz zwischen Vorder- und Hinterbühne, zwischen ”scheinheiliger” Freundlichkeit und dem ”hinterm Rücken” über andre Leute reden empört ihn (35/28-36)<sup>58</sup>. Die fehlende Verlässlichkeit und Loyalität von Seiten

<sup>57</sup> Das Misstrauen gegenüber anderen Menschen spiegelt sich in dem Slogan:-Seidem ich die Menschen kenne, habe ich die Tiere lieben gelernt- wider. In meiner beruflichen Pflegepraxis bin ich häufig auf diesen Satz gestoßen. Diese Aussage wird z.T. kunstvoll eingerahmt und gut sichtbar in den eigenen vier Wänden plaziert.

<sup>58</sup> Möglicherweise zeigt sich hier auch ein Kommunikationsmuster, wie es kompensatorisch von Machtunterworfenen praktiziert wird. Das Klatschen über andere professionell Pflegenden (in deren Abwesenheit) erzeugt ein gewisses Machtgefühl. Je stärker solche (verdeckten) Phänomene spürbar sind, umso starrer scheinen die bestehenden Hierarchien und Machtstrukturen innerhalb der Organisation zu sein. Verborgene Gesprächspfade sind Ausdruck einer ”boshaften” Lebendigkeit und verschaffen den Akteuren auch ein kompensatorisches Machtgefühl. Die brauchbare Illegalität von kommunikativen Nebengleisen leuchtet durchaus ein. Die hier angedeuteten inoffiziellen Kommunikationsstrukturen bewegen sich möglicherweise im Muster klassischer Kompensationsstrategien (Goffmann 1973; 97 ff). Die Schattenseiten solcher Mechanismen überwiegen. Die Bedingungen für krankmachende Mobbingstrukturen sind in solchen willkürlichen Kommunikationsstrukturen günstig. Solche Kommunikationsmuster können ein wesentlicher Indikator für fehlende Konfliktbewältigungsstrukturen innerhalb des Wohnbereiches bzw. der Organisation sein, d.h. sie sind auch ein Ausdruck von pathologischen Copingstrategien im Verbund mit Drucksituationen, fehlenden Kommunikationsarenen und Einsamkeit.

der Patientin wird als Belastung erlebt, die einen "Horror"(35/40) auslöst, den Patienten gelassen gegenüber zu treten. Das hinter dem Rücken Reden wird als Kränkung empfunden. Bei der Illustration dieses Kommunikationsmusters wird eine entschiedene Reaktion gegenüber dieser Heimbewohnerin sichtbar, der er mit deutlichen Worten signalisiert, dass für ihn die Grenze in der Pflegebeziehung überschritten ist.

"...das könn se mit e andren machen ich bin nich ihr Fußabtreter.."/35/36

Die Situation scheint in der Darstellung so zugespitzt, dass die moderierende bzw. klärende Intervention der Vorgesetzten von Holger in Anspruch genommen wird. Die affektive Abneigung gegenüber der intriganten Patientin wird zum Konflikt. Das Nichtauskommen mit den Patienten gerät zur Tortour, die nur mühsam professionell abgefedert werden kann<sup>59</sup>. In diesem Zusammenhang deutet Holger einen weiteren Konfliktfall aus dem beruflichen Alltag in der ambulanten Pflege an. H. bezieht sich in diesem Fallbeispiel auf eine ständig unzufriedene pflegebedürftige Frau. Die Pflege wird hier als unkooperative, mit Unlustgefühlen verbundene Situation beschrieben, in der kein Einverständnis, keine Versachlichung und keine ausreichende Legitimität von Pflege hergestellt werden kann.

"...das war aber och grauenvoll...da konnte mer`nichts recht machen...da konnte man machen was man wollte..und vor solchen Leuten graut en...wenn mer da denkt mein Gott haste die...nachmittag widder...ar bloß ich ich sach mir da muss ich durch...ja..."/34/7-12

Ein Ausweichen und Distanzieren von der Patientin ist im stationären Bereich schwieriger umzusetzen als im ambulanten Bereich.

"...du musst widder in das Zimmer rein...irgendwie ist das schon ohr jetzt muss ich da widder rein un so.ja..."/35/40-41

Der häufigere Wechsel des Patientenstammes und der temporäre, deutlich selektivere Charakter des Pflegeinsatzes in der ambulanten Pflege macht eine größere Distanz möglich als im stationären Bereich.

"...wir och häufig wechselnde Patienten ham...meine Stammpatienten die mer über über Jahre betreuen un meistens is das bloß Verbandwechsel und Spritzen oder irgendwie was ja..."/36/1-3

#### *4.5.2.3 Konkurrenz und tätigkeitsbezogene Domänisierungen zwischen Altenpfleger/Innen und Krankenschwestern/Pflegern*

Die Tätigkeitsdifferenzierungen zwischen Krankenschwestern und Altenpfleger/Innen werden von Holger in ihren ausschließenden und domänisierenden Auswirkungen kritisch betrachtet. Dass Krankenschwestern primär die Behandlungspflege abdecken und es Tendenzen gibt, das Tätigkeitsspektrum professionensbezogen aufzusplitten wird als Attraktivitätsverlust des eigenen Berufsprofils angesehen. Diese Entwicklung trägt zu einer latenten Deklassierung der

---

<sup>59</sup> Der Konflikt kann von H. nicht selbst reguliert werden. Die affektive Verletzung dominiert so stark, dass eine Distanzierung und Auflösung des Konfliktes zwischen der Heimbewohnerin und ihm nicht mehr möglich scheint. In diesem Sinne gibt er die Regie zur Klärung des Konfliktes ab, d.h. seine Vorgesetzte soll den Konflikt auflösen. Die Konfliktbearbeitung bewegt sich innerhalb eines vertikalen Kommunikationsmusters, d.h. die Hierarchie zwischen Oben (Leitungskraft) und Unten (Patient) bleibt erhalten. In diesem Sinn erscheint sowohl die Vorgesetzte als auch die Heimbewohnerin relativ starr und reduziert.

eigenen Profession bei. In der Praxis bestehen offensichtlich immer noch ausgeprägte Statusunterschiede zwischen Krankenschwestern und Altenpfleger/Innen. Kontrastiv zu diesen tätigkeitsbezogenen Domänisierungstendenzen wird von Holger ein Tätigkeitsmix präferiert.

”...ich mache och Verbandswechsel, Insulinspritzen oder Infusionen fertig...und was weeß ich...bloß ich finds doch interessanter wenn mer sich das en bißchen mischt”/24/40-43

Die Verarmung bzw., Vereinseitigung des Tätigkeitsspektrum (“...da hinfahrn Spritze zack...da hinfahrn Spritze...”/25/43-44) wird als eine Tendenz beschrieben, die motivational gesehen die Arbeitsplatzzufriedenheit beeinträchtigt. Das Ausüben von Grundpflegetätigkeiten wird angenehmer empfunden als eine relativ schnell durchgeführte Insulininjektion bei Diabetiker/Innen. Bei Grundpflegetätigkeiten kann es zu kommunikativ intensiveren Kontakten kommen. Die kurze Zeitspanne während einer Insulingabe führt zu eher oberflächlichen Gesprächsabläufen. Präferiert wird ein abwechslungsreicher Tätigkeitsmix.

”.. natürlich machts mehr Spaß, wenn mer. wenn mer 'ne Grundpflege macht das als wenn mer bloß äh was weeß ich hier 10 Leute abfährt. und Insulin spritzt //ja// ja ich meene jut ich ich rede och mit den mit den Leute wir wir wechseln och. //paar Worte// ja 'n paar Worte ja. aber äh das das is nich so so intensiv.//hm// und es beste is einlich wenn wenn mer von jedem was hat das is //hm//... es beste was eem passieren kann...” /39/5-10.

#### *4.5.2.4 Kooperation mit anderen Berufsgruppen*

Hier wird vorrangig auf die Kooperation mit Ärzten Bezug genommen. Mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. Sozialarbeiter, Physiotherapeuten verbinden sich kaum berufliche Kooperationserfahrungen. Die Kooperation mit Ärzten wird insgesamt als positiv eingeschätzt. Hier wird auch auf die wichtige Verbindungsfunktion von Pflegekräften hingewiesen. Die Pflegekraft ist das wichtige Verbindungsglied zwischen Arzt und Patienten, d.h. der Arzt ist aus H. Sicht auf die Einschätzung und Informationen der Pflegekraft angewiesen. Durch den täglichen Umgang der Pflegekraft mit den Patienten ergibt sich ein umfassenderes Bild als durch die sporadischen Hausbesuche des Arztes. H. beschreibt sich und seine Mitarbeiter/Innen als diejenigen, die den Arzt über Veränderungen des Patienten informieren. Nach seiner Erfahrung sind die Ärzte, mit denen er in Berührung kommt”...alle in Ordnung...”(44/11) und nehmen sich in der Regel auch ausreichend Zeit für den notwendigen Informationsaustausch bzw. Gespräche mit H. In diesem Zusammenhang entwickelt H. auch eine Sensibilität für das knappe Zeitkontingent bzw. die Belastungen von Ärzten. Es bestehen eingespielte Erwartungs- und Kooperationsmuster, die sich über lange Jahre hinweg entwickelt haben.

#### *4.5.2.5 Entscheidungsspielräume und Verantwortungseinschätzung*

Die eigenverantwortlichen Gestaltungsspielräume sind im pflegerischen Alltag relativ frei. Der Rahmen des pflegerischen Ablaufes wird durch den Dienstplan bzw. den zu betreuenden Patientenstamm bestimmt. Die Durchführung und Abfolge des Dienstes erfolgt weitgehend in Eigenregie<sup>60</sup>. Interventionen und Kontrollen in Bezug auf den Ablauf und die Durchführung

---

<sup>60</sup> Das Festlegen der Route bzw. die Einteilung der Patientenrunde erfordert insbesondere bei Veränderung der Patientenzusammensetzung durch Neuzugänge bzw. Abgänge eine erfahrungsgesättigte Kreativität. Das zeitliche Timing

der häuslichen Pflege erfolgen bei reibungslosen Abläufen und ordentlich durchgeführter Pflege in der Regel nicht. Andeutungsweise wird sichtbar, dass es nur bei Irritationen und Problemen eine situative Rücksprache mit der Pflegedienstleitung gibt. Die Pflegedienstleitung wird bei anstehenden Entscheidungen und Problemen konsultiert. Hier werden abgestufte Verantwortungsmuster sichtbar, d.h. bestimmte Entscheidungen und Rückversicherungen laufen über die PDL.

Das Verantwortungsgefälle zwischen Arzt und Pflegekraft rückt insbesondere in Grenzsituationen (z.B. unheilbare Krankheiten) in den Blickpunkt. Die beispielsweise in solchen Situationen notwendige Aufklärungs- und Informationspflicht gegenüber den Hilfe- und pflegebedürftigen Menschen verdeutlicht die unterschiedlichen Entscheidungs- und Handlungsspielräume von Ärzten und Pflegern. Aus der Stellung des Pflegeberufes als Heilhilfsberuf heraus wird die Aufklärung und Information des Patienten zur primär ärztlichen Domäne. Das offene Gespräch mit den Patienten über ihren Zustand wird über die ärztliche Profession legitimiert bzw. eingeschränkt ("...da muss ich erstmal vorsichtig sein das ist das Problem//häh//ja..da muss ich doch erstmal e Doktor fragen un wie wie fragen wie wieviel kann ich`n ihm überhaupt erzählen..."/36/41-43). Das "Hineingezogenwerden" in Entscheidungsprozesse, die durch andere Professionen mitbestimmt bzw. beeinflusst werden, markiert den verantwortungsethischen Entscheidungs- und Aufgabenspielraum der jeweiligen Berufsgruppe<sup>61</sup>. Die beratende Rücksprache mit dem Arzt wird von Holger in Anbetracht der möglicherweise auftretenden Folgen auch als eine Entlastung verstanden ("...das kann mer nich machen, stelln sich mal vor....ich erzähle.Sie Sie Sie ham das und das, der machts Fenter of und springt zum Fenster raus.mer weiß ja nich wie wie de Menschen reagieren.."/36/46-49). Eine konsistente Abstimmung und Legitimation mit und durch den Arzt wird von seiner Seite absichernd angestrebt.

### 4.5.3 Alter, Sterben und Tod

#### 4.5.3.1 Einstellung zu Sterben und Tod

Der traumatische Tod des Bruders hat Holgers Einstellung zu Sterben und Tod stark beeinflusst ("...ich habe da ich habe da so so jellitten."/23/23-24). Der tödliche Unfall des über alles geliebten Bruders hat eine bis in die Gegenwart hinein unverarbeitete lebensdämpfende Wirkung hinterlassen.

"...durch en....Tod meines Bruders...für mich der Tod keene Bedeutung mehr hat.."/23/22-23

Die starke Identifikation mit dem Bruder bleibt auch nach dessen Tod sichtbar. Aus dieser Erfahrung heraus sollen die wenigen für ihn lebenswichtigen Beziehungen so lange wie

---

entlang der Patientenwünsche, des vorgegebenen Zeitrasters, der anfallenden Wegezeit, der räumlichen Nähe zu anderen Patient/Innen erfordert ein kreatives Arrangement. Auf einigen Sozialstationen wird dafür eine sogenannte Regiezeit in die Arbeitszeit integriert, d.h. das sinnvolle Arrangieren der Patientenrunde wird als Arbeitsaufwand anerkannt. Die in der Regel zu dokumentierende Patientenrunde zielt u.a. auf eine Evaluation von anfallender Wegezeit sowie dem Beginn bzw. dem Ende der Pflegetätigkeit am Patienten, mit dessen Hilfe ungünstige Patientenrunden und Abfolgen sichtbar werden können.

<sup>61</sup> Die Entscheidungs- und Verantwortungsspielräume sind für das Pflegepersonal eingeschränkt. Durch die Dominanz ärztlicher Entscheidungsprozesse wird das Pflegepersonal im besonderen Maße in die Entscheidungen und Maßnahmen der Ärzteschaft hineingezogen. In Anlehnung daran entstehen im interpersonellen Geflecht zwischen Patienten und Pflegenden ethische Probleme, die auch durch dieses "Hineinziehen" mitverursacht werden. Die autonome Gestaltung der Pflegesituation wird durch das ärztliche Weisungs- und Entscheidungsrecht eingeschränkt. bzw. vorstrukturiert.

möglich bestehen bleiben ("...eher Angst davor, dass andere sterben...die mich wichtig sind..."/23/28). Die emotionale Fundierung seiner Existenz liegt in der engen libidinösen Bindung an die Mutter sowie an seine geliebten Katzen. Deren Bedeutung wird eindrücklich herausgestellt.

"..de zwee schlimmsten Sachen die mir passieren könnten, dass mein (Kater) stirbt und dass meine Mutter stirbt...das wäre es schlimmste in nächster Zeit."/22/32-33

Die familiären Bindungen und Verlusterfahrungen bilden den Hintergrund seiner beruflichen Einstellung zu Sterben und Tod in der Pflege.

Durch seine Arbeit als Altenpfleger mit vorwiegend älteren Menschen wird der Tod von hochbetagten Pflegebedürftigen prinzipiell zu einer akzeptierten Normalität. Dieses Verständnis hat sich im Laufe seiner langjährigen beruflichen Tätigkeit in der Altenpflege entwickelt. Hier sind für Holger die Erfahrungen im Heim im besonderen Maße prägend gewesen. Das Sterben von liebgewonnenen Menschen im Heim hat Spuren hinterlassen. Eine gefühlsmäßige Distanzierung ist aber aus seiner Sicht notwendig, um den Beruf weiter auszuführen.<sup>62</sup> Kognitive Distanzierungen gegenüber tragenden Gefühlseinstellungen scheinen insbesondere in situativ eintretenden Handlungskonflikten notwendige Abstraktionsleistungen.

"... von der von der Sache her von der Sache her darf mer einlich da jar nich so so drüber nachdenken weil.. weil äh das is jenauso wie wie wie im Heim da da hats viele. viele Omis jejem //hm// die da jestorm sind die ich jerne hatte //hm//. aber. das muss man irndwie hier so so 'ne Mauer ofbaun 'n Abstand. sonst kann ich den Beruf nich ausfühnr //(?.)// wenn ich mit mit jedem mitleiden würde //hm//. ja. da würd ich ja durchdrehn das das könnt ich doch jar nich. ja. da hat mal jemand zu mir jesacht du bist aber herzlos ich sage erzähl doch nich ich bin doch nich herzlos //hm//. ich sage ich muss so sein sonst kann ich den Beruf nich ausfühnr //hm//. ja.. natürlich tut mir das leid.. ja. mer macht sich ja och Jedanken wenn mer da am Bette sitzt und de Hand hält oder //hm//. wenn mer mit demjenjen alleene is."/37/8-19

Relational dazu wird der Tod von jüngeren Menschen als emotional aufwühlender erlebt.

"...jeder kommt da mal hin...ar wenn mer so junge kennt...das ist...mit es Schlimmste was es gibt für mich."/23/39-40

Der Tod von pflegebedürftigen Menschen im jüngeren Alter belastet Holger sehr. Durch diese verfrühten, z.T. unerwarteten Todeserfahrungen wird (möglicherweise) der unbewältigte Verlust des Bruders virulent. Eine besondere emotionale Gestimmtheit wird situativ sichtbar. H. berichtet in diesem Zusammenhang von einer krebskranken Patientin mit infauster Prognose, die einer quälenden Chemotherapie unterzogen wird. Die Chemotherapie, deren Erfolg gerade in diesem Fall fraglich ist, erfordert eine einfühlsame Begleitung<sup>63</sup>. Ob die

---

<sup>62</sup> Eine kontinuierliche Pflege mit Herz, eine im Sinne von M. Buber immer wiederkehrende Ich-Du-Begegnung mit mehreren Pflegebedürftigen ist kaum durchzuhalten. Im Wechselspiel von Aktualität (Ich-Du-Begegnung) und Latenz (Es) liegt möglicherweise der Schlüssel für eine gelingende Pflege (vgl. Schwerdt 1998; 402-406). Gefühlseinstellungen und theoretische Einstellungen lassen sich nicht polar entkoppeln. Die Befürchtung einer wechselseitigen Aufzehrung von Werten, von einer zu technischen bzw. einer zu emotiv aufgeladenen Pflege, erweisen sich für den Professionalisierungsprozess als kontraproduktiv.

<sup>63</sup> Die Sinnhaftigkeit bzw. Sinnlosigkeit chemotherapeutischer Maßnahmen wird entlang dieses Fallbeispiels nicht weiter deutlich. Eine geringe Heilungschance bestand, sodass der Einsatz von Zytostatika bis zu einem gewissen Zeitpunkt gerechtfertigt sein kann, wenn die todkranke Frau damit einverstanden ist.

Chemotherapie trotz des hoffnungslosen Zustandes weitergeführt oder abgebrochen wird, bleibt in der Fallillustration unklar. Da die Patientin von ärztlicher Seite über ihren todbringenden Zustand aufgeklärt ist, wird das "Eingehen" und die "Ehrlichkeit" gegenüber der Patientin zur professionellen Herausforderung(36/25-31). Das situative, an den Umständen orientierte Abwägen wird in diesen und ähnlichen Fällen von der Informiertheit bzw. Aufgeklärtheit der Patienten abhängig gemacht. Prinzipiell wird dem aufgeklärten, wissenden Patienten auch "ehrlich" gegenübergetreten. Aus seiner Erfahrung heraus sind die Patienten dafür auch "dankbar".

"..ich würde immer ehrlich sein.und die sind och dankbar wenn mer ehrlich is."/36/50

Die offene Begegnung zwischen Patienten und Pflegenden wird von Holger als etwas existentiell Unausweichliches beschrieben. In der hier angedeuteten Situation, wo Erklärungen und Worte nur bedingt Antworten und Trost geben können, d.h. ein Ausdruck auf dieser Ebene nicht mehr ohne weiteres möglich scheint, werden Grenzerfahrungen deutlich.

"...ja. manche fragen. manche fragen.. kann mer nich mehr mit Worten //ja// was soll ich 'n drof drof antworten. ja.. wenn se sagen ja mein Gott warum kann ich denn nun nich endlich sterben. //hm//.. da sage ich immer wissen se. //hm//.. ich sage das kann mer sich nich aussuchen. erst wenn mer dran is is mer dran. //hm// was will ich 'n da noch sagen. das da kann ich nischt sagen. ja. da kann ich och nich anfangen da irgendwie.. irndwas. rumzusülzen oder irgendwie was das is. ja es is es jeht janz schlimm.. 'ne schieß Quälerei und es ist schlimm."/37/1-8

Die transzendenten Momente (spirituelle Dimension) von Sterben und Tod werden von H. angedeutet.

Aus diesem Aspekt von Pflege heraus rücken andere Kommunikationsmittel stärker in den Vordergrund (Gefühlsausdruck, Körpersprache)<sup>64</sup>. Das Berühren von sterbenden Menschen wird z.T. als eine nachdenkliche, dyadische Pflegesituation dargestellt. Körperliche Zuwendungen bzw. Berührungen werden insbesondere in "schwerwiegenden" (41/19) Pflegesituationen angewandt. Sie zielen in H. Intention auf eine psychisch "aufbauende" (41/25) Wirkung bei leidenden Menschen. Prinzipiell wird die körperliche Zuwendung gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen als ein ganz selbstverständlicher Bestandteil der Pflegearbeit angesehen. Es bleibt ein mehr oder weniger bewusstes Gespür erkennbar, diese unsprachliche Art der Zuwendung insbesondere in Grenzsituationen anzuwenden. Eine erfahrungsbezogene Affinität zu diesem für die Pflege relevanten Problemfeld ist bei H. erkennbar. Dafür spricht u.a. auch eine von ihm als wichtige Erfahrung eingeschätzte mehrtägige Fort- und Weiterbildung zum Thema Sterbebegleitung.

#### *4.5.3.2 Persönliche Alters- und Todesvorstellungen*

Die Vorstellungen über das Alter bleiben vage. Diese Lebensphase ist für H. noch zu weit weg ("...ich weeiß nich was in 20 Jahren is...ob ich da noch da bin..."/38/9-10) und wird mit eher diffusen materiellen Unsicherheiten (Rente) verknüpft. Die persönlichen Wunschvorstellungen zielen auf ein Leben in den eigenen vier Wänden. Ein Heimaufenthalt ersetzt nicht das eigene Zuhause. Das eigene Altern soll möglichst ohne weitreichende

---

<sup>64</sup> Die "Partikularität des Artikulierten und Artikulierbaren" offenbart die Grenzen rationaler Erkenntnis (Schwerdtl 1998; 257 f).

körperliche und geistige Einschränkungen verlaufen. Da Holger gewachsene Hobbys und Interessen hat, sieht er der Entberuflichung im Alter gelassen entgegen.

”...ich hätte och keene Langeweile ich hätte immer irgendwas zu tun...ich habe jenügend Interessen und Hobbys...”/38/23-24

In Relation zur Generation der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) wird das eigene Leben als deutlich leichter empfunden.

”...die hatten`s e bisschen schwerer als wir heute.ja. wennis jeht zwee Kriege mitgemacht..ja Nachkriegszeit..ja jekleecht un jekleecht...”/38/19-21

Die Mühsal der gewonnenen Jahre werden aus seiner Perspektive unterschiedlich eingeschätzt, d.h. das leichtere Leben seiner Generation, die günstigen Lebens- und Betreuungspotentiale heute, haben möglicherweise Einfluss auf das Wohlbefinden im höheren Alter. Die eigene Auseinandersetzung mit Sterben und Tod rückt trotz seiner privaten und beruflichen Erfahrungen eher in den Hintergrund. Prinzipiell wird eine akzeptierende und in das Leben integrierte Vorstellung vom eigenen Alter und Tod artikuliert.

”..weil ich mir.sage es sind schon so viele Menschen vor mir jestorm...da wirstes doch och schaffen oder...”/37/35-36

Trotz der lebensdämpfenden traumatischen Verlusterfahrung in Verbindung mit dem Tod des geliebten Bruders bleibt die Verhaftung gegenüber dem Leben sichtbar. Die existentielle Angst vor dem eigenen Tod bleibt andeutungsweise erkennbar.

”...ja.also das..das is ehmt es...das sind die anderen das ist das Problem...”/37/36

#### *4.5.3.3 Folgeprobleme, Belastungen, Verarbeitung und Copingstrategien*

Der Pflegeberuf wird prinzipiell nicht als belastend empfunden. Situative Belastungen werden mit anderen Mitarbeiter/Innen besprochen. Insbesondere zu den Mitarbeiter/Innen, die den gleichen Patientenstamm betreuen bzw. im selben Einzugsgebiet tätig sind, bestehen gute Arbeitsbeziehungen. Tendenziell scheinen aber solche Gespräche eher die Ausnahme zu sein. Die Beziehungen zu anderen Mitarbeiter/Innen sind eher funktional, d.h. bewegen sich in einem abgesteckten zweckrationalen Kommunikationsrahmen<sup>65</sup>.

Die Trennung zwischen beruflichen und privaten Kontakten der Mitarbeiter/Innen untereinander bleibt relativ klar. Die privaten Beziehungen sind eher episodisch und auf wenige gemeinsame Treffen begrenzt.

In der aktuellen Situation bzw. täglichen Pflegearbeit, in der H. weitgehend allein tätig ist, werden Belastungssituationen über Selbstgespräche (”spricht mer mit sich drüber.ja ich maches jedenfalls so..”/43/5-6) kompensiert. Die singuläre Arbeitsweise in der ambulanten Pflege erschwert den situationsbezogenen, dialogischen Austausch mit anderen Mitarbeiter/Innen. In den Darstellungen von H. haben diese Selbstgespräche eher den

---

<sup>65</sup> Das Verhältnis zu den anderen Mitarbeiter/Innen auf der Sozialstation wird als kooperativ und unproblematisch eingeschätzt. In Situationen, wo z.B. andere Mitarbeiter/Innen ausfallen, wird untereinander kollegial abgestimmt, wer welche Patienten zusätzlich übernehmen bzw. wie eine Route flexibel umgestellt werden kann. Die Kommunikation bewegt sich vorrangig im Rahmen praktischer Absprachen und funktioneller Substitutionsstrategien in Rahmen von äußeren Störungen und Ausfällen. Wie “Innengefährdungen” kollegial bearbeitet bzw. aufgefangen werden, bleibt offen (Kiss 1977; 199).

Charakter von Selbstbeschimpfungen bzw. ventilartigen affektiven Entladungen. Während er sich gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen als kontrolliert und beherrscht beschreibt, dienen diese Entladungen offensichtlich dazu, die situativ aufgestauten Gefühle und Spannungen abzubauen. Das Bewahren der Fassung, d.h. der affektiven Selbstkontrolle gegenüber den Betroffenen, wird als professionelle Strategie herausgestellt. In belastenden, routinemäßig wiederkehrenden Pflegesituationen hat der besondere Kontakt zu vertrauten Pflegebedürftigen selbst auch eine entlastende und motivationsfördernde Wirkung. Das gute Verhältnis zu einigen Patienten ist wesentlicher Bestandteil eines kontinuierlichen Selbstpflegeprozesses im beruflichen Alltag.

Die pflegerische Arbeit wird primär als ein stabilisierendes und emotional befriedigendes Kontinuum beschrieben. Jemanden anderen was Gutes zu tun wird zum Charakteristikum des Pflegeberufes. Für H. bietet die pflegerische Arbeit auch Selbsterfahrungsmomente. Sein Selbstbild wird über die Rückmeldungen und Reaktionen der Patienten positiv beeinflusst. Die Reaktionen und Rückmeldungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen stabilisieren sein tendenziell fragiles Selbstbewusstsein. Das Bedürfnis nach positiver Selbstbestätigung und Anerkennung wird über die berufliche Tätigkeit im Wesentlichen gestillt. Ausstiegs- bzw. Veränderungswünsche bestehen nicht. Wobei wie bereits an anderer Stelle dargestellt eine Tätigkeit im stationären Pflegebereich/Pflegeheim nach wie vor präferiert wird. Das Hadern mit der Tätigkeit im ambulanten Bereich wird immer wieder sichtbar. Trotz der prinzipiellen Zufriedenheit mit dem Pflegeberuf kommt es zu motivationalen Einbrüchen, die in seiner Darstellung vorrangig auf sich verschlechternde strukturelle Rahmenbedingungen zurückgeführt werden. Diese von ihm in unterschiedlichen Zusammenhängen skizzierte Entwicklung hat restriktive Auswirkungen auf die alltägliche Pflege, d.h. sie führt zu Belastungen, die mit seinem beruflichen Selbstverständnis kollidieren. Diese Belastungen beschäftigen ihn auch über den Arbeitstag hinaus, d.h. sie werden mit nach Hause genommen<sup>66</sup>.

”...schaltet mer da nich ab...doch irgendwie...jeden Tag damit konfrontiert wird.” /9/28-30

#### 4.5.4 Persönliche Vorstellungen von guter Pflege

Die persönlichen Vorstellungen von guter Pflege treffen sich mit den professionell als ”gut” beschriebenen Pflegevorstellungen. (”das eine schließt das andre nich aus ja ”47/4-5). Professionelle Pflege ist auch eine gute Pflege. Die subjektive Befindlichkeit des Patienten wird zum primären Ausgangspunkt. Eigene professionelle Ansprüche werden mit Patientenerwartungen verflochten. Eine ”ordentliche” (47/23) Pflege heißt für H. die pflegerische Arbeit gewissenhaft und fachlich richtig auszuüben. Diese Ausrichtung ist auch aus prophylaktischen Gründen (Dekubitusprophylaxe bei Bettlägerigen) von Bedeutung. Nicht nur eine körperliche Pflege, auch andere Bedürfnisse sollen einbezogen werden. Pflege umfasst eine umfassende Bedürfnisbefriedigung. Dieses erweiterte Bedürfnisverständnis bezieht H. u.a. auf Gespräche, klärende Antworten auf Fragen des Patienten oder das Erledigen kleiner, aber für den Patienten wesentlichen Dienstleistungen (”kleene Sachen

---

<sup>66</sup> H. verarbeitet die Belastungen des Pflegeberufes vorrangig allein. Die Probleme werden mit nach Hause genommen bzw. von zu Hause mit auf die Arbeit geschleppt, ohne dass sie kommunikativ bearbeitet werden können. Es fällt auf, dass die Problemverarbeitung aus der beruflichen Sphäre tendenziell ausgegliedert wird. Das kommunikative Problemlösen innerhalb der Sozialstation bleibt die Ausnahme. In dem auch für den Pflegeberuf bedeutsamen Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Motivation kann davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeiterzufriedenheit entscheidend davon abhängt, ob der Übergang, die Schnittstelle zwischen Privatem und Beruflichem, gelingt.

erledigen"/47/11)<sup>67</sup>. Das Selbstverständliche dieser alltäglichen, für H. mit wenig Mühe verbundenen Dienstleistungen kontrastiert mit der eingeschränkten Mobilität des Patienten<sup>68</sup>. Der Alltagscharakter von guter Pflege schimmert deutlich durch. Es wird herausgestellt, dass der routinemäßige Vollzug von Pflege nicht dazu führt, die Arbeit ausschließlich gewohnheitsmäßig auszuüben. Bestimmte Tätigkeiten wie z.B. das Wechseln von Inkontinenzeinlagen ("windeln"/47/16) laufen gewissermaßen blind ab ("ohne groß hinzugucken"/47/20). Der Blick auf den Körper und das Verhalten bleibt wesentlich. Diese für H. unter der Kategorie Krankenbeobachtung zusammengefassten pflegerischen Anforderungen gehören zu einer guten Pflege dazu. Die Wahrnehmung von physischen und psychischen Veränderungen ist für das prozesshafte Einwirken auf den Zustand des Pflegebedürftigen notwendig. Bestimmte Handlungen können routiniert, beinahe blind ablaufen. Die Wahrnehmung und Beobachtung des Patienten soll sehenden Blickes erfolgen. Grundsätzlich soll immer der Mensch im Mittelpunkt stehen. Überleitend stellt H. die "ordentliche" (47/23) Versorgung der Patienten über den DRK- Pflegedienst heraus. Die persönlichen Vorstellungen von guter Pflege werden in ein kollektives Pflegeverständnis (kollektives Wir) eingebunden.

Der zeitraubende Charakter bürokratischer Arbeiten führt zu veränderten Pflegemustern. Die bürokratischen Tätigkeiten (monatl. Abrechnungsscheine, Arbeitsanalysen, Dokumentation von Anfahrts- und Betreuungszeiten) führen dazu, dass die direkten Pfl egetätigkeiten am Menschen aus seiner Sicht an den Rand gedrängt werden. Die Dokumentationsarbeiten gewinnen für ihn übermäßig an Bedeutung. Das Kategorisieren und Abrechnen müssen von Leistungen wird als belastende, fast paradoxe Situation beschrieben. Der abrupte Übergang von der Arbeit am Patienten und die im Nachgang folgende Abrechnung von Hilfeleistungen werden illustrativ deutlich gemacht.

"janz schön belastend //ja// im Moment.. sie komm' dann vom Patienten sitzen im Auto und schreiben de Rechnung"/47/40-41

In der weiteren Darstellung bürokratischer Tätigkeiten und Prozeduren werden diese von den Menschen wegführenden Verrichtungen graduell als noch nachvollziehbar bzw. nicht mehr nachvollziehbar(einsichtig/sinnlos) eingeschätzt. Eine Distanzierung von unsinnigen bürokratischen Prozeduren zeigt sich auch in seinen ironischen Kommentaren.

Die in relativ kurzen Abständen sich wiederholenden bürokratischen Prozeduren werden insbesondere bei chronisch Kranken, wie z.B. Diabetikern, als zusätzliche Arbeitsbelastung beschrieben. Das monatliche Abholen der für den jeweiligen Patienten notwendigen Abrechnungsscheine über den behandelten Arzt wird als zeitaufwendige und "nervige"(47/40) Prozedur, sowohl für Ihn als auch für die behandelten Ärzte beschrieben. Hier wird ein weiterer Akzent eines verengten Zeitregimes sichtbar. Das Zeitaufwendige dieser bürokratischen Tätigkeiten kontrastiert mit der unmittelbaren Einforderung der Verordnungsscheine von Seiten der Krankenkassen.

---

<sup>67</sup> H. vollzieht wiederholt eine begriffliche Differenzierung zwischen Versorgung und Betreuung. Versorgung bezieht sich auf die Befriedigung von existentiellen Grundbedürfnissen. In diesem Sinne lässt das PVG aus seiner Sicht nur eine Grundversorgung zu. Betreuung steht dagegen für ein erweitertes Pflegeverständnis. Der von H. eingeführte Begriff der Betreuung zielt auf das situative Erfüllen kleiner Dienstleistungen (z.B. das spontane Einkufen für den Patienten, Zeit für Gespräche, bei schönem Wetter die Patienten einmal nach draußen zu begleiten u.a.).

<sup>68</sup> Das Kraftvolle und Gesunde des eigenen Körpers wird einem in solchen Situationen möglicherweise bewusster. Das selbstverständliche und mühelose Ausführen von Pflegehandlungen kontrastiert mit der z.T. misslingenden Anstrengung, der großen Erschöpfung und dem erheblichen Zeitaufwand von Pflegebedürftigen bei dem Versuch, genau diese Verrichtungen selbst durchzuführen.

Die Etikettierung dieses Vorganges wird professionsübergreifend als "Mist"(48/8), d.h. als überflüssiger bürokratischer Vorgang eingestuft. Der sinnlosen bürokratischen Prozedur des monatlichen Abrechnungsrituals setzt H. alternativ eine entspanntere Abrechnungsvariante entgegen (quartalsweise Abrechnung versus monatl. Abrechnung). Die aus seiner Sicht für alle Beteiligten, einschließlich der Institution Krankenkasse, arbeitsentlastendere Prozedur wird von ihm als eine Alternative eingeführt.

H. skizziert eine vernunftwidrige Verengung von Handlungsspielräumen. Aus seiner Sicht kommt es zu standardisierten Umsetzungen starrer bürokratischer Vorgaben. Diese werden aktiv und ohne situativ angemessene Ausnahmeregelungen umgesetzt. Tendenziell zunehmende bürokratische Verengungen stehen für ihn in Beziehung mit ökonomischen Kürzungen bzw. Sparzwängen der Krankenkassen. Die Zunahme von bürokratischen Tätigkeiten und die restriktivere Bewilligung von pflegerisch als sinnvoll eingeschätzten Leistungen führen zu Motivationsverlusten. Die Sicherung eines stabilen Gesundheitszustandes bzw. eine Vermeidung von Wiedererkrankungen ist unter solchen Bedingungen kaum möglich. Sein beruflicher Selbstanspruch kollidiert mit der Entscheidung des Abrechnungsträgers, in diesem Fall der Krankenkasse, diese Pflegeleistung nicht weiter finanziell zu vergüten. Das inkommensurable Verhältnis zwischen beruflichem Selbstanspruch und strukturell vorgegebenen Handlungsspielräumen verursacht einen unaufgelösten Konflikt. Die Folgen dieser Entscheidung werden als krankmachend eingeschätzt. Hier zeigt sich ein von H. unausgesprochener Widerspruch in sich, eine Antinomie, die sich auf die präventive Intention und Gesundheitsvorsorge, die postulierten Ziele der Kostenträger bezieht und der faktischen Verweigerung von sinnvollen krankheitsvermeidenden Pflegeleistungen. Dieser angedeutete Widerspruch, zwischen einer angestrebten präventiven, Schäden vermeidenden Pflege und einer eher reaktiven Pflege im beruflichen Alltag, wird von H. über eine kurze Falldarstellung illustriert.

Durch Einsparungen von Seiten der Krankenkasse wird die Behandlung einer Frau mit "Unterschenkelgeschwüren"(9/10) gestoppt, was dem beruflichen Ethos von Holger bzw. seiner pflegerischen Intention widerspricht<sup>69</sup>. Sowohl der Arzt als auch Pfleger H. drücken in diesem Fall ihr fachlich begründbares Unverständnis über die mit dem Behandlungs- und Pflegeauftrag unvereinbaren Sanktionierungen der Krankenkasse aus.

"..jezwungen... so lange zu warten..bis das Bein wieder ofgeht.";...warten müssen dass...unsern Patienten Schmerzen zugefügt werden."/9/13-17

Die Prozedur der Bewilligung bzw. Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen, die sich eher an sichtbaren, faktischen Krankheitszuständen als an potentiell eintreffenden Folgen orientiert, ist bedenklich. Vorstellungen von einer guten Pflege werden durch eine standardisierte Reduktion auf das sichtbar Notwendige ausgehöhlt. Die sich professionsübergreifend deckende Einschätzung der mit der Behandlungseinstellung verbundenen Folgen führt zu einer deutlichen bewertenden Stellungnahme. Vor dem Hintergrund des fundamentalen Prinzips der Schmerzvermeidung, das ein grundlegendes ethisches Axiom in Medizin und Pflege darstellt, wird dem Abrechnungsträger ein Verstoß dagegen unterstellt. Die Verletzung dieses Prinzips, durch eine auf der Basis von ökonomischer Rationalität getroffenen Entscheidung, wird von H. mit deutlichen Worten kritisiert.

---

<sup>69</sup> "Das Verständnis von Ethik, das hier leitend ist, ist das, die Ethik als kritische Theorie des Ethos zu verstehen. Das Ethos ist sozusagen der Alltag, die Lebenswelt der Ethik." (Volz 1996; 28). Diese alltagsorientierte Berufsorientierung bzw. das persönliche Berufsbild schimmert bei den hier andeutungsweise geschilderten Antinomien durch. Professionssoziologisch kann nach der persönlichen Handlungsstrategie innerhalb dieses Widerspruches gesucht werden, d.h. welche Vorgehensweise und Lösungswege werden von H. aufgezeigt bzw. in der Situation realisiert (vgl. Entzian 1996; 408).

„das is menschenverachtend...das hat nischt mehr mit sparen zu tun.“ 9/14

Sinnvolle pflegerische Handlungen bleiben aus seiner Sicht auf der Strecke, d.h. werden einen Sparzwängen folgenden deindividualisierten Formalismus geopfert. Im Einzelfall kann das für den Patienten schmerzhafter und in Anbetracht von möglicherweise eintretenden Unterlassungsfolgen für die Abrechnungsträger auch kostenextensiver sein (”ja un e Kompressionsverband”/9/19 /”..nich mehr der Katheder..jespült” 9/22).

Hier werden illustrativ standardisierende Verfahren und Verobjektivierungsbemühungen skizziert, die als ein Ausdruck von wachsenden Ökonomisierungsprozessen in der Pflege verstanden werden.

Diese Entwicklung wird als sehr belastend empfunden. Es werden von seiner Seite Befürchtungen artikuliert, die in ein Szenarium einfließen, das von einer sich qualitativ weiter verschlechternden Pflege ausgeht. (”rigoros streichen”; ”so weitermachen”; ”Behandlungspflege ganz abschaffen...in Pflegestufen mit reinzutun..” /9/32-35). Die einschneidenden Sparzwänge der Krankenkassen, insbesondere in den Bereichen der Prävention bzw. der aktivierenden Pflege, bleiben für Holger unverständlich. Er orientiert sich an einem Verständnis von Pflege, das sich sowohl an einer präventiven als auch schmerzvermeidenden, individualisierten Pflege orientiert. Aus seinem beruflichen Ethos heraus werden präformierte Erwartungen gegenüber den Krankenkassen deutlich, denen er diese Pflegeorientierungen ebenfalls unterstellt.

”...Kassen doch froh sein...wenn die Arbeit ordentlich erledigt wird...Patienten richtig versorgt wern...”/9/44-45

Auch hier fällt auf, dass die Krankenkassen als Institutionen zu Subjekten gemacht werden. Die Krankenkasse wird zum omnipotenten Megasubjekt.

”...de Krankenkasse sacht nein das darfst du nich mehr also wird se widder krank”/48/30-31

Dieses Vorgehen darf aus seiner Sicht nicht akzeptiert werden. Möglichkeiten zur Intervention bzw. Einspruchnahme von Seiten der professionell Pflegenden gegenüber den Krankenkassen bestehen aus H. Sicht nicht. Über das Bild der gebundenen Hände beschreibt er das Fehlen von rechtlichen Durchsetzungsstrategien bzw. die prinzipielle Ohnmacht von Pflegekräften in diesem Prozess. Die fehlenden Verantwortungs- und Entscheidungsspielräume verhindern die advokatorische Übernahme von sinnvollen Pflegemaßnahmen. In diesen Zusammenhang wird auf die Rolle der Angehörigen verwiesen. Diese könnten die Interessen des Pflegebedürftigen vertreten, das heißt z.B. Einspruch gegen die Ablehnung von Pflegeleistungen erheben. H. beschreibt die für die Einstufung und Einschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs zuständigen Institutionen (z.B. MDK, Vertreter der Krankenkassen) als überraschend und unangemeldet erscheinende ”Herrschaften”(48/36), die episodenhaft auf- und abtauchen. Der Begriff Herrschaften drückt möglicherweise eine Macht aus, die mit z.T. willkürlichen und ungerechten Entscheidungen in Verbindung gesetzt wird. Das Deutungs- und Entscheidungsmonopol entlang episodenhafter Einschätzungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen ermöglicht, insbesondere bei kognitiv mit der Situation überforderten Hilfebedürftigen bzw. Anghörigen, kaum sinnvolle (stellvertretende) Wahrnehmungen. Stellvertretende Deutungen und verstehende Kompetenzen werden den Vertretern des MDK bzw. der Krankenkasse situativ eher nicht zugebilligt. Die kontinuierlichen Erfahrungen mit den Patienten prädestiniert Pflegekräfte eher dazu, den Hilfe- und Pflegebedarf von Patienten sicherer einzuschätzen. Die unsichtbar bleibenden Vertreter/Innen des MDK bzw. der Krankenkassen bleiben in ihren Herrschaftsentscheidungen intransparent und fremd.

Darüber hinaus wird durch die zunehmende Anzahl privater Dienste die Konkurrenz untereinander immer größer, was aus seiner Sicht auch zu Lasten einer qualitativ guten Pflege geht<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> Durch das SGB XI sind Marktelemente in die Pflege eingeführt worden. Es ist kein konsequent realisiertes Marktmodell, aber der Pflegebedürftige hat die Freiheit der Wahl zwischen unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen. Der ausgelöste Anbieterwettbewerb ist gewollt. Durch die auch im PVG festgeschriebene Pluralität von Diensten wird der Trend zum Wettbewerb stimuliert. Eine streng bedarfsorientierte Zulassung von Diensten ist im SGB XI nicht vorgesehen. Der bedarfsunabhängige Zulassungsanspruch ist geradezu radikal für das Sozialleistungsrecht (Klie, T. (1999): Kundenorientierung; In: Soziale Arbeit/1/99; 8-13). Hintergrund dieser Marktöffnung ist (war) die angestrebte Forcierung der Infrastrukturentwicklung in der Pflege. Im Kontext dieser Marktorientierung wird auch der "Graue Markt" (nicht zugelassene Anbieter, selbstbeschaffte Pflegekräfte) gefördert. Es entsteht eine Konkurrenz zweier Märkte. Professionelle Pflegefachkräfte und zugelassene Dienste stehen unter stärkerem Legitimationsdruck, d.h. sie müssen den Hilfe- und Pflegebedürftigen davon überzeugen, dass sie eine qualitativ bessere Pflege bieten können als Nichtfachkräfte bzw. die nicht zugelassenen Dienste (vgl. Klie 1995; 32). Die noch junge Professionalisierungsentwicklung und fachliche Anerkennung von professionell Pflegenden, insbesondere in der Altenpflege, wird durch diese Marktorientierung nach den bisherigen Erfahrungen nicht befördert (vgl. u.a.. Klie/Schmidt (1999): PVG, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit -Jg.99/2; 51-53).

## 5. Falldarstellung Käthe

„...ich hab von Anfang an gesagt ich will 'ne ganz normale Pflege..“/11/38

### 5.1 Kurzüberblick und äußerer biographischer Verlauf

Käthe wird als „Mittelste(s)“(1/40) Kind von insgesamt vier Geschwistern geboren. Die beiden ältesten Schwestern sind vier und zwei Jahre älter. Ihre beiden jüngeren Geschwister (Schwester und Bruder) sind zehn bzw. zwölf Jahre jünger als sie.

Sie wächst in einer Großfamilie auf, wo mehrere Generationen unter einem Dach zusammen leben. Ihr Vater ist beruflich als Pfarrer tätig. Die Mutter ist lange Zeit Hausfrau. Käthe absolviert eine achtjährige Schulausbildung. Zum Ende ihrer achtjährigen Schulzeit bewirbt sie sich an einem konfessionellen Krankenhaus um eine Ausbildung zur Krankenschwester. Da der Bescheid der Schwesternschule auf sich warten lässt, beginnt sie eine Schneiderlehre. Nachdem die Zusage für den Krankenschwesternberuf doch noch eintrifft, steigt sie aus der begonnenen Ausbildung aus.

Käthe muss an der medizinischen Fachschule in W. noch zwei Jahre zur –Vorschule- gehen, um die geforderte Fachschulreife zu erlangen. Es erfolgt eine stufenweise Ausbildung zur Krankenschwester. In diese Zeit fällt der unfallbedingte Tod ihres Vaters. Die Mutter muss daraufhin einer bezahlten Erwerbsarbeit nachgehen.

Kurz nach Beendigung der Ausbildung lernt sie ihren späteren Mann kennen. Auch er befindet sich zu diesem Zeitpunkt in einer Ausbildungssituation, d.h. absolviert ein Ingenieurstudium in A.. Eine Integration von Beruf und Familie scheint als potentielle Diakonissenschwester nicht möglich. Sie heiratet und zieht gemeinsam mit ihrem Mann nach H.. Dort erhält sie eine Anstellung in einem der städtischen Krankenhäuser.

Käthe arbeitet dann als OP-Schwester in der Augenklinik. Darüber hinaus wird sie auch in der Anästhesie eingesetzt.

Nach fünf Jahren Ehe bekommt Käthe in relativ kurzen Zwischenabständen drei Kinder. Durch die Geburt der Tochter und den beiden Söhnen kommt es zur langjährigen Unterbrechung ihrer Schwesterntätigkeit (1967-74).

1974 tritt sie dann eine Stelle als Gemeindeschwester an. Im ambulanten Bereich kann sie anfangs verkürzt arbeiten. Nach etwa zwei Jahren tritt sie wieder in eine Vollzeitbeschäftigung ein. Als dienstälteste Schwester übernimmt Käthe die Leitung der an die Poliklinik S. angegliederten Gemeindeschwesternstation. Parallel dazu absolviert sie eine einjährige Fachausbildung zur Gemeindeschwester. 1989 verunglückt einer ihrer Söhne tödlich.

Sie arbeitet auch nach der Wende als ambulant pflegende Krankenschwester weiter. Als Mitbegründerin der regionalen AWO-Sozialstation übernimmt sie die Position der Pflegedienstleitung. Im weiteren beruflichen Verlauf legt sie ihre Leitungstätigkeit nieder. Ihre Stelle wird neu besetzt und sie arbeitet daraufhin als eine –normal- in die tägliche Pflege eingebundene Krankenschwester weiter.

Als älteste Mitarbeiterin der Sozialstation steht sie nun unmittelbar vor dem Ende ihrer beruflichen Pflegearbeit. Der Rückzug ins Private wird perspektivisch mit Beschäftigungen im Haus, Garten, Handarbeiten und Tätigkeiten für ihre Kinder verknüpft.

## 5.2 Familie und Kindheit

Käthe wird als „Mittelste(s)“ (1/40) Kind von insgesamt vier Geschwistern geboren. Die beiden ältesten Schwestern sind vier und zwei Jahre älter. Ihre beiden jüngeren Geschwister werden von ihr als „Nachzügler“(2/26) zusammengefügt. Sie sind zehn bzw. zwölf Jahre jünger als sie<sup>1</sup>. Ihr Vater ist beruflich als Pfarrer tätig. Die Mutter ist lange Zeit Hausfrau. Die Familie lebt auf dem Land. Das Pfarrhaus, an dem ein „großer Garten“ (3/45) und ein „kleiner Acker“(3/47) angegliedert sind, wird zu einem Kosmos, wo verschiedene Aktivitäten stattfinden konnten. Das Ineinander-verwoben-Sein von familiären und dörflichem Milieu erzeugt einen spezifischen Lebensrhythmus.

„ immer was los //(lacht)// großer Garten hintendran dann kamen Tisch und Stühle hin und wenn's regnete gingen alle ins Haus rein irgendwo kamen wir immer unter .. //hm// . hatten noch en kleinen Acker. und zwei Ziegen und Kaninchen und Hühner.. .. und da sin mer früh oft vor der Schule noch mal auf 'n Acker und ham paar Rüben geschnitten oder sonstwas ..  
„/3/45-49

Pflichten und Spiele gehen für Käthe und ihre Geschwister ineinander über. In diesem facettenreich gestalteten Milieu bestehen scheinbar vielschichtige Anregungen und kindliche Selbstentfaltungsmöglichkeiten.

Diese Erfahrungen sind im besonderen Maße vertrauensbildend. Die Sichtbarkeit und Lokalität von Kontakten und Beziehungen, die verhältnismäßig geringe Mobilität, stellt eine ungebrochene ortsgebundene Fundierung her (vgl. Giddens 1999; 129)<sup>2</sup>.

Der Vater wird als sehr aktiver und lebendiger Mann beschrieben, der seine musikalischen Talente und Steckenpferde in die kirchliche Gemeindearbeit einfließen lässt. Das Pfarrhaus erweist sich als ein sozialer Ort für gruppenbezogene Aktivitäten, bei denen der Vater eine Kernrolle einnimmt.

Die musikalischen Domänen des Vaters werden in abgestufter Form an seine Kinder weitergegeben. Während die größeren Geschwister und ihr Bruder die Königsinstrumente (Klavier, Geige) spielen dürfen, spielt sie „nur“ Blockflöte („na nur Flöte“/4/6).

„ja . mei- . ä . großen Geschwister die ham Klavier gespielt ich hab Flöte mein Vater hat. Geige und Klavier und //hm// . so 'ne große Blockflöte .. mein Bruder hat dann auch Geige gelernt. is ja klar dass der Sohn dann erst. (?) //(?.)// jaja . also ein Instrument ham mer alle gespielt. //hm// . wurde viel gesungen .. „/4/1-4

Die von ihr angedeutete hierarchische Zuweisungspraxis des Vaters wird fraglos akzeptiert. Ihr Vater erweist sich als prägende Autorität, der die Regeln gegenüber seinen Kindern festlegt und durchsetzt. Er ist sowohl „sehr streng“ (4/15) als auch „sehr lieb“(4/15)<sup>3</sup>.

Diese hier angedeutete Dualität erzeugt keine emotionalen Irritationen oder Abwehrreaktionen. Der väterliche Stil ist für sie berechenbar und klar. Die von dem Vater eingeforderte Folgsamkeit bleibt somit für sie problemlos und ganz selbstverständlich.

---

<sup>1</sup> Die zweitälteste und die jüngste Schwester werden Lehrerinnen. Ihre älteste Schwester ergreift den Beruf der MTA (Medizinisch-Technische Assistentin). Der jüngste Bruder wird Ingenieur für Stahlbau und ist seit einigen Jahren Bürgermeister in S..

<sup>2</sup> Ontologische Sicherheiten der vormodernen Welt erscheinen deutlich orts- bzw. kontextbezogen (vgl. Giddens 1999; 129).

<sup>3</sup> Ihr Vater wird nicht einseitig auf die Rolle des strengen und paternalistisch regierenden Familienoberhauptes festgelegt. Er zeigt sich in vielen Facetten, ohne dabei diffus zu erscheinen. Soziale Distanzen werden scheinbar flexibel eingestellt. Jeder der einzelnen Familienmitglieder hat Aufgaben aber auch Freiräume (Habermas 1995; 261).

„aber eh-mer mussten ehmt auch. Hören will ich mal sagen ja also das war selbstverständlich ja“/4/20-21

Entscheidend bleibt für sie, dass er auf entspannte Art und Weise Zeit mit seinen Kindern verbringt. Das spielerische Umherstreifen mit dem Vater ist mit angenehmen Gemeinschaftserfahrungen verbunden.

„also wenn er irgendwas unternehmen konnte mit uns, dann sind wir gewandert und da sind wir in den Heidelbeeren in Sa. in Ferien und so //hm// . also er hat immer versucht, mit uns Kindern was zu unternehmen. „/4/16-18

Während ihre Mutter die alltäglichen Dinge des Alltags managt und die Ausflüge der Familie zur persönlichen Selbstpflege nutzt, verbinden sich mit dem Vater emotional prägende Momente ihrer Kindheit<sup>4</sup>.

„meine Mutter blieb dann zu Hause. weil sie sich dadurch ja erholen konnte eigentlich von uns allen //na// ja . //(lacht)“/4/18-19

Selbstverständliche intrafamiliäre Unterstützungsarrangements werden über den Vater auch nach außen getragen. Käthe wird mit ihren Geschwistern „in Haushalte geschickt“ (2/29), wo aus seiner Sicht eine unterstützende Fremdhilfe notwendig ist. Die väterliche Entsendung wird von Käthe bereitwillig mitvollzogen. Erneut wird ein direkter Bezug zum Pflegeberuf hergestellt. Die auffällige Analogie zwischen dem schon von früher Kindheit an vollzogenen hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen in der Gemeinde und ihrer späteren Arbeit in der ambulanten Pflege, lässt den eingeschlagenen beruflichen Pfad fast als zwangsläufig erscheinen.

„...und das hat mir eigentlich gerne gemacht, vielleicht ist dadurch das auch gekommen, dass ich den Beruf ehmt wollte ja“/2/31-32

Das angedeutete Wiegenmotiv wird durch (verstreute) Hintergrundkonstruktionen fundiert. Hier werden frühe (inner- und außerfamiliäre) Pflegeerfahrungen markiert, die für sie ganz folgerichtig auf den zukünftigen Helferberuf verweisen. Die konditionale Bedingtheit ihrer beruflichen Entwicklung wird in der Erzählung konsistent aufrechterhalten.

## 5.2.1 Elternhaus und Familie als Kristall

Käthe wird in eine traditionelle Großfamilie hineingeboren. Sie wächst in einer Familienstruktur auf, wo mehrere Generationen unter einem Dach zusammen leben.

---

<sup>4</sup> In Burkhard Spinnens Roman „Belgische Riesen“ (2001) wird von einer glücklichen Familie berichtet. Der zehnjährige Konrad ist der Hauptheld dieses Romans. Dort ist auch von einem Vater die Rede, der sich für sein Kind zuständig weiß. Das Zusammensein mit den Kindern ist nicht zuletzt ein Genuss. Der literarische Haushalt unterscheidet sich von K's Familie durch die rollenförmige Aufteilung von Haushaltsarbeit und Mußezeit. Während die Mutter primär den umfangreichen Haushalt und die alltägliche Kinderbetreuung absichert, verbringt der berufstätige Vater seine freie Zeit mit den Kindern. Der väterliche Genuss an seinen Kindern schimmert in diesem Kontext durch. Komplementär dazu nutzt die Mutter diese Zeiten eher zur Selbstregeneration. Es kommt zu ausgleichenden Regulierungen, d.h. Nähe und Distanz wird innerhalb der Familie situationsangemessen hergestellt. Indirekt werden in dieser Sequenz auch die interfamiliären Zuständigkeiten bzw. Rollenverteilungen zwischen den Eltern angedeutet (Burkhard Spinnen (2001): Nur das Beste für das Kind; In: Die Zeit / Nr.5 (25.01.2001); 48-49).

„und wir waren ja Großeltern noch `ne Tante im Haus wir warn“ ne sehr große Familie...immer ja...“/2/26-27

Die familiäre Gruppenstruktur wird bruchstückhaft ausdifferenziert. Eine ihrer Großmütter lebt ebenfalls mit im Haus der Familie. Sie wird als kleine Unternehmerin beschrieben, die durch den Krieg „alles verloren“(4/31) hat. Als mittellose Frau wird sie von der Familie aufgenommen. Sie unterstützt die Mutter bei der Arbeit in Haushalt und Garten. Diese Hilfe wird über einen selbstauferlegten Kontrakt besiegelt. Die Großmutter will die solidarische Aufnahme durch die Familie über ihre hauswirtschaftliche Mitarbeit anteilmäßig vergelten.

„, ich koche und mach Garten mit solange ich kann . und bringe dadurch mein Anteil ein ja ..“/4/32-33

In diesem Kontext wird das interfamiliäre Konzept der Gegenseitigkeit eingespielt. Neben der funktionellen Darstellung ihrer interfamiliären Rolle und dem knappen biographischen Hinweis auf ihre soziale Situation wird sie von Käthe als die –Seele- der Familie bezeichnet („, aber es war de Seele wirklich wahr ..“/4/34). In diesem Verbund wird ihre integrierende und ausgleichende Rolle angedeutet.

Durch das Nebeneinander mehrerer Generationen sind auch unterschiedliche erzieherische Einflussnahmen möglich. In diesem Sinne kommt es beispielsweise zu ausgleichenden Unterlaufungen bzw. Abmilderungen von väterlicherseits verhängten Sanktionen. Als Käthe aufgrund eines verspäteten Nachhausekommens frühzeitig und offensichtlich ohne Abendbrot Schlafen geschickt wird, bringt die Großmutter ihr „heimlich“(4/26) etwas zu Essen<sup>5</sup>.

Ihre besondere Beziehung zur Großmutter wird auch in einem anderen Zusammenhang deutlich. Käthe teilt sich gemeinsam mit ihrer Großmutter ein Zimmer. Ihre beiden älteren Schwestern und die beiden jüngeren Geschwister bewohnen jeweils einen Raum. Diese territoriale Zuordnung wird grundsätzlich nicht problematisiert und bis zum Beginn ihrer beruflichen Ausbildung bereitwillig aufrechterhalten. Durch die zunehmende Erblindung der Großmutter liest Käthe ihr häufig etwas vor dem Schlafen gehen vor. Es kommt zu einem ungewöhnlichen Umkehrmechanismus. Nicht die Großmutter liest Gutenachtgeschichten, sondern das Enkelkind wird zur (abendlichen) Vorleserin. Darüber hinaus wird Käthe schon als Kind pflegerisch aktiv. Sie versucht die kranken Beine der Großmutter mit zu versorgen.

„,,ja . die hatte auch immer ä schlimme Beine und da hab ich da mit immer schon. //hm// dran jamacht und 'versucht was zu helfen' (lachend gesprochen) ..“/4/2-3

Käthe stellt die interfamiliäre Solidarität explizit heraus („wir waren alle für die Familie da“/4/1). Die Familie wird zu einem Organismus, wo einer für den anderen einsteht und entsprechend seiner familiären Rolle funktionelle Aufgaben übernehmen muss („...das gehörte dazu jeder hatte seine Aufgaben ja.“/3/14).

Die dabei geltenden Regeln werden von allen Familienangehörigen konsistent aufrechterhalten. Das familiäre System bündelt die sozialen Beziehungen auf eine verlässliche Art und Weise<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Illustrativ wird hier das Bild von der milden und gütigen Großmutter sichtbar.

<sup>6</sup> Eine in diesem Zusammenhang treffende Familiendefinition findet sich u.a. bei J.Habermas (1995): „Familien sind Bahnen eines affektiven und kognitiven Austauschs, der gleichzeitig von der Psychodynamik der Triebbefriedigung wie der Identitätssicherung bestimmt ist“ (Habermas 1995; 258). Diese wechselseitigen Austauschprozesse scheinen innerhalb ihres Familiensystems weitgehend befriedigend verlaufen zu sein. Betrachtet man das dynamische Geflecht der gemeinsam in

Käthe präsentiert ihre Familie als eine Gruppe von Menschen, die durch ihren Zusammenhalt und ihre Einheit auffallen (Canetti 1999; 81).

Die Familie erscheint immer wieder als eine solidarische Gemeinschaft. Diese von Käthe dargestellte Homogenität der Familie hat etwas Beschwörendes. Wenn sie über ihre Familie spricht vermittelt sich der Eindruck, dass sie nie auseinander fallen wird. Der Vater wird zu einer herausragenden (patriachalischen) Figur. Die anderen Familienmitglieder stehen in seinem Schatten, d.h. werden mit Ausnahme der Großmutter als einzelne Personen kaum sichtbar.

Der familiäre Rahmen erscheint ungetrübt und rein. Die Klarheit und scheinbare Konstanz der familiären Gruppe ähnelt einem Kristall (ebenda; 80).

Die Einbettung in eine Großfamilie wird für sie zum Garanten einer lebendigen und „lustigen“ (3/8) Kindheit.

Das interaktive Wechselspiel zwischen den Familienangehörigen konstituiert Kindheitserfahrungen, die in dieser Form nicht mehr erlebbar sind<sup>7</sup>.

Ihre sehnsuchtsvoll- idealisierenden Einschätzungen und Attributionen markieren auch das Auseinandertriften eines ehemals regional konzentrierten Familienclans. Die spätere örtliche Streuung der Verwandtschaft wird angedeutet.

„also eigentlich in.ganz Deutschland kann mer sagen sind die jetzt verstreut“/3/28-29

Über einmal im Jahr stattfindende Zusammentreffen wird versucht, den verloren gegangenen großfamiliären Zusammenhalt episodisch/ritualisiert wiederherzustellen bzw. zu pflegen.

### 5.3 Schulzeit

Käthes achtjährige Schulzeit fügt sich ungebrochen in ihre Kindheit ein. Ihre christliche familiäre Einbettung, in der der Vater einen geistlichen Beruf nachgeht, führt nicht zu Isolations- bzw. Ausgrenzungserfahrungen.

Die Familie wird sozial geachtet, was ihre Integration in die Schule bzw. den Klassenverband eher befördert. Sie thematisiert in diesem Zusammenhang auch keine expliziten Stigmatisierungserlebnisse oder tiefergehende Verletzungserfahrungen. Sporadische Hänseleien in der Schule prallen an ihr ab<sup>8</sup>.

Käthe stellt eher die gemeinsamen Erfahrungen und Ähnlichkeiten heraus, die sie mit anderen Kindern im Dorf verbindet<sup>9</sup>. Vor diesem Hintergrund skizziert sie ähnliche Lebensrhythmen. Die auch für andere Kinder im Dorf selbstverständlichen familiären Einbindungen und ineinander übergehenden Wechsel zwischen Pflichten und spielerischen Entfaltungsmöglichkeiten erzeugten spezifische, bis in die Schule hineinreichende Rituale.

---

einen Haus lebenden Großfamilie unter dem Blickwinkel des wechselseitigen Gebens und Nehmens bzw. der wechselseitigen Bedürfnisbefriedigung der einzelnen Familienmitglieder, scheint hier jeder/jede auf seine Kosten zu kommen

<sup>7</sup> Der traditionelle Charakter des sie prägenden Sozialmilieus wird über Codastrukturen („gang und gäbe“/“ist ja klar“/4/11; „das war selbstverständlich“/4/20) untermauert.

<sup>8</sup> Sozialisatorisch aufgebaute -ontologischen Sicherheiten- wappnen sie bestens gegenüber potentiellen Attacken von Mitschülern oder Lehrern. Dass sie dieses Schutzschild kaum aktivieren muss, spricht für ihre problemlose Integration. Möglicherweise erweist sich K`s familiäre Herkunft eher als Bonus, da der Vater als Pfarrer eine traditionell geachtete Stellung im dörflichen Gemeinwesen einnimmt.

<sup>9</sup> Ihre persönlichen Kindheitsmuster werden traditionell, d.h. als zeit- und kontextbezogene Kindheit auf dem Dorf typisiert.

„... och andre Kinder hatten ja da zu tun in ihrem Elternhaus. //hm// durft mer uns dann noch mal de Hände waschen ..“/5/4-5

Ihre Schulerfahrungen werden impressionistisch dicht dokumentiert. Es dominieren atmosphärische Eindrücke über den Schulweg, die Klassenräume („jabs da Sägespäneofen un was nich alles aber es war sehr schön...“/5/20-21) und die örtlich gesplittete Schulstruktur. Die drei aneinander angrenzenden Dorfgemeinden organisieren ein ungewöhnliches Schulkonzept. In jedem Dorf besteht eine Schule für drei bzw. zwei Klassenstufen

„,: ja . in jede . in jedem Ort war eine Schule. //hm// mit drei Klassen .. und dadurch hat das gewechselt ... ..also warns nur zwei Klassen dann und .. von den drei Orten ging se aber alle dann in diese eine Schule . die die Klassen“/5/12-15

Durch diese zerfaserte Schulstruktur kommt es zu längeren Schulwegen, die z.T. zu Fuß zurückgelegt werden müssen. Der Gang zur Schule wird bildhaft detailliert.

„ wir mussten ehmt .. klassenweise in alle Dörfer marschieren . ja .. und na die Schulwege waren die schönsten im Winter vor allen Dingen, wenn mer durch de Schneewehen //ha// springen konnte“ 5/8-10

Das Lehrer-Schülerverhältnis erscheint ungetrübt und „ganz anders“ (5/24) als in der Gegenwart. Käthe rekurriert auf frühere Erfahrungsmuster im Kontext eines so nicht mehr existierenden Dorfmilieus. Erneut werden Verluste markiert. Die Auflösung traditioneller Strukturen bleibt für sie bedauerlich und nicht wiederherstellbar. Die schöne Vergangenheit wird unterschwellig mit intensiveren Beziehungsmustern verknüpft<sup>10</sup>. Die enthusiastische Rahmung ihrer insgesamt als schön eingeschätzten Kindheit führt zum Zweifel darüber, ob eine solche Kindheit in der Gegenwart noch möglich ist.

„das war`ne sehr schöne Kindheit...so `ne schöne Kindheit hat heute gar keiner mehr“ /5/22

Der vergleichende Blick führt zu pessimistischen generativen Abgrenzungen<sup>11</sup>. Implizit wird die Auflösung traditioneller dörflicher Familienstrukturen als ein Verlust empfunden, der in der Jetzt-Zeit zu einer weniger schönen Kindheit führt<sup>12</sup>. Mit der Auflösung dieser für sie noch prägenden Strukturen verändert sich der Charakter von Kindheit.

---

<sup>10</sup> Kontinuitätskonstruktionen sind der rote Faden in der Erzählbiographie. Die wiederkehrende Positiveinschätzung ihres familiären Rahmens, ihrer Kindheit sowie des dörflichen Milieus konstituieren stabile Kontinuitätsmomente. Ihre ungebrochen schönen Erfahrungen, aus einer für den Interviewer vorweltlichen Zeit, offenbaren ihre feste Verankerung in eine scheinbar untergegangene Lebenswelt. Dabei wird eine traditionelle Art und Weise der Zeitlichkeitsstrukturierung sichtbar. Die Vergangenheit ist ein Mittel für die Gliederung der Zukunft. Sie wird zur „umkehrbaren Zeit“, d.h. zu einer Zeitlichkeit der Wiederholung (Giddens 1999; 132). Käthe bleibt scheinbar in dieser „traditionellen Zeitlichkeit“ stecken (ebenda). Ihre sich aus frühen Quellen speisenden Überzeugungen spiegeln sich auch in ihrem Tätigkeitsverständnis wider.

<sup>11</sup> Ihr namenlos bleibendes Enkelkind wird zum Repräsentanten einer Generation, die tendenziell weniger verlässlich eingebettet sind („ doch ich ich denke manchmal jetzt mein Enkelkind so 'ne schöne Kindheit hat heute gar keiner mehr...“/5/24).

<sup>12</sup> Unterschwellig geht Käthe auf Individualisierungstendenzen ein, die als ein typisches Phänomen der Moderne identifiziert werden können. Die Auflösung bzw. Freisetzung aus traditionellen Sozial- und Familienstrukturen artikuliert sich aus ihrer Perspektive als Verlust. Aus diesem Blickwinkel entwickelt sich möglicherweise eine an der Vergangenheit ausgerichtete Grundorientierung. Die befreienden Potentiale von Individualisierungsprozessen als selbstbestimmte Chance für selbstbestimmtere Lebensformen können aus dieser Verhaftung heraus kaum aufgenommen werden (vgl. Beck 1986; 209 f).

Aus der hier angedeuteten binären Schematisierung zwischen Früher und Heute entwickeln sich relationale Bezüge. Die Vergangenheit wird zu einem kategorialen Bezugssystem mittels dessen die Gegenwart gegliedert und prädikativ vermessen wird<sup>13</sup>.

## 5.4 Berufsausbildung

Zum Ende ihrer achtjährigen Schulzeit bemüht sie sich an einem konfessionellen Krankenhaus um eine Ausbildung zur Krankenschwester. Komplementär dazu stellt sie sich auch auf eine Lehre als Schneiderin ein. Käthe handelt gewissermaßen zweigleisig. Ihre primäre Berufsorientierung liegt aber auf dem Pflegeberuf. In einem ergebnissichernden Kommentar wird das konsistente Aufrechterhalten ihrer früh entwickelten Berufszintention deutlich.

„und das war eigentlich für mich klar . dass ich mal Krankenschwester werde //hm// en andern Beruf gab's für mich gar nich . „/1/8-9

Die Schneiderlehre erscheint dagegen als eine elterliche Absicherungsstrategie, falls ihre Bewerbung zur Krankenschwester erfolglos bleibt. Die Mutter drängt sie tendenziell eher in den Konfektionsberuf.

„ja ich hab zwar auch gerne gestrickt und genäht und gemacht . und deshalb war dachte meine Mutter dass wär besser aber für mich .. war's nichts. „/5/40-41

Da der Bescheid der Schwesternschule auf sich warten lässt, muss sie „gezwungenermaßen“ (5/42) bereits in den Schulferien eine Schneiderlehre antreten.

Nachdem die Zusage für den Krankenschwesternberuf doch noch eintrifft, steigt sie sofort aus der begonnenen Ausbildung aus.

„ja hab ich in Ferien schon angefangen //hä// . und wie der Brief kam von der Fachschule, dass ich kommen kann, bin ich natürlich fort gewesen“/5/43-44

Die Lehre bleibt eine flüchtige Episode. Sie wird zu einem kurz anhaltenden beruflichen Umweg, welcher die Umsetzung ihrer beruflichen Intention zwar verzögert, aber nicht auflösen konnte.

Es ist nicht erkennbar wo sie diese Lehre überhaupt aufnimmt und wie es zu dem rasch arrangierten frühen Ausbildungsbeginn kam. Käthe deutet eine unterschwellige Drucksituation an. In dem von ihr skizzierten Rahmen sind institutionell uneingebundene Phasen bzw. zeitverzögernde, an vorrangige berufliche Intentionen anknüpfende Suchstrategien, nicht vorgesehen. Im elterlichen Konzept wird nach Beendigung der Schulzeit ein nahtloser Übergang in die berufliche Ausbildung angestrebt. Dabei spielen auch ökonomische Überlegungen eine Rolle, d.h. der konditionale Zug in die Schneiderlehre ist auch eine monetär entlastende Variante. Der enge finanzielle Rahmen der Familie, in der ihr

---

<sup>13</sup> Ihre schönen Kindheitserfahrungen sind mit vielschichtigen Eindrücken verbunden, die sich zu einem natürlichen Weltbild verdichten und festsetzen. Spätere Erfahrungen werden von Käthe häufig auf der Folie früherer Erlebnisgehalte aufgegriffen. Das „Es war“ bleibt die biographische Zeit mit dem größten Gewicht (Heidegger 1992; 59 f). Die Prädominanz der ersten Eindrücke bleibt als Mitgift bestimmend, d. h. führt zu maßgeblichen Orientierungskernen, die sie über kongruente Lebensarrangements bewahren bzw. sicherstellen will (Mannheim 1995; 537).

Vater der einzige Verdiener bleibt, lässt (abzusichernde) Moratoriumsphasen von Käthe nicht ohne weiteres zu. In diesem Sinne wird das offensive Schieben in ein für die Eltern finanziell entlastendes Lehrverhältnis plausibel und bleibt für Käthe selbst auch unproblematisch.

„Geld verdienen musst ersctemal sein oder zumindestens 'ne Lehre anfangen //hm// is ja klar.“/5/50-51

Auch ihre Ausbildung zur Krankenschwester ist anfangs nicht frei von finanziellen Belastungen. Ihr Vater muss für sie im ersten Ausbildungsjahr noch Schulgeld bezahlen. Darüber hinaus ist auch für ihre Geschwister an der Oberschule ein finanzieller Beitrag zu entrichten. Die elterliche Fürsorge schließt eine begleitende ökonomische Unterstützung in den Ausbildungsphasen der Kinder ein. Insgesamt sind diese von den Eltern erbrachten pekuniären Absicherungen materiell angespannte Zeitabschnitte<sup>14</sup>.

„... in . der Ausbildung im ersten Jahr musste mein Vater noch zuzahlen . //hm// . ja //ach soll noch Schulgeld zahlen . //aha// . ja .. das is natürlich auch nicht leicht gefallen wenn ich an . Gesch- meine Geschwister in in der Oberschule mussten auch Schulgeld zahlen also ..“/13/24-27

Innerhalb dieses Rahmens wird von Käthe der Verlust ihres Vaters eingefügt. Er verunglückt mit 60 Jahren tödlich. Die näheren Umstände des Unfalls bleiben ungenannt. Hier deuten sich Abstandshaltungen und interaktive Barrieren an. Der Tod des geliebten Vaters wird nur knapp chronologisch eingeschoben, um den späten Berufseinstieg der Mutter zu plausibilisieren. Durch eintretende wirtschaftliche Zwänge besteht für sie die Notwendigkeit, einer bezahlten Erwerbsarbeit nachzugehen. Der berufliche Neuanfang wird von Käthe in das Muster der interfamiliären Solidarität und Unterstützung eingebettet. In diesem Sinne arbeitet die Mutter primär für die beiden „Nachzügler“ (2/35), welche aufgrund ihres aufgenommenen Studiums finanziell unterstützt werden müssen.

„für die zwei die dann noch studiert ham...Geld verdienen ja..die zwei jüngeren..“/2/36-37

Da an der Schule in X. nur ein achte Klasse Abschluss möglich war, muss sie an der medizinischen Fachschule in W. noch zwei Jahre zur „Vorschule“ (5/27) gehen, um die

---

<sup>14</sup> Die finanziell angespannte Lage der Familie, in der ihr Vater als Hauptverdiener die Familie finanziell absichern muss, hat bei ihr zu einem bescheidenen, fast asketisch anmutenden Lebensstil beigetragen. Ihre komplementär zum Ausbildungsgrad bzw. der beruflichen Entwicklung zunehmende finanzielle Unabhängigkeit vom Elternhaus („... und of eenmal hatte ich selber Geld, also das //ja// war schon .was andres ja ..“/13/2-28) wird implizit auch vor dem Hintergrund elterlicher Entlastungen thematisiert. Das interfamiliäre Konzept der Gegenseitigkeit wird in diesem Kontext erneut sichtbar. Ihre finanziellen Überschüsse werden z.T. symbolisch über Geschenke an die Eltern und jüngeren Geschwister zurück- bzw. weitergegeben. Dabei gönnen sich die jungen Eheleute aber auch selbst etwas. Die Besuchsfahrten werden mit Hilfe eines neu erworbenen Motorrollers realisiert. Finanzielle Unabhängigkeit und höhere Mobilität werden illustrativ miteinander verwoben. Die materiellen Überschüsse verdichten sich nicht zum äußeren Gerüst einer veränderten Lebensweise. Sie bleiben eher Hülle bzw. lustvolles Zitat, d.h. werden von Käthe nicht als Orientierungsachsen eines neuen Lebensstils markiert. Der bescheidene persönliche Bewegungsspielraum soll finanziell gesichert sein. Darüber hinausstretende Wünsche werden explizit nicht sichtbar gemacht. In Abgrenzung dazu wird die Bedeutung von Geld bzw. materiellen Gütern relativiert und eine gewissermaßen davon abgekoppelte (immaterielle) Lebensphilosophie eingespielt („... irgendwie ham mir unser ganzes Leben nich viel Geld gebraucht aber . ham uns immer gefreut.“ (13/34-35). Auf ihre gefühlsmäßig ambivalente Einstellung zum Geld geht Käthe in diesem Kontext nicht weiter ein. Sie durchbricht aber die Logik typischer Gegensatzkonstruktionen (vgl. Schäfers 1992 a; 89 f). In diesem Sinne orientiert sich Käthe an einem eher transzendentalen Lebensfreudekonzept.

geforderte Fachschulreife zu erlangen. Käthe deutet eine stufenweise Ausbildung zur Krankenschwester an<sup>15</sup>.

Ihre Ausbildung ist an einen konfessionellen Träger angegliedert („Diakonissenhaus“/6/3). Sie beschreibt wechselnde Praktikumeinsätze an unterschiedlichen Orten und pflegerischen Handlungsfeldern. Die nomadischen Momente innerhalb des Ausbildungssettings („mer war e bisschen unterwegs“/6/8) knüpfen an analoge Erfahrungen in ihrer Schulzeit an.

Da der Ausbildungsort außerhalb ihres Heimatortes liegt, ist sie im Internat untergebracht. Die Trennung von der Familie wird als harter Schnitt empfunden („is schon hart gewesen“/6/16). Sie kommt nur alle 6 Wochen für vier Tage nach Hause. Der Vater besucht sie „oft“ (6/24) und verbringt mit ihr einige gemeinsame Stunden. Die episodischen Treffen mit dem Vater deuten auf eine liebevoll aufmerksame Vater-Tochter-Beziehung hin.

„oh ja doch ja mein Vater hat manchen Brief aufgehoben gehabt . aber . er kam dann oft der hatte so 'n . Motorrad (?) und da kam er doch öfter mal und . mal auf ein, zwei Stunden“/6/23-25

Ihre zwangsläufig größere (räumliche) Distanz zum Elternhaus wird kompensatorisch aufgefangen. Die Mitschülerinnen sind „alle nett“ (6/7) und „trösten“ (6/8) sich wechselseitig. Sie vollzieht eine engere Anbindung an die gleichaltrigen Schwesternschülerinnen. Im Zusammenhang mit dieser berufsbezogenen peer-group entsteht eine familienähnliche Solidargemeinschaft. Das verbindliche Regelwerk der konfessionell getragenen Einrichtung wird von Käthe angedeutet („soviel ausgehen durfte mer ja auch nich.“/6/18). Die Ausbildung ist mit ganztägigen Inanspruchnahmen verbunden. Der Tagesablauf ist durchstrukturiert und ermöglicht kaum persönliche Freiräume. Durch den fast vollständig institutionalisierten Ausbildungszusammenhang innerhalb der weitgehend abgeschlossenen Arbeits- und Lebenswelt des Diakonissenkrankenhauses bleiben die Kontakt- und Permutationsmöglichkeiten nach draußen eingeschränkt. Die in diesem (konfessionellen) Kontext sichtbare Kommunitätendiakonie, als eine auf der Grundlage christlichen Glaubens organisierte Form familienwirtschaftlichen Lebens und Arbeitens, scheint zeitbezogen ein noch ganz selbstverständliches Modell. Das starre Gemeinschaftsmodell ermöglicht ihr möglicherweise zu wenig Spielräume und Ausweichbewegungen. Im letzten Ausbildungsjahr sucht sie sich außerhalb des Krankenhauses ein Zimmer in A. Es schimmert ein Bedürfnis nach privaten Rückzugsmöglichkeiten durch.

Ihre turnusmäßigen Heimfahrten sind auch mit einem Wechsel der Kleidung verbunden. Während sie in der sozialen Welt des Krankenhauses zumeist Dienstkleidung tragen muss, streift sie die Schülerinnenkluft an den freien Tagen ab. Der Uniformcharakter dieser Kluff wird durch das seltene Umkleiden in Zivil herausgestellt.

Kurz nach Beendigung der Ausbildung lernt sie auf einer Heimfahrt zu den Eltern ihren späteren Mann kennen. Auch er befindet sich zu diesem Zeitpunkt in einer Ausbildungssituation, d.h. absolviert ein Ingenieurstudium in A.. Die kurze Begegnung wird zu einem prägenden Schlüsselereignis. Ihre Beziehung nimmt rasch verbindlichere Züge an. Die partnerschaftliche Bindung zu ihrem Mann führt zu einer Dilemmatasituation. Eine

---

<sup>15</sup> Das von Käthe grob skizzierte Ausbildungsmodell soll an dieser Stelle kurz dargestellt werden. 1951 wurde eine staatliche Neuordnung der Krankenpflegeschulen vollzogen. Durch die stärkere Verzahnung mit dem staatlichen Bildungssystem wurden die Schulen in medizinische Fachschulen umgewandelt. Die Ausbildung wurde in drei Stufen gegliedert (Ober-, Mittel-, und Unterstufe). Nach jeder Ausbildungsstufe war ein entsprechender Abschlussgrad und somit ein Berufseinstieg möglich. Dieses System wurde bis 1961 beibehalten (Karsten, M-E. et al: (1999): Entwicklung des Qualifikations- und Arbeitskräftebedarfs in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen; 92 f). Da in der von ihr beschriebenen Zeit (1956) in der Breite noch kein 10- Klassiger Abschluss möglich war, erfolgte eine nachholende Schulausbildung über die medizinische Fachschule. Der konzeptionelle Charakter dieser „Vorschule“ (Unterstufe) wird in der Erzählung nicht weiter verdeutlicht.

Integration von Beruf und Familie scheint als potentielle Diakonissenschwester nicht möglich. Das kirchliche Krankenhaus orientiert primär auf Diakonissen. Die Schwestern sind ausschließlich für den kirchlichen Dienst vorgesehen, d.h. eine ungeteilte Hinwendung zum Beruf wird vorausgesetzt. Ein Nebeneinander von frei angestellten Lohnpflegekräften und (eingesegneten) Diakonissen wird organisatorisch nicht zugelassen. Die problematische Entscheidungssituation bleibt narrativ unausgestaltet. Ihre Verlobung wird zu einem deutlichen Signal dafür, dass sie diesen Anforderungen nicht genügen will. Da eine Ehe mit ihrem Mann und die Gründung einer eigenen Familie unter diesen Prämissen unmöglich ist, kündigt sie. Trotz eines institutionell möglichen Entscheidungsmoratoriums zögert Käthe diesen Entschluss nicht lange hinaus. Sie vollzieht diese Entscheidung scheinbar ganz klar und selbstverständlich. Die in diesem Zeitraum fallende Heirat führt zu einer Statusveränderung, welche den weiteren beruflichen Verlauf wesentlich beeinflusst.

#### 5.4.1 Wechsel nach H. und ambivalente berufliche Einstiegssituationen

Da ihr Mann zu dieser Zeit nach H. versetzt wird, sucht sie sich dort ebenfalls eine Anstellung.

Der örtliche Wechsel nach H. ist mit einem atmosphärischen Unbehagen unterlegt<sup>16</sup>. H. wird prädikativ als „keine schöne Stadt“ (11/10) eingestuft. Die abrupte Ablösung von der vertrauten Umgebung fällt ihr nicht leicht. In diesem Kontext deutet sie auch Erinnerungslücken an. Für Käthe ist es aber ganz selbstverständlich, dass sie mit ihrem Mann mitzieht, d.h. sich an seine beruflichen Verortungen anpasst<sup>17</sup>. Diese (hinwendende) Haltung wird möglicherweise noch durch die Abwendung vom unteilbaren kirchlichen Dienst verstärkt. Zu einem „richtigen Familienleben“ (11/50) gehört für sie auch das ungetrennte Zusammenleben von Eheleuten. In einer emotional tragfähigen Beziehung bleibt diese Orientierung maßgebend.

„...na aber .. also wenn mer sich gern hat .. zieht mer mit 'm Mann mit is eigentlich ganz normal //hm// und ich hatte ja hier auch 'ne schöne Arbeit .“/11/46-47

Ihre beruflichen Arrangements passen sich scheinbar unproblematisch in diesen referentiellen Rahmen ein. Explizite Abwägungs- und Sondierungsstrategien sind bei ihrer Stellensuche nur bruchstückhaft erkennbar. Bei der hastigen Wahl des Arbeitsplatzes werden sowohl zweckrationale Überlegungen, die primär auf einer provisorischen Unterbringung in H. ausgerichtet sind, als auch atmosphärische Ersteindrücke, der im Vorfeld aufgesuchten medizinischen Einrichtungen angedeutet.

In diesem Kontext bleibt der spezifische Charakter ihrer pflegerischen Arbeit in H. undeutlich. Es wird nicht genau klar, in welchem Bereich sie als Schwester tätig ist.

Vordergündig erscheinen ihre beruflichen Integrations- und Anpassungsbemühungen erfolgreich. Das Krankenhaus, in dem sie arbeitet und lebt wird als wohltuendes soziales

---

<sup>16</sup> Ihr lebensgeschichtlich vertrauter Lebenszusammenhang löst sich durch den Ortswechsel noch weiter auf. Da das Zusammenleben mit dem Ehemann in der neuen Stadt mühselig arrangiert werden muss, bleibt der Verlust an Ortsidentität potentiell problematisch. Sie muss sich erst wieder neue persönlichkeitskongruente Settings aufbauen, die an verlorene Bereiche anknüpfen (Narten, R. (1991): Wohnbiographien als Grundlagen einer bedürfnisgerechten Wohnraumplanung; 269 ff).

<sup>17</sup> Ihre zentrale Familienorientierung setzt sich immer wieder durch. In diesem Sinne werden berufliche Arrangements notfalls zurückgestellt bzw. familiären Belangen untergeordnet. Explizite Karriere und Verdienstorientierungen werden in diesem Rahmen eher zu etwas Nachrangigem. Das unproblematische Anheften an die beruflichen Entwicklungswege ihres Mannes wird durch die Arbeitskraftnachfrage in ihrem Beruf befördert. Als ausgebildete Krankenschwester findet sie fast an jedem Ort einen neuen Arbeitsplatz. Ihre örtliche Flexibilität ist möglicherweise größer als bei ihrem Mann.

Auffangbecken skizziert. Analog zu ihrer Ausbildungszeit im Diakonissenkrankenhaus entwickeln sich auch hier ausgleichende, Trennungs- und Ablösungserfahrungen mildernde, Integrationszusammenhänge. Durch seine überschaubare, ineinanderfließende Arbeits- und Wohnstruktur wird es zu zu einer Art -home-base- (Narten 1991). In dieser mit Fremdheitsmomenten verbundenen Übergangssituation baut sich Käthe neue persönlichkeitskongruente Settings auf, die an verloren gegangene Bereiche anknüpfen. Die neue Umgebung ermöglicht z.T. anschlussfähige kulturelle Rahmungen. Dort gibt es Tische, an denen man gemeinsam mit anderen sitzen kann<sup>18</sup>. Eine der Mitarbeiter/Innen hat einen Garten, der offensichtlich auch für gruppenbezogene Zusammenkünfte genutzt wird.

Im Obergeschoss der Klinik wohnen 12 Schwestern, die ebenfalls aus anderen, z.T. weit entfernten Orten kommen. Käthe empfindet diese Gemeinschaft als einen familienähnlichen Verbund. Das solidarische Zusammenrücken der in die Fremde verpflanzten Schwestern ermöglicht ihr emotiv befriedigende Interaktionsprozesse.

Trotz der säkularen Ausrichtung des städtischen Krankenhauses werden verdeckte, konfessionell geprägte Organisationsstrukturen (Mutterhausprinzip) sichtbar. Auch hier bleibt das traditionell weibliche Milieu von Pflege erhalten. In diesem Rahmen können auch die restriktiv bedeutsamen Regeln gegenüber dem anderen Geschlecht verortet werden. Obwohl sie bereits verheiratet ist, darf sich ihr Mann nach 22 Uhr nicht mehr auf dem Kliniksgelände aufhalten. Der Pförtner wird zur kontrollierenden Instanz, der auf die Einhaltung residueller klösterlicher Regeln insistiert.

„... und da war vorne und hinten der Pförtner un war alles zu .. und nach 22 Uhr durfte mein Mann nich mehr rein .. und da hat (?) angerufen ihr Mann ist noch da der muss das Gelände verlassen..“/7/36-38

Der traditionelle Charakter der Organisation wird auch an anderer Stelle kenntlich gemacht. Ihre fragmentarischen Einblicke in eine scheinbar längst vergangene Zeit werden durch die Explikation von heute eher untypischen Krankheitsbildern („da gabs noch die Tbc-Kranken“/7/34-35) untermauert. Der klösterlich anmutende Anstaltscharakter der Einrichtung führt zu einengenden Sozialisationsbedingungen.

Analog zu ihren Erfahrungen im Diakonissenkrankenhaus wird der (andersgeschlechtliche) Beziehungs- bzw. familienfeindliche Charakter des städtischen Krankenhauses angedeutet<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Über das symbolische Bild des Tisches wird die Ambivalenz von sozial Abgetrenntem und wieder Verbindendem sichtbar (vgl. H.Ahrendt 1994; 52). Aus einem ähnlichen Gefühl bzw. Situation finden sich die in die Fremde gegangenen Schwestern gemeinsam an einem Ort ein. Komplementär zur beruflichen Arbeit werden hier gruppenbezogene Momente von Privatheit sichtbar.

<sup>19</sup> Karin Wittneben geht bei der Darstellung von Pflegekonzepten in der Weiterbildung u.a. auf die Tradition der Kommunikations-, Selbstbestimmungs- und Solidaritätsschwäche in der Krankenpflege ein. Dabei bezieht sie sich beispielhaft auf von persönlichen Erinnerungen durchdrungenene, lebensweltliche Einengungen von Krankenschwestern. Auch säkularisierte Pflegeeinrichtungen sind Ende der sechziger Jahre noch von dem Regelwerk katholischer Mutterhäuser (u. den daran anknüpfenden Diakonissenhäusern) durchdrungen. Als Lebensraum für berufstätige Ehefrauen sind sie denkbar ungeeignet (Wittneben 1991; 97). Das Verwalten von „Herrenbesuchen“ wird illustrativ über eine Vorschrift der Schwesternschule der Universität Heidelberg sichtbar gemacht. Diese soll hier in Auszügen wiedergegeben werden: „Besucher sind herzlich willkommen....Herrenbesuche dürfen sonnabends zwischen 15 und 21.30 Uhr, sonntags zwischen 11 und 21.30 Uhr, wochentags zwischen 19 und 21 Uhr auch auf den Privatzimmern empfangen werden. Besucher bitte immer an der Pforte oder im Wohnzimmer abholen und auch wieder zum Ausgang zurückbegleiten...“ (Auszug aus der Hausordnung der Schwesternschule der Universität Heidelberg vom 17. Januar 1968/In: Wittneben 1991; 98). Der getarnte Charakter solcher Regeln deutet sich auch in ihrem Verweis auf die potentiellen Ansteckungsrisiken bei Infektionspatienten an (Tbc-Kranke), durch die möglicherweise die „Aussperrung“ der Männer noch zusätzlich legitimiert werden kann (ebenda; 98 f). Wittneben (1991) vertritt in diesem Zusammenhang die (weit ausholende) These, dass die beherrschenden Regeln gegenüber den Schwestern auch zu einer Beherrschung des Patienten beiträgt. Eine diskursfähige, streitbare Rationalität kann sich durch eine traditionelle Sozialisation von Schwestern nur schwer entwickeln. Auf dieser Grundlage

Das scheinbar geborgene familiäre Gefüge unter den Schwestern des Krankenhauses ist mit institutionell erschwerenden Hindernissen und Einschränkungen verbunden, die zu lebensweltlichen Verzerrungen ihrer Ehebeziehung führen. Der ambivalente Charakter der in dieser Zeit bei ihr sichtbaren Lebens- und Arbeitsform wird unter diesem Aspekt deutlicher. Der unvorbereitete Umzug der frischvermählten Eheleute führt zu einer problematischen räumlichen Splittung. Obwohl Käthe ihren Mann bereitwillig nach H. folgt, können sie anfangs nicht gemeinsam wohnen. Das Ehepaar findet erst einmal kein eigenes Territorium<sup>20</sup>. Beide Ehepartner müssen den Wohnraum mit Fremden teilen.

„... ich hab mit 'ner andern Schwester zusammen gewohnt in H.D. und mein Mann hatte in B. gewohnt . //ja// . bei 'ner Untermieterin mit e halben Zimmer..“/7/40-41

Die privaten Treffen der Eheleute werden deshalb vermehrt dazu benutzt, eine eigene Wohnung zu finden<sup>21</sup>. Dabei erweisen sich die unterschiedlichen Arbeitsplatzorte in H. und Umgebung als zusätzliche Barrieren. Es bestehen paradoxe bürokratische Gebietsverwaltungen, die es scheinbar unmöglich machen einen gemeinsamen Wohnraum zu bekommen.

„.... wir ham uns oft abends getroffen . um da zu Wohnungsvereinen zu gehen ansonsten . (?.) H.D. und B. gehörte nicht zu H. .. kricht mer in H. keinen Wohnraum ..“/7/37-39

Nach etwa drei Monaten bekommen sie dann eine Einraumwohnung zugewiesen.

Die unbefriedigende, mit einer räumlichen Trennung verbundenen Beziehungssituation wird als „harte Zeit“ (7/37) eingeschätzt. Der überstürzte Ortswechsel nach H. erweist sich als angespannte Übergangsphase, die von den Ehepartnern solidarisch bewältigt wird. Die strukturellen Rahmenbedingungen bleiben auch in den folgenden Jahren angespannt. Komplementär zu ihren beengt bleibenden Wohnverhältnissen sind auch ihre Arbeitszeitstrukturen äußerst unflexibel. Aus diesem Grund sucht sie sich eine Anstellung in der unmittelbaren Nähe ihres Wohnortes. Sie arbeitet als OP-Schwester in der Augenklinik und wird darüber hinaus auch in der Anästhesie eingesetzt. In diesem Bereich wird sie mit spezifischen Narkosetechniken vertraut gemacht. Ihr multiples Tätigkeitsprofil erscheint zeitbezogen nicht untypisch<sup>22</sup>.

Käthe arbeitet in den ersten Jahren im Drei-Schichtsystem. Darüber hinaus muss sie z.T. auch an den Wochenenden Bereitschaftsdienste übernehmen, was mit einem tageweisen Fernbleiben von zu Hause verbunden ist. Das Arbeitszeitregime wird als notwendige, d.h. als eine für den Schwesternberuf typische Struktur akzeptiert.

---

entwickeln sich bei der Konflikt- und Krisenbewältigung mit Patienten eher abkürzende bzw. defensive Handlungsstrategien (vgl. Wittneben 1991; 97-100).

<sup>20</sup> Territorialität benennt die Möglichkeit, über einen Raum oder über einen Teilbereich des Raumes verfügen zu können (z.B. eigenes Zimmer).

<sup>21</sup> Die von Käthe dargestellten Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche erscheinen DDR-typisch. Wohnungsprobleme waren bis zum Ende der DDR stets Thema Nummer eins. Der „Kampf“ um eine Wohnung bleibt mit zeitaufwendigen Suchstrategien verbunden. Ohne ständiges Nachfragen, Drängen, Drohen bzw. Einsatz von Beziehungen bestand kaum eine Chance auf Zuweisung einer Wohnung. Die Auswirkungen der Mangelwirtschaft wurden hier in besonderer Weise sichtbar. Die räumliche Trennung der Eheleute berührt ein allgemeines Problem. Der scheinbar ungewöhnliche Charakter dieser Situation kann über daran andockende Absurditäten „normalisiert“ werden. Der Wunsch nach einem räumlich ungeteilten Zusammenleben führte mitunter zu hoffnungsvollen Spekulationen der Wohnungssuchenden. In diesem Sinne wurden beispielsweise Beziehungsstrukturen aufmerksam in Blick genommen und daraufhin befragt, ob sich Ehepartner vielleicht scheiden lassen und dann möglicherweise auseinander- bzw. wegziehen (vgl. Wolle 1998; 182-186).

<sup>22</sup> Die Parallelität von OP-Assistenz und Anästhesieaufgaben ist in den sechziger Jahren, trotz bereits bestehender Anästhesieschwestern- und -pflegerausbildung, noch ganz selbstverständlich (dazu u.a. Goldhahn 1976).

Die Entscheidung für diesen Beruf ist für sie ganz zwangsläufig mit privaten Einschränkungen und partnerschaftlichen Rücksichtnahmen verbunden, auf die sich ihr Mann bereits im Vorfeld der Eheschließung eingestellt hat.

„...ja er hat 'ne Krankenschwester geheiratet und .... er wusste, dass ich in Schichten arbeite schon immer ja . und in der Augenklinik ham wir gearbeitet von Freitag abends bis Montag Mittag .. durch Buna Leuna . Verletzungen musste der Operationssaal immer bereit sein also //ja// . da bin ich gar nicht heim am Wochenende ..“ /9/17-20

Durch die Geburt ihrer drei Kinder, die nach fünf Jahren Ehe in relativ kurzen Zwischenabständen geboren werden, kommt es zur phasenweisen Unterbrechung ihrer Schwesterntätigkeit. Die genaue Zeitdauer der Berufspause bleibt undeutlich. Bedingt durch die geringen Altersunterschiede ihrer Kinder hält sie mehrere Jahre an (1967-1974). Ihre Zeit als „Hausfrau“ (8/312) und Mutter wird nicht weiter detailliert. Eine frühe institutionelle Versorgung ihrer Kinder kommt für Käthe nicht in Frage. Sie will die ersten Jahre ganz ungeteilt die Betreuung absichern. Eine außerfamiliäre Form der Kinderfürsorge wird auf das Kindergartenalter (mit etwa 3 Jahren) verschoben<sup>23</sup>.

Käthe verweist auf den nicht selbstverständlichen Charakter einer langjährigen Kinderbegleitung, ohne parallel berufstätig zu sein. Über relationale Bezüge zu anderen Frauen, die gemäß den gesellschaftlichen Erwartungen auch in den ersten Lebensjahren ihrer Kleinkinder berufstätig geblieben sind, wird ihre Entscheidung zu einem bewussten Akt, der trotz finanzieller Einbußen durchgehalten wird<sup>24</sup>.

„ . es jibt natürlich och . Frauen die haben immer weiter gearbeitet aber . //hm// ich hab meine Kinder nich in de Krippe . ich schaff se erst in Kindergarten . //hm// und wir sind auch mit wenjer Geld ausgekommen .“/11/51-12/2

## 5.5 Arbeit als Gemeindeschwester

In Zusammenhang mit einem ambulanten Arztbesuch wird ihr 1974 eine Stelle als Gemeindeschwester angeboten<sup>25</sup>. Diese Offerte kommt ihren Arbeitszeitevstellungen eher entgegen als der Schichtzyklus im klinischen Bereich. Die Fortsetzung der OP-Schwesterntätigkeit ist mit den familiären Rhythmen und Vorstellungen nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen. Eine berufliche Arbeit zu Lasten der Familie ist aus ihren Wertvorstellungen heraus unakzeptabel.

---

<sup>23</sup> In einem evaluativen Kommentar wird dieses Vorgehen als richtige Entscheidung abgesichert („...wenn mer will, geht alles.“/12/2).

<sup>24</sup> Indirekt werden die Schatten der DDR- Gesellschaft mitthematisiert. Die gesellschaftliche Erwartung, dass sowohl Männer als auch Frauen möglichst voll berufstätig sein sollen, wurde mit vollmundigen Fürsorgeversprechungen unterlegt (von der erwerbsfähigen weiblichen Bevölkerung waren 82,2 % berufstätig). Diese Ideologie hat zu einem massiven Sog in die Betreuungsinstitutionen beigetragen. In den Kindergruppen der DDR wurden Kinder vom sechsten Lebensmonat an bis zum vollendeten dritten Lebensjahr in Gruppen betreut. Von 1000 Kindern dieser Altersgruppe besuchten 799 Kinder eine Tagesrippe. Rein quantitativ lässt sich das Ausmaß der frühen Trennung zwischen Mutter und Kind an dieser Zahl ablesen (F. Klier 1990; 28 ff; Maaz, H.-J. 1991; 45 ff).

<sup>25</sup> Während andere lebensgeschichtliche Ereignisse nicht datiert werden, wird diese berufliche Veränderung im Kontext eine (bilanzierenden) Ergebnissicherung genau markiert („...das mach ich nun jetzt seit...1974 als Gemeindeschwester oder jetzt.. Schwester im Pflegedienst ja...“/2/16-17).

„... es war ja ehmt dann mit der Familie nich mehr in Einklang zu bringen . dass mer ehmt als OP-Schwester da gearbeitet oder so . //hm// . weil ich eigentlich wieder en richtiges Familienleben wollte wie ichs zu Hause kannte..“/11/48-50

Sie kann im ambulanten Bereich anfangs auch verkürzt arbeiten. Ihre kinder- und familienfreundlichere Arbeitszeit wird nach zwei Jahren in eine Vollzeitbeschäftigung umgewandelt. Der Arbeitszeitrhythmus wird sukzessiv an den Entwicklungsstand ihrer Kinder angepasst.

„...da hab ich schon zwei Jahre gearbeitet //hm hm// . weil ich hatte mit vier Stunden angefangen, bin dann auf sechs und dann auf acht wie die Kinder dann so ...größer waren“/8/43-44

Die Parallelität von Kinderbetreuung und beruflicher Pflege scheint trotz situativer Arbeitszeitüberdehnungen weitgehend reibungsfrei. Das Abholen aus dem Kindergarten kann nicht immer zeitgemäß sichergestellt werden. Ungeplant anfallende, über die Öffnungszeiten des Kindergartens hinausgehende Nachbetreuungen werden aber von den Erzieherinnen solidarisch aufgefangen. Ihre weitreichende berufliche Inanspruchnahme wird anerkannt, sodass bei Bedarf unproblematische Betreuungsarrangement getroffen werden. In diesem Kontext werden Ausnahmetreuungen zu konfliktarmen Ereignissen, die ihre beruflichen Arbeitszeitstrukturen nicht grundsätzlich in Frage stellen. Ihre Kinder gehen gerne in den kirchlichen Kindergarten. Der fürsorgliche Betreuungsrahmen wird durch die dyadisch engen Beziehungen untermauert. Diese Erfahrungen führen zu bereitwilligen, auch über die Kindergartenzeit hinausgehenden Gesprächskontakten. Das „herzliche Verhältnis“ (14/21) zwischen den Kindern und ihren Betreuerinnen erleichtert ihr die institutionelle Unterbringung.

„...die sind auch in kirchlichen Kindergarten gegangen und sind sehr gerne gegangen .. und die alten Betreuer vom Kindergarten die Kindergärtnerinnen die leben noch . un wenn die unsre Kinder jetzt sehen da . erzählen se noch miteinander als das war en herzliches Verhältnis .. un wenn ich dann hier schon angefangen habe als Schwester und . da kam die Tochter in die Schule und die andern zweie in Kindergarten ... das fanden die für selbstverständlich wenn ich mal später mein Kind geholt habe oder so ja . hatte och mal die eine das mitgenommen und da hat se gesagt die Mutti hat bestimmt noch zu tun un //ja// ja also dadurch war das schön...“ 14/18-25

Die Unterschiede zwischen klinischer und ambulanter Pflgetätigkeit werden allgemein markiert. Im Gegensatz zur stationären Tätigkeit arbeitet sie allein in der häuslichen Pflege. Während der beruflichen Auszeit gewinnt sie Eindrücke und Erfahrungen, durch die ihr der Charakter ambulanter Pflege bereits vertraut wird. Ihre in dieser Phase sichtbaren Angebote und praktizierten Unterstützungsleistungen gegenüber hilfebedürftigen alten Menschen verschaffen Käthe Gewissheit darüber, in der häuslichen Pflege arbeiten zu können. Der familien- und hausarbeitsnahe Charakter der Arbeit wird hier ganz selbstverständlich eingeführt<sup>26</sup>. Die eher zufällige, primär unter den Aspekt der zeitlichen Vereinbarkeit von

---

<sup>26</sup> Die unterschiedlichen Rahmungen und Zuweisungen von Berufs- und Hausarbeit wirken auch bei einem Wechsel der Frauen in die Berufsarbeit. Das weiblich sozialisierte, hausarbeitsnahe Arbeitsvermögen bleibt als Etikett erhalten, das heißt wird auch auf die berufliche Arbeit übertragen. Diese Attributierung wird nicht nur von außen, sondern von den Akteuren selbst mitvollzogen. Die familiären Innenzuordnungen werden gewissermaßen kollektiv institutionalisiert. Diese generativ „vererbte Zuordnung“ erweist sich als äußerst resistent (Beck-Gernsheim 1991; 8). Damit verbundene geschlechtsspezifische Sozialisationsmuster können im beruflichen Bereich nur schwer abgestreift werden (vgl. Piechotta 2000; 28).

Familie und Beruf, vollzogene Entscheidung für die ambulante Pflege wird retrospektiv zu einem gelungenen Akt.

Käthe kann in der häuslichen Pflege ihre familiären und pflegerischen Vorerfahrungen zusammenführen. In diesem Sinne scheint die Entscheidung für die Gemeindeschwesterntätigkeit vorgeprägt. Käthe findet für sich eine passende, persönlichkeitskongruente Form der beruflichen Arbeit.

„...na eigentlich //(?)// hat mir das sehr viel Spaß gemacht . //hm// .. ich meine ich wohnte praktisch vom ersten (?) weit weg und .. hatt ich schon öfter mal mit älteren Leuten da gesprochen un och mal meine Hilfe angeboten wie ich noch Hausfrau war . und dadurch war das für mich eigentlich klar dass ich das machen werde . „/15/2-5

Die Arbeit als Gemeindeschwester ist eng mit einer Gründungs- und Modellphase verwoben. Sie ist in einem (baulich) expandierenden Stadtgebiet primär allein für das dort wohnende Klientel zuständig. Das Arbeitsfeld scheint sich sukzessive zu erweitern.

Käthe betreut in einem für ältere Menschen gebauten Neubaukomplex mit Einraumwohnungen noch „zusätzlich“ (1/24) Hilfe- und Pflegebedürftige<sup>27</sup>.

In diesem Wohnareal wird eine tageweise besetzte Arztpraxis integriert, wo sie als örtliche Gemeindeschwester mit einbezogen wird. Käthe wird zur assistierenden Begleiterin des Arztes. Darüber hinaus führt sie eigenständig behandlungspflegerische Maßnahmen durch („und ich habe Kurzwelle und was so anfiel jemacht“/27-28). Die episodische vor-Ort-Präsenz des Arztes wird evaluativ positiv dargestellt („das war`ne gute Einrichtung für die Einraumblocke.“/1/28-29). Der Wechsel zwischen eigenständigem Arbeiten und der assistierenden Begleitung des Arztes wird als ein befriedigender Arbeitszusammenhang empfunden.

Für sie entstehen gesicherte kooperative Zusammenhänge und verbesserte behandlungspflegerische Möglichkeiten, die sich von dem anfänglich provisorischeren Charakter ihrer Gemeindeschwesterntätigkeit abheben. In diesem Kontext verweist Käthe auch auf die enge Kooperation mit der Volkssolidarität („ und damals ham mer och eng mit der Volkssolidarität und Essenträgern zusammengearbeitet .“/1/29-30)<sup>28</sup>. Der von ihr dargestellte Arbeitszusammenhang scheint im Wesentlichen unproblematisch und institutionell gefestigt.

In einer Hintergrundkonstruktion werden gegenläufig dazu auch die Bedingungen und Schwierigkeiten in der ambulanten pflegerischen Versorgung („es war schon bisschen kompliziert alles“/2/13) kenntlich gemacht.

---

<sup>27</sup> Spezielle Wohnhäuser für Alte sollten, mit einem entsprechenden Versorgungsangebot versehen, eine Alternative zur stationären Versorgung bilden. Prinzipiell sollte eine stationäre Pflege vermieden werden, zumal die Heimkapazitäten nicht ausreichend vorhanden waren. Komplementäre Dienste und flankierende Maßnahmen zur Betreuung von Pflegebedürftigen wurden angestrebt, konnten aber im Kontext eines unterentwickelten Dienstleistungssektors in der DDR nur ansatzweise umgesetzt werden. Die soziale Betreuung reduzierte sich in der Regel auf das Sauberhalten und Heizen der Wohnung sowie auf die Wäsche- und Essensversorgung. Weitergehende Angebote und Dienstleistungen fehlten fast gänzlich (vgl. Schmidt 1991; 55 ff). Von einem altengerechten Wohnstandard kann somit nur bedingt ausgegangen werden.

<sup>28</sup> Das Monopol für die soziale Betreuung von Pflegebedürftigen lag in den Händen der staatlich organisierten Volkssolidarität. Ein Heer von etwa 40000 Mitarbeiter/Innen, in der Mehrheit hauptsächlich Hauswirtschaftshelfer/Innen, konnte den Anspruch einer sozialen Betreuung im qualitativen und quantitativen Sinne nur teilweise erfüllen. Die soziale Betreuung bezog sich in der Regel auf das Sauberhalten und Heizen der Wohnung, sowie der Wäsche- und Essensversorgung. Weitergehende Angebote und Dienstleistungen fehlten fast gänzlich (vgl. Schmidt 1991; 55 ff).

Entlang der sich zementierenden restriktiven Rahmenbedingungen entwickelt sie ein deutliches Gespür für die Grenzen des staatlichen Gesundheitssystems<sup>29</sup>. Die infrastrukturellen Mängel erforderten unkonventionelle und kreative Lösungen.

Ohne dass bei ihr eine ausgeprägte Politisierung deutlich wird, entwickelt Käthe kämpferische Attacken gegenüber administrativen Entscheidungsträgern und Behörden<sup>30</sup>. Sie wird dabei zum Anwalt der Patienten, d.h. versucht stellvertretend für die Betroffenen aktiv zu werden. Ihre Eingaben an den Staatsratsvorsitzenden E.H. zielen vor allem auf die behindertengerechten Umgestaltungen des Haus- und Wohnumfeldes (z.B. Wohnhäuser mit Fahrstuhl)<sup>31</sup>. Die dabei sichtbaren administrativen Begründungsmuster und Ausbremsungserfahrungen erscheinen paradox, führen aber nicht zur Abschwächung ihres persönlichen Engagements. Sie entwickelt in diesem Prozess individuelle Chaosstrategien, d.h. initiiert den Umbau von Wohnungen oder organisiert über „Westberlin“(2/13) Rollstühle für gehbehinderte Hilfe- und Pflegebedürftige.

Durch das rasante Wachsen dieses Stadtteils lässt sich eine singuläre Gemeindegewerkschaftstätigkeit nicht länger durchhalten. Komplementär zur territorialen Ausweitung des Versorgungsgebietes werden noch weitere Gemeindegewerkschaften eingestellt. Käthe skizziert wenig komfortable Arbeitsbedingungen mit weitreichenden zeitlichen Inanspruchnahmen.

„... und da ging's mit Fahrrädern los es gab ja keine Autos . //hm// und ham wir immer unsre Patienten früh und abends selbst versorgt //hm// ja .. und am Wochenende hat uns ein Kraftfahrer vom Stadt Krankenhaus gefahren ..“/1/19-20

Die Zunahme des Mitarbeiterstammes ist mit einem Aufrücken ihrer beruflichen Position verbunden. Als dienstälteste Schwester übernimmt sie die Leitung der an die Poliklinik S. angegliederten Gemeindegewerkschaftenstation. Parallel dazu absolviert sie eine einjährige Gemeindegewerkschaftenausbildung. Die Ausübung ihrer Leitungstätigkeit scheint an diese spezifische Weiterqualifizierung gebunden.

Durch die berufsbegleitende Ausbildung kommt es zu einem veränderten Arbeits- und Familienrhythmus. Sie muss ein- bis zweimal die Woche zur Schulung, ohne dass eine partielle Entbindung von der täglichen pflegerischen Arbeit erfolgt. Gemeinsam mit einer ebenfalls an der Fachqualifizierung teilnehmenden Mitarbeiterin führt Käthe eine morgendliche Patiententour durch, in der sie dann ausschließlich behandlungspflegerische Maßnahmen ausübt. Nach dem „Schulbesuch“ (8/10) sichert sie außerdem auch noch den Spätdienst ab. Die Behandlungspflege der Patienten bleibt in ihrer Verantwortung, d.h. wird nicht an andere Mitarbeiter/Innen delegiert. Da sie zu diesem Zeitpunkt bereits als Leiterin der Gemeindegewerkschaftenstation tätig ist, scheint sie für diese Regelung selbst verantwortlich zu sein. Implizit wird die Qualifizierung als eine persönlich zu erbringende Zusatzleistung eingestuft, die möglichst nicht zu Lasten ihrer Mitarbeiter/Innen gehen soll. Das auf die

---

<sup>29</sup> Aus den leitfadengesteuerten Interviews von King/Chamberlayne geht hervor, dass eine Vielzahl pflegender Angehöriger und auch Pflegeprofessionelle unter der gefühllosen Politik gegenüber den „unproduktiven Alten“ litten (King/Chamberlayne 1995; 14 f). Dieser Eindruck wird auch in der biographischen Gesamterzählung von Schwester Käthe vermittelt.

<sup>30</sup> Dieses Kampfmotiv scheint angesichts des permanenten Mangelcharakters der DDR Gesellschaft geradezu typisch (Kampf gegen die Behörden, um Ausstattungsfragen, z.B. beim Hausumbau, Telefon u.a.)

<sup>31</sup> Die Schaffung von altersgerechten Wohnungen blieb trotz hochtrabender Versprechungen völlig unzureichend. Spezielle Wohnhäuser für Alte sollten, mit einem entsprechenden Versorgungsangebot versehen, eine Alternative zur stationären Versorgung bilden. Komplementäre Dienste und flankierende Maßnahmen zur Betreuung von Pflegebedürftigen wurden angestrebt, konnten aber im Kontext eines unterentwickelten Dienstleistungssektors in der DDR nur ansatzweise umgesetzt werden (vgl. Schmidt 1991; 55 ff).

Familie ausgerichtete Zeitkontingent gerät unter Druck und erfordert veränderte Arrangements<sup>32</sup>. Durch ihre stärkere berufliche Einbindung ist eine Neuorganisation familiärer Betreuungsaufgaben notwendig. Dabei bleibt die Rolle des Ehemanns und Vaters unklar.

Die Kinder werden auch zu den abendlichen Spätdienststunden mitgenommen. Sie werden dabei ganz selbstverständlich in das Pflegesetting einbezogen, d.h. übernehmen kleinere Zusarbeiten und Dienstleistungen.

„...ja .. also abends sind meine Kinder die dann schon . en Fahrrad hatten oder so sind mitgefahren . //aso// ham 'auf mein Rad aufgepasst' (lachend gesprochen) .

I.: ach die sind mitgekommen// die sind dann mitgekommen . //wenn Sie unterwegs waren

Käthe: ja na . //hm// . oder sie ham e mal in der Apotheke was geholt und hams den Omis hingebraucht und so und ... doch . die warn das gar nicht anders gewohnt von klein an dann ja .“/9/4-10

So wie sie selbst auch als Kind in die Gemeindebetreuung einbezogen worden ist, werden nun auch die eigenen Kinder als Mithelfer in die berufliche Pflege integriert. In diesem Sinne kommt es zu generativ vererbten Zuordnungsmustern<sup>33</sup>. Das prozesshafte Hineinwachsen der Kinder in den ambulanten Pflegealltag erscheint retrospektiv unkompliziert, fast anekdotenhaft.

Die reibungslose Betreuung der Hilfe- und Pflegebedürftigen hat Priorität. Der sie verpflichtende Charakter der Arbeit spiegelt sich in den nicht in Anspruch genommen familiären Auszeiten wider<sup>34</sup>. Auch die Krankheiten ihrer Kinder sind für sie kein Grund, sich von der beruflichen Arbeit entbinden zu lassen („...eigentlich bin ich da nie zu Hause gewesen deshalb.“/9/12-13). Die Kinder begleiten sie z.T. auch im Krankheitsfall auf ihrer Patiententour. Dabei kann sie beispielsweise die Aufsicht über „ein krankes Kind“ (9/17) an „zwei ältere Damen“ (9/19) delegieren. Die von ihr betreuten Frauen helfen ihr bei der Absicherung des pflegerischen Dienstablaufs. Die advokatorische Übernahme der Aufsichts- und Fürsorgeverantwortung macht die alten Frauen „glücklich“(9/11).

„... und wenn se krank waren, dann hab ich se dann in so 'ner Einraumwohnung . warn zwei ältere Damen . die waren glücklich, wenn ich mal e krankes Kind hinsetzte und se sollten drauf aufpassen ja . „/9/10-12

Käthes Belastungssituation wird über dieses Arrangement positiv gewendet. Es entsteht ein reziproker Fürsorgerahmen, in dem sie gleichzeitig etwas von den Anderen bekommt und gibt. Der bei der Kinderaufsicht sichtbare freudenspendende Effekt bei den von ihr betreuten Frauen überdeckt die spannungsgeladene Balancierung zwischen familiären und beruflichen Betreuungsanforderungen. In diesem scheinbar perfekten Hilfesetting geraten schwierige

---

<sup>32</sup> Die vielfältige Gebundenheit an unterschiedliche Lebensbereiche erfordert ein stärkeres Aufsplitten von Zeit und Kraft. Die weitreichende Inanspruchnahme wird von Käthe aber nicht explizit problematisiert.

<sup>33</sup> Inwieweit aus ihrem inkooperierten Verständnis von Mitmenschlichkeit die Einbeziehung der Kinder in ihren beruflichen Betreuungsalltag auch erzieherisch intendiert ist, bleibt innerhalb des Erzählrahmens vage.

<sup>34</sup> Der Pflichtcharakter des Berufes wird explizit herausgestellt. Dass der Einzelne sich gegenüber seiner Erwerbsarbeit verpflichtet fühlen soll, stellt ein wesentliches Fundament der protestantischen Arbeitsethik dar. Tugenden wie Mäßigung, Verzicht und Selbstbeherrschung sind in diesem Kontext positiv besetzt. Sie werden zum Ausdruck eines „innerweltlichen asketischen Handelns“ (Weber 1991; 33 ff). Komplementär richtet sich der Blick aber auch auf die Bewältigung eigener Lasten bzw. Selbstpflegepotentiale. Woraus sie ihre Kraft schöpft bzw. wo sie ihre Lasten abladen kann, bleibt weitgehend verdeckt.

Schnittstellen tendenziell aus dem Blick<sup>35</sup>. Berufs- und Familienleben fließen ineinander, ohne dass eine deutliche Demarkationslinie sichtbar wird<sup>36</sup>. Das familiäre Modell bleibt auch in der Pflege prägend. Die berufliche Arbeit wird von ihr gewissermaßen familialisier<sup>37</sup>. Ihre Erinnerungen an die berufliche Pflegearbeit in der DDR sind trotz der schweren körperlichen Arbeit und der defizitären Pflegehilfsmittel und Verbandsmaterialien positiv gefärbt („und das schöne war ehmt zu DDR-Zeiten..“/9/23). Die von ihr beschriebene Arbeitssituation bezieht sich auf eine soziale Zeit, die sich von den gegenwärtigen Bedingungen deutlich unterscheidet. Der relationale Bezug zur Gegenwart schwingt in ihren (glättenden) Rückbetrachtungen mit<sup>38</sup>.

### 5.5.1 Unverarbeitete Einschnitte

Käthe zögert, ob sie schmerzhaftes Schnittstellen in ihrer Biografie darstellen soll oder nicht. Bisher abgedeckte Einschnitte in ihrem Leben werden bruchstückhaft, durch kurze Pausen unterbrochen, angedeutet. Tastend berichtet sie über den Tod eines „Familienmitgliedes“ (12/14). Ihr Sohn stirbt 1989 während eines Urlaubs im Alter von 20 Jahren<sup>39</sup>. Sein Verlust wird zum Riss innerhalb des familiären Gemeinschaftsrahmens. Der unverarbeitete Charakter dieses Todesfalls wird sichtbar.

„...1989 hab ich ehmt Familienmitglieder verloren und meinen einen Sohn verloren . //hm// ... das war natürlich 'ne große ((Enttäuschung)) .. das verkraftet mer nich bis heute ... und dann . war ((der Riss)) und dadurch .. aus 'm Urlaub nicht wiedergekommen ... war 20 Jahre alt ...“/12/21-24

Die lebensgeschichtliche Ausblendung dieses einschneidenden Ereignisses wird in seiner Genese angedeutet. In Bezug auf diesen dramatischen Schlag entwickelt sich eine Parallelität von fremder und eigener Vermeidungshaltung. Sie gönnt sich scheinbar keinen Raum bzw. Zeit für ihre Trauer. Sie arbeitet nach dem Tod ihres Sohnes weiter, ohne dass ein Innehalten oder eine kommunikative Begleitung durch Mitarbeiter/Innen und Verwandte erkennbar wird. Unverarbeitetes und Unausgesprochenes korrespondieren miteinander. Das Erleben dieser Situation bleibt reflexiv unzugänglich. Von Seiten der Ärzte wird ein themenbezogenes Tabu verhängt, d.h. niemand sollte sie auf ihren schmerzhaften Verlust hin ansprechen.

---

<sup>35</sup> Die Rolle des Ehemannes bleibt situationsbezogen ebenso undeutlich wie die Perspektive der Kinder.

<sup>36</sup> Die geringe Trennung zwischen Berufs und Privatleben macht sie zu einer Repräsentantin des traditionellen Schwesterntypus (dazu u.a. Dunkel 1994;).

<sup>37</sup> Geschlechtsspezifisch eingefahrene Sozialisationsmuster können im beruflichen Bereich nur schwer abgestreift werden. Innen- und Außensicht fließen z.T. ganz selbstverständlich ineinander. Frauen bringen typische „nicht-berufliche Dispositionen“ in die berufliche Arbeit ein (Beck-Gernsheim 1991; 8). Ihre Wahrnehmungen und Reaktionen sind von diesen Dispositionen geprägt. Berufliche Anforderungen werden anders aufgegriffen. Diese Besonderheiten scheinen gerade im häuslichen Pflegebereich unabdingbare Voraussetzung für gelungene Pflegearrangements. Der hochprivatisierte Innenbereich von Hilfe- und Pflegebedürftigen erfordert Fähigkeiten, die an persönliche familiäre Hausarbeitserfahrungen von zumeist weiblichen Pflegeakteuren anknüpfen (vgl. Piechotta 2000; 28).

<sup>38</sup> Das nach der Wende rasch aufgebaute dichte Dienstleistungsnetz ermöglicht eine umfassende Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen („und jetzt wird ja nun alles betreut rund um die Uhr“/2/15-16). Trotz dieser Verbesserungen scheint für sie im Rückblick die pflegerische Arbeit vor der Wende emotional befriedigender gewesen zu sein.

<sup>39</sup> Ein häufig symptomlos bleibendes Aortenaneurysma hat ursächlich zu seinem plötzlichen Tod beigetragen. Aussackungen der Aorta führen bei einem Durchbruch der arteriellen Gefäßwand (Wandschwäche der Tunica media) fast unweigerlich zum Tod (David 1987; 135). Im Kontext der lebensgeschichtlichen Bilanzierung berichtet sie noch einmal sehr bewegt über den Tod ihres Sohnes. Dabei bittet sie mich das Tonband auszuschalten.

“...und auch alle Ärzte, die ich kannte und so die ham 'wahrscheinlich' (betont gesprochen) das hab ich später erfahren allen gesagt, es soll mich keiner ansprechen und das war gut so..“ /12/32-33

Ihr dazwischen geschobener Relativismus deutet eher auf die anhaltende Virulenz dieses Ereignisses hin<sup>40</sup>.

„... ich meine ich will mal sagen . einfach hat mer hams sicher alle nicht .“ /12/12

Ihr stiller Schmerz scheint sich durch die versiegelnde Ausgrenzung und Tabuisierung des Todesereignisses zu einem stecken gebliebenen Trauerprozess zu verdichten. Es wird gerade das nicht angesprochen, was eigentlich verarbeitet werden müsste! (Schütze 1995; 119).

Falsche Schonungen machen diesen Einschnitt zu einem manifest bleibenden unbegreifbaren Ereignis (vgl. Köther/Gnamm 1995; 688-713). Die durch den unerwarteten Verlust des Sohnes ausgelöste Anästhesierung hält an<sup>41</sup>.

Parallel zum Tod ihres Sohnes kommt es zu einer weitreichenden gesellschaftlichen Umbruchsituation. Ihr destabilisierender Erleidensprozess wird möglicherweise auch durch die rasanten kollektiven Veränderungen abgebrochen bzw. umgelenkt.

## 5.5.2 Wandel und Kontinuität des beruflichen Arbeitsfeldes

Durch die Wende kommt es zu einer umfassenden strukturellen Veränderung ihres beruflichen Handlungsfeldes. Diese einschneidenden Veränderungen werden auf das Jahr 1990 datiert. In ihrer Darstellung wird die Übernahme westdeutscher Organisationsstrukturen stark verdichtet.

Die zusammenbrechende poliklinische Anbindung wird vertraglich aufgelöst. Sie meldet sich auf dem Arbeitsamt und arbeitet bereits am nächsten Tag als ambulant pflegende Krankenschwester weiter. Diese Veränderung erfolgt gemeinsam mit anderen Gemeindeschwestern. Die Arbeit der Gemeindeschwesternstation wird am nächsten Tag einfach unter anderem Namen weitergeführt. Der übergangslose kollektive Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit erscheint als gelungener Coup.

Käthe bemüht sich auf ihrem Territorium um eine organisatorische Anbindung an einen freien Wohlfahrtsverband. Eine administrativ geregelte Zuordnung und Anbindung von Stadtbezirken an unterschiedliche freie Wohlfahrtsverbände wird innerhalb kürzester Zeit vollzogen.

Ihr bisheriges Einzugsgebiet wird planerisch zum Betätigungsgebiet der Arbeiterwohlfahrt erklärt. Von noch lebenden „Veteranen“ (10/18), die vor dem II. Weltkrieg Mitglied der Arbeiterwohlfahrt waren, ist der Verband gerade neu gegründet worden<sup>42</sup>. Die kommunalen

---

<sup>40</sup> Hier wird ein thematischer Abbruch (Thematisierungsstumpf) vollzogen (Schütze 1984). Im Erleiden wird auch das „innere Territorium“ fremd (ebenda). In diesem Sinne bleibt der proportionale Gehalt (sich“ über etwas“ zu verständigen bzw. zu berichten) in diesem Themenbereich unklar und weitgehend unaufgehellt (vgl. Searle 1994; 40 ff). Das nahe gehende Ereignis überfordert ihre Verarbeitungsressourcen und kann nicht ohne weiteres erkannt und artikuliert werden. Die Distanz zum lebensgeschichtlichen Riss scheint noch nicht groß genug, um den unerwarteten Verlust ihres Sohnes in die biographische Gesamtgestalt einzuordnen. Das Allzunah-Gehende wird abgeschlossen., d.h. der Tod des Sohnes bleibt auch weiterhin ein thematisches Tabu. Es entsteht ein sich lebensgeschichtlich absplattendes Gefühl.

<sup>41</sup> Komplementär dazu erscheint sie im Umgang mit Sterben und Tod auch in der beruflichen Pflege tendenziell blockiert. Dieser Bereich pflegerischen Handelns bleibt heikel.

<sup>42</sup> Im Gegensatz zu Wohlfahrtsverbänden ,die bereits zu DDR Zeiten bestanden und wie z.B. die Diakonie und die Caritas eine ähnliche Aufgabenstellung und Struktur aufwiesen wie in der Gegenwart bzw. die Verbände, die sich aus den

Entscheidungsträger leisten bei der Gründung der Verbände der freien Wohlfahrt planwirtschaftliche Gründungshilfe. Diese „protektionistische Mentalität“ steht ganz im Kontext einer raschen Übertragung des westdeutschen Wohlfahrtssystem (Olk/ Pabst 1997; 23). Der neu bzw. wieder installierte Träger kann im Pflegebereich zum großen Teil auf das Fachkräftepotential der vormaligen poliklinischen Gemeindegewerkschaft zurückgreifen<sup>43</sup>.

„...wir waren sieben Gemeindegewerkschaften . und . fünf davon . //ja// . ham dann weitergemacht zweie sind in de Ambulanz ..“/10/39-40

In diese verbandsbezogene Aufbauphase ist Käthe vor Ort maßgeblich involviert. Sie erhält dabei das Mandat die AWO Sozialstation zu leiten und wird zu einer engagierten Gestalterin des sich wandelnden Arbeitsbereiches.

Als verantwortliche Pflegedienstleiterin ist sie insbesondere in der Nachwendezeit eine Protagonistin der von ihr beschriebenen Organisationsentwicklung. Ihr persönliches Engagement ist aufs engste mit dem Institutionalisierungsprozess der AWO- Sozialstation verwoben. Ihre Aktivitäten und Entscheidungen haben das Gesicht des Pflegedienstes geprägt. Über die mit Ich-Bezügen versehenen (beruflichen) Ereignisknotenpunkte („da hab ich mich mit Volkssolidarität äh Samariterbund und DRK zusammengesetzt..“/1/33-34) werden Käthes bedeutsame Pionierleistungen sichtbar<sup>44</sup>.

Ihre kollektiven Einbettungen werden in diesem Zusammenhang episodisch aufgehoben.

Bei den Aushandlungsprozeduren mit den im Pflegesektor tätigen Trägern vertritt sie die Interessen der AWO.

Die häusliche Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen in H. wird zwischen den Trägern regional aufgeteilt. Sie wird zu einer maßgeblichen Entscheidungsträgerin bei der organisatorischen Neuordnung des ambulanten Pflegesektors in H.. Die aushandelnde Aufteilung der Betreuungsregionen erfolgt über die ehemaligen DDR-Wählerlisten. Die

---

ehemaligen Massenorganisationen gebildet haben (DRK und Volkssolidarität), konnte die Arbeiterwohlfahrt und der Paritätische Wohlfahrtsverband nicht an Vorläuferorganisationen anknüpfen.(vgl. Olk/ Pabst 1997; 359). Sie wurden somit nach sechzig Jahren Unterbrechung neu gegründet, d.h. sie waren in Ostdeutschland weitgehend unbekannt, dafür aber auch politisch unbelastet. Die politische Unterstützung der neuen politischen Eliten war deshalb gegenüber diesen Trägern zumeist sehr hoch (ebenda; 361). Die AWO konnte nur z.T. auf in der DDR strukturkonservierte „Restbestände“ eines traditionellen (sozialdemokratischen)Arbeitermilieus zurückgreifen. Von einer im klassischen Sinne sozioökonomischen Interesseneinbettung kann bei diesen Verbänden nicht mehr ausgegangen werden (ebenda; 362). In diesem Sinne gewinnt das persönliche Ansehen von Käthe bzw. ihr territorialer Bekanntheitsgrad an Bedeutung. Der unbekannt (gesichtslose) Träger war insbesondere in der Gründungsphase auf solche, Reputation verleihende Gesichter angewiesen. Ohne dass bei ihr eine sichtbare Affinität zu diesem traditionell auf sozialen Arbeitermilieus sich stützenden Verband erkennbar ist, wird sie zum glaubwürdigen Tendenzträger der sich institutionell dort andockenden Sozialstation. Finanziell wurde der flächendeckende Aufbau von Sozialstationen in wohlfahrtsstaatlicher Trägerschaft im Rahmen eines von der Bundesregierung initiierten Soforthilfeprogramms von 1990 mit 32 Mio. DM gefördert (ebenda; 363). Olk/ Pabst (1997) bezeichnen diese Aufbauphase, in der die analog zum westdeutschen Sozialsystem spezifische Rahmenbedingungen und verbandspolitische Herausforderungen bewältigt werden mussten als -Konstituierungsphase-. Diese bezieht sich in etwa auf die Zeitspanne zwischen 1990-1992. Die daran anschließende Konsolidierungsphase bezieht sich dann auf den Zeitraum von 1993-1995 (ebenda; 366).

<sup>43</sup> Das Potential an Fachkompetenz und Erfahrung (Gemeindegewerkschaften, Fürsorgerinnen, Hauswirtschaftlerinnen) blieb in diesem Bereich weitgehend erhalten. (Kleinstück et al 1995; 13 f).

<sup>44</sup> Käthe entwickelt stark nach außen gerichtete Handlungsaktivitäten. Dadurch wird eine scheinbar überhastete Renormalisierung und Kontrollierung der Verlustsituation (Tod des Sohnes) vollzogen. Ihr (unerbittlicher) Aktivismus bleibt unter dem Aspekt der biographischen Verarbeitung ambivalent. Muss aber erst alles total zusammenbrechen, um wirkungsvolle biographisch relevante Bearbeitungsstrategien zu entwickeln bzw. innerlich zu übernehmen (Schütze 1984; 90).

dokumentarischen Belege eines sich gesellschaftlich auflösenden Rahmens ermöglichen die marktförmige Aufteilung des Pflegesektors<sup>45</sup>.

Trotz dieser Umbruchsituation bleiben bisher bestehende Pflegearrangements im wesentlichen Maße erhalten. Der bisher betreute Patientenstamm wird größtenteils weiterbetreut („...naja wir hatten damals ja schon unsern Patientenstamm .. stamm und ham eigentlich auch weitergemacht ..“/10/45-46; „...zuerst hatt mer ja noch die gleichen Patienten in unserem Stamm...“/9/48-49). Auch die Zusammenarbeit mit regional niedergelassenen Ärzten erweist sich als stabil. Der lokale Bekanntheitsgrad der AWO-Sozialstation wird als hoch eingeschätzt. Bestehende Kooperationsbeziehungen können weitgehend gesichert und ausgebaut werden.

„...und jeder wusste, dass hier in der Weißen Straße ein Anlauf ist . //hm// deshalb fand ichs (?), dass es bis heut noch hier ist ja . in der eins und in der sechs war so 'ne Arztpraxis hier ..“/9/49-51

Käthe umreißt knapp die Veränderung der infrastrukturellen Bedingungen in der häuslichen Pflege. Durch die Bereitstellung von z.T. gesponserten Pkws („hab ich dann von der Deutschen Bank...ein Auto gekriegt“/1/41-42) werden die bis dahin üblichen Fortbewegungsmittel zunehmend überflüssig. Der Führerschein wird zu einem bedeutsamen Qualifikationsmerkmal, das darüber (mit-)entscheidet, ob der Beruf fortgesetzt werden kann oder nicht.

„naja und dann krichten mer immer noch mal en Auto dazu, wir hatten aber einige Schwestern dabei, die nich Auto fahren konnten..en paar ham aufgehört, en paar ham Fahrschule gemacht..“/1/45-47

Die Veränderungen der beruflichen Arbeit werden ganz im Kontext eines gesellschaftlich bedingten Strukturwandels im ambulanten Pflegesektor plausibilisiert. Der schwierige Übergangsprozess erfordert ein situativ flexibles und rasches Reagieren. Die anfallenden Handlungsaufgaben werden erfolgreich gemanagt, d.h. sie kann sich scheinbar problemlos auf die neuen Anforderungen einstellen.

Die Verwobenheit von subjektiver beruflicher Erfahrung und Gesellschaftlichem wird eindrücklich dargestellt (Kohli 2001). Dabei wird eine kontingent engagierte Haltung sichtbar. Die enge Anbindung bzw. Zugehörigkeit mit dieser sozialen Welt wird deutlich.

### *5.5.2.1 Unbekannte Systemlogik und Orientierungseinbrüche*

Gegenläufig dazu wird der gelungene organisatorische Übergang durch das Einblenden der Patientenperspektive aufgebrochen. Die Übernahme des westdeutschen Sozialsystems ist mit bürokratischen Neuanforderungen verbunden, die viele Hilfe- und Pflegebedürftige nicht allein bewältigen können. Insbesondere die Zeit nach der Wende erforderte einen hohen Beantragungsaufwand. Der Druck zur beschleunigten Aufnahme dieser Regeln wird kontrastiv zur prozesshaft gewachsenen Einsozialisation "westdeutscher Bürger"/15/9 gesetzt. Das Erlernen der neuen Systemlogik erfolgt gewissermaßen parallel. Sowohl die beruflich Pflegenden als auch die Hilfe- und Pflegebedürftigen müssen sich neu orientieren, wobei die

---

<sup>45</sup> Die Symbolik dieses Vorganges scheint Käthe nicht explizit bewusst. Aus der beschleunigten Umstrukturierung des staatlichen Gesundheitssystem entwickeln sich Prozeduren, die nicht frei von Ironie (Ironie des Schicksals) sind. Der Werkzeugcharakter dieser Listen, welche in besonderer Weise zur Durchführung von pseudodemokratischen Wahlen in einer antikapitalistisch eingestellten Diktatur dienten, hilft nun bei der Etablierung eines sozialstaatlich ausgerichteten kap. Wohlfahrtssystems.

beruflich Pflegenden bereits als Vermittler und Ratgeber von sozialen Hilfen und Dienstleistungen auftreten müssen<sup>46</sup>.

„...es schlimmste für die Patienten ist vor allen Dingen och nach der Wende der Bürokratismus . die ganzen Formulare die Anträge und wenn mer da hier keene Fürsorgerin gehabt hätten . //hm// da hätt mer durchgehangen also das .. kann mer gar nich . un mer muss ja die Mindestgrenze ham muss mer Anträge stellen für Mietzuschuss für . Fernsehen und für alles Mögliche . für de Apotheke . und alle halbe Jahre widder für de Apotheke und das sind Sachen also .. die kann en Alleinstehender gar nich ja . //hm// manche ham das nicht gewusst . was mer da alles machen kann und machen muss en westdeutscher Bürger hat das .. sei Le- is sein Leben die kennen das nicht anders . ja und hier musste das ja alles erst kommen ...“/15/2-10

Die schwierigen Turbulenzen der Nachwendezeit sind mit ungeordneten Fremdheitserfahrungen verwoben die bruchstückhaft eingeblendet werden.

Käthe deutet in diesem Kontext anomische Strukturen an, die dramaturgisch undetailliert mit verantwortungslosen familiären Entbettungen und hilflos überforderten Patienten verwoben sind. Implizit wird von ihr die Abnahme des Gemeinschafts- und Familiensinn beklagt, der mit einem schlagartig hereinbrechenden Individualisierungsdruck kontrastiert.

„...ja . also es gibt gab ja Patienten, die ham drei Jahre nach der Wende noch keinen neuen Personalausweis gehabt . //hm// .. weil se da gar nichts weiter von . wussten, es hat ihnen keiner geholfen . //hm// ja Angehörige warn teilweise verschollen, die sin irgendwohin gezogen und das war's . „15/13-16

Aus dieser Perspektive wird in einen evaluativ abschließenden Kommentar diese Umbruchphase als "schlimme Zeit" (15/16) eingeschätzt.

### 5.5.3 Stippvisite im Westen

Käthe nutzt unmittelbar nach der Wende die Möglichkeit einer beruflichen Hospitation in einer westdeutschen Großstadt.

„...ich habe .. Anfang 1990 .. in den Ferien in Karlsruhe gearbeitet .. „/9/27

Sie will die strukturell anders gewachsene Pflege in Westdeutschland direkt vor Ort kennen lernen. Ihre Neugierde führt zu aktiven Umsetzungsstrategien. Käthe setzt dafür einen Teil ihres Urlaubs ein. Das berufliche Hineinriechen in das westdeutsche System der ambulanten Pflege wird (auch hier) zu einer Art Zusatzleistung, die scheinbar nicht zu Lasten anderer Mitarbeiter/Innen gehen soll. Der in ihrer freien Zeit vollzogene Arbeitsausflug kennzeichnet sie als engagierte Schwester mit weitreichender Überschussmotivation.

Über die politisch Verantwortlichen in H. wird Käthe an das örtliche Diakonissenkrankenhaus in K. vermittelt, wo sie für vierzehn Tage als Gemeindeschwester tätig ist. Durch diesen Arbeitsbesuch entwickelt sich ein partnerschaftlicher Kontakt zu den dort tätigen Schwestern. Es kommt zur Institutionalisierung von wechselseitigen Arbeitsbesuchen.

---

<sup>46</sup> Orientierung und Überblickswissen zu finden und gleichzeitig bereits advokatorisch vermitteln bzw. weitergeben zu müssen, wird zu einem Spannungsgeladenen, mit Überforderungen verbundenen Handlungsdilemma.

„...da hab ich über'n Bürgermeister .. 'ne Anschrift jekricht vom Bürgermeister in Karlsruhe und hab dort im Diakonissenhaus als Gemeindegeschwester gearbeitet //hm// weil ich mal sehen wollte wie das dort ist ja . //hm// . 14 Tage . (lauter Straßenlärm im Hintergrund) und dann später wie ich die AWO gegründet hatte .. da ham wir als Partnerschaft ja Karlsruhe gehabt . //ja// . und da sind Karlsruher Schwestern auch hergekommen . und da bin ich auch noch mal 14 Tage gewesen . da is aber jeder von unsern Schwestern dann auch mal hingegangen.“/10/27-34

Ihre beruflichen Einblicke in das westdeutsche System der Pflege führen zu relationalen Bezügen auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Die auf sie einströmenden neuen Erfahrungen spiegeln sich in einer gemischten Bilanz von Gewinnen und Verlusten wider. Der materielle Mangelcharakter und Modernisierungsrückstand in der DDR wird durch das Erleben von ausreichend zur Verfügung stehenden Pflegehilfsmitteln und komfortableren infrastrukturellen Bedingungen explizit markiert.

„... wir haben Gummihandschuhe . //hm// das war 'ne Rarität früher . //hm// also der Geruch von vom . andern Patienten zum nächsten .. ist dadurch entfallen ja .. wenn mer gewandelt hat, wir ham Windeln, wir brauchten nich mehr die Bettlaken selber auszuwaschen und solche Sachen, das ham mer ja alles machen müssen.“/21/46-50

In diesem Kontext erscheint die pflegerische Arbeit in der DDR körperlich schwerer, schlechter organisiert und technisch rückständiger. Insgesamt werden die äußeren Standards in Käthe als arbeitserleichternd und qualitativ höher eingestuft.

„...na ich muss sagen . da . ham wir schwerer gearbeitet als ich das dort empfand .. da wir Räder hatten die hatten Autos ja . und und das lief alles mit Essen und sonst was wir hams Essen of . äh in Taschen getragen oder die Essenträger von der Volkssolidarität hams ausgetragen und auf einmal war alles . gleich gewärmte Behälter und so was Mikrowelle, das kannte mer ja nich ja also . //hm hm// . nur .. moderne Sachen . ging fing mit 'n Pampers an mit 'n Windeln ...“/10/34-39

Gegenläufig dazu befremdet sie die strikte Orientierung an bürokratischen Verfahren und wirtschaftlichen Parametern. Der pflegerische Auftrag ist von ärztlichen Verordnungen und Genehmigungen der Kostenträger abhängig. Ohne dieses verrechtlichte Mandat bzw. der Kostenabsicherung von Abrechnungsträgern (Krankenkassen) wird von den Schwestern in Käthe keine Fremdpflege durchgeführt. Diese Logik wird von ihr nicht „verstanden“ (9/43). Trotzdem sie weniger Patienten zu betreuen hat als in H., wird die Pflege als bürokratischer und hektischer empfunden. Die von ihr angedeuteten kommunikativen Abkürzungsstrategien des Pflegepersonals gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen werden zum Ausdruck einer distanzierteren unpersönlicheren Pflege, die mit ihrem pflegerischen Grundverständnis kollidiert.

„ja also ... es war unpersönlicher schon . //hm// ja .. also .. die Schwestern die ham immer gesagt . wir könn nich lange diskutieren, wir müssen weiter und so obwohl ich sagen muss . wir ham dort wenjer Patienten betreut am Tag . als ich's gewohnt war .. ja aber das ist der ganze Bürokratismus und der ganze Schreibkram und was da ehmt so alles war.“/10/14-18

Die kommunikativen Verarmungstendenzen werden holzschnittartig in eine systemtypische Logik der Vergegenständlichung eingebettet (vgl. Habermas 1998; 201 f)<sup>47</sup>. Der wiederholte Verweis auf den ausufernden Dokumentations- und Abrechnungsaufwand offenbart den Widerstand, den sie gegenüber dyadisch kalten Tätigkeiten verspürt. Dass sich die verbesserten materiellen Bedingungen und geringen Patientenzahlen nicht zwangsläufig in einer interaktiv befriedigenderen Pflege niederschlagen, bleibt für sie paradox. Sie orientiert sich am sichtbaren Betreuungsbedarf von Hilfe- und Pflegebedürftigen.

Dieses Handlungsverständnis wird als systemimmanente Pflegeorientierung markiert. Der Angestelltenstatus von städtischen Gemeindeschwestern in der DDR hat die ökonomische Logik eher in den Hintergrund gerückt. Der Gehaltsempfängerstatus wird zu einem typischen Etikett für ostdeutsche Pflegekräfte.

„... und da wurde mir immer gesagt die waren Gehaltsempfänger von der Stadt .. und wir sind ein eigner Träger und wir können uns nur erarbeiten wenn . wir das Ja kriegen von 'n 'Ärzten und von der Kasse ja .. und das war schon 'ne Umstellung also..“/9/44-47

Eine offensive Orientierung an Patientenzahlen bzw. restriktiv gehandhabten Betreuungseinstufungen bestand in diesem Sinne nicht<sup>48</sup>. Trotz der beschriebenen Mangelzustände erscheinen in Käthe Darstellung die Betreuungsmuster in der ehemaligen DDR als personal verbindlich und bürokratisch unkompliziert.

Die Übernahme des pflegerischen Auftrags erfolgt scheinbar aus einem situativ sichtbar gewordenen Hilfebedarf. Über z.T. informalisierte Ansprachen mit den Ärzten erfolgen Pflegeeinsätze, ohne erst die abgeschlossenen Procedere von ärztlichen bzw. kostenrechtlichen Legitimationen abzuwarten.

„...die Ärzte ham ja ehm sonst bei uns angerufen und ham gesagt ich war dort und dort zum Hausbesuch und der geht's nicht gut .. versorgen Sie die bitte mit ja . und da wurde die mit versorgt ..“11/3-6

---

<sup>47</sup> Gesellschaftliche Modernisierung zeigt sich u.a. im Verwaltungsstaat (institutioneller Kern: Bürokratie). u. der kap. Wirtschaft (institutioneller Kern: Unternehmensorganisation). In diesen Sektoren wird die Modernisierung der Gesellschaft sichtbar, d.h. dort entwickelt sich auf der Basis rationaler Organisation zweckrationales Handeln (teleologisch, rational erstrebte Zwecke...). Sie werden zu Schrittmachern der gesellschaftlichen Modernisierung (Habermas 1998: 207). Schattenseiten und Verluste dieser Entwicklungen drücken sich in Zwängen bzw. Kolonialisierungen aus, die schlaglichtartig mit Disziplinierungen, inneren Fesselungen, Bürokratisierung, Verrechtlichung, Monetarisierung in Beziehung gesetzt werden können. Über diese Begriffspalette entsteht das düstere Bild einer verwalteten Gesellschaft. Bei M. Weber überwiegt die Skepsis gegenüber dem „Charisma der Vernunft“ (Weber 1991) . Ein Ausweg aus der sozialen Desintegration und Fragmentierung bleibt undeutlich. Ein (kollektives) integratives sinnstiftendes Moment der Gesellschaft im Kontext emanzipativer Potentiale der Vernunft wird nicht entfaltet. Eine kollektive Hoffnung auf Versöhnung erscheint vergeblich. Die Versöhnung wird in das Einzelsubjekt verlagert. Freiheit wird individuell gedacht und kann sich aus der eigenen Lebensgeschichte privat verwirklichen. Es entsteht eine existentielle Herausforderung für das Individuum. Nur ein starkes Subjekt kann in glücklichen Fällen der zerrissenen Gesellschaft einen einheitsstiftenden Lebensentwurf entgegensetzen. Der verwalteten und zerrissenen Gesellschaft steht ein „trotziges Individuum“ bzw. ein „trotziger Individualismus“ entgegen (Habermas 1998; 209). Diese von Weber erstellte Konstruktion der verwalteten Gesellschaft wird im westlichen Marxismus radikalisiert, d.h. die funktionalen Imperative des Staates, der Ökonomie, führen zu Übertragungen und Deformierungen der Persönlichkeitsstrukturen (ebenda; 210).

<sup>48</sup> Die Gemeindeschwestern waren beim Gesundheits- und Sozialwesen angestellt und fachlich einem Arzt, der in der Poliklinik bzw. einer staatlichen Arztpraxis beschäftigt war, zugeordnet (Kleinstück et al 1995; 12). Im Gegensatz zu den von Käthe beschriebenen bürokratischen Prozeduren, die in ihrer Schematisierung zum repräsentativen Gegenbild zur Pflege in der DDR werden, erscheinen die Vorgaben und Leistungsabrechnungen relativ unbürokratisch. In (informeller) Abstimmung mit dem Hausarzt wurden notwendige Betreuungsmaßnahmen weitgehend selbstständig umgesetzt. Das zumeist unkontrollierte Agieren der staatlichen Gemeindeschwestern hängt auch mit Unterversorgungen, insbesondere in den Großstädten und Ballungsgebieten, zusammen. Darüber hinaus wurde in der DDR nicht zwischen „Behandlungsfall“ und „Pflegefall“ unterschieden (ebenda; 13). Die kategoriale Einstufung in Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gab es so nicht, was nach der Wende zu Abrechnungsproblemen führte.

Die gegenläufigen Erfahrungen in Käthe werden als irritierender Einbruch von ökonomisch geprägten Rationalitätsstandards bzw. Relevanzverschiebungen erlebt, der in diesen Ausmaßen zu Umstellungsschwierigkeiten führt.

Ihre aus diesen Aufprallerfahrungen heraus vollzogenen Rahmungen sind durch ineinanderfließende Wechsel von subjektiven und systemtypischen Zuordnungen geprägt. Diese Verwechselungen führen zu polarisierenden Gegenüberstellungen. Die traditionelle Pflege in der DDR wird in dem Maße mit Sinn aufgeladen, wie das moderne (westdeutsche) Pflegesystem tendenziell sinnentleert erscheint.

„... . Pflegebetten beantragt, in Karlsruhe wurde uns gesagt wenn der Arzt .. en Schein ausschreibt und der geht jetzt zur Krankenkasse und die Krankenkasse sacht nich äh . wir genehmigen das . //hm// da fangen wir dort nich an zu arbeiten . //hm// und das hab ich überhaupt nich verstanden . ich habe gesagt, wenn da e Patient ist der Hilfe braucht da fängt mer an . „/9/40-44

### 5.5.3.1 Verbesserter Arbeitsrhythmus

Organisatorische Umstrukturierungen des Arbeitszeitrhythmus werden dagegen als positiv bewertet. Das traditionelle Modell der ganztägigen Inanspruchnahme wird durch die Einführung des Zwei-Schichtsystem aufgelöst. Der zyklische Wechsel von Früh- und Spätdiensten ermöglicht größere zeitliche Spielräume. Eine stärkere Trennung von beruflicher und privater Zeit ist im Gegensatz zur früher eher möglich.

Das Festhalten am alten Arbeitszeitraster lässt sich so nicht mehr aufrechterhalten.

„...nur was dazukam wir ham . früher . unsere Patienten früh und abends selber gemacht //hm// jede Schwester ob se abends was vorhatte oder nich wurde vorher noch gespritzt und so //hm// . und jetzt wurde ja en Schichtdienst eingerichtet . dass mal die eine früh und spät hatte und die andre 'n (?) Dienst hatte //hm// . und dadurch mer abends doch unabhängiger war also das //ja// war schon e Vorteil .“/10/46-50

Die hierarchisierende Unterordnung privater Interessen unter ein ausuferndes, sich über den ganzen Tag erstreckendes Arbeitszeitregime, bleibt problematisch<sup>49</sup>. Die in der Regel günstigeren, im Vergleich zu stationären Abläufen flexiblen Arbeitszeitstrukturen müssen auf der AWO-Sozialstation erst institutionalisiert werden. Die stärkere Berücksichtigung bzw. Parallelität von beruflicher und privat-familiärer Zeit stellt eine späte Errungenschaft dar. Das für sie noch selbstverständliche Ineinanderfließen unterschiedlicher Lebensbereiche wird zum Auslaufmodell. Die Schnittstelle zwischen Privatem und Beruflichem wird nun deutlicher erkennbar.

## 5.4 Überschießende und gebrochene Ökonomisierung

---

<sup>49</sup> Flexible Arbeitszeiten, die primär strukturell organisiert werden, d.h. subjektiv kaum beeinflussbar sind, skizzieren eine Differenz (Spannung von Wunscharbeitszeit und tatsächlichen Arbeitszeitmustern), die in Bezug auf die Motivation und Ausfallzeiten der Mitarbeiter/Innen bedeutsam bleibt (Büssing. 1995;32 ff). Ungünstige Arbeitszeitstrukturen erzeugen eine erhöhte Fluktuationsneigung. Nach einer Prognose-Studie würden 40 % der ausgestiegenen Pflegekräfte in ihren Beruf zurückkehren, wenn die Arbeitszeiten günstiger wären (ebenda).

Sie kann den neuen (marktwirtschaftlichen) Pflegerahmen nur schwer in ihr bisheriges konzeptionelles Verständnis von Pflege integrieren<sup>50</sup>. Die in diesem Umfang neue Strukturlogik von Pflege berührt inkooperierte Werte, die weitgehend schematisch nebeneinander gestellt werden. Entlang dieser marktwirtschaftlichen Stippvisite kommt es zu typisierenden Zuordnungen. Ihre Kurzeinblicke in das westdeutsche Pflegesystem verdichten sich zu einer Bezugsfolie, auf der die nachfolgenden Entwicklungen ausgebreitet werden können. In diesem Sinne ist für Käthe in H. das eingetreten, was sie auf irritierende Weise bereits in Käthe wahrgenommen hat.

Die zunehmende Ausweitung kostenrechtlicher Genehmigungsverfahren ist mit „komplizierten“ (11/7), zeitverzögernden Hin- und Rückbewegungen verbunden. Dabei werden die Krankenkassen tendenziell als unflexible, stark bürokratisch formierte Organisationen etikettiert.

„...jetzt ging nu alles über Krankenkassen also immer erst noch . en Rückweg und widder zurück //hm// .. das war schon bisschen komplizierter ..“/11/6-7

Ohne entsprechend formalisierte Anordnungen und Kostenübernahmen können scheinbar keine Pflegemaßnahmen mehr durchgeführt werden. Käthe deutet in diesem Zusammenhang eine Verschiebung des Verantwortungsgefüges an. Die formal stärker organisierten Strukturen in der Pflege führen zu einer veränderten Rationalität, in der eingeschliffene, informell-kommunikativ geregelte Zusammenhänge unzureichend integriert werden können. Bisher unbürokratisch vollzogene Pflegeeinsätze werden zunehmend verhindert. Dass Pflege zu einer abrechenbaren Tätigkeit bzw. Produkt verkümmert und sie darüber hinaus bei den Ärzten um Patienten werben muss, damit der wirtschaftliche Fortbestand der Sozialstation gesichert bleibt, ist für sie problematisch<sup>51</sup>.

„.. und auch nachher hier zu den Ärzten zu gehen und zu sagen ham Sie irgendwie Patienten noch äh .“/9/47-48

Diese Typisierungen werden gegenläufig aufgebrochen. Das marktwirtschaftliche Szenarium wird in anderen Erzählzusammenhängen abgemildert.

#### 5.5.4 Moderate Konkurrenz zwischen den verbandlichen Pflegeanbietern

Das konkurrenzlose Agieren des für bestimmte Regionen zuständigen Trägers wird einige Jahre eingehalten. Durch die einbrechende Konkurrenz der privaten Schwestern werden diese Absprachen ausgehöhlt. Eine sichere regionale Abschottung gegenüber anderen Pflegeanbietern lässt sich nicht mehr aufrechterhalten.

Das Eindringen der privaten Pflegeanbieter in bis dato konkurrenzfreie Zonen verändert die regionale Pflegelandschaft. Die zunehmende Marktöffnung führt zu erweiterten

---

<sup>50</sup> Die (utilitaristischen) Abwägungen, inwieweit man sich persönlich mit veränderten Regeln arrangieren kann, die bisher als richtig anerkannte Hingabemuster in Frage stellen bzw. relativieren, berührt das persönliche Selbstkonzept der Akteure. Das Sich-Anpassen bzw. Arrangieren an veränderte Bedingungen und Regeln erscheint potentiell konfliktuös. Inwieweit der einzelne Akteur bewusst oder unbewusst die veränderten Gegebenheiten akzeptiert und legitimiert oder nicht bleibt immer auch ein eigenverantwortlicher Prozess (H. Becker 1960; 18 ff).

<sup>51</sup> In diesem Kontext verschiebt sich auch das (kommunikative)Verhältnis zu den Ärzten, da sie im entscheidenden Maße auf die Vermittlung von Pflegebedürftigen an einzelne Pflegedienste Einfluss nehmen können. Im Gegensatz zu eher flacheren Hierarchien bzw. aufeinander bezogene Kooperationen (frei von Konkurrenzdruck) verstärken sich möglicherweise machtvolle Zuweisungsmechanismen und Statusgrenzen.

Einzugsgebieten, in denen mehrere ambulante Dienste nebeneinander agieren und konkurrieren. Die verlängerten Fahrzeiten werden bis zu einer bestimmten Grenze in Kauf genommen. Bei sehr langen Anfahrtswegen deutet Käthe an, dass den vor Ort präsenten Pflegediensten, die im unmittelbaren Umfeld der Hilfe- und Pflegebedürftigen vorrangig tätig sind, eine vorzugsweise Betreuung eingeräumt wird. In diesem Kontext scheint der Konkurrenzkampf zwischen den Anbietern moderat zu sein. Die ökonomische Logik ist ab einem bestimmten Punkt sekundär. Entscheidend bleibt für sie, dass die Hilfe- und Pflegebedürftigen „pünktlich“ (1/39) betreut werden. Entlang dieser Prämisse erfolgen freiwillige Rückbewegungen bzw. Übernahmeangebote gegenüber den vor Ort niedergelassenen Anbietern. Eine Betreuung um jeden Preis wird tendenziell vermieden.

„wir geben aber viel ab, was zu weit ist..denn da könn mer nich pünktlich die Patienten betreuen und das bringt nischt...und nun macht immer der Verein der in der Gegend ist die Patienten“/1/38-39

Trotz der Marktöffnung haben die spezifischen Anbieter primäre Versorgungszonen, in die andere Pflegedienste nur bis zu einen bestimmten Grad eindringen. Diese reziprok eingehaltenen Regeln sorgen für akzeptable Einzugsgebiete bzw. Kernarbeitszonen („und nun macht immer der Verein, der in der Gegend ist die Patienten“/1/39). Allerdings scheinen diese Absprachen eher zwischen den Wohlfahrtsverbänden zu greifen. Inwieweit private Anbieter sich an diese Regeln und Absprachen halten, bleibt fraglich. Sie werden eher zu einem Gegenüber, das im Verbund mit anderen Wohlfahrtsverbänden in Schach gehalten werden muss. Die bereits angedeutete Kooperationsbereitschaft der freien Träger unterliegt verbindlicheren Regeln.

### 5.5.5 Rückbewegung in die -normale Pflege-

Trotz ihrer Leitungsposition ist für sie klar, dass sie unmittelbar in die Patientenpflege involviert bleiben will.

„...und da ich eigentlich nur ...Patientenbetreuung da mache ja das war klar..“ 1/49-50

Wie sie den Spagat zwischen Leitungstätigkeit und praktischer Pflegearbeit managt, bleibt erst einmal vage.

Im Kontext ihrer schematisch explizierten (Erst-)Erfahrungen mit bürokratischeren und unpersönlichen Pflegemustern im „Westen“ wird eine Distanz bzw. ein (diffuses) Bewusstsein von Nicht-Identität erkennbar. Die sukzessive Abnahme von interaktiven Begegnungen mit Hilfe- und Pflegebedürftigen wird durch ihre Tätigkeit als PDL noch verstärkt. Ihre für sie bedeutsamen Linien der Aktivität werden gestört bzw. lösen sich zusehends auf. Das Hineinrutschen in eine Leitungsfunktion führt zu einer tendenziellen Entfernung von der für sie bedeutsamen patientennahen Pflegearbeit.

Anfangs kann sich Käthe noch mit dem wachsenden Umfang der Büroarbeiten arrangieren. Im weiteren Verlauf versucht sie, einen Teil dieser Arbeiten dauerhaft an eine „Fürsogerin“ (11/20) zu delegieren. Es kommt zu scheinbar widersinnigen Umverteilungen ungeliebter Tätigkeiten. Das abschiebende Delegieren des „Schreibkrams“ (11/12) führt wiederum bei der Fürsogerin zur überschießenden Zunahme solcher Tätigkeiten.

Dadurch wird möglicherweise die direkte soziale Betreuung alter Menschen aufgezehrt. Darüber hinaus versucht sie, die für sie wesentliche Hinwendung zum Patienten über die weitreichende Einbindung ihrer Stellvertreterin in Leitungstätigkeiten sicherzustellen. Auch

hier erfolgt ein untypischer Rollenwechsel, nicht die Stellvertreterin ist stärker in die praktische Pflegearbeit involviert, sondern sie als Pflegedienstleiterin.

In diesem Sinne deutet Käthe tätigkeitsbezogene Umverteilungen und Ausweichmanöver zwischen den Professionen an.<sup>52</sup>

Auch nach diesen schematischen Entlastungsversuchen wird die Restmenge an organisatorisch zu bewältigenden Schreiarbeiten immer noch als demotivierende Überbeanspruchung empfunden. Die pflegerischen Tätigkeiten, die unmittelbar am/mit dem Patienten erfolgen, werden schmerzhaft vermisst. Das Anwachsen -Ich-Fremder- Motive scheint unaufhaltbar. Über ein thematisch abgebrochenes Erzählfragment wird dieser Prozess angedeutet.

„... und das wurde ja immer schlimmer und da hab ich gesagt also ich . (?) Patientenstamm genommen . .“/10/11-12

Trotz der angedeuteten körperlichen Erschwernisse des Berufes, die im Laufe ihrer jahrzehntelangen Pflegearbeit deutliche Kosten hinterlassen haben, wiegt dieser Verlust so schwer, dass sie eine gegensteuernde Rückbewegung vollzieht. Die Nähe zu den von ihr z.T. seit vielen Jahren betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen ist für sie wesentlicher als die mit körperlichen Entlastungen verbundene Leitungstätigkeit<sup>53</sup>.

Ihr fragmentiertes berufliches Arbeitsfeld bietet ihr keine verlässliche Orientierung. Es kommt zu einem sich manifestierenden Unbehagen, aus dem heraus sich zu aktive Veränderungsstrategien entwickeln. Die für sie möglicherweise falschen bzw. inauthentischen Verstrickungen begünstigen freiwillige Rückwärtsbewegungen.

Das Arrangieren und Verharren auf einer sozial unbehaglichen Position würde zu einer manifesten Einengung bzw. Auflösung bevorzugter Handlungsoptionen führen. Käthe formuliert ein „Schreiben“ (11/17), in dem sie um eine Entpflichtung von ihrer Leitungstätigkeit bittet<sup>54</sup>. Sie will in die direkte Pflege zurückkehren. Ihr definitiver Rückzug aus der Leitungstätigkeit wird angekündigt („so ich höre auf hier“/1/50-51). Ihre Stelle wird daraufhin neu besetzt, sie kann wieder als „normale Schwester“ weiterarbeiten. Aus der untypischen Tätigkeitsumschichtung heraus erfolgen berufliche Positionswechsel.

„... also wirklich es kam . ich habe erst alles mitgemacht //ja// und dann kam immer mehr . Schreibkram so ja . und da hatt ich gleich 'ne Kollegin gefragt, die Fürsorgerin war . die hat dann . vorwiegend Büroarbeiten gemacht .. aber als . Schwester als Pflegedienstleiterin oder

---

<sup>52</sup> Die beruflichen Akteure scheinen in dieser Konstituierungsphase insgesamt für ihre spezifischen Aufgabenbereiche (noch) nicht ausreichend gerüstet. Die neuen, an vergangene Berufsprofile schwer anschließbaren Tätigkeitsanforderungen. bleiben möglicherweise auch für andere eine schwierige Herausforderung. So beinhaltet z.B. das Berufsbild der staatlich anerkannten Fürsorgerin keine spezifische gerontologische Ausrichtung (Büker 1992; 254). Eine sozial-, psycho- oder ergotherapeutische Arbeit im Altenhilfebereich war (außer vielleicht im konfessionellen Bereich) nur schwach entwickelt. In diesem Sinne bestand ein erheblicher Qualifikationsbedarf in der häuslichen Pflege (dazu u.a. Schwitzer 1993; Garms-Homolova 1992). Das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte stellt sich somit sehr heterogen dar. Einerseits bestanden durch die Übernahme der ehemals staatlichen und konfessionellen Gemeindefürsorgerinnen sowie aus anderen Bereichen des DDR-Gesundheitssystem migrierenden Krankenschwestern ein Potential an Fachkompetenz, andererseits bleibt der Qualifizierungsbedarf in spezifischen Tätigkeitsdomänen in den ersten Jahren nach der Wende hoch.

<sup>53</sup> Mögliche Orientierungsschwierigkeiten bzw. Irritationen, die mit der Übernahme von Leitungsaufgaben verbunden sind, werden an dieser Stelle explizit nicht thematisiert. Der von ihr früh markierte Schwesternwunsch ist mit einem professionellen Habitus verknüpft, der bei Bedeutungsabschwächungen, Verschiebungen bzw. Aufweichungen zu Orientierungsverlusten und Fremdheitsgefühlen führen kann. Der Aufstieg in eine Leitungsfunktion wird jedenfalls von ihr nachträglich revidiert (Nittel/Marotzki 1997; 50).

<sup>54</sup> Inskription des Unbehagens auf etwas was man abwehrt/ablehnt (Sloterdijk 1983 (Bd. 1); 57). Das schriftlich formulierte Entpflichtungsgesuch wird zum Symbol für den Ich-Fremden Charakter bürokratischer Tätigkeiten („Schreibkram“/11/15).

Pflegedienstschwester . muss mer dann auch noch viel Schreibkram machen Dienstpläne und was so alles anfiel ja . //hm// und ich muss sagen, das hat mir nie gut gefallen also es war nichts für mich ... da hatt ich gleich en Schreiben aufgesetzt, dass ich bitte um normale Tätigkeit als Krankenschwester hier zu machen . und da wurde ehmt Schwester Ramona eingestellt für mich ... die is ja heut noch da und die Frau Vogel, die Fürsorgerin, ist dann gegangen ... die ist dann in die Leitung weiter und ..“/11/11-20

In diesem Rahmen erscheint das Beharren bzw. Rückbewegen auf eine pflegerische Arbeit am/mit dem Patienten nur konsequent.

Das gegenüber Anderen präsentierte Bild von sich selbst kann kaum glaubhaft aufrechterhalten werden, wenn nicht darauf bezogene Handlungen sichtbar werden. Daraus entwickelt sich eine Art Sog, d.h. man muss tendenziell so handeln, wie man vorgab, zu sein. Das sich einer Sache verschrieben haben heißt, dass ein Handlungspfad eingeschlagen wird, der nicht so einfach verlassen werden kann.

Bestimmte Entscheidungen produzieren gleichbleibendes Verhalten. Aus solchen Entscheidungen entwickeln sich zielstrebige und gleichbleibende Handlungsstränge, die sich von -nur so- gefällten Entscheidungen unterscheiden. In diesem Sinne erscheint Käthe traditionell, d.h. trotz einschneidender Wandlungen besticht der kontinuierliche, beharrlich aufrechterhaltene Charakter ihrer Werte- und Handlungsorientierungen.

Käthe lässt sich folgerichtig auch nicht auf Kompromiss- bzw. Übergangslösungen, wie z.B. eine stellvertretende Leitungsfunktion ein, welche den(potentiell) belastenden Spagat zwischen patientenferner und patientennaher Fähigkeit nur weiter konservieren würde.

„...ich hab von Anfang an gesagt ich will 'ne ganz normale Pflege.“/11/38

Präferenz hat für sie der direkte berufliche Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigen<sup>55</sup>. Das Hineinschlittern in eine Leitungstätigkeit ist mit einer Zunahme bürokratisch organisatorischer Tätigkeiten verbunden, die tendenziell mit ihrem lebensgeschichtlich gewachsenen Pflegeverständnis kollidiert. In diesem Sinne wird implizit ein Verlust an direkten Pflegesituationen angedeutet, der mit ihrem beruflichen Ethos nicht in Übereinstimmung zu bringen ist. Die freiwillige Aufgabe ihrer Leitungstätigkeit erscheint in diesem Kontext folgerichtig.

Ihre Position als leitende Schwester der Sozialstation hat ihren Preis. Aus einer unter marktwirtschaftlichen Bedingungen ausgeübten Leitungstätigkeit ergeben sich Konsequenzen für andere Interessen und Aktivitäten, die nicht notwendigerweise mit selbstreferentiellen Handlungsmustern in Übereinstimmung zu bringen sind.

## 5.6 Orts- und Patientengebundenheit

Die für sie wesentliche Wiedergewinnung bzw. Aufrechterhaltung einer direkten Pflege kann auch unter dem Aspekt der Gebundenheit plausibilisiert werden.

Käthe bezieht ihre berufliche Anerkennung u.a. über die lokale Konstanz ihres beruflichen Handlungsfeldes. Sie übt ihre Tätigkeit in der ambulanten Pflege immer noch im gleichen Stadtgebiet aus. Trotz der tendenziellen Verstädterung (des vormals dörflich geprägten

---

<sup>55</sup> Unter einer direkten Pflege können pflegerische Tätigkeiten subsumiert werden, die unmittelbar am/mit dem Patienten vollzogen werden (vgl. Entzian 1999; 121). Auf diesen Bereich bezieht sich primär ihr konzeptionelles Pflegeverständnis.

Einzugsgebietes) hält sie an ihrer traditionellen Berufsauffassung von einer dörflichen Gemeindegeschwester fest.

„... ja doch . ja ja .. meine bisschen macht das sicher auch mit aus, dass ich ja nun immer in dem Stadtgebiet bin .. ich . komme mir heut noch vor wie früher 'ne alte Gemeindegeschwester, die ehmt im Dorf von Ort zu Ort ging ja //hm// . wir warn ja dörflich och teilweise eh die Südstadt gebaut worde . //ja mhm// . de Silberhöhe war ja och Dorf //hm// ja .“/16/50-17/3

Ihr Lokalismus wird trotz weitreichender struktureller Veränderungen aufrechterhalten. In diesem Kontext werden rudimentäre dörfliche Strukturen herausgeschält und unübersichtlichere Strukturen und Dezentralisierungsentwicklungen des Stadtteils eher kleingehalten bzw. relativiert.

„...na Wö. Bö. das is 'nun noch . es Dörfchen //das stimmt// ja das is noch dörflich aber ..“/17/6

Für die berufsbezogene Sicherung von Identität scheinen diese Rahmungen bedeutsam zu sein<sup>56</sup>. In diesem Zusammenhang geht sie auch Mentalitätsunterschiede zwischen Stadt und Land ein. Die Menschen auf dem Dorf sind z.T. unkomplizierter und leben in einfacheren Lebensverhältnissen. Diese gewissermaßen natürlicheren Lebensverhältnisse verbinden sich mit Freundlichkeit und kooperativen Arrangements. Implizit verweist sie auf die komplizierteren und sozial kälteren Lebensbedingungen in der Stadt, die sich in einer stärkeren Unzufriedenheit der von ihr Betreuten widerspiegeln, die sehr unzufrieden sind .

“... die muss mer bedauern sag ich ja . die sin mit nischt zufrieden und . die ham irgendwie keene Freude an was .“/17/11-12

Kontrastiv dazu wird das Leben auf dem Dorf zu einer wärmeren Kultur, wo die Zufriedenheit der dort lebenden Menschen größer scheint.

„...grade die einfachen Haushalte und die einfachen Menschen .. sind eigentlich die die nettesten Menschen und zufriedensten Menschen ja ..“/17/9-10

Ihr latent bleibendes Bedürfnis nach Übersichtlichkeit und sozialer Homogenität schimmert in dieser binären Schematisierung durch (vgl. Frommer 2000; 55).

Die Verbundenheit gegenüber dem ihr vertrauten Milieu in diesem Stadtteil korrespondiert mit der Gebundenheit an die von ihr betreuten Patienten. Als dienstälteste Schwester der AWO-Sozialstation bestehen langjährige Beziehungen zu einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen. Diese vertrauten Beziehungsgeflechte will sie nicht auflösen<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Ihre wiederkehrend sichtbare Grundhaltung kann als ein typisches Element von Hingabe betrachtet werden. Dass trotz des rasanten Wandels dörfliche Rahmungen und daran anknüpfende Berufsbilder beibehalten werden, deutet möglicherweise auf die Mobilisierung von (intrapyschischen und interpersonellen) Abwehrmechanismen hin, die den gewachsenen Ich-Überzeugungen und Über-Ich-Konstruktionen eine unabdingbare Stabilität garantieren. Die Resistenz dieser Zuordnungen scheint angesichts der durchgreifenden Wandlungen erstaunlich, da sich bewahrende Kerne (alter Patientstamm, dörfliche Strukturen..) dieser identitätssichernden Einordnungen weitgehend aufgeöst haben (Frommer, J. (2000); Psychoanalytische und soziologische Aspekte personalen Identitätswandels im vereinten Deutschland, In: ZBBS Heft 2/2000; 370).

<sup>57</sup> Die langjährig bestehenden Betreuungsverhältnisse konstituieren eine besondere Fürsorgeverantwortung. In diesem Sinne schlägt sie Stellenangebote anderer Träger auch immer wieder aus. Potentiell bessere Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten werden eher zu etwas Nachrangigem. Vom professionellen Standpunkt betrachtet erfordert es der -Anstand-, die Patienten nicht zu verlassen (Hoerning, E. (1999): Gemeinwohlorientierung im staatssozialistischen System der DDR / Arbeitspapier zum Workshop des Arbeitskreises „Professionelles Handeln“ am 18/19. November 1999. Universität Witten-Herdecke). Gemeinwohlorientierung als Maxime professionellen Handelns“. Umgeht man den Begriff der Professionalität, konstituiert das familienähnliche Verhältnis zu einzelnen Stammpatienten eine besondere Vertrauensbasis. Die von ihr

Insbesondere die Arbeit mit den ihr vertrauten Stammpatienten hat für sie etwas Stabilisierendes und Zuverlässiges. Käthe sichert sich ihren festen Patientenstamm. Die Hilfe- und Pflegebedürftigen, die sie z.T. schon in der DDR betreut hat, bildeten eine Kerndomäne ihres persönlichen Patientenstamms („mein Patientenstamm“/2/3). Die z.T. seit über 10 Jahren bestehenden dyadischen Pflegebeziehungen konstituieren familienähnliche Betreuungsmuster<sup>58</sup>. Dieser alte Stamm besteht so nicht mehr. Die letzten, der zu diesem Kreis gehörenden Patienten, sind „dieses Jahr“ (2/6) verstorben<sup>59</sup>.

„...die ich schon von DDR-Zeiten bis jetzt hatte, die sind alle verstorben dies Jahr . //hm// ja . also da hab ich eigentlich .. keinen von dem alten Stamm . sind alle . verstorben ja.“/2/6-8

Sie betreut innerhalb einer Familie z.T. schon in der dritten Generation Hilfe- und Pflegebedürftige. In diesem langfristigen Pflegeprozess wird sie zum integralen Bestandteil dieser Familien. Es entstehen besonders enge Beziehungsverflechtungen.

Ihre, sich über mehrere Generationen spannende Pflegetätigkeit macht sie zu einer seit Jahrzehnten pflegenden Veteranin.

Das explizite Herausstellen dieser außergewöhnlichen Kontinuität kontrastiert mit den von ihr dargestellten strukturellen Wandlungsprozessen. In diesem Sinne können die ihr fremd bleibenden gesellschaftlichen Veränderungen (möglicherweise) auch über solche Verankerungen ausbalanciert werden. Das Ausharren und Anknüpfen an vertraute Beziehungen, Orte und Tätigkeiten trägt maßgeblich zur Stabilisierung ihrer beruflichen Identität bei<sup>60</sup>.

---

wiederholt vorgenommenen familienähnlichen Rahmungen knüpfen zudem an für sie bedeutsame, lebensgeschichtlich gewachsene Orientierungskerne an (Passungsrahmen). Daraus erwachsen möglicherweise ortsgebundene Fundierungen und Verpflichtungen. Gegenüber „Verwandten“ hält man sich an Regeln, d.h. liebgewordene Patientenfamilien verlässt man nicht ohne triftige Gründe. Diese wiederkehrend sichtbare Grundhaltung kann als ein „typisches“ Element von Hingabe betrachtet werden. Hingabe ist an ein System von Werten gebunden, die aus der Lebenswelt der Akteure heraus analysiert werden kann (H.Becker 1960; 32).

<sup>58</sup> Der Aufstieg in eine Leitungstätigkeit ist mit einer Abstandsvergrößerung zu den Patienten verbunden. Da sie diese nicht verlassen will, verzichtet sie möglicherweise auch aus diesem Grund auf die Position als Leiterin der AWO-Sozialstation.

<sup>59</sup> Vor dem Hintergrund ihres anstehenden beruflichen Ausstiegs wird das Ende ihrer langjährig ausgeübten Pflegearbeit auch symbolisch deutlich. Der Verlust ihres „alten Stammes“ wird zum Indikator dafür, dass ihr berufliches Lebenswerk vollendet ist.

<sup>60</sup> Die von Käthe aufgebaute Ortsidentität wird durch architektonische Merkmale unterminiert. Die in ihrem Stadtteil auffällige Konzentration von Hochhäusern bzw. mehrgeschossigen Plattenbauten erschweren durch ihre monofunktionale Struktur den verlässlichen Aufbau eines (heimatbezogenen) Zugehörigkeitsgefühls. Altruistische Verhaltensmuster scheinen in solchen Arealen eher reduziert. Soziale Isolation bzw. soziale Überlastungen nehmen tendenziell zu. Soziale Kontakte lassen sich schwerer kontrollieren als visuell zugänglichere bzw. überschaubarere Wohngegenden. Solidarische Verhaltensmuster der BewohnerInnen nehmen tendenziell ab. Diese auf die potentiellen Kunden von Käthe bezogene Perspektive kann nicht komplementär auf Käthe übergestreift werden. Ihr Lokalismus kann als lebensgeschichtlicher gewachsener Lebensstil verstanden werden. In diesem Sinne haben sich familialiserte Umgangsformen und das Gebundensein an einen individuell vertrauten Aktionsraum habitualisiert. Trotz der Veränderungen des Wohn- und Arbeitsumfeldes können z.T. Kontinuitätslinien aufrechterhalten werden (Stamm von langjährig betreuten PatientInnen/stabiler Schwesternstamm). Sie sucht sich Settings, die an persönlichkeitskongruente Bereiche der sich wandelnden Umwelt anknüpfen (vgl. Narten 1991; 148 ff). Durch diesen Anpassungsmodus kann sie möglicherweise veränderte strukturelle Rahmenbedingungen und Anforderungen auf einen für sie handhabbaren Rest reduzieren. Ihr ortsbezogenes Verharren korrespondiert mit der örtlichen Veränderungsunwilligkeit des überwiegend hochbetagten Patientenstammes. Sowohl sie als auch die von ihr betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen scheinen für einen ortsbezogenen Wechsel zu alt.

### 5.6.1 Aufweichung ihres spontanen Helferverständnis

Durch ihre Leitungstätigkeit hat sie eine tiefergehende Gesamtübersicht über den Pflegebereich gewonnen. Dieser Kenntniszuwachs wird scheinbar zu einem Gewinn, der ihr bei der Beratung von Hilfe- und Pflegebedürftigen zugute kommt. Die mit dem gesellschaftlichen Wandel verbundenen Orientierungsschwierigkeiten sind bei vielen Hilfe- und Pflegebedürftigen groß.

Käthe kommt in die Situation der systemdeutenden Informationsübermittlerin. Ihre erklärenden Aufbereitungen von organisatorischen Neuregelungen werden schemenhaft illustriert.

Die aus einem Unwohlsein heraus geäußerte Bitte einer von ihr betreuten Patientin um eine situative Kontrolle des Blutdruckes wird von Käthe implizit in eine regelhaft bleibende bürokratische Ablauflogik transformiert. Obwohl sie offensichtlich den Wunsch der Frau nachkommt, wird gegenläufig ein anderer Handlungsablauf durchgespielt.

„...es einzige Gute war, ich hatte ehmt doch schon e bisschen mehr Einblick in alles . ja . un un . die Fragen der Patienten wurden ja immer schwieriger, also die Patienten kamen mit der Wende . sehr schlecht zurecht //hm// ja .. also die die ham immer gesagt warum könn mer das nicht und warum darf ich das nich . und jetzt eine hier draußen in den Einraumblöcken sage Schwester mir is nicht gut könn Se bitte mal Blutdruck messen . da hätte ich sagen müssen nein da muss ihr Arzt erst en Schein ausfüllen und der Schein muss erst zur Krankenkasse und wenn die das genehmigen könn wirs machen . ., 15/8-14

Es kommt zu einer inneren Beschneidung ihres bisher selbstverständlichen Pflegeverständnisses, welches sich bisher vorrangig am situativ anfallenden Betreuungsbedarf orientiert hat. Käthe schätzt ihre Beziehungen zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen als vertrauensvoll und eng ein. Die schleichende Auflösung dieses bisher selbstverständlichen beruflichen Fundamentes kann im Rahmen einer grundsätzlichen Antinomie kenntlich gemacht werden. Das prinzipiell gute, für eine verlässliche Pflegebeziehung notwendige Vertrauensverhältnis, wird von ihr auch in eine ökonomische Logik transferiert.

Eine enge Pflegebeziehung ist tendenziell mit zeitlichen Inanspruchnahmen verbunden, die finanziell nicht gedeckelt werden können<sup>61</sup>. Das Gebundensein an einen restriktiven Leistungskatalog mit zeitlich limitierten Einsatzmöglichkeiten führt tendenziell zu Distanzierungs- und Abkürzungsstrategien<sup>62</sup>. Eine flexible Übernahme von (kostenlosen) Zusatzleistungen scheint kaum möglich.

"...wir ham `ne vorgeschrieben Zeit und die "müssen" (betont gesprochen) wir einhalten und das en Patienten klarzumachen, das is nich imer einfach ja...denn ich muss dann sagen.der nächste wartet."/15/46-48

Käthe muss bei zusätzlich gewünschten Pflegeeinsätzen darauf verweisen, dass diese zu verknappteren Einsatzzeiten an anderer Stelle führen. Eine an den Tagesrhythmus angepasste Pflege führt zur tendenziellen Auflösung von Kernpflegeeinsätzen.

---

<sup>61</sup> Die in solchen Beziehungszusammenhängen anfallenden Zusatzleistungen, deren zumeist nicht abrechenbarer Charakter von Käthe angedeutet wird, stellen Caring Moments dar, die das Beziehungsgefüge maßgeblich prägen (vgl. Elsbernd 2000; 52).

<sup>62</sup> Im PVG unterliegen die versicherungsrechtlichen Leistungen gegenüber den Pflegebedürftigen einem strengen Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Leistungen sind nicht zwangsläufig "bedarfsdeckend" und dürfen im Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift "...das Maß des Notwendigen nicht übersteigen." (§29 SGB XI). Zusatzleistungen müssen somit finanziell von den Patienten getragen werden.

„ hat sich sehr verändert also .. wieder Minuten .. //hm// finanziell für viele . Patienten . und bestimmt nicht zum Guten . //hm// ja also das auf keinen Fall . denn mer muss ja schon wieder weiterdenken un mitdenken un un gleich vorneweg sagen . dieses dürf mer noch machen und diese dürf mer nicht mehr machen .. und . wenn sie jetzt hier wollen, dass mer Ihnen die Kompressionsstrümpfe meintwegen ausziehen abends .. das geht in de Pflege ein die .. da müss mer ehmt noch e mal zusätzlich die Zeit müss mer früh wieder abknapsen ..“26/11-17

Die Auswirkungen dieses eng gesteckten Pflegerahmens spiegeln sich in gebremsten Pflegehandlungen/Pflegeübernahmen wider, die potentiell den Beziehungscharakter in der Pflegedyade verändern. Ausgelotete Spielräume bzw. Kompensationsversuche werden in dieser selbstzensierenden Eingrenzung von Arbeitsabläufen nicht explizit erkennbar. In diesem Sinnen erscheinen sie übermäßig beherrschend und eindimensional (vgl. Olk 1986; 37).

Es scheint für Käthe schwierig zu sein, eine gelungene Balance zwischen abrechenbaren Leistungen, persönlichen Überschussleistungen und zusätzlicher Inrechnungstellung von Mehrleistungen zu finden<sup>63</sup>. Sie vermeidet sowohl eine übermäßig zu Lasten eigener Ressourcen gehende Ausdehnung ihres Zeitkontingents als auch die im Einzelfall unproblematische finanzielle Beteiligung von Hilfe- und Pflegebedürftigen bei der Deckelung von nichtabrechenbaren Leistungen. In diesem Sinne deuten sich eher schematische Zuordnungen bzw. billige Kompromisstrategien an. Pflegerische Dienstleistungen werden vorrangig im Rahmen von abrechenbaren Leistungen erbracht. Das InRechnungStellen von Leistungen, die sich im Rahmen einer dyadisch engen Pflegebeziehung ganz selbstverständlich entwickeln, wird von Käthe eher vermieden<sup>64</sup>.

Das hölzerne Übertragen von Neuregelungen bzw. formalisierten Ablaufwegen erscheint auf den ersten Blick als ein typisches Anfängerphänomen. Das sich veränderte System von Pflege wird z.T. buchstabengetreu aufgenommen. Die fehlenden Erfahrungen mit den veränderten strukturellen Rahmenbedingungen führen zu eindimensional wirkenden Eins-zu- Eins Übertragungen von Regeln bzw. normativ vorgegebenen Legitimationsverfahren. Das Laufenlernen im neu strukturierten Pflegesektor wirkt unbeholfen. Die gliederhafte Explikation der nun gültigen Handlungslogik kontrastiert mit ihrer bisher (unbürokratischen) spontan ausgerichteten Betreuungshaltung. Tendenziell wird ihr Helferverständnis aufgeweicht<sup>65</sup>.

Eine spielerische Modifikation dieses neuen Rahmens scheint kaum möglich. In diesem Sinne kann Käthe die Balance zwischen der Befolgung von Regeln und der situativen Ausnahme bzw. Durchbrechung von Standards nicht finden (vgl. Olbrich 1999; 119 f)<sup>66</sup>. Das Aufgeben bzw. kognitive Herausdrängen von bisher selbstverständlich praktizierten Pflegemustern wird

---

<sup>63</sup> Nach Rabe-Kleberg kommt es in sozialpflegerischen Berufen auf Vermittlungspersonen an, die zwischen dem eher organischen Zeitmaß lebendiger Prozesse und der linearen Zeidefinition industriell-bürokratischen Sphäre vermitteln können. Die in diesem spannungsgeladenen Feld zwischen zwei in sich widersprüchlichen Sphären notwendigen Vermittlungsprozesse bedürfen der Geduld, als einer besonderen Fähigkeit, mit deren Hilfe den unterschiedlichen Erwartungen an die Zeitorganisation des Handelns genügend getan werden kann . Wie prekär bzw. sogar unmöglich solche Balancierungs- und Kompensationsanforderungen sein können, wird u.a. auch in diesem Erzählzusammenhang sichtbar (vgl. Rabe-Kleberg 1993; 80).

<sup>64</sup> Angesichts eines wachsenden Konkurrenzdruckes zwischen den Anbietern pflegerischer Dienste wird ein zu offensives Berechnen von Dienstleistungen eher vermieden. Tendenziell verlieren pflegerische Dienste an Reputation bzw. gelangen unter wachsenden Legitimationsdruck. Über Codakommentare wird dieses zeitbezogene Handlungsverständnis vage berührt.

<sup>65</sup> Die Tragik dieses Aufweichungsprozesses wird hier nur schattenhaft sichtbar.

<sup>66</sup> Das Fremd-Bleiben von leistungsbezogenen Standards manifestiert sich. In diesem Sinne scheint sie dieser Balancierungsaufrorderung kaum mehr gewachsen.

sowohl für sie als auch die Hilfe- und Pflegebedürftigen zu einem schwierigen Lernprozess. Sichtliche Orientierungsschwierigkeiten der Patienten überlappen sich mit ihren eigenen Aufprall- und Fremdheitserfahrungen. Diese nicht schnell genug vollzogenen Revisionen und Umstellungen bisheriger Handlungsorientierungen werden über appellhafte, systemtypische Zuordnungen diskreditiert<sup>67</sup>.

„...und das . erstmal in de Köpfe der alten Menschen zu kriegen un in mein eignen das war schon nich einfach .. dann hieß es immer du bist nich mehr in der DDR . denke dran ..“ /9/17-19

Sie muss sich scheinbar mit einer bürokratisierten und ökonomisierten Pflege arrangieren, die sie aus ihrem konzeptionellen Pflegeverständnis heraus innerlich ablehnt.

„, ich habe gesagt wenn da e Patient ist, der Hilfe braucht da fängt mer an . „/9/40-44

Die wachsende Bürokratisierung und Ökonomisierung in der ambulanten Pflege führen bei Käthe zu einer tendenziell xenophobischen Grundhaltung. Marktwirtschaftlich geprägte Entwicklungen in diesem Bereich bleiben ihr fremd und führen zu deutlichen Distanzierungen bzw. Vermeidungsstrategien.

Ihre novizenhaft wirkende Umsetzung normativer Vorgaben kann somit unter diesem Aspekt relativiert bzw. anders wahrgenommen werden. Das marionettenhafte Bewegen in einem ihr konzeptionell fremd bleibenden strukturellen Rahmen ist möglicherweise auch Ausdruck einer Orientierungsdiffusion bzw. eines Orientierungseinbruchs.

In dieses Muster können auch die von Käthe gewonnen Ersteindrücke eingeordnet werden. ihre unmittelbar nach der Wende gewonnenen Einblicke in den westdeutschen Pflegesektor führen zu repräsentativen Rahmungen, die nur schwer modifiziert werden können<sup>68</sup>. Komplementär dazu werden destruktive Aspekte des DDR-Pflegesektors sukzessive entproblematisiert. Das im veränderten System von Pflege nur schwer verortbare spontane Pflegeverständnis macht sie gewissermaßen heimatlos<sup>69</sup>. Diese Heimatlosigkeit kann trotz gegensteuernder Bemühungen und Ausgleichsaktivitäten nicht grundsätzlich aufgehoben werden.

Ihr im Wesentlichen gleich bleibendes pflegerisches Grundverständnis wird zu einem eher unzeitgemäßen Hingabemuster. Eine Tradierung dieser fest gefügten „altmodischen“

---

<sup>67</sup> Im Spannungsfeld von neuen Institutionen und alten Individuen weisen Offe (1991) und Lepsius (1991) schon früh auf mögliche sozio.kulturelle Abstößungsrisiken hin (Lepsius/Offe 1991; 81). Die z.T. tiefgehenden Diskrepanzen zwischen den aus dem „Westen“ übertragenen fremden Institutionen, der heimischen Lebenswelt und den biographischen Erfahrungen der Ostdeutschen erzeugen z.T. Abkehr- und Abgrenzungsprozesse. Die in der DDR gemachten Erfahrungen wirken im Denken, Fühlen und praktischen Alltagshandeln fort. Die gespeicherten Erfahrungen prägen die Identität und Biographie von Menschen. Die aus den vergangenen Handlungszusammenhängen eingelebten Biographien lassen sich geschichtlich nicht herauslösen. Sie sind auch für die heutigen sozialen Elemente der Gesellschaft noch konstitutiv. Aus den Menschen der DDR sind nun BürgerInnen der einen Bundesrepublik geworden, ohne dass sie deshalb ganz neue Menschen geworden sind (vgl. Kudera 1993; 134). Der DDR-Erfahrungshintergrund konstituiert Muster des Denkens, Fühlens und Handelns, die sich in mehr oder weniger eingefahrenen Gewohnheiten des Arbeitens und Lebens niederschlagen. Der zunehmende Abstand zur untergegangenen DDR und die scheinbar ganz neuen Herausforderungen einer modernen Gesellschaft lassen diese Erfahrungen sowohl als Ballast als auch Ressource erscheinen (vgl. Kuderra 1993; 133 ff). In Anlehnung an dieses allgemein gehaltene Spannungsfeld scheint das hurtige Abwerfen lebensgeschichtlich gewachsener Handlungsstrategien ebenso paradox wie eine zementierte -weiter-so-wie-bisher - Orientierung.

<sup>68</sup> Käthe fasst eine Art Beschluss. Sie sieht genau das in ihrer Arbeit, was sie in K. bereits wahrgenommen hat.

<sup>69</sup> Ihr unbürokratisches, sich am situativ anfallenden Sein orientiertes Verständnis von Pflege wird zu etwas Exotischem. In einer Zeit, in der die Pflege von den unterschiedlichsten Seiten bedrängt wird in erster Linie ökonomisch zu arbeiten und sich den Gesetzen des Marktes anzupassen, scheint eine Gegensteuerung in Richtung Humanisierung der Pflege notwendig. Dazu bedarf es einer entgrenzteren, d.h. weniger stark verregelten Pflege.

Hingabemuster scheint für sie aber weitgehend unbehelligt möglich. Käthe genießt als Aufbaupionier und ehemalige Leiterin der Sozialstation eine Art Sonderstatus innerhalb des Mitarbeiterteams. Durch das bevorstehende Ausscheiden aus dem Beruf kann sie ihr (aufgeweichtes) berufliches Handlungsverständnis in den Ruhestand hinüberretten, ohne sich noch grundlegenden Legitimations- und Aushandlungsprozessen bzw. habituellen Neubestimmungen unterziehen zu müssen.

## 5.7 Die körperlichen Kosten des Berufes

Der körperliche anstrengende Charakter des Berufes hat zu Gebrechen beigetragen, die von ihr zunehmend stärker wahrgenommen werden. Die jahrzehntelang bei jedem Wind und Wetter absolvierten Touren mit dem Fahrrad haben ihren Tribut gefordert. Weitgehend aufgelöste Mobilitätsbedingungen werden noch einmal bilanzierend aufgefächert.

„ und Fahrrad ginge bis 20 C Minus bin ich gefahren die ganzen Jahre..de angefrorenen Beine..na ja...“/1/44-45

Über das eindrückliche Bild der „angefrorenen Beine“ (1/45) werden die körperlichen Kosten des Berufes angedeutet. Der stolze Verweis auf ihre robuste Gesundheit, die zur Vermeidung krankheitsbedingter Ausfälle beigetragen hat, wird gegenläufig aufgebrochen. Insbesondere dann, wenn längere Arbeitsphasen ohne freie Tage bewältigt werden müssen oder in personellen Engpasssituationen geteilte Dienste gehäuft anfallen, deuten sich wachsende Regenerationsschwierigkeiten an.

„... ja wir hatten hier schlechte Phasen wie wir noch eine Woche lang Früh- und Spätdienst gemacht ham und eine Woche (?) al- das war schlimm //hm// . da war de Besetzung noch sehr sehr schlecht .. dann ham mer nur noch zweimal in der Woche Früh und Spät ..“/21/35-40

Der entlastende Verweis auf die Erschöpfungszustände jüngerer Mitarbeiter/Innen erleichtert ihr einen legitimen Rückzug aus dem Beruf.

Als älteste Mitarbeiterin der Sozialstation hat sie sich auf das Ende ihrer beruflichen Pflegearbeit eingestellt. Ihr anstehender Ausstieg wird fast beiläufig im Terminus eines generativen Wechsels expliziert. Als Schwester vom -alten Schlag- tritt sie ihre Arbeit an „junge Schwestern“ (12/46) ab. Ihre abnehmende Durchhaltebereitschaft zur Fortsetzung des körperlich anstrengenden Pflegedienstes kontrastiert mit der Übernahmebereitschaft jüngerer Mitarbeiter/Innen. Ihre potentielle Entbehrlichkeit erleichtert ihr den schmerzlosen Übergang in den wohlverdienten Ruhestand. In einem evaluativ absichernden Kommentar wird die bevorstehende Statuspassage bereitwillig anvisiert.

„, ich höre auf dieses Jahr . //ja// hm doch . also ich habe .. körperlich doch einige Gebrechen . //hm// ich nehme an, was auch der Orthopäde sagt durch das . zwanzig Jahre das Fahrradfahren //ja// bei Wind und Wetter .. ich war zwar nie krank damals, aber irgendwie . hat mer doch en Verschleiß dann ja . obs nun Gelenke sind Hüfte und so doch .. un es fällt mir doch jetzt schwer so die Wochenenddienste wie jetzt Wochenende und dann die Woche durchziehen noch un nächste Woche erst frei also das ist . //ja// ja ich bin ja hier de Älteste und die jungen Schwestern hängen schon oft durch ja ja .. un es gibt ja genug junge Schwestern, die gerne bereit sind . //ja// . ja also ich gehe vorzeitig in Rente, ich schaffs nich mehr . , /12/39-47

## 5.8 Zukunft

Der Rückzug ins Private wird perspektivisch mit Beschäftigungen im Haus, Garten, Handarbeiten und Tätigkeiten für ihre Kinder verknüpft.

„...e Häuschen und und Garten dran //ja// und //ja// .. och doch ich hab schon Beschäftigung . un man kann ja auch wenn mer .. schlechtes Wetter hat Handarbeiten machen und sonst was für de Kinder machen ...“ /12/50-13/3

Ihre Zuordnungen bleiben weitgehend konstant. Die stärkere Hinwendung bzw. Verlagerung zum familiären Innenbereich bewegt sich ganz im Rahmen typischer hausarbeitsnaher Tätigkeitsmuster. In der Orientierung auf familiäre Fürsorgeaufgaben wird komplementär, die Sorge um ihre Kinder mitthematisiert. In diesem Sinne kommt es zu einer Art Bestandsaufnahme. Entlang ihrer eigenen Familienvorstellungen orientieren sich ihre Erwartungen daran, inwieweit ihre beiden anderen Kinder familiär eingebettet sind oder nicht. Während die Tochter diese Erwartungen erfüllt, d.h. verheiratet ist und auch ein eigenes Kind hat, entzieht sich ihr (jüngster) Sohn bisher diesem Familienmodell.

Dass ihre Tochter trotz einer Diabetiserkrankung familiär eingebettet ist beruhigt sie, während das Junggesellenleben ihres Sohnes unterschwellig beunruhigend bleibt. Der für sie selbstverständliche Familialismus wird durch die gegenläufigen Individualisierungstendenzen ihres Sohnes aufgebrochen (Schäfers 1992 a; 83 ff). Sein sich manifestierendes Junggesellentum bleibt für sie tendenziell bedenklich.

„...ich meine ich will mal sagen . einfach hat mer hams sicher alle nicht . meine Tochter ist Diabetikerin seit en zehnten Lebensjahr, ist auch nicht einfach . //hm// .. obwohl se . 'ne Tochter von elf Jahren inzwischen hat und .. Familie hat ... und der Jüngste ist 29 der .. liebt noch das Junggesellenleben .. „,13/10-13

Trotz dieser intrafamiliären Verschiebungen bleiben die Beziehungen innerhalb des Familienverbundes sehr eng.

„... aber wir sind auch alle e- . sehr eng zusammen halt in der Familie ...“13/17

Der kontinuierliche Integrationszusammenhang wird durch die örtliche Nähe begünstigt. In diesem Kontext wird auch der häufige Kontakt zur Enkeltochter eingefügt. Emotionale und funktionale intrafamiliäre Austauschprozesse sind möglicherweise ohne größeren Organisationsaufwand möglich. Der familiäre Figurationszusammenhang scheint geordnet und zuverlässig<sup>70</sup>. Darüber hinaus kommt es in der Regel zu täglichen telefonischen Kontaktaufnahmen zwischen ihr und den Kindern. Die Bedingungen für einen kontinuierlich gesicherten Familienzusammenhang sind günstig. Dieser von ihr aktiv gestaltete (zusammengehaltene) Integrationszusammenhang verdichtet sich zu einem lebensgeschichtlich bedeutsamen Kontinuitätsmerkmal. Die Bewahrung familiärer Settings stellt für Käthe eine zentrale Orientierung dar.

---

<sup>70</sup> Der familiäre Verbund kann u.a. auch über den Figurationsbegriff eingefangen werden. Sozialisierung und Individualisierung können als ein (gleichlautender) Prozess verstanden werden, der innerhalb der Familie stattfindet. Dabei werden sowohl Elemente von Gleichheit und Verschiedenheit sichtbar. Trotz verschiebender Veränderungen (Kinder gründen eigene Familie oder bevorzugen eine singuläre Lebensform) bleibt eine bestimmte Gestalt bzw. Ordnung bestehen. Die grundlegende Interdependenz in der familiären Figuration wird im veränderten Gewand weitgehend spannungsfrei aufrecht erhalten. Das ist es, was der Begriff der Figuration zum Ausdruck bringen soll (Schäfers 1992 b; 91).

Durch den bevorstehenden berufsbedingten Wegzug der Familie ihrer Tochter nach B. lassen sich eingespielte Arrangements zukünftig so nicht mehr aufrechterhalten. Ihr familiäres Leitbild divergiert mit der beruflich (strukturell) bedingten räumlichen Trennung der Familien. Die größere örtliche Distanz zur Tochter und Enkeltochter wird unterschwellig bereits bedauert. Das leise Unbehagen über diese Veränderungen persönlichkeitskongruenter Settings wird vorseilend unterdrückt. Tendenziell ergeben sich daraus höhere Organisations- bzw. Integrationsanforderungen. Der potentiell problematische Ortswechsel wird aber pragmatisch gebrochen, d.h. in seinem Bedeutungsgehalt abgeschwächt.

„...ist ja fast jeden Tag, dass mer sich mal anruft //ja// oder wenn irgendwas ist oder.. ja meine Tochter und Schwiegersohn die müssen zwar jetzt nach B. ziehen beruflich bedingt //hm// ja das . das ist schon für uns schwer .. ja die Enkeltochter die ist so viel bei uns und . H. ist ehmt wenn se alle in einer Stadt wohnen ist das was andres . ist gut jaja .. naja . überstehn mer auch ... fahren wir ehmt nach B. ...“/13/20-24

## **5.9 Berufsalltag in der Pflege. Konflikt und Problemsituationen in der ambulanten Altenpflege**

### **5.9.1 Beziehungen zu Hilfe- und Pflegebedürftigen**

#### *5.9.1.1 Anfangssituationen*

Der erste Kontakt mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen sollte behutsam eingeleitet werden. Das ungewohnte Abhängigsein von fremder Hilfe erzeugt schnell Irritationen.

Ein Hau-Ruck-Aktionismus verbietet sich in pflegerischen Anfangssituationen. In einer pflegerischen Eingangssituation kann es nicht nur um eine rasche vertikale Implementierung eines vom Arzt definierten Hilfebedarfs gehen. In diesem Sinne muss das Eingangstempo gedrosselt werden. Eine zu invasive und rasche Übernahme von bisher selbstständig ausgeübten Verrichtungen sollte aus ihrer Sicht vermieden werden.

„...der erste Kontakt ist der aller- . wichtigste //hm// . mer kann nich da irgendwie reingeplatzt kommen oder was, sondern man stellt sich vor und sagt (?) . wo kann ich ihnen helfen . //hm// . der Arzt hat das und das gesagt .. also man muss wirklich langsam anfangen ...“/19/50-20/2

Die kognitiv schwierige Verarbeitung von Pflegebedürftigkeit wird exemplarisch bei Apoplexiepatienten angedeutet. Einfühlsam zeichnet Käthe die psychisch schwierigen Verarbeitungsanforderungen von unvorbereitet auf Hilfe und Pflege angewiesenen Patienten nach. Die von der Krankheit überfallenen Betroffenen scheinen auch seelisch verletzt.

„...es gibt so sensible Menschen //(?) hat// wenn ich so . von heute auf morgen was nich mehr kann .. also da is man sehr sehr . geknickt und .. das muss mer ja auch erstmal . selber verkraften na . dann fremde Hilfe, die mer vielleicht noch nie in Anspruch nehmen mussten .. vor allen die Patienten, die ihr Leben lang gesund waren und plötzlich nich mehr können //hm// . die immer mal was hatten das is was andres . aber wer nie was hatte und plötzlich krank ist und nischt und Hilfe braucht .. also für die isses ganz schwierig ...“/20/18-24

Der unerwartete Schlag führt zu existentiellen Einschränkungen, die mit perspektivischen Ängsten und Befürchtungen verbunden sind, ob eine selbstständige Lebensführung wieder möglich sein wird oder nicht. Diese Ungewissheiten werden von Käthe einfühlsam aufgenommen und bei der Durchführung von Fremdpflegemaßnahmen berücksichtigt. Bei dieser Patientengruppe scheint die Ungeduld bzw. Hoffnung auf baldige Wiederherstellung besonders deutlich ausgeprägt zu sein (dazu u.a. Weidner 1995; 132).

„...denn viele, die plötzlichen Schlaganfall hatten oder sonst was die sagen . das kann ja nich sein, dass das so mit mir weitergeht, ich muss doch wieder richtig alles machen können und das muss doch wieder gehen .. die sin in 'ner Phase, wo se gar nich begreifen was mit Ihnen geschehen soll ja .. //20/2-5

Käthe bemüht sich eine dyadische Beziehung herzustellen, indem sie die Betroffenen versucht auf die neue Situation einzustellen. Der Aufbau einer kooperativen Pflegebeziehung scheint phasenhaft mit dem Krankheitsprozess verwoben.

Es muss erst tastend eine Form der Betreuung gefunden werden. Ein pragmatisches Herunterbrechen auf ein schematisches, entlang von Selbstpflagedefiziten markiertes Fremdpflegemuster, kann zu einer okupativen Statusanpassung führen. Das Annähern bzw. Inkorporieren an einen abhängig machenden Krankheitszustand erfordert sowohl von den Betroffenen als auch von den beruflich Pflegenden Geduld. Diese wechselseitige Geduld wird zu einem beziehungsfördernden Element, auf dessen Grundlage eine weitere aktivierende Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen erfolgreich sein kann<sup>71</sup>.

Auch wenn das Ziel einer wiedererlangten selbstständigen Lebensführung nicht erreicht werden kann, stellt eine vertrauensvoll aufgebaute, über einen längeren Zeitraum aufrechterhaltene Pflege ein Kontinuum dar, das einen wechselseitig befriedigenden Pflegerahmen herstellen kann. Diese Entwicklung scheint ohne die Akzeptanz von sich manifestierenden, irreversiblen körperlichen Funktionsverlusten schwer möglich.

„...und dann muss mer och sagen sicher wird das wieder, aber das brauch Zeit . se brauchen 'viel' (betont gesprochen) Geduld ich sage sie brauchen Geduld ich brauche Geduld und irgendwie schaffen wirs doch . //hm// .. da gabs ehmt och Patienten, die lagen sieben acht Jahre . (?) //hm// . ja .. und die wussten, dass mers gut meint und wenn mer reinkam un die guckten ein an und ach jetzt kommt de Schwester Käthe da is mer zufrieden ja ..“/20/5-10

### *5.9.1.2 Berührungen als beziehungsfördernder Kommunikationspfad*

Sie deutet selbstverständliche vertrauensbildende Berührungen an, die bei der Mehrzahl der von ihr Betreuten auch bereitwillig aufgenommen werden (vgl. Remmers 1998; 357). In diesen asymmetrischen, rational schwer auflösbaren professionell-client Verhältnissen entwickelt sie einfühlsam, und in Abhängigkeit von der Patientensituation, vertrauensbildende

<sup>71</sup> Die hier im Kontext eines phasenhaft verlaufenden Krankheitsprozesses erforderliche Geduld operiert mit einem organischen Zeitmaß (Rabe-Kleberg 1993; 80). Dass Käthe auf einen lebendigen Prozess hinweist, das diesem ein gmäßes Maß an Zeit zubilligt, weist Geduld als eine für die Pflege wesentliche Schlüsselqualifikation aus (ebenda; 79). Das notwendige einsetzen dieser (beziehungsfördernden) Fähigkeit wird explizit anerkannt ("..aber so braucht mer ehmt viel Geduld und Nerven.."/23/5). Die in anderen Erzählzusammenhängen angedeutete innere Beschneidung ihres konzeptionellen Pflegeverständnisses drückt aber möglicherweise auch auf dieses Handlungsverständnis. Das geduldige Ausbalancieren von unterschiedlichen Handlungsanforderungen bzw. Zeitsphären bleibt eher die Ausnahme bzw. ist breitflächig so nicht mehr sichtbar. Die für Käthe einschnürenden Erwartungen an ihre pflegerische Zeitorganisation führt zu pragmatischen Brechungen bzw. Abkürzungsstrategien. In diesem Sinne beugt sie sich zunehmend stärker den linearen Zeitdefinitionen einer bürokratisierten und ökonomisierten Pflege (ebenda; 79-81).

Körperkontakte. Käthe wechselt scheinbar souverän zwischen den verschiedenen Kommunikationspfaden bzw. Kontaktmöglichkeiten, um eine beziehungsfördernde Nähe sicherzustellen<sup>72</sup>.

„: na es kommt drauf an isses wirklich nur dass se mal . jemanden brauchen zum Trost ja ... also .. es gibt Patienten da kommt mer rein . und da . legen se schon mal 'n Arm ein so hier über de Schulter oder was //hm// . oder ich sage Guten Morgen .. manche wolln das gar nich, dass mer überhaupt se berührt ja //ja// .. das muss mer alles vorher . austaxieren .“ /23/35-38

Darüber hinaus geht auch von einigen Hilfe- und Pflegebedürftigen selbst ein Berührungsimpuls aus. Diese suchen eine besondere Form von Nähe, die Käthe situativ bereitwillig aufnehmen und beantworten kann. Sie kann scheinbar auch auf dieser Ebene eine vertrauensvolle und kooperative Pflegebeziehung herstellen. Das Bedürfnis nach körperlicher Hinwendung wird über einen evaluativ absichernden Kommentar herausgestellt. In diesem Rahmen ist es somit ein notwendiger Bestandteil pflegerischen Handelns.

„... es gibt äh gibt auch . die einen mal gerne mal so streicheln oder so .. und . da sag ich . na gut . wolln mer . drück ich se auch e mal und sag heute das is wieder schön ja . //hm// . manche brauchen 'ne Streicheleinheit ja ..“/23/15-17

Gegenläufig dazu werden aber auch ablehnende Reaktionen gegenüber diesem zu nahe gehenden Berührungseinsatz erkennbar. Käthe muss kognitiv abschätzen, wann sie ihren Berührungsimpulsen folgen kann oder nicht. Dabei orientiert sie sich an erfahrungsgesättigten Wissensbeständen.

Implizit verweist Käthe auf die normativ eher negative Bewertung von famialisierten Rollenauffassungen. Ihre in diesem Zusammenhang erkennbaren thematischen Abbrüche bzw. latenten Ausweichbemühungen deuten auf interaktiv schwierige Ausbalancierungen hin. Diese beziehen sich hier eher auf Hilfe- und Pflegebedürftige, die auf distanziertere Formen von Fremdpflege orientieren.

Ihre fürsorglichen Bemächtigungen führen aber nicht dazu, dass sie die individuellen Befindlichkeiten der von ihr Betreuten aus dem Blick verliert.

„...wenn ich jetzt en alten Menschen vor mir habe bei manchen denk ich . könnte meine Großmutter sein . //hm// und und streichle mal und so aber . die meisten ham das och gerne . //hm// aber es gibt och welche, die zucken dann zurück und das muß mer abschätzen können . //hm// die möchten das nicht ja . also da müss mer schon dran denken .. „/16/5-10

### 5.9.1.3 *Unsprachliche Dankbarkeit*

Das verloren gegangene Sprachvermögen führt zu nonverbalen Pfaden der Kommunikation, die Käthe aufmerksam wahrnimmt. Sie erkennt die unsprachlichen Signale der Patienten. Intuitiv erfasst sie die wortlosen Zeichen von Hilfe- und Pflegebedürftigen und reagiert darauf („das sieht man an den Augen“(18/39)<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> Ihre Souveränität beim Einsatz von Berührungen als Medium der Interaktion löst sich im Zusammenhang mit spezifischen Grenzsituationen (Sterben und Tod) auf.

<sup>73</sup> Erfahrene Pflegepersonen können eine sehr komplexe Form der Wahrnehmung entwickeln. Diese Art sechster Sinn, wo mehrere Sinne gleichzeitig eingesetzt werden, ermöglicht schnelle Entscheidungen (Olbrich 1999; 81). Da eine Situation als Ganzes kaum wahrgenommen werden kann, besteht die Kunst des Pflegens darin, das Wesentliche wahrzunehmen. Handlungen werden scheinbar intuitiv, d.h. ohne bewusst vollzogene Begründungen bzw. Vorüberlegungen durchgeführt. Diese Kompetenz ist nach Olbrich eine innere Gewissheit, die jemand in bezug auf ein Geschehen hat, ohne sie begründen

Die körperlichen Rückantworten von Hilfe- und Pflegebedürftigen signalisieren ihr analog dazu das Verstehen der Patienten. In diesem Sinne wird auf dieser Ebene eine wechselseitige Form von Aufmerksamkeit sichtbar<sup>74</sup>.

Dieser (dyadische) Verstehensprozess kontrastiert wiederum mit dem Missverstehen bzw. Wahrnehmungslücken von pflegenden Angehörigen. Verstehen und Missverstehen werden schematisch nebeneinander gestellt.

Eine z.T. über den Kopf der Betroffenen hinweggehende Kommunikation wird von ihr empathisch als „fürchterlich“ (19/3) kommentiert. Die sichtliche Empörung über diese Missachtung disqualifiziert diesen Interaktionsstil.

„...und es gibt so viele Patienten, die kaum noch reden können oder nicht mehr reden können aber das sieht man den an Augen an //hm// ja . ob se sich freuen oder nicht freuen und schon wenn mer zur Türe reinkommt ja .. es gibt Patienten die wo man denkt die kriegen nichts mehr mit un hörn nicht mehr und wenn dann die Kinder so Sachen reden also das find ich fürchterlich ja . ich weiß genau solange se einen auch noch mal de Hand drücken, dass se alles verstehen ja ...“/19/10-15

#### 5.9.1.4 Intimpflegesituationen

Der Verlust an Selbstständigkeit wird zu einem schwierigen, die persönliche Integrität berührenden Anpassungsprozess. Ein z.T. hilflos bzw. abhängig machender Zustand der Pflegebedürftigkeit ist mit peinlichen Momenten verbunden.

Das beschämende Tragen und Wechseln von Inkontinenzeinlagen soll gegenüber den Angehörigen möglichst unsichtbar bleiben<sup>75</sup>.

Die Intimpflege durch Nächstenpflegepersonen scheint mit besonderen Schamgefühlen verbunden, die durch den Einsatz von Fremdpflegekräften teilweise abgebaut werden können<sup>76</sup>. Beruflich Pflegende sind täglich bei mehreren Hilfe- und Pflegebedürftigen mit solchen Situationen konfrontiert. In diesem Sinne erfolgt eine gewohnheitsmäßige Konfrontation mit Ausscheidungen und den damit verbundenen Pflegemaßnahmen. Dieser Akt der Gewöhnung scheint gewissermaßen auch auf die individuell auf Hilfe- und Pflege Angewiesenen abzuwirken. Solche Vorstellungen normalisieren für die Betroffenen den als fremd und ungewohnt empfundenen Akt einer von Außen unterstützten Intimpflege. Die als peinliche Einbrüche an Selbstständigkeit empfundenen Intimpflegesituationen können den damit routinemäßig vertrauten beruflich Pflegenden eher zugemutet werden als pflegenden Angehörigen.

---

zu können (ebenda). Über diese Art Wissen verfügt sie m.E. sehr ausgeprägt. Intuitives Wissen basiert auf vielschichtigen Wissensbeständen, die kontextsensibel gewichtet zur Anwendung gelangen. Es ist eine Art Sicherheit, die dazu führt in einem bestimmten Moment genau das Richtige zu tun (ebenda).

<sup>74</sup> Der Zugang zur subjektiven Welt bedarf anderer, präverbaler Ausdrucksformen, wie z.B. Körpersprache und Gefühlsausdruck (vgl. Schwerdt 1997; 255). Diese unkonventionelle Form der Kommunikation scheint situativ zu gelingen. Käthe besitzt ein spezifisches Interaktionsvermögen. Auf dieser Grundlage entwickeln sich einfühlsame Pflegende Momente (Elsbernd 2000; 52 f).

<sup>75</sup> Anstelle von Einlagenwechseln wird üblicherweise der Ausdruck des -Windelns- bzw. -gewandelt werden- von den beruflich Pflegenden verwendet (dazu u.a. Koch-Straube 1997; 219).

<sup>76</sup> Die Aktivitäten des täglichen Lebens- bzw. -Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) umfassen unterschiedliche Bedürfnisbereiche, die vielschichtige Überlappungen aufweisen. In diesem Sinne können scheinbar rein körperliche bzw. physiologische Bedürfnisse mit geistig-seelischen Aspekten verbunden werden. Der Bedürfnisbereich -Ausscheidung- ist mit Schamgefühlen verbunden, der beispielsweise auch dem Bereich -Sich als Mann oder Frau fühlen- und -Verhalten- tangiert (vgl. Köther/Gnam 1995; 36-41). In dem Pflegemodell von M. Krohwinkel können die in Zusammenhang mit der Intimpflege auftretenden Gefühle auch über den Bereich -Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen- erfasst werden (Krohwinkel 1992; 33 f).

Darüber hinaus versucht Käthe ein kooperatives Klima zu erzeugen, über das peinliche Momente entkrampft werden können. Über einen Perspektivenwechsel wird ein strategischer geleiteter Selbstbezug hergestellt. Sie signalisiert gegenüber den abhängig Pflegebedürftigen, dass potentiell auch ihr solche Missgeschicke passieren können. Das Verwischen der gegenseitigen Abhängigkeitsbeziehung erscheint handlungsstrategisch eher holprig. Die Grenzen zwischen ihr und den Patienten werden situativ aufgelöst<sup>77</sup>.

„..... da gibt's auch Patienten, die wolln ehmt nich von Angehörigen .. gewindelt wern oder so .. sin ehmt auch so . en Schamgefühl . die sind froh, wenn da en Außenstehender kommt . und das macht //hm// . is vielleicht auch peinlich ja .. und se wissen wir machen sowas täglich . bei vielen da ist das was andres .... und wenn se sich mal genieren oder schämen oder so dass es . in de Hosen gegangen is sach ich . kann mir genauso passieren .. na ..“/15/13-18

Käthe hat als dienstälteste Schwester einen besonderen Status. Als „Älteste“ (16/7) betreut sie mehr Männer als andere Schwestern der Sozialstation. Der geringere Altersunterschied zu den männlichen Hilfe- und Pflegebedürftigen scheint mit weniger schambeladenen Intimpflegemomenten verbunden als bei jüngeren Schwestern.

Sie schätzt die Schamsensibilität bei Männern z.T. höher ein als bei Frauen. Frauen akzeptieren die Betreuung durch eine männliche Pflegekraft selbstverständlicher als durch gleichgeschlechtliche Pflegekräfte. In diesem Sinne werden für sie eher abgeschwächtere Schamgefühle erkennbar. Die geschlechtsspezifischen Irritationen gegenüber dem anderen Geschlecht scheinen in diesem Zusammenhang eher gering zu sein<sup>78</sup>.

„...na ich betreue viel . Männer .. //ja// weil ich ja nun die Älteste bin .. und da merk ich natürlich, dass die . lieber haben wenn ich als alte Schwester komme . als wenn 'ne junge Schwester mich vertritt oder so //hm// . aber es is auch unterschiedlich also .. aber irgendwie . komischerweise wenn wir .. Pfleger hatten oder was und die ham Frauen betreut . das war selbstverständlich .. und . die Männer sind manchmal en bisschen . zurückhaltender ... „/16/7-12

Entscheidend scheinen kontinuierliche, über einen längeren Zeitraum gewachsene Beziehungen zu einer festen Bezugspflegesituation<sup>79</sup>. Durch den in der Mehrzahl langjährig auf der Sozialstation tätigen Schwesternstamm entwickeln sich selbstverständliche Betreuungssituationen, die Irritationen tendenziell in Grenzen halten.

---

<sup>77</sup> Das Herstellen von Gleichheit in einer offensichtlich asymmetrisch bleibenden dyadischen Pflegebeziehung löst Irritationen aus. Das episodische Auflösen von Grenzziehungen bleibt analytisch sperrig. Hier werden eigene Gewissheiten tendenziell aufgelöst. Die eigene Selbstständigkeit erscheint brüchig. In diesem Sinne taucht Käthe einfühlend in eine bei ihr unsichtbar bleibende Abhängigkeit ein. Das weit Vorgeschobene dieser Position führt zu einer mimetischen Solidarisierung, die Unterschiede situativ auflöst. Ob diese Positionierung eher als pragmatisch verkürzt, okupativ oder verstehend einfühlend markiert werden kann, bleibt vage. Es wird kein expliziter Fallbezug hergestellt. Geht man von einem nachvollziehenden Verstehen oder Einfühlen aus, sieht und erkennt Käthe ein Problem, das über potentiell sie selbst treffende Ereignisse normalisiert werden soll. Das Eintauchen in die Verhältnisse des anderen relativiert das Besondere der für den Betroffenen existentiell erscheinenden (Abhängigkeits-) Situation. Es findet eine (ungewöhnliche) Anonymisierung statt, die im Einzelfall der peinlichen Situation den Stachel nehmen kann. Ihr hier sichtbarer Versuch, diesen Nachvollzug verbal mitzuteilen, erscheint insgesamt eher unbeholfen

<sup>78</sup> Diese Rahmung erscheint durchaus ungewöhnlich. Die Betreuung durch weibliche Pflegekräfte wird zumeist selbstverständlicher akzeptiert als bei Frauen.

<sup>79</sup> Die positiven Erfahrungen mit einem Bezugspflegemodell („primary nursing“) werden angedeutet (dazu u.a. Arets, J. 1997). Das Miteinander-vertraut-sein reduziert Scham- und Peinlichkeitsgefühle.

„...aber so sehr junge Schwestern ham wir jetzt gar nich oder . ham Schwestern die schon lange hier arbeiten und das macht auch viel aus, wenn dann immer wieder die gleiche kommt da ist das selbstverständlich ja ..“/16/19-21

### 5.9.1.5 Sexualität

Im Zusammenhang mit Intimpflegesituationen werden auch sexuelle Wünsche und Bedürfnisse von Hilfe- und Pflegebedürftigen sichtbar. Diese nicht weiter detaillierten Ausdrucksformen sexuellen Begehrens werden von ihr übersehen. Die Nichtwahrnehmung von unspezifisch bleibenden sexuellen Wünschen und Bedürfnissen erspart Käthe reaktive Interventions- und Zurückweisungsstrategien. In diesem Sinne muss sie auch kein Repertoire an angemessenen Reaktionsmöglichkeiten entwickeln (vgl. Knobling 1993; 224). Käthe deutet hier eine Neigung zu stillen Kontrakten an. Möglicherweise soll den Begehrenden ein Rückzug ermöglicht werden, der ihm die Peinlichkeit von Zurückweisungen erspart. Sexualität ist für sie scheinbar kein wesentliches Pflegeethema, d.h. durchbricht eher ihr konzeptionelles Verständnis von Hilfe und Pflege.

„...das das muss man übergehen .. //hm// ja bin ich der Meinung //hm// also wenn das Bedürfnis bei demjenigen is und man wäscht 'n oder so .. muss man so tun als wär gar nichts gewesen //hm// dann isse für denjenigen abgetan ja .. un un un . eigentlich passiert sowas dann auch nich wieder ..“/23/13-15

## 5.9.2 Familienähnliche Rahmungen

beschreibt das gute Verhältnis zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen über familienähnliche Rahmungen. Ältere Patientinnen wecken positiv besetzte Gedanken an ihre Großmutter.

„...wenn ich jetzt en alten Menschen vor mir habe bei manchen denk ich . könnte meine Großmutter sein . „/16/3-4

Der relationale Bezug scheint Ausdruck eines lebensgeschichtlich gespeisten Fürsorgeverständnisses. Die dyadische Beziehung wird begrifflich nicht ausschließlich über ein emotional distanzierteres Schwestern-Patientenverhältnis eingefangen<sup>80</sup>.

### 5.9.2.1 Lieblingspatienten und schwierige Patienten

Die familienähnlichen Beziehungsmuster zu langjährig betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen haben sich weitgehend aufgelöst. Komplementär dazu betreut sie gerne „geistig schwierige“ (16/25) Patienten. Damit sind möglicherweise dementiell Erkrankte gemeint, deren Betreuung mit komplexen Handlungsanforderungen verbunden sind<sup>81</sup>. Die damit verbundenen Anstrengungen und Schwierigkeiten werden als erschöpfende, pflegerische Routinedurchbrechende Pflegesituationen skizziert. Sie werden zur Prüfung für die eigene

---

<sup>80</sup> Auf die Ambivalenz einer Familialisierung beruflicher Tätigkeiten wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur wiederholt hingewiesen(dazu u.a. Koch-Straube 1997; 366 f).

<sup>81</sup> Ohne dass sie diesen Begriff verwendet, ist zu vermuten, dass es sich bei dieser Patientengruppe um das Krankheitsbild Demenz handelt. Der Oberbegriff -Demenz- umfasst Krankheitsbilder verschiedener Ursachen und unterschiedlichen Verlaufs. Im Zusammenhang mit Demenz wird auch häufig von Verwirrtheit gesprochen. Er verdeutlicht anschaulich, wie die Krankheit das Leben der Betroffenen und Angehörigen verwirren kann, ohne im medizinischen Sinne korrekt zu sein (dazu u.a. Köther/Gnam 1995; 659 f; Popp 2006, 10 ff).

Belastbarkeit. Solche (positiven) Stresselemente halten ihr Pflegehandeln wach. In dieser Ambivalenz von Anregung und Erschöpfen muss sich ihr pflegerisches Erfahrungswissen immer wieder neu bewähren<sup>82</sup>. Sie muss sowohl ihre eigenen Möglichkeiten als auch die der Betroffenen aktivieren. Es entstehen somit immer wieder überraschende Ausgangssituationen<sup>83</sup>. Die pflegerische Betreuung muss kontinuierlich neu gestaltet werden. In diesem Sinne erscheint die Arbeit mit diesen Menschen deutlich weniger eingerichtet als bei anderen Hilfe- und Pflegebedürftigen.

Das Weggleiten von Informationen bzw. sicher reproduzierten Wissensbeständen verschafft ihr häufige Wiedersehensmomente. Gelungene und ballastöse Momente vorhergegangener Betreuungssituationen fließen tendenziell weg. Die vergessliche Freude über ihr tägliches Kommen wird von Käthe wohlthuend aufgenommen<sup>84</sup>.

„...ich habe ganz schwierige Patienten . vorwiegend . //hä// . auch also geistig schwierig also die nervlich ziemlich .. die muss mer zu nehmen wissen .. ja und da muss mer wissen wie mer rankommt an die überhaupt, um se mal in de Badewanne zu kriegen oder so ja .. aber . na da braucht mer selber viel Nerven .. da sag ich dann manchmal also heute .. darf mich erstmal keiner mehr ansprechen wenn Feierabend ist ... aber irgendwie hat mer die besonders gerne, weil man ja weiß . die wissen ja gar nich was se von sich geben und warum se so sind ja und dann kommt mer 'n nächsten Tag wieder hin und da sagen se aach sie sind endlich wieder da ist das aber schön ich freue mich . is alles vergessen . //hm// . ja ...“/16/25-33

Im Kontext eines emphatischen Fürsorgeverständnisses wird die besondere Verantwortung gegenüber dieser Patientengruppe markiert. Auf Nachfrage wird die stärkere Zuwendung gegenüber dementiell Erkrankten explizit herausgestellt („...die brauchen besondere Zuwendung ja“/16/47)<sup>85</sup>.

Eine engagierte Pflege wird insbesondere bei weitreichender Fremdpflegebedürftigkeit aktiviert. Die im besonderen Maße auf Hilfe- und Pflege angewiesenen Patienten lösen bei ihr ausgeprägte Fürsorgeimpulse aus. In diesem Sinne werden sie zu Lieblingspatienten, die verantwortlich gepflegt werden müssen<sup>86</sup>. Die herausfordernde Pflege von psychisch bzw.

---

<sup>82</sup> Erfahrungen-machen erfordert eine Haltung der Offenheit gegenüber Wahrnehmungen. Aktives persönliches Interesse und Engagement bei der Verarbeitung des Erlebten (dazu u.a. Koch-Straube 1997; 102 ff).

<sup>83</sup> Das Neubeginnen und Einrichten vergessener alltäglicher Abläufe kann in Verbindung zum Natalitätsprinzip gebracht werden. Das Beenden und Loslassen von Störungen und Konflikten wird durch das Vergessen zwangsläufig forciert. Käthe kann den Betroffenen ihre scheinbar ungewollte Uneinsichtigkeit nicht vorwerfen. Sie muss schützend und ausgleichend tätig werden, ohne dass es eine Gewähr auf Verbesserung bzw. Sicherung des Status-quo- gibt. Durch die Freude der Patienten wird möglicherweise auch ein unbewusstes Verzeihen sichtbar, das für sie zugleich motivierend und handlungsverpflichtend ist (H.Arendt 1994; 242). In dieser anders gelagerten Anfangssituation braucht sie ein gemäßes Maß an Zeit um an „geistig schwierige“ (16/25) Patienten „ran(zu)kommen“ (16/26). Die (beziehungsfördernde) Fähigkeit der Geduld wird gerade gegenüber diesem Klientel zu einer notwendigen Schlüsselqualifikation (Rabe-Kleberg 1993; 79).

<sup>84</sup> Diese gehäuft auftretende Wiedersehensfreude bei ihren täglichen Pflegeeinsätzen wird zu einem überzahlten Honorar, dessen sie aber nicht überdrüssig wird. Vorhergegangene Anstrengungen, schwierige Aushandlungsprozesse u.a. werden von verwirrten Patienten z.T. vergessen. Es bleibt die Freude über ihr Wiederkommen. Dieses Vergessen wird zum Indikator für Neubeginn und Hilfe.

<sup>85</sup> In ihrer Darstellung zur „Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland“ (Rede in der Debatte zur Großen Anfrage) stellt das MdB Fr. Schmidt-Zabel die Bedeutung des bei Demenzkranken dringend notwendigen „Medikament Zuwendung“ heraus (Schmidt-Zabel, U. (2001): Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland (Anlage VII), In: Waselewski, D./Kreis, N. (Hrsg.): Demenz in Altenpflegeheimen -; Caritasverband für das Bistum Magdeburg, Magdeburg

<sup>86</sup> Zu dieser Gruppe zählen für sie vor allem psychisch Verwirrte, sterbende und sozial isolierte Patienten.

dementiell Erkrankten ist eingebettet in ein weit gefasstes Normalitätsverständnis<sup>87</sup>. Es wird eine grundsätzlich akzeptierende Haltung gegenüber diesen -schwierigen Patienten- sichtbar. Der asymmetrische Charakter der Pflegebeziehung wird über ihr konzeptionelles Personenverständnis aufgefangen<sup>88</sup>. Sie darf den betreuten Personen kommunikativ nicht vermitteln, dass diese „verdreht“ (23/42) sind, da es sonst zu einem aggressiven Antwortverhalten kommen kann. Eine binäre Schematisierung in normal bzw. unnormal wird von Käthe vermieden. Sie versucht bewusst die Asymmetrie in der Pflegedyade nicht zu groß werden zu lassen. Über diese Annäherung erfolgt ein behutsames Leiten der Betroffenen. Situativ anfallende Pflegeanforderungen können so „langsam“ (23/42) realisiert werden. Überwältigende Kategorisierungen und okupative Pflegestrategien werden vermieden.

„...als wärn se ganz normal //ja// . das muss mer . mer muss alles akzeptieren .. ja . also man muss immer denken es is en ganz normaler Mensch //hm// .. man kann ihn dann langsam . irgendwohin leiten aber .. ja nich so tun als würde man ihn als .. verdreht erklären also das . darf mer ihn nich spüren lassen .. sonst wern se noch aggressiv...“/23/40-43

Kontrastiv dazu werden problematische Akzeptanzverweigerungen durch die Angehörigen eingespielt. Als Fremdpflegekraft setzt sie Maßstäbe, die nicht ohne weiteres von den nächsten Pflegepersonen geteilt werden. Käthe bringt einen episodischen (Akzeptanz-)Überschuss in die Betreuung hinein, der in seinen Normalisierungsbemühen auf die Angehörigen möglicherweise auch befremdlich wirkt. Das implizite Infragestellen von defizitgeprägten Rahmungen und daran anschließenden Betreuungsmustern führt bei einigen Angehörigen zu latent bleibenden Spannungen, die erst nach Beendigung ihres Pflegeeinsatzes abgebaut werden können. Ihr (beschämender) persönlicher Pflegestil stößt unterschwellig auf Widerstand bzw. Ablehnung.

„...ja weil ich das Gefühl habe die wern noch nichemal von ihrn Angehörigen akzeptiert . //hm// und das is leider sehr oft so ja . dass die Angehörigen sogar sagen ein Glück ich bin wieder draußen ja . (?.) ...“/24/5-7

### **5.9.2.1.1 Illustration schwieriger Patienten**

Eine von ihr „jahrzehntelang“ (19/10) betreute, allein lebende Patientin erweist sich als „sehr unzufrieden“ (19/12). Sie wird als Frau mit einer schwierigen Lebensgeschichte beschrieben. Die Quellen ihrer wiederkehrenden affektiven Ausbrüche bzw. insgesamt instabilen psychosozialen Stimmungslage werden über knappe biographische Details skizziert. Die verletzenden Attacken gegenüber Käthe führen dazu, dass sie diese Patientin mit einem persönlichen Rückzugsangebot aus dem Betreuungssetting konfrontiert. Die Frau reagiert verbal nicht auf diese Beendigungsangebote. Ihre beredten Blicke drücken für Käthe einlenkende Rückzugsbewegungen bzw. Entschuldigungen aus, die aber nicht direkt mitgeteilt werden können. In diesem Sinne bleibt die von Käthe wahrgenommene Zurücknahme von kränkenden Attacken imaginär. Ihr verständnisvolles Aufnehmen von grenzüberschreitenden Ausfällen erfolgt eher auf der Basis bekannter lebensgeschichtlicher Ereignisse und Verletzungsdispositionen. Ihr Versuch, schwierige Lebenssituationen in

<sup>87</sup> Käthes Haltung trifft sich mit den von Naomi Veil entwickelten Grundsätzen und Werten der Validation (Feil/ Klerk-Rubin 2005; 15 ff). Sie akzeptiert die verwirrten alten Menschen ohne sie zu beurteilen, d.h. als unvernünftige zu klassifizieren. Validation ist somit sowohl eine Kommunikationsform als auch eine Therapie (ebenda).

<sup>88</sup> Unabhängig davon in welchen Situationen und Lagen sich das Subjekt befindet, ob sie von den Fähigkeiten der Vernunft Gebrauch machen können oder nicht, kann ihnen die Würde und der Respekt gegenüber ihrer Person nicht abgesprochen werden. Autonomie ist nicht an rationale Ich-Leistungen gebunden. Die Anerkennung des Subjektstatus ist unterhalb eines Kognitivismus möglich (Remmers 1993; 349).

Beziehung zu problematischen Verhaltensmustern zu setzen zielt darauf, persönlich Kränkungen und reaktiv einsetzende Rückzugs- oder Aggressionsimpulse abzuschwächen bzw. zu relativieren. In diesem Sinne appelliert sie auch an andere Mitarbeiter, nachsichtig mit deren eruptiv ausbrechenden Affekten umzugehen. Die sich bei ihr bewährenden Einordnungs- und Handlungsstrategien gibt sie als Botschaft an jüngere Mitarbeiter/Innen weiter. Wie man individuell und kontextbezogen eine Sprache mit dem Patienten findet, wird von Käthe als wesentliche professionelle Handlungsaufforderung markiert, der sich insbesondere beruflich unerfahrene Mitarbeiter/Innen stellen müssen<sup>89</sup>.

Ein erneuernder Kontrakt zwischen ihr und den Patienten erfolgt somit nicht auf der Basis eines einlenkenden Wortes bzw. einer explizit ausgesprochenen Entschuldigung. Die verzeihende Wiederaufnahme der Betreuung hängt eher mit deren besonderen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zusammen. Ihre besondere Verantwortung gegenüber dieser Patientin wird in einem allgemeinen Erleidensrahmen gestellt, auf dessen Basis die Notwendigkeit einer einspringenden häuslichen Pflege trotz aller Unterminierungen und konfliktuösen Spannungen begründet werden kann. In diesem Sinne ist ihr Einsatz auch nicht von der Dankbarkeit oder Freude der Patientin abhängig<sup>90</sup>.

Das von Käthe markierte Problem der sozialen Isolation führt dazu, dass sie eine vermeintlich integrationsfördernde stationäre Betreuungsmöglichkeit in Erwägung zieht. Die antizipatorisch durchgespielten Folgen einer solchen Unterbringungsalternative führen zur Zurückstellung dieser fallbezogen, scheinbar sinnvollen Intervention. Der Wille bzw. die Nicht-Zustimmung der Patientin bleibt maßgeblich und wird von ihr respektiert.

Obwohl es Käthe möglicherweise schwer fällt, sich gegenüber dieser sie „böse“ (19/17) attackierenden Frau zu öffnen bzw. sich auf ihre Deutungen und lebensgeschichtlich gewachsenen Orientierungen einzulassen, kann sie ihre paternalistischen Wirklichkeitskonstruktionen zurückstellen bzw. korrigieren. (vgl. Remmers 1998; 414)<sup>91</sup>.

... na ich hatte jetzt 'ne Patientin . die is im Frühjahr gestorben . jahrelang kann mer oder jahrzehntelang //hm// . die hatte niemanden auf der Welt als en netten (?) //hm// . und die war ehmt auch oft sehr unzufrieden . ihr Mann ist ganz zeitig verstorben, im Krieg geblieben . da gings schon los sie krichte dann keine Witwenrente, weil er noch nicht fünf Jahre gearbeitet hatte //hm hm// das hat alles unsere Fürsorgerin in die Wege geleitet, sie war Sekretärin und .. also die hats nich leicht gehabt im Leben hat ihr Le- hat noch über de Rente gearbeitet . (räuspert sich) aber war manchmal . na ich will mal sagen so böse . dass ich gesagt habe also wenn se nich mehr einverstanden sind, dass ich komme dann geh ich . //hm// und dann hab ich nur ihren Blick gesehen, dann wusst ich sie ha- meint das nich so ja . dann hab ich auch oft gesagt zu den andern also . die meint das nich so . ihr dürft das gar nich so nehmen, die is so explosiv un un . und hinterher tuts ihr selber leid //hm// ja ... das sind ehmt Patienten, die keinen of der Welt ham, die brauchen einen ... , /19/10-22

---

<sup>89</sup> Die vielschichtigen Vermittlungs- und Übersetzungsleistungen erfordern ein mehrsprachiges Vermögen (Remmers 1993; 275).

<sup>90</sup> Käthe kann sowohl die persönlichen Attacken dieser Frau kompensieren als auch ihre paternalistischen, persönlich als gut eingeschätzten Betreuungsvorstellungen zurückstellen. Ihre eigenen Befindlichkeiten und Vorstellungen werden somit nicht zu einem maßgeblichen altruistischen Handlungsmotiv. Ihre Begründungen unterliegen gewissermaßen einer affektfreien Motivation, d.h. der Grund diese Frau auch weiterhin zu pflegen, liegt lediglich darin, dass sie Hilfe nötig hat. So betrachtet konstituiert diese sichtbar anfallende Bedürftigkeit einem unabhängig von ihren Interessen, Bedürfnissen und Wünschen zu berücksichtigenden Pflegebedarf (vgl. Nagel 1998; 115 ff).

<sup>91</sup> Käthe deutet hier zwei grundsätzliche Gesichtspunkte in der Pflege an, die genau gegeneinander abgewogen werden müssen. Zum einen sollen die individuellen und sozialen Folgen und deren diskursethisch zu evaluierenden Akzeptanz von Seiten der unmittelbar bzw. mittelbar Betroffenen maßgeblich berücksichtigt werden, zum anderen orientieren sich Interventionen und Handlungsstrategien aber auch an professionellen Maximen und Werthaltungen (vgl. Remmers 1998 ; 408 f).

### 5.9.2.2 Passungsfähige Biographieorientierung

Das Anknüpfen an frühe Sozialisationserfahrungen (Kindheit, Jugend) bzw. schwierigen kollektiven Ereigniszusammenhängen scheint für Käthe unproblematisch möglich zu sein. Ihre positive Gestimmtheit gegenüber den biographischen Erfahrungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen berührt selbstreferentielle Orientierungskerne. Tendenziell werden die Erinnerungen an kollektiv problematische Ereignisse durch positiv getönte Gegenerfahrungen aufgeweicht. In der lebensgeschichtlichen Bilanz der Betreuten werden aus Käthes Sicht „schwere Zeiten“ (25/27) z.T. entproblematisiert bzw. narrativ stärker auf „gute“ (25/31) Erfahrungskerne hinverlagert.

„, da reden se eigentlich nur über das Gute//hm// .. es is ganz unterschiedlich . aber das von früher is sehr wichtig .. und das . de Kinder klein warn und so was also wer das alles noch so weiß und erzählt .. die sin eigentlich glücklich .“/25/31-34

Kontrastiv dazu stellen Einschnitte im partnerschaftlichen Bereich Kränkungen dar, die bei einzelnen Patienten unverarbeitet und lebensthematisch virulent bleiben können.

„also es gibt Patienten, die sind .. geschieden worden und ham das für fürchterlich empfunden . die reden fast täglich darüber“/25/29-30

Das Verstummen einzelner Patienten führt bei ihr zu Spekulationen darüber, ob ein Leben ereignisarm und ohne interne Evidenzen verlaufen ist.

„, na und manche . die ham gar nichts zu erzählen //hm// .. ob die keine Ereignisse hatten oder . alles nich für wichtig empfunden ham ...“/25/34-36

Sich bedeckt haltende Patienten werden narrativ stimuliert, d.h. auf zurückliegende Lebensphasen hin angesprochen. Ihre interessierten Erzählaufforderungen führen z.T. zu erstaunlichen Aufwacheffekten.

„dass ich manchmal schon sage .. heute isses so still . will se mir nich mal 'ne schöne Geschichte erzählen wie warn das mal in der Schulzeit und so dann kommt was //hm// ja .. und dann kommt mer manchmal en andern Tag hin und da sagen se ach sie wollten doch mal wissen, wies in meiner Kindheit oder Schulzeit war . da kann ich ihnen noch das und das erzählen .. dann sind se ganz ofgeweckt die vielleicht vorher nie e Wort gesagt ham“/25/36-41

Der kommunikative Austausch bleibt zumeist auf kindheitsbezogene Eindrücke und Erfahrungen begrenzt. Gegenwartsbezogene Entwicklungen haben für viele Hilfe- und Pflegebedürftige eine geringe, sie kaum berührende Bedeutung. Aktuelle Veränderungen und Informationen prallen ab oder werden nach kurzer Zeit ausgeblendet bzw. vergessen<sup>92</sup>. Das Nichtankommen in einem veränderten gesellschaftlichen System ist Ausdruck einer Verwirrung, die von Käthe auch mit fehlenden Permutationsmöglichkeiten in Beziehung gesetzt wird.

---

<sup>92</sup> Das veränderte gesellschaftliche System ist auf andere Weise auch für sie verwirrend und fremd. Käthe kann die Nichtankunft bzw. gegenwartsbezogene Verwirrung billigen. Die Verhaltensmuster der in der Vergangenheit lebenden Betreuten treffen sich mit ihren sehnsuchtsvoll-idealisierenden Einschätzungen von Kindheit und Jugend. In dieser Passung von guten Erinnerungen und zeitbezogenen Orientierungseinbrüchen entstehen Ähnlichkeiten, die möglicherweise Sympathie und Nähe befördern.

„... weil die ja die nich rauskommen gar nich wissen . was jetzt gibt ja .“/26/1

Das Verharren in gewachsenen Wahrnehmungsmustern führt angesichts der unproblematischen Befriedigung, vormals exotisch anmutender Konsumbedürfnisse, zu unintegrierbar bleibenden Eindrücken. Diesbezügliche Angebote werden eher zaghaft aufgenommen. Die Begehrlichkeiten in Bezug auf einstmals entbehrte Nahrungs- und Genussmittel halten sich in Grenzen und flackern nach stimulierenden Anregungen nur episodisch auf..

Lustvolle Verheißungen der neuen Zeit werden nicht mehr so recht aufgenommen bzw. sogar resistent abgewehrt. Diese noch in der alten Bezugsstruktur verharrenden Patienten stellen zusehends eine verschwindende Minderheit dar. Über diesen Patientenstamm wird der Bezug zur Vorwendezeit wach gehalten.

„...aber was so jetzt passiert und . es . das intressiert viele gar nich ... oder sie vergessens wieder //hm// . es gibt Patienten die . zwar verwirrt sind aber die noch nich wissen, dass wir jetzt Bundesrepublik sind .. //hm// ja . die kommen nich raus und . wundern sich, dass se jetzt immer Südfrüchte kriegen oder was ohne Anstehen das gibt's immer noch ja .. meine das is so . ein Stamm der nun bald auch . der älteste is...“/25/41-46

Die rückwärts ausgerichteten, sich in der neuen Zeit kaum mehr orientierenden Hilfe- und Pflegebedürftigen stellen für Käthe eine vertraute, ihre berufliche Identität absichernde Betreuungsgruppe dar. Da ihre aktuellen Einordnungen stark auf der Folie früherer Erlebnisgehalte aufgegriffen und bewertet werden, scheint die verbindende Nähe zu dieser Gruppe von Verwirrten besonders groß zu sein.

Dort kann sie an ihre positiv besetzten „natürlichen Weltbilder“ anknüpfen (Mannheim 1995; 537). Ihre familialisierten Pflegemuster werden insbesondere in solchen Settings aktiviert<sup>93</sup>.

### *5.9.2.3 Umgang mit zeitlichen Verzögerungen und Störungen im Arbeitsablauf*

Käthe skizziert zwei Gruppen von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Während die eine Gruppe ungehalten auf zeitliche Verzögerungen reagiert und starr auf die Einhaltung der vereinbarten Betreuungszeiten insistiert, sorgen sich andere Patienten um das Wohl der erwarteten Schwester<sup>94</sup>.

„...ja es gibt Patienten die sind .. drauf geeicht, dass man ehmt unbedingt zu 'ner bestimmten Zeit kommen müsste ja //hm// . äh manchmal kann mers ehmt nich . so einhalten die Zeiten es kann ja zwischendurch mal . bei einem . der umgekippt ist wo mer en Arzt braucht verlängert die Zeiten . da gibt's Patienten die sagen komm se och schon so ungefähr . wir warten schon

---

<sup>93</sup> Käthe knüpft gewissermaßen ganz selbstverständlich und unreflektiert an frühe Sozialisations- und Lebenswelterfahrungen an. Aus dieser als weitgehend positiv eingeschätzten Lebensgeschichte entwickelt sie kontinuierlich aufrechterhaltene Optionen und Handlungsmöglichkeiten. Sie werden zu einem motivationalen Unterfutter, von dem ihre engagierte berufliche Arbeit zehrt. Dieses Handlungsmuster macht sie zu einer unverwechselbaren, scheinbar unzeitgemäßen Person. Aus ihrer Biographie heraus konturiert sie familialisierte Handlungssettings, in denen sie sich „gesund“ und ohne Scham entdecken kann (vgl. Habermas 2001; 20). Tendenziell problematisch scheint dieser Stil dann, wenn eine Abwehr paternalistischer bzw. familialisierter Beziehungsrahmungen durch andere Mitarbeiter/Innen sowie Hilfe- Pflegebedürftigen erfolgt?

<sup>94</sup> Ihre kategorialen Einordnungen bewegen sich in einem dualistischen Zuweisungsschema. Über klare Gegensatzanordnungen versucht Käthe wesentliche Unterscheidungen zwischen den Hilfe- und Pflegebedürftigen zu treffen. Dabei werden aber überzogene Stereotypisierungen bzw. Schwarz-Weiß-Schemata eher vermieden.

ewig . und dann gibt's Patienten die sagen ein Glück sie sind da mir dachten, ihnen ist was passiert .“/15/3-8

Diese Besorgnis deutet auf gewachsene Interaktionsbeziehungen hin, aus denen heraus reziproke Fürsorgehaltungen bzw. Perspektivenübernahmen entstehen. Käthe muss sich bereits im Vorfeld „wappend“ (15/29) auf diese unterschiedlichen Verhaltensmuster einstellen.

„...also ich weiß im Schnitt . wie derjenige reagiert... ja .. und wappne mich dann schon e bisschen ...“/15/29-30

#### 5.9.2.4 Unzufriedene Hilfe- und Pflegebedürftige

Dauerhaft unzufriedene Hilfe- und Pflegebedürftige sind für Käthe bedauernswerte Menschen, die keine Freude am Leben entwickeln können. Ihre diesbezüglichen Verortungen und patientenbezogenen Zuschreibungen werden als „Erklärung“ (17/14) an die Schwesternschülerinnen weitergegeben.

„...wenn mer Schwesternschülerinnen hat und . da erkläre ich denen auch immer wieder ich sage also . der und der is sehr unzufrieden mit allem so ich sach den müss mer bedauern . der Mensch hat keine Freude am Leben also der weiß nich über was er sich freuen soll ja . „/17/13-16

Möglicherweise gelingt es ihr mittels dieser Etikettierung auch eine selbstbezogene Distanzierung sicherzustellen. Die Verstimmungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen lassen sich somit nicht primär auf unbefriedigende bzw. fehlerhafte Fremdpflegemaßnahmen zurückzuführen<sup>95</sup>.

Unzufriedenheit wird zu einem krankmachenden Leiden, das einer (aufmunternden) Pflege von außen bedarf. Da scheinbar die Bezugspunkte für ein erfreuliches Leben fehlen, übernimmt sie stellvertretend die positive Rahmung der aus ihrer Sicht gelungenen Betreuungssituationen. Dabei orientiert sie sich an eigenen Vorstellungen, d.h. das stellvertretende Handeln erfolgt im Kontext ihres Selbstkonzepts<sup>96</sup>. Ihre verblüffenden prädikativen Rahmungen erzeugen z. T. Zustimmungen, die den anhaltenden Zustand der Unzufriedenheit aufbrechen.

„...den muss mer ab und zu mal .. sagen das war doch heute schön und so wolln mer uns nich mal freuen ja . //hm// da gucken die ein manchmal an und sagen .. na eigentlich ham se recht ja . ja ..“/17/17-19

---

<sup>95</sup> Ihre allgemein bleibenden Stimmungseinschätzungen sind mit Beurteilungen verbunden, die sich möglicherweise auf Hilfe- und Pflegebedürftige mit negativem Selbstbild beziehen. Ihre diesbezüglich angedeuteten Erkenntnisse ermöglichen ihr, diesen Patienten etwas zu schenken, ohne darauf hoffen zu müssen, eine über die Situation hinausreichende Zufriedenheit auszulösen. Sie schenkt dieser Patientengruppe und sich selbst freudvolle Momente. Über solche Einordnungen kann das Zurückfallen in eine persönlichkeitsstypische Unzufriedenheit ausbalanciert werden, ohne dass Käthe persönlich frustriert oder überanstrengt wirkt. Diese erfahrungsgesättigte Kompetenz wird als Botschaft an die Pflegeneulinge weitergegeben (Olbrich 1999; 63).

<sup>96</sup> Diese scheinbar paradoxe Vorstellung eines stellvertretend vollzogenen Handelns ist nach Olbrich (1999) Bestandteil eines dreifachen Mandats. Die Pflegeperson vertritt sowohl den Patienten sowie sich selbst in ihren persönlichen Vorstellungen und Bedürfnissen. Darüber hinaus vertritt sie die Institution mit ihren geschriebenen und ungeschriebenen Normen. Problematisch scheint die ausschließliche Orientierung an eigenen Wertmaßstäben, ohne dass der Bezugspunkt zu advokatorischen Handlungen und Stellungnahmen durch den Betroffenen selbst auf offene oder verdecktere Art und Weise zum Ausdruck kommt (C.Olbrich 1999; 103).

### 5.9.3 Wünsche und Vorstellungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen

Aus Käthes Sicht erwarten die Hilfe- und Pflegebedürftigen an erster Stelle Verständnis für ihre Situation. Objektiv sichtbare somatische Verletzungen werden in Bezug zu schwerwiegenden seelischen Verletzungen und Krankheiten gesetzt. Pflegerische Maßnahmen bieten Raum für Kommunikation. Das Gespür für die seelische Not einzelner Hilfe- und Pflegebedürftiger erschließt sich für sie durch behutsames Zuhören und Sprechen. Im Kontext von grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen bricht die bedrückende psychosoziale Situation episodisch durch. Das Eingehen darauf wird von den Betroffenen dankbar zur Kenntnis genommen. Diese Erfahrungen zeigen ihr, wie wesentlich Gespräche insbesondere mit älteren Alleinlebenden sind. Sie wird für Einzelne zur unentbehrlichen Interaktionspartnerin. Die Pflegemaßnahmen werden zu einem geselligen Moment, der die soziale Isolation von Hilfe- und Pflegebedürftigen durchbricht. In diesem Kontext sind beispielsweise Genesungserfolge auch mit Verlusten verbunden. Die kommunikativen Begegnungen mit den beruflich Pflegenden durchbrechen die soziale Ödnis in den eigenen vier Wänden. Aus Käthes Sicht ist die zeitlich eng begrenzte dyadische Nähe für die Pflegebedürftigen z.T. bedeutsamer als die rasche Heilung körperlicher Defekte und Krankheiten. Darüber hinaus sind viele Pflegebedürftige für die stellvertretend ausgeführte Grundpflege dankbar. Die bei einem Pflegefall z.T. quälenden und aufwendigen Pflegeprozeduren werden von ihr mitfühlend aufgegriffen, von der Betroffenen selbst aber als notwendige Prozeduren entproblematisiert. Die betreute Frau verschwindet dabei vollständig hinter ihrer Bedürftigkeit, d.h. sie bleibt ein Fall, ohne dass deren subjektiver Status erkennbarer wird. Käthe deutet über diesen Fallbezug beschwerliche, mit Schmerzen verbundene Grundpflegemaßnahmen an. Sie scheint mit dem Ablauf der Pflege eher unzufrieden. Dass die Betroffene ihre Arbeit über einen (evaluativ) einverständigen Kommentar anerkennt, „tröstet“ (14/18) sie<sup>97</sup>. Exemplarisch wird hier die im Vorfeld allgemein angedeutete Dankbarkeit und Freude von Patienten markiert.

Aus dieser einzelfallbezogenen Illustration von reziproker (dyadischer) Zufriedenheit entwickelt sich eine typisierende Einbettung. Die Mehrzahl der betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen sind mit der Fremdpflege zufrieden. Ihre prinzipiell akzeptierende und solidarische Haltung wird auch gegenüber schwierigen Patienten aufrechterhalten. Die aus der Majorität von Zufriedenen herausfallenden, „verbitterten und bösen“ (14/20) Patienten beziehen sich in ihrer Unzufriedenheit nicht primär auf die Ablehnung bzw. Missbilligung von aktuellen Fremdpflegemaßnahmen. Sie sind für sie eher Ausdruck einer lebensgeschichtlich gewachsenen seelischen Gemütsverfassung, die in der Situation willentlich kaum gesteuert werden kann. Die z.T. unsichtbar bleibende Vorgeschichte bzw. die Leidenserfahrungen der Hilfe- und Pflegebedürftigen konstituieren eine Gestimmtheit, die willentlich kaum gesteuert werden kann. Die episodische Dynamik und Virulenz von problematischen lebensgeschichtlichen Erfahrungen wird von Käthe ganz allgemein anerkannt. Ohne dass sie ein detailliertes biographisches Wissen über jeden Hilfe- und Pflegebedürftigen haben muss, bringt sie diesem eine grundsätzliche lebensgeschichtliche Sensibilität entgegen. Die Fundamente ihres kontextsensiblen Handlungsverständnisses

---

<sup>97</sup> Tendenziell entlastet die schwerstpflegebedürftige Frau auch die beruflich Pflegenden. Obwohl sie abhängig pflegebedürftig ist, kann sie über ihre tröstenden Kommentare auch Käthe hilfreich entgegenkommen. In diesem Sinne entwickelt sich ein wechselseitiger Mechanismus von Geben und Nehmen. Durch die damit verbundene Rollenumkehr, in der auch die pflegebedürftige Frau anerkennende Worte für die Fremdpflegekraft findet, weichen einseitige Pflegemuster auf. Die festgefügte Klassifizierung in Helfer und Hilfeempfänger wird situativ außer Kraft gesetzt (vgl. Koch-Straube 1997; 304). In dieser Konstruktion kann sich das Beziehungsmuster in der Pflegedyade verändern.

bleiben argumentativ unaufgeheilt. Es basiert eher auf einer (Glaubens-)Haltung, die auf einem weit gefassten, christlich geprägten Menschenbild zu fußen scheint<sup>98</sup>.

„...also es erste ist, dass man Verständnis hat für ihre Lage . //hm// . denn also manche . die sind gar nicht so krank . //ja// aber die sind seelisch sehr krank ja . und da muss mer erstmal horchen, muss man reden lassen //hm// . ja und wenn mer sie verbindet oder wäscht oder sonst was . da könn se ja reden . also da kann man schon viel äh . mitkriegen was se für Kummer und Sorgen ham und darauf eingehen ja .. also en Gespräch ist für 'n alten Menschen ganz ganz wichtig .. denn manche sagen auch . ach jetzt ist mein Bein verheilt, jetzt komm se nicht mehr oh Gott da sitz ich en ganzen Tag alleine und guck de Wände an //hm// . da hat mer das Gefühl die wünschtn, dass ihr Bein noch mal aufgeht . nur damit jemand kommt und sich für se in- interessiert ja //hm// .. und och viele sind so dankbar wenn mer se . wäscht und wenn se sich gar nicht mehr selber helfen können ja ... und ich hab jetzt en schweren Pflegefall un wenn ich dann sage nu hab ich sie wieder gequält und so, da sacht se immer nein . muss doch sein und das tröstet auch also .. wenn mer weiß . sie ist froh, dass se mal sauber ist und mer hat ihr geholfen //hm// . also . wirklich .. im Schnitt sind de meisten Patienten, es gibt Patienten die sind verbittert und böse . aber ich bin der Meinung .. die wollen das gar nicht . die kennen das nur so ja .“/14/6-21

Diese Pflegeorientierung gibt sie (erneut) als Botschaft an die anderen Schwestern der Sozialstation weiter.

„... da sach ich auch dann immer den andern Schwestern ich sage ihr müsst euch reinversetzen . ihr wisst nicht was . vorher war und was se jetzt durchgemacht ham na ..“/14/46-48

Die Fähigkeit zur kontextsensiblen Perspektivenübernahme stellt aus ihrer Erfahrung ein wesentliches Merkmal wohlthuender dyadischer Pflegebeziehung dar. Das interessierte Eingehen auf die einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen wird zum Merkmal einer verständnisvollen Pflege. Über eine generalisierende Rahmung spricht sie ihren Mitarbeiter/Innen diese Fähigkeit solidarisch zu.

„...ja aber ich muss sagen . die Schwestern hier alle ham eigentlich sehr großes Verständnis ...“/14/50

Die damit verbundenen Anforderungen werden grundsätzlich bewältigt. In diesem Sinne teilen sie mit ihr einen bestimmten beruflichen Habitus<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Ihre emphatischen Verpflichtungsgefühle gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen speisen sich eher aus einer internalisierten Glaubenshaltung. Ohne dass diese Haltung hier näher ausgebreitet wird, deutet Käthe christlich geprägte Grundhaltungen an. In diesem Rahmen kann beispielsweise das Doppelgebot der Liebe: „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.“ (Mt. 22, 26-38) oder das weit gefasste christliche Normalitäts- und Vernunftverständnis: „Alle Menschen, auch die Geringsten...sind...anerkannt als Kinder Gottes...als der einen Welt Gottes zugehörig.“ (Dörner/Plog 1992; 462 f).

<sup>99</sup> Nach Bourdieu (1993) teilen Menschen mit anderen Menschen, die dem gleichen Geschlecht angehören und/oder in der gleichen Epoche, Kultur, Schicht, Klasse leben, einen bestimmten -Habitus-, der auch durch den Beruf geprägt wird. Im Habitus finden gesellschaftliche Arbeitsteilungen sowie Anforderungen und Abhängigkeiten, denen Menschen ausgesetzt sind und die sie zu bewältigen haben, ihren körperlichen und psychischen Niederschlag. Die soziale Ordnung einer Gesellschaft wird durch habitualisiertes Handeln bzw. die Vorstellungen der Menschen quasi unbewusst reproduziert (vgl. Bourdieu 1993; 97 ff.).

### 5.9.3.1 Tiere als Freudenspender und Interaktionspartner

Das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung kann von Hilfe- und Pflegebedürftigen z.T. auch über Haustiere sichergestellt werden. Käthe bezieht sich dabei allgemein auf jüngere Apoplexiepatienten, die gerne ein Tier bei sich haben möchten. Trotz der damit zusätzlich verbundenen Betreuungsbelastungen für das Pflegepersonal wird die emotional stützende und sozial katalysierende Wirkung von Haustieren anerkannt<sup>100</sup>. Der schwierige, durch Bewegungseinschränkungen gekennzeichnete Charakter dieses Krankheitsbildes wird von Käthe einfühlsam aufgegriffen. In diesem Sinne werden kontextspezifische Haustierarrangements entwickelt.

„...ja . oder mer hat Patienten die . noch jung sind und mehrere Schlaganfälle haben und un . och schweres in ihrem Leben durchgemacht haben . //hm// und die möchten ehmt en Haustier .. das ist zwar für uns manchmal belastend, aber . irgends was brauchen se ja um sich da dran zu erfreuen und anzulehnen . //hm// die eine kricht jetzt am Sonntag wieder en Kätzchen, weil se ihren Hund ins Heim . nun gings nich sie kann nich mehr raus und e Kätzchen kann ja ofs Katzenklo ja //hm// . ar so was muss mer alles bedenken .“/17/38-44

Die Bedeutung von Haustieren wird wiederholt kenntlich gemacht. Dabei werden sie nicht nur instrumentell betrachtet, d.h. auf ihre wohltuende Wirkung bzw. Brauchbarkeit reduziert. Die enge unauflösbare Gemeinschaft von Mensch und Tier wird exemplarisch markiert<sup>101</sup>.

### 5.9.3.2 Macht des Versprechens

Käthe wird von einer Patientin gebeten, ihren Wellensittich auch nach ihrem Tod weiter zu betreuen. Die Verantwortungsübernahme für die Haustiere wird schicksalhaft auch über die aktuelle Pflegesituation hinaus aufrechterhalten. Das von Fürsorge bestimmte Vermächtnis dieser Frau führt zu einem Versprechen, dass sie nach deren Tod einlöst<sup>102</sup>. Im situativen Kontakt mit dem Vogel werden Imaginationen virulent, welche sich auf die (fiktive)Freude der verstorbenen Frau über ihre verlässliche Betreuungsleistung beziehen. Über das in Pflege

---

<sup>100</sup>Das Interesse an Tieren durchbricht oder verhindert Isolation. Da sie Freude bereiten und Zuneigung wecken, können sie die Lebensqualität von abhängig Pflegebedürftigen verbessern (Schmidt, A. (1997): Tiere als Chance, In: Altenpflege -Jg. 97/10; 37). Die auf Fremdpflege angewiesenen Hilfe- und Pflegebedürftigen können mitunter auch selbst für ein Tier Verantwortung übernehmen. Die motivierenden Effekte spiegeln sich z.T. in besserem Gesundheitsverhalten, Stimmungsaufhellungen und entlang der Bedürfnisse ihrer Pfinglinge auch tagesstrukturierenden Aktivitäten wider (ebenda).

<sup>101</sup>Die Beziehung zum Tier unterliegt tendenziell Überhöhungen und Idealisierungen. Der dem Haustier verliehene Subjektstatus führt zu paradox anmutenden Analogien bzw. Einordnungen („ aber . so 'n Tier das is och wie 'n Mensch“ /18/10;“. das hat der verstanden irgendwie ja . „/18/17. Möglicherweise kann die Statusaufwertung von Haustieren nicht losgelöst von der emotional aufgeladenen Verbundenheit betrachtet werden, die ihnen von den Haltern entgegengebracht werden. Die tendenzielle Auflösung der Trennlinie zwischen Mensch und Tier markiert auch soziale Defizite. Auf die komplexe und kontrovers geführte Gleichheitsdiskussion zwischen Mensch und Tier soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden (dazu u.a. P. Singer 1994).

<sup>102</sup>In der Vorstellung von etwas, was noch nicht eingetreten ist aber eintreten soll, kommt ein Bestreben zum Ausdruck, das Zukünftige gegenwärtig zu machen (vgl. H.Arendt 1994; 240 f). Käthe bezieht sich auf ein im besonderen Maße vertrauensförderndes Element menschlichen Zusammenlebens. Ihr verlässlich eingehaltenes Versprechen korrespondiert mit der von Vertrauen gekennzeichneten Bitte der Patientin, sich auch um das geliebte Haustier zu kümmern. In dem von ihr abgegebenen Versprechen kommt eine ungewöhnliche Überschussmotivation zum Ausdruck. Für die pflegebedürftige Frau reduziert der Akt des Versprechens die Unabsehbarkeit bzw. Ungewissheit darüber, wie es mit dem Tier zukünftig weitergehen wird. Ein auf diesen Hintergrund sich konstituierendes Versprechen stellt für Käthe eine Verpflichtung dar, an die sie sich stark gebunden fühlt .Dass ihr Versprechen durchaus Bewährungen und Anfechtungen unterliegt, wird implizit durch das fiktiv durchspielte Szenarium einer möglichen Betreuungspflicht kenntlich gemacht.

genommene Tier erinnert sie sich an die Verstorbene, d.h. der Kontakt zu dieser Frau wird situativ aufrechterhalten<sup>103</sup>.

„... oder eine hat gesagt wenn ich einschlafe nehm se meinen Vogel, da hab ich den Wellensittich noch sieben Jahre gehabt .. //hm// aber . so 'n Tier das is och wie 'n Mensch hab ich immer gesagt wenn ich reinkam hat der Vogel gesagt Putzi is auch da . da habe ich gesagt erst kommt die Mutti dran dann du Putzi . das hat der verstanden irgendwie ja . //(lacht)// . und da (lacht) . sieben Jahre hab ich den noch zu Hause gehabt . mer kam rein, da saß der of der Schulter und hat mit eim erzählt .. und da hab ich manchmal gedacht wenn die wüsste er lebt noch würde se sich jetzt noch freuen ja . „/17/46-18/2

Käthe bezieht sich auf ein im besonderen Maße vertrauensförderndes Element menschlichen Zusammenlebens. Ihr verlässlich eingehaltenes Versprechen korrespondiert mit der von Vertrauen gekennzeichneten Betreuungsbitte der Patientin. In dem von ihr abgegebenem Versprechen kommt eine ungewöhnliche Überschussmotivation zum Ausdruck, die sie evaluativ verknüpft kommentiert („...so was jemandem zu versprechen . kann nich jeder sicher .“/18/7). Für die pflegebedürftige Frau hebt der Akt des Versprechens die Unabsehbarkeit bzw. Ungewissheit darüber auf, wie es mit dem Tier zukünftig weitergehen wird. Ein auf diesem Hintergrund sich konstituierendes Versprechen stellt für Käthe eine Verpflichtung dar, an die sie sich selbst gegenüber gebunden fühlt<sup>104</sup>.

Die verbindliche Macht des Versprechens wird zu einem wesentlichen Bestandteil ihres Selbstkonzepts<sup>105</sup>. Über ein Lebenscredo wird das „Durchstehen“ (18/10) der einmal getroffenen Entscheidung evaluativ untermauert .

„... wenn man sich für was entscheidet, muss man´s auch durchstehen . das ist wichtig ..“/18/10-11

Dass ihr Versprechen durchaus Bewährungen und Anfechtungen unterliegt, wird implizit über das fiktiv durchgespielte Szenarium einer möglichen Betreuungspflichtung kenntlich gemacht.

„... für mich war das klar ich hab gesagt na freilich mach ich das ....ich hätt n och nich weggegeben nachher später und gedacht vielleicht na die weeiß es ja nich //hm// . nee also so was hätt ich nich gemacht ..“/18/4-7

---

<sup>103</sup>Ihre besondere Bindung gegenüber langjährig vertrauten Patienten wird über die (nachsorgende) Betreuung des Vogels sichtbar. Das jahrelang in Pflege genommene Tier der Verstorbenen wird zum kommunikativen Medium, über das sie mit ihr in Verbindung bleiben kann.

<sup>104</sup>Das Versprechen entsteht auf der Basis prinzipieller Unzuverlässigkeit des menschlichen Wesens „...das niemals heute dafür eintreten kann, wer es morgen sein wird.“ (H.Arendt 1994; 239).

<sup>105</sup>Ihre wiederkehrend sichtbar werdende Grundhaltung kann als ein typisches Element von Hingabe betrachtet werden. Hingabe ist an ein System von Werten gebunden, die aus der Lebenswelt der Akteure heraus analysiert werden kann (H.Becker 1960; 38 ff). Das gegenüber anderen präsentierte Bild von sich selbst kann kaum glaubhaft aufrechterhalten werden, wenn nicht darauf bezogene Handlungen sichtbar werden. Daraus entwickelt sich eine Art Sog, d.h. man muss tendenziell so handeln, wie man vorgab, zu sein. Das Sich-einer-Sache-verschrieben-haben (-is committed to that-) heißt, dass ein Handlungspfad eingeschlagen wird, der nicht so einfach verlassen werden kann. Bestimmte Entscheidungen produzieren gleichbleibendes Verhalten. Dabei bezieht sich H.S. Becker (1960) vor allem auf Entscheidungen, die mit zwingenden Vorbedingungen verknüpft sind. Aus solchen Entscheidungen entwickeln sich zielstrebige und gleichbleibende Handlungsstränge, die sich von „nur so“ gefällten Entscheidungen unterscheiden (ebenda).

## 5.9.4 Unterschiedliche Kooperationszusammenhänge

### 5.9.4.1 *Solidarisches Mitarbeiterteam*

Käthe entwirft ein grandioses Bild von ihrem „wunderbaren“ (24/17) Mitarbeiterteam, in dem einer für den Anderen einspringt.

„...wir sind ein wunderbares Kollektiv hier .. also . wirklich wahr ...“/24/17

Solidarische Arbeitsteilungen werden skizzenhaft deutlich gemacht. Die überraschende Einweisung einer Patientin hat bei der für sie verantwortlichen Pflegekraft zu einer Leerlaufzeit geführt. Sie bietet in dieser Zeit den anderen Mitarbeiter/Innen der A.-Sozialstation ihre Mithilfe an. Der unerwartete zeitliche Freiraum wird zum Luft schaffen für andere, gehetzter arbeitende Mitarbeiter/Innen eingesetzt. Ihre Anfrage wird zu einem exemplarischen Beispiel dafür, dass die Mitarbeiter/Innen zur entlastenden Pflegeübernahme bereit sind. Die flexible und rasche Aushandlung von einspringenden Pflegeübernahmen erfolgt scheinbar ganz selbstverständlich. Dafür spricht auch die sprachliche Distanz, von Kürzeln und Versachlichungen durchsetzten Statements, der hilfsbereiten Mitarbeiterin (vgl. Koch-Straube 1997; 260 ff).

Die solidarischen Übernahmen bewegen sich vorrangig im Raster organisatorischer Rationalität und routinierter Pflegeabläufe.

„...wenn einer dann ja mal schon ene kleine Pause hat wie heute ist eine ins Krankenhaus plötzlich gekommen . und da war nun 'ne Pause da rufen se an . na ich hab jetzt 20 Minuten Pause, kann ich jemandem schon mal was abnehmen ..“ /24/17-20

Komplementär dazu wird auch die gelungene Kooperation mit anderen Mitarbeiter/Innen der Sozialstation kurz illustriert. So sind beispielsweise die Hauswirtschaftskräfte die „lieben“ („die sind ja so lieb“/26/2) Mitarbeiter/Innen, welche selbstlos „alles besorgen“ (26/2) ohne enttäuscht darüber zu sein, wenn die gewünschten Lebensmittel von einzelnen Hilfe-Pflegebedürftigen nicht mehr gewollt werden<sup>106</sup>.

„, und . oft kommen se dann und dann sagen se ach die wollte das nun doch nich na da ess mers selber dann //hm// . ham mers ehmt selber bezahlt..“/26/2-4

Das Mitarbeiterteam wird als intakte homogene Einheit präsentiert. Alle widmen sich scheinbar geschlossen und selbstlos dem pflegerischen Dienst gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen. Es entsteht das Bild einer familienähnlichen Gemeinschaft, die innerhalb eines kongruent bleibenden Arbeits- und Aktionszusammenhanges harmonisch und vertrauensvoll miteinander kooperiert. Familialismus und Lokalismus fließen ineinander. In diesem Sinne soll das gute Mitarbeiterklima möglichst störungsfrei und konsistent bewahrt werden.

---

<sup>106</sup>Die von Käthe verwendete Sprechweise bewegt sich z.T. in der Terminologie einer Art -Babysprache- (dazu u.a. Harris, T.A. 2002). Ihre häufigen Wir-Bezüge anstelle von Ich- und Du Relationen bzw. die verniedlichenden, mütterlich anmutenden Beschreibungen ihrer deutlich jüngeren Mitarbeiter/Innen ist nicht frei von paternalistischen Vereinnahmungstendenzen. Sie wird gewissermaßen zum familiären Oberhaupt der Sozialstation. Das Übertragen von „mütterlichen“ Sprachmustern auf andere beruflich Tätige der Sozialstation hat eine kommunikative und emotionale Funktion. Käthe demonstriert damit ihre Zuneigung und Fürsorglichkeit gegenüber ihrem Mitarbeiterteam.

Das zufrieden stellende Arrangement mit dem Beruf scheint sowohl von den kooperativen Interaktionsbeziehungen unter den Mitarbeiter/Innen als auch den grundsätzlich gelingenden Aufbau einer dyadischen Pflegebeziehung abhängig zu sein.

Nur wer diese Anforderungen erfüllt ist möglicherweise für eine kontinuierliche Pfl egetätigkeit am selben Ort gerüstet. In diesem Kontext gewinnt auch eines ihrer Lebensmottos: „wenn man sich für was entscheidet muss mans auch durchstehen .. das ist wichtig“ (18/10-11) noch einmal an Kontur.

In ihrem evaluativen Kommentar zum Mitarbeiterklima bzw. dem positiven Arrangement mit dem Beruf werden Käthe persönliche Einstellungsmuster deutlich.

„...ich sage immer wems hier nich gefällt der soll hier nich arbeiten //hm// . un wer mit 'n Patienten nich zurechekommt, der is nich für den Beruf ((geeignet))..“/24/22-23

Sie entwickelt einen (heroischen) Habitus, der durch seine stabile Inkooperation strukturell prägend wirkt.

#### 5.9.4.2 Kooperation mit Angehörigen

Käthe unterscheidet zwei Kategorien von Angehörigen. Einerseits gibt es pflegende Angehörige mit denen man kooperieren kann und andererseits gibt es abwesende, sich aus der familiären Pflege hinausziehende Angehörige. Mit den kooperativen Angehörigen entwickeln sie und ihre Mitarbeiter/Innen Formen des kommunikativen Austausches, die zu einer insgesamt befriedigenden Pflege von Hilfe- und Pflegebedürftigen beitragen. Dabei werden eher indirekte Pfade der Kommunikation bevorzugt. Neben den telefonischen Kontakten wird ein „Muttiheft“ (20/12) genutzt<sup>107</sup>. Dort können pflegebezogene Probleme festgehalten werden. Dieses Dokument wird zum Medium, worüber ein wechselseitiger Austausch zwischen beruflich Pflegenden und pflegenden Angehörigen sichergestellt wird.

„...da ham wer . es Muttiheft so 'n kleines Heftchen da schreibe ich ein was für Probleme sind . //hm// und die schreiben ein was se für Probleme ham und da geht das wunderbar oder es wird mal angerufen ..“/20/12-14

Die unsichtbar bleibenden („... und dann gibt's Angehörige . die sieht mer nie ..“/20/17) bzw. kalt fordernden Angehörigen werden aus unterschiedlichen Blickwinkeln skizziert. Während sie gegenüber tendenziell überforderten, möglicherweise selbst hilflosen Familienmitgliedern ansatzweise Verständnis und Entgegenkommen signalisiert, erreicht sie bei Angehörigen, die sich radikal aus einer familiären Fürsorgeverantwortung zurückziehen und auf die vollständige Übernahme der Pflege durch Fremdpflegekräfte insistieren, die Grenzen ihrer Akzeptanz.

„... und andre wieder die sagen das . hab ich auch schon gesagt gekricht wie ich mal gesagt habe könn se ((Weihnachten)) nich ihr . Mutter was zu essen bringen . da wurde mir gesagt das is ihr Job ..“/20/32-34

In diesem Sinne werden traditionelle Familienfeste zu einem Indikator dafür, ob noch rudimentäre familiäre Netzwerke aktiviert werden können oder nicht. Wenn zu diesen Ereignissen ihre Fürsorgeaufforderungen abgewehrt bzw. an die Fremdpflegekräfte

---

<sup>107</sup>Der hier in diesem Zusammenhang eingespielte Begriff des „Muttiheftes“ verbindet sich assoziativ mit einer paternalistischen bzw. mütterlichen Fürsorgehaltung.

zurückdelegiert werden, fallen sie aus dem familiären Rahmen heraus. Durch diese weitreichenden Entpflichtungen werden sie von Käthe als Angehörige disqualifiziert.

„... und da aus solchen Worten weiß ich, dass die alten Leute verlassen sind ja ..“/20/35-36

Der familiäre Verlust an solidarischen Beziehungen wird auch über unterkühlte Verpflichtungsübernahmen markiert. Da wo die Hilfe- und Pflegebedürftigen über finanzielle Rücklagen bzw. abschöpfbare Geldquellen verfügen, entstehen für sie z.T. berechenbare, von pekuniären Interessen bestimmte Unterstützungsarrangements.

„... die kriegen dann keinerlei Unterstützung von ihren Angehörigen . //hm// .. wenn kein Bankkonto da ist vielleicht..“/20/36-37

Aus ihrem Familialismus heraus werden solche sozialen Entbettungsmechanismen empört aufgegriffen.

„... ja also .. muss mer schon überlegen mit wem mer zu tun hat...“/20/34-35

#### **5.9.4.2.1 Unausgehandelte Problemdiagnosen und Betreuungsvorstellungen**

Käthe berichtet von einer einsamen, psychisch kranken Frau, bei der wachsende Anzeichen von Deprivatisierung zu beobachten sind. Sie scheint durch ihre Angst gleichsam paralytiert und kann ihre Wohnung nicht mehr verlassen. Die soziale Isolation macht diese Frau zunehmend krank, ohne dass die Kinder der Betroffenen die Ernsthaftigkeit der Lage anerkennen. Da die Angehörigen die problembehaftete Situation unterschätzen, erscheint die Familie als Hort der Pflege eher ungeeignet. Ihre psychische Krankheit führt in eine Erleidenskurve, die von den Nächstenpflegepersonen tendenziell ausgeblendet bzw. abgeschwächt werden. Auch hier wird eine Akzeptanzlücke der Angehörigen gegenüber der psychischen Erkrankung angedeutet, die für sie unverständlich bleibt. Die unterschiedlichen Vorstellungen zwischen ihr und den Angehörigen erscheinen spannungsgeladen, ohne dass diese Differenz über detaillierende Argumentationsschemata deutlicher wird. Verstehen und Nichtverstehen prallen aufeinander, ohne dass diskursive Aushandlungsprozesse erkennbar sind. In diesem Sinne bleiben die (vorwurfsvollen) Rollenzuweisungen starr und reflexiv unaufgeheilt. Die von ihr vorgenommene Problemdiagnose ist mit einer Integrationsorientierung verbunden, die sich hier primär nicht auf das familiäre Umfeld bezieht. Ihre Interventionsvorstellungen zielen auf eine Heimunterbringung dieser Frau, um eine kontinuierliche soziale Einbettung und Behandlung sicherzustellen<sup>108</sup>.

„.....na ja wie gesagt ich hab 'ne Patientin die is . nervlich so belastend ... aber das sehen die Söhne nich ein . //hm// die Frau is verlassen . is einsam kommt nich mehr aus der Wohnung raus, weil se Angst hat wieder heimzukommen . //hm// ja und ich hoffe, dass mers jetzt aber schaffen, dass se doch ins Heim kommt .. se braucht Unterhaltung, se braucht e Menschen der mit ihr redet die redet de Wände an und de in de Zimmerecken .. und das verstehn die Kinder nich . //hm// . das versteh ich wieder nich, warum die Kinder das nich verstehn wollen .“/17/28-34

---

<sup>108</sup>Grundsätzlich besteht bei Käthe eine positiv besetzte Integrations- und Gemeinschaftsorientierung. Darauf deutet auch die Wahrnehmung von Alten als ausgegrenzte Randgruppe und die Negatividentifizierung von Einsamkeit und Isolation hin. Dieser lebensgeschichtlich verankerte Orientierungsmaßstab wird bei der Bewertung von Altersproblemen mit eingesetzt.

Über das Einspielen ambivalenter pharmakologischer Behandlungsmethoden und stationärer Einweisungspraktiken in der DDR werden kontrastiv dazu auch situativ sinnvolle Formen der stationären Betreuung angedeutet. Die z.T. entmündigende stationäre Einweisungspraxis und der wenig therapeutisch abgestimmte Einsatz von Psychopharmaka wird in diesem Kontext relativiert.

Fallbezogen wird eher der beruhigende, den Zustand der Betroffenen entlastende Charakter dieser Arzneimittel herausgestellt. Stationäre Einweisungen und innere Fesselungen können krisenbezogen sinnvolle Interventionsmöglichkeiten sein.

In Anbetracht der für sie sichtbaren Verschärfung des Krankheitszustandes dieser Frau werden Interventionsvorstellungen erkennbar, die über den rechtlich abgesicherten Rahmen hinausgehen. Das Einverständnis der Betroffenen und Angehörigen kann nicht ohne weiteres umgangen werden<sup>109</sup>.

„... und früher wurden hier solche Menschen manchmal vielleicht zu Unrecht . erstmal ins Krankenhaus gebracht . //hm// und ruhiggestellt . un manchen hats aber geholfen so 'ne Ruhigstellung dass die nervlich sich wieder erholt ham ja //hm// . ar das gibt's nich .. solange keiner entmündigt ist gibt's das nich ... „/17/35-39

Die von ihr aus sozialen Indikationen heraus präferierte stationäre Betreuung rückt alternative Integrationsansätze eher in den Hintergrund.

#### *5.9.4.3 Verfälschte und unausgehandelte (Pflege-) Einstufungspraxis*

Die Einschätzung der Selbst- und Nächstenpflgepotentiale von auf Hilfe- und Pflege Angewiesenen wird im Rahmen der Pflegestufeneingruppierung oft überbewertet.

„...die sind der Meinung, das kann der Patient selber //hm// oder das können Angehörige machen .. das oft gar nich . machbar is ..“/26/18-20

Eine auf der Basis episodischer Abschätzungen vorgenommene Einordnung des Hilfe- und Pflegebedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wird von ihr kritisiert. Dabei treten Passungen auf, welche die verfälschende Einschätzung der individuellen Pflegebedürftigkeit mit begünstigen. In diesem Sinne verweist Käthe auf die stolze Präsentation von Ressourcen und Selbstpflegepotentialen von Hilfe- und Pflegebedürftigen gegenüber den VertreterInnen des MDK, die nicht frei von Verschleierungen bzw. Selbstüberschätzungen sind. Eine im Rahmen von Erstuntersuchungen situativ gelungene Demonstration vorhandener Fähigkeiten in den verschiedensten Bereichen des täglichen Lebens kann im Alltag nicht kontinuierlich aufrechterhalten werden.

„... also man muss schon wirklich abschätzen können wer was kann .. und das kann auch keiner, der nun nur mal in de Wohnung kommt und guckt und sagt ach se könnten doch das noch alleine . manche Patienten fühlen sich ja .. toll wenn jemand kommt und sagen ich kann schon dies und ich kann noch das alleine das stimmt gar nich . „/26/26-30

---

<sup>109</sup>Pflegende Angehörige wollen z.T. Entlastung in der Betreuung ihrer Hilfebedürftigen, aber nicht die Wegnahme der Verantwortung. In diesem Sinne wird implizit auch eine Spannung zwischen expertokratischen Wissen und Laienwissen sichtbar. Angehörige beugen sich nicht automatisch der fachlich richtigen Einschätzung und Anordnung professioneller Helfer (vgl. King/Chamberlayne 1995; 14-17).

Die für die Pflegekräfte richtungsweisende Einschätzung der Potentiale und Ressourcen von Hilfe- und Pflegebedürftigen führt zu rückläufigen Fremdpflegeeinsätzen. Solche Rückzüge scheinen z.T. riskant. Käthe verdeutlicht diese Risiken im Zusammenhang mit täglichen, nicht mehr durch beruflich Pflegende abgesicherten Begleitung der Medikamenteneinnahme. Das depotartige Bereitstellen von Arzneimitteln für eine ganze Woche kann im Einzelfall von den Patienten nicht mehr sicher zugeordnet werden, sodass es zu diskontinuierlichen bzw. fehlerhaften Einnahmen kommt. Die angestrebten Wirkungen werden durch Dosisschwankungen unterminiert oder können bei überschießender Einnahme der Arzneimittel sogar selbstschädigend sein.<sup>110</sup>

„... da sollen Patienten jetzt of eenmal Tabletten selber stellen . das könn se gar nich . //hm// . un wenn se . wir se dann für de Woche hinstellen . dann nehmen die heute schon die ganze (?) . und morgen nochmal . und dann is schon alle für de Woche an zwei Tagen dann hat mer ja gar nich . was die sich damit antun . „/26/23-26

Verknappte Pflegeeinsätze hängen u.a. mit Pflegeeinstufungen zusammen, die den notwendigen Pflegebedarf falsch einschätzen/unterschätzen.

Grundsätzlich wird die Einschätzungs- und Begutachtungspraxis des MDK nicht abgelehnt. Einzelne Patienten präsentieren sich als im erheblichen Maße Hilfe- und Pflegebedürftig, obwohl Selbstpflegepotentiale bestehen, welche eine weitgehende Fremdpflege nicht in diesem Maße notwendig erscheinen lassen. Bedürftigkeitsinszenierungen werden von Käthe als unfair eingestuft, da sie potentiell zu Lasten der dringender auf Hilfe und Pflege angewiesenen Personen gehen. Durch verfälschte Bedarfseinschätzungen erreichen notwendige Hilfeleistungen möglicherweise nicht die (richtigen) Adressaten, welche im besonderen Maße auf Fremdpflege angewiesen sind.

„... ich meine es is in vielen Fällen wichtig . es gibt nämlich Patienten die tun so als könnten se nischt und auf einmal sind se of der Straße //hm// . un ich finde solchen Patienten .. da muss mer schon (? sehr leise) ja . da hams andre nötiger .. aber wers kann der kanns sag ich immer .. „/26/32-36

Im Verbund aller am Pflegeprozess beteiligten lässt sich das notwendige Maß an Fremdpflege kooperativ aushandeln und legitimieren. Überschätzende oder unterschätzende Festlegungen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit durch die Vertreter/Innen des MDK können durch kooperative Interaktionen eher vermieden werden.

„... und dann müssen schon die MDK-Ärzte . abschätzen können was nötig ist oder nich .. und ich finde da isses wichtig, dass se ehmt doch . mit der Schwester oder mit den Angehörigen . zusammen sind und denen klar machen . man kann nichts verordnen was nich mö- nötig ist oder möglich ist ja also „/26/36-39

---

<sup>110</sup>Diese Inszenierungsstrategien dienen möglicherweise auch dem schamvollen Verbergen der eigenen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gegenüber dem fremden Vertreter/Innen (Ärzte/Fachpflegekräfte) des MDK. Die Vertreter/Innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verfügen nicht über ein gewachsenes Kontextwissen bzw. eine nähere Beziehung zum Pflegebedürftigen. Die vormalige Bezeichnung des Medizinischen Dienstes als vertrauensärztlicher Dienst fängt diese Dimensionen begrifflich eher ein (Klie 1995; 52). Von einer vertrauensvollen Beziehung kann bei episodischen Kurzeinschätzungen kaum ausgegangen werden. Die entbettete Einstufungspraxis bleibt brüchig. Gegensteuernde Einbettungen und Kontextbezüge über Beziehungspersonen im näheren Umkreis des Hilfe- und Pflegebedürftigen sind bei der Gesamteinschätzung von Pflegebedürftigkeit notwendig. In diesem Sinne ist die Präsenz von Angehörigen, sowie einer mit der Hilfe und Pflege vertrauten Fremdpflegekraft, im Rahmen von Einstufungsvisiten sinnvoll. Auf die z.T. erheblichen Divergenzen zwischen den Zustandeinschätzungen von MDK Vertreter/Innen, Hilfe- und Pflegebedürftigen, Angehörigen und Bezugspflegekräften wird im Interviewmaterial wiederholt hingewiesen.

Kooperative Arrangements müssen aktiv organisiert werden, wobei sie als Pflegekraft eine wesentliche Vermittlungsrolle einnehmen kann. In diesem Kontext werden durch sie auch "kleine Kurzberichte"(26/48) über den behandelnden Hausarzt angefordert und darüber hinaus auch auf die Pflegedokumentation verwiesen, wo z.T. die Veränderung des Patientenzustandes im Verlauf nachgezeichnet werden kann. („ und in unseren Pflegemappen schreim mer ja auch immer mal //hm// . was sich verändert oder verbessert hat . es ist, dass die das nur lesen brauchen ah das geht wieder besser oder es geht schlechter ja..“/26/48-51

Durch ergänzende Informationen können fehlerhaft verzerrte Situationseinschätzungen minimiert werden. Die Verlässlichkeit von Einschätzungen und Einstufungen bleibt in der häuslichen Pflege fragil. In einem evaluativ abschließenden Kommentar wird auf die sicheren Beobachtungsmöglichkeiten im stationären Bereich bzw. der Kurzzeitpflege verwiesen.

„... solche Sachen .. kann mer vielleicht besser abschätzen wenn derjenige . noch im Krankenhaus ist oder im . im Heim mal in 'ner Kurzzeitpflege drei Wochen ist . „/27/9-10

Dort kann über einen längeren Zeitraum hinweg wahrgenommen werden, was der Patient kann oder nicht („...da sieht mer, was er kann un nich kann.“/27/10-11). Die Orientierung an alltäglichen Verrichtungen des täglichen Lebens erfordert wiederum kontextbezogene Beobachtungen, wie sie in einem anders organisierten stationären Ablauf nur bedingt nachvollzogen werden kann. Akute Krankheitszustände bzw. temporär befristete Fremdpflegeübernahmen sind bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit nicht repräsentativ oder erfordern in Bezug auf die häusliche Pflege z.T. erhebliche Übersetzungsleistungen.

#### *5.9.4.4 Kooperation mit Ärzten*

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird im Überblick als gut eingeschätzt.

„...also mit 'n Ärzten . ham mer eigentlich überall en gutes Verhältnis .“/24/27

Im Laufe ihrer langjährigen Berufserfahrung hat sie sich einen Umgangsstil angeeignet, der weitgehend reibungsfreie Interaktionsbläufe sicherstellt. Dabei wird die Entscheidungsmacht des Arztes fraglos anerkannt. Der direkte Alltagsbezug zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen macht sie zur Informantin und "Tippgeberin" (24/31). Die vermittelnde Zwischenstellung zwischen Arzt und Patient wird angedeutet.

„...aber jetzt (?) der Arzt entscheidet und der Patient . wir führens aus . (?) .. Arzt fragt was wir geben mal 'n Tip .. wir hörn ja eigentlich mehr vom Patienten als der Arzt..“/24/30-31

Der kontinuierliche persönliche Kontakt zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen führt zu einem Einschätzungs- und Informationsüberschuss, auf den die Mediziner potentiell angewiesen sind. Dieser Wissensvorsprung muss diplomatisch an den behandelten Arzt weitergegeben werden, d.h. die aus Käthes Perspektive notwendigen Behandlungsmaßnahmen dürfen nicht zu offensiv eingefordert werden.

„...es gibt zwar Ärzte die sin och .. kontra manchmal weil mer . sacht mer brauchte mal dies und das .. aber mer muss . mer muss wissen wie mer mit 'n Ärzten umgehen muss ..“/24/27-29

Käthe kann sich solidarisch auf die Drucksituation der mit ihr kooperierenden Ärzte einlassen. In ihrer Darstellung erscheinen sie, trotz ihrer grundsätzlich akzeptierten Entscheidungs- und Zuweisungskompetenz, nicht als überwältigende, machtvoll anordnende Profession.

Über die Krankenversicherungsträger werden Rahmenbedingungen gesetzt, durch die die Handlungsspielräume der Ärzteschaft eingeschränkt werden. In diesem Sinne kommt es beispielsweise bei Arzneimittelverordnungen zu einer instabilen, von Verunsicherungen bestimmten, Verschreibungspraxis.

„...und die Ärzte stehen jetzt so unter Druck . na durch die Krankenkassen //hm// die wissen ja selber oft nicht .. was se verschreiben können oder was nicht ..“/24/29-31

Das Spektrum an rezeptierbaren Medikamenten verändert sich („.. eigentlich könn mer das nich mehr aufschreiben ..“/24/35), so dass es im Einzelfall zu stärkeren finanziellen Belastungen für die Patienten kommen kann.

Tendenziell werden die sich verändernden Rahmenbedingungen auf der Folie von ökonomisch enger abgesteckten Rahmenbedingungen expliziert.

Käthe verweist auf die sich daraus für die Pflegekräfte ergebenden Kommunikationsanforderungen. Sie wird zur erklärenden, übermittelnden und überzeugenden Instanz sowohl gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen als auch gegenüber den behandelnden Ärzten.

„...und wenn der Arzt uns sagt nein . das mach mer nicht oder nein der Patient hat gesagt er will das nicht zu mir . na ja dann sag ich soll ich nochmal nachfragen . soll ich nochmal mit 'm Patienten reden ja das . da is mer ehmt dann wieder Vermittler ja ..“/25/19-22

Implizit wird ein Kommunikationsdefizit zwischen Arzt und Patient deutlich, das von den Pflegekräften aufgefangen bzw. kompensiert werden muss.

Es entwickeln sich spezifische Vermittlungsaufgaben und Rollenzuweisungen, durch die sich möglicherweise die hierarchische Verantwortungsdifferenzierung zwischen dem Arzt und den Pflegekräften relativiert.

„...wir sind immer der Vermittler . ja ja .. viele Patienten die sagen das müssen sie mal 'm Arzt erklären oder der Arzt sagt das müssen se mal em Patienten erklären //hm// ja . wir sind immer der Vermittler ... „/24/40-42

#### *5.9.4.5 Vermittlungs- und Beratungsarbeit als Aufgabengebiet der Sozialstationen*

Die den beruflichen Status von Pflegekräften aufwertende Vermittlungsarbeit wird entlastend noch durch die Fürsorgerin/Sozialarbeiterin der Sozialstation aufgefangen bzw. unterstützt.

„...aber wie gesagt . solange wir noch unsre Fürsorgerin haben, sin mer ja gut dran also die .. regelt vieles vieles vieles..“/24/42-43

Der Bedarf an beratenden und begleitenden Hilfen kann über die Ressourcen des Trägervers eins eher abgesichert werden als bei privaten Pflegeanbietern.

Nichtabrechenbare Zusatzleistungen werden zu subventionierten Tätigkeitsfeldern, die den Unterschied zu ausschließlich Marktorientierten Anbietern markieren.

„...denn ich hab mich schon mit privaten Pflegediensten .. von früher her die Schwestern kennt mer un unterhalten .. also die hams da viel schwerer . //hm// . so 'n größerer Verein . der ehmt

mehr Möglichkeiten hat, ist da schon besser dran //hm// denn wir ham Hauswirtschaftshilfen wir ham Zivis .. die och zun Ärzten fahrn die Patienten und reinbringen //hm// und helfen und wieder rausholen .. macht alles viel aus ..“/24/50-25/4

Das verlässliche Aufrechterhalten von „Komfortleistungen“ (24/45) scheint zusehends schwieriger zu sein. Für Käthe sind diese Leistungen ein notwendiges, nach Möglichkeit zu erhaltendes Aufgabengebiet von Sozialstationen.

„... irgendwie fehlt so was sonst in 'ner Sozialstation.“/24/49-50

## 5.9.5 Umgang mit Sterben und Tod

### 5.9.5.1 Notwendigkeit und Grenzen von Sterbebegleitung

Bei einem langsam verlaufenden Sterbeprozess ist eine Begleitung durch beruflich Pflegende möglich<sup>111</sup>. Die in diesem Kontext sichtbaren Gesprächssituationen beziehen sich beispielsweise auf die Kosten und den formalen Ablauf der Beerdigung. Das Ablösen aus bisherigen Lebenszusammenhängen ist mit praktischen Arrangements im Kontext von unterschiedlichen Bestattungsmöglichkeiten verbunden, die von Käthe gewissenhaft in der Pflegedokumentation vermerkt werden.

Die organisierte Loslösung aus sozialen Bindungen und Lebenszusammenhängen wird von ihr aktiv pflegerisch begleitet. Dabei beziehen sich ihre Handlungsaktivitäten eher auf organisatorische Hilfestellungen. Dort wird ihr Engagement am deutlichsten sichtbar. In diesem Bereich entwickeln sich für sie auch dankbare Pflegemomente. Es entsteht ein scheinbar für beide Seiten beruhigender und sichernder Rahmen<sup>112</sup>.

„... mer kann . ich finde man soll mit den Patienten reden . was da auf einen mal zukommt man muss nicht unbedingt alt sein um sterben zu müssen . //hm// und ich rede auch mit ihnen was dann wird .. ich sage immer überlegen sich mal in aller Ruhe . ihre Verwandten wenn welche da sind wollns vielleicht auch wissen (.?) möchten se mal en . Erdbegräbnis möchten sie en Urnenbegräbnis //hm// so was muss man alles schon zeitig mal vorher besprechen . ja . wir ham auch Leute, die die dann einplanen wie viel Geld se für ihre eigene Beerdigung tragen, weil kein Angehöriger weiter da ist . ja . sonst geht das ja übers Sozialamt die kriegen gloobe . (?) ... und . en Gespräch vorher is sehr wichtig .. (?) und . um so um so eher um so besser . (.?. sehr leise und undeutlich) . sagen viele ach was mit mir wird is egal . un wenn's dann wirklich fast soweit ist, dann . fällt ihnen doch noch was ein ja und das //hm// ja dokumentieren Mappen hier wo mer täglich alles Reinschreiben . und da wird vorne eingeschrieben wen se vielleicht noch möchten ob der Pfarrer oder sonstwer . //hm// und .. bei vielen steht dann ehm auch drinne . sogar schon welche es Bestattungsinstitut (?) . //hm// denn irgendwie ist das für viele 'ne Beruhigung ich weiß ich hab zwar niemanden mehr nach mir . aber mit mir geschieht das und das . und ich kriege noch 'ne schöne Beerdigung und ich liege auf dem und dem Friedhof . //hm// und das is schon wichtig...“/20/43-21/8

---

<sup>111</sup>Der von ihr begleitete Sterbeprozess von Patienten kontrastiert mit den überraschenden Todesfällen in ihrer Familie, welche ja schlagartig über sie hereingebrochen sind.

<sup>112</sup>In Anlehnung an die von E.Kübler-Ross beschriebenen Phasen im Verlauf des Sterbensprozess bezieht Käthe ihr helfendes Begleiten auf Verhaltensmuster von Sterbenden , wie sie in der -Phase der Zustimmung- auftreten können (Kübler-Ross 1969; Köther/Gnam 1995; 688 ff).

Existenzielle Ängste werden durch dieses Gerüst tendenziell überdeckt. Ungeregelte Situationen in Verbindung mit Auf- und Ab-Phasen des Sterbeprozess verlieren somit an Gewicht oder werden als Phänomene eher peripher beachtet<sup>113</sup>.

In diesen von ihr gesetzten Akzentuierungen erscheint auch das tröstende Berühren von sterbenden Menschen eher angeheftet („... und am Schluss de Hand halten is auch sehr sehr wichtig „/21/10)<sup>114</sup>. Unschwellig schwingen in diesem emotiv sensiblen Handlungsbereich potentielle Verschlingungsbefürchtungen mit.

Käthe stellt die in diesem Prozess unausweichliche Bedeutung von unterstützenden Gesprächen heraus, deutet zugleich aber eine Art Schrittfolge an. Erst müssen die mit dem Tod verbundenen Modalitäten abgesteckt sein, ehe eine Kommunikation über das existentiell unausweichliche Ende geführt werden kann. Das intuitive Gespür für den richtigen Moment einer solchen Gesprächssituation scheint für sie von solchen Phasen und Schrittfolgen abhängig zu sein<sup>115</sup>. Sie versucht sich in den verlagernden Strom der inneren Erlebnisse hineinzusetzen.

„... ich finde, wenn man vergisst mit jemandem wo man weiß der st- . lebt nich mehr lange . so 'n Gespräch anzusprechen und zu fühlen, ob derjenige bereit ist darüber zu sprechen ja ..“/21/13-16

Solche Zustände kann sie möglicherweise wahrnehmen bzw. erkennen. Eine Ermutigung zum Ausdrücken von Gefühlen und Haltungen wird trotz ihrer hier angedeuteten emphatischen Fähigkeiten nicht explizit sichtbar. Möglicherweise haben persönliche Verlust- und Erleidenserfahrungen zu einer Abschirmung beigetragen, die es ihr nur in einem eingeschränkten Sinne ermöglichen, gegenüber dem Patienten genau die richtigen Worte zu finden. Käthe artikuliert zwar die Notwendigkeit, diese Herausforderung kontextsensibel zu bewältigen, zugleich liegen aber genau dort ihre persönlichen Grenzen<sup>116</sup>.

Im Umgang mit sterbenden Menschen werden Abstandshaltungen und interaktive Barrieren sichtbar, die auch durch eigene Verletzungsdispositionen ausgelöst werden. Engagierte Pflegemuster vermischen sich mit kommunikativ blockierenden Irritationen<sup>117</sup>.

Sterben und Tod bleiben für sie sensible, lebensthematisch virulente Handlungsbereiche, in denen die unverarbeiteten Einschnitte in ihrer Biografie an sie heranrücken. Ihre Abdeckungen und Anästhesierungen weichen beim Umgang mit Sterbenden auf. Ausgelöst durch solche

---

<sup>113</sup>Die psychosoziale Betreuung von Sterbenden ist theoretisch auch mit einem Begegnungsverständnis verknüpft. In diesem Sinne entsteht eine Wirklichkeit, die sich mit unerbitlichem Anspruch mitteilt (Wittneben: 1991; 213). Solche eher unregelmäßigen Momente werden von Käthe in ein eher sicheres Fahrwasser gelenkt. Die Offenheit solcher Begegnungen kontrastiert mit dem von ihr angestrebten, schrittweise geregelten Ablösungsverständnis in diesen Grenzsituationen.

<sup>114</sup>Insbesondere in solchen Grenzsituationen kommt es zu schwierigen Interaktionsprozessen, die Berührungen als Medium einschließen. In diesem Bereich entwickelt sich Pflege zu einem „verbal-taktilen Prozess“, der von den beruflich Pflegenden ein „mehrsprachiges Vermögen“ erfordert (Wittneben 1991; 307). H. Remmers skizziert verschiedene Möglichkeiten des Berührungseinsatzes. Diese beziehen sich auf funktionale, physiologische Berührungen (Kompensationsberührungen), funktional verfügbare (Konstitution von Abhängigkeiten), sozial-expressive (vertrauensbildende emphatische) Berührungen (Remmers 1993; 357). In dieser Differenzierung schimmern m.E. strategisch gelenkte Vorstellungen eines situativ angemessenen Berührungseinsatzes mit.

<sup>115</sup>Intuitives Wissen basiert auf vielschichtigen Wissensbeständen, die kontextsensibel gewichtet zur Anwendung gelangen. Es ist eine Art Sicherheit, die dazu führt in einem bestimmten Moment genau das Richtige zu tun (Olbrich 1999; 88).

<sup>116</sup>In diesen Grenzsituationen wird eine Dilemmasituation deutlich. Es wird eben gerade das nicht angesprochen, was eigentlich bearbeitet werden müsste! (F. Schütze 1995; 119). Unverarbeitetes und Unausgesprochenes korrespondieren miteinander.

<sup>117</sup>Engagiertes Pflegehandeln kann nicht frei von Verunsicherungen und Dissonanzerfahrungen sein. Diese unvermeidbaren Zumutungen werden zum Merkmal einer interaktiven Kompetenz in der Pflege (Remmers 1993; 220; Knobling 1993; 270; Habermas 1973; 207 ff).

schmerzhaften Berührungen aktiviert sie Distanzierungs- und Vermeidungsstrategien<sup>118</sup>. In diesem Sinne weicht sie auf gesichertere Bearbeitungspfade aus, d.h. bewegt sich im Fahrwasser von rational zugänglicheren Ablaufmustern, wie z.B. organisatorische Hilfestellungen beim gewissenhaften Umgehen mit letzten Verfügungen.

#### 5.9.5.2 *Passung von normativen und subjektiven Verstellungen*

Ihre in diesem Zusammenhang angedeutete Gesprächsbereitschaft wird in ein allgemeines Ablösungsprozess des Strebenden gestellt. Die Blickwendung zum unausweichlichen Tod wird scheinbar kontextsensibel aufgenommen.

Gegenläufig dazu wird der verstellende Charakter einer einfühlsamen kommunikativen Sterbegleitung sichtbar.

Situativ das „richtige Gespräch“ (13/50) zu finden wird im Rahmen der Ausbildung fallbezogen eingeübt. Solche Fallbeispiele werden in ein allgemeines Handlungsschema eingebettet. Dabei wird der normative Charakter des Richtigen kontrastiv zum individuellen Herangehen an solche existentiellen Grenzsituationen angedeutet.

„...und und viele mobilisieren und durch en Gespräch . //hm// und mer muss natürlich immer es richtje Gespräch finden ja ..“ /13/49-50

Ein situativ beurteilender Handlungsrahmen wird dadurch eher aufgelöst. Es dominieren bei den auszubildenden Schwestern scheinbar klare Vorstellungen, wie beispielsweise ein sterbender Patient richtig mobilisiert werden muss. Der appellative Charakter dieser Unterweisungen bezieht sich sowohl auf die Überschussmotivation der Schwesternschülerinnen („...und man ihm doch wirklich..jede Hilfe zuteil lassen.soll ja.“/14/7) als auch die emotive Bedeckung gegenüber einem sterbenden Patienten<sup>119</sup>.

„...und sich das nich anmerken lassen und sie immer doch wieder mobilisieren und so...“/14/6-7

Die in diesem Zusammenhang gestellte Aufforderung, sich bei sterbenden Patienten nichts anmerken zu lassen, verdeckt möglicherweise situativ nahe gehende Empfindungen im Sinne eines -ich bin betroffen bzw. -ich leide mit-. Diese können somit nicht ohne weiteres gezeigt werden.

Dass solche Gefühlsäußerungen gebremst werden, scheint konstitutiv hemmend für die persönliche Struktur von Subjektivität. Situative Handlungs- bzw. Antwortspielräume bleiben eingengt<sup>120</sup>. Komplementär dazu wird der scheinbar verstellende Umgang mit Sterbenden angetippt.

---

<sup>118</sup>Die insbesondere in diesen Grenzsituationen auftretenden Vermeidungshaltungen verweisen auf erhebliche Belastungen, die mit ihren biographischen Vorerfahrungen innerhalb ihres persönlichen familiären Umfeldes in Beziehung stehen. Käthe versucht somit einer Begegnung mit dem sterbenden Menschen distanzierend auszuweichen (vgl. Weidner 1995; 193).

<sup>119</sup>In Sozialberufen gehört Gefühlsarbeit zur Tätigkeitsanforderung. Mit Hilfe von Ausbildung und Überwachung kann ein bestimmtes Maß an Kontrolle über das Gefühlsverhalten der Schwesternschülerin ausgeübt werden (vgl. A. Hochschild 1990; 120)

<sup>120</sup>Wittneben vertritt die These, dass die beherrschenden Regeln gegenüber den Schwestern auch zu einer „Beherrschung“, im Sinne von Manipulation bzw. ignorieren des Patienten beiträgt. Eine diskursfähige, streitbare Rationalität kann sich durch eine traditionelle Sozialisation von Schwestern nur schwer entwickeln. Auf dieser Grundlage entwickeln sich eher abkürzende, defensive Strategien bei der Konflikt- und Krisenbewältigung mit Patienten (vgl. Wittneben 1991; 97-100). In der Tat deuten sich in diesem Bereich (Umgang mit Sterben und Tod) genau solche bedenklichen Bedeckungs- und Abkürzungsstrategien an. Die Autonomie von Pflegenden scheint begrenzt. Eine (diskursiv) offene Haltung zu Sterben und Tod kann sich in diesem von Käthe explizit vorgegebenen Maskierungsrahmen nur schwer entwickeln.

Da diese während der Ausbildungszeit praktizierten (Aufhellungs-)Strategien situativ durchaus erfolgreich waren, d.h. einen bestimmten Gefühlszustand hervorgerufen haben, qualifiziert sie für Käthe zu einem allgemeinen Handlungsmaßstab<sup>121</sup>.

„...und da ham mer wirklich mit dem Patienten gelacht, en anderer hätte vielleicht gesagt oh Gott jetzt lachen die da drinnen noch .. aber die ham mer so aufgemuntert und das war irgendwie für die . gut //hm// fand ich ja .. und das mach ich jetzt auch noch ...“ /14/7-9

Eine einlassende Beziehung kann durch eine betont aufmunternde Pflege nicht ohne weiteres realisiert werden. Das richtige Gespräch wird durch die in diesen Grenzsituationen erkennbare beziehungeingeschränkte Pflege eher verhindert (vgl. Köther/Gnamm 1995; 696)<sup>122</sup>.

Dass Käthe diese über die Ausbildung vermittelten Orientierungen beibehält, d.h. bis in die Gegenwart hinein routinemäßig anwendet, erscheint ungewöhnlich eingengt und statisch. Das Bedürfnis nach schützender Abwehr und pragmatischen Brechungen scheint zu überwiegen, sodass ihr einmal erworbenes Strategiekonzept nicht explizit in Frage gestellt bzw. revidiert wird (Benner 1994; 276).

Entlang ihrer biographischen Verletzungsdispositionen und des tendenziell über die Ausbildung vermittelten kommunikativen Maskierungsrahmen werden statische Einordnungen und Handlungsstrategien möglicherweise einordenbarer.

Eigene und fremde Verdrängungs- und Abschottungstendenzen kumulieren und fließen scheinbar unentwirrbar ineinander. In der Passung von normativen und subjektiven Verstellungen hat sich eine offene Haltung in Bezug auf diese spezifischen Handlungssituationen nicht herausbilden können.

### 5.9.5.3 Umgang mit Verstorbenen

Der physisch und psychisch anstrengende Charakter der Arbeit wird von Käthe im Zusammenhang mit Sterben und Tod angedeutet. Insbesondere der Umgang mit Verstorbenen wird zu einer besonderen Belastung. In diesem Kontext werden die physischen Anstrengungen einer allein durchgeführten Totenpflege stärker herausgestellt als die psychische Verarbeitung solcher Pflegesituationen<sup>123</sup>. Der unmittelbare Umgang mit Verstorbenen bezieht sich auf eher technische, institutionalisiert ablaufende Erfordernisse der Totenversorgung. Das „Fertigmachen“ (14/30) von Toten wird ganz allgemein und unpersönlich umrissen, wobei die Verarbeitung des physisch anstrengenden „Herrichtungsprozesses“ möglicherweise auch mit

---

<sup>121</sup>Die z.T. maskenhaft polierte Präsentation von Freundlichkeit („Wenn Frauen zu sehr lächeln“) erzeugt möglicherweise eine Verdeckung des Innenlebens, die sich durchaus als sperrig (sperrend) erweisen kann. „Die Enteignung der Gefühle führt zur Entfremdung vom eigenen Selbst“ (A. Hochschild 1990; 17).

Aus einer anderen Blickrichtung betrachtet bleibt die Neutralität oder Hypothesisierung gegenüber den Klienten/Kunden/Patienten auch etwas, worunter diese leiden. In diesem Sinne können kontinuierlich aufrechterhaltene Aufmunterungen und Aktivierungen zu Verstellungen bzw. „Noncaring Interactions“ beitragen (Elsbernd 2000; 33).

<sup>122</sup>Gadamer sieht im Gespräch auch die Chance zum eigenen Sehen (sich selbst sehen). In diesem Zusammenhang wird das Stellen der „richtigen“ Fragen, d.h. Fragen, die den anderen wachrütteln bzw. reflexiv stimulieren, zum potentiellen Auslöser für neue Handlungsmöglichkeiten. Das verloren gegangene Gleichgewicht kann wiederhergestellt werden (Gadamer 2002; 30 ff; Danner 1989; 19). Ein Gespräch erfordert eine Art „situationsangemessene Wachheit“ im Kontext des sokratischen Dialogs als „phronesis“ (Gadamer 2002; 20). Wachheit wird somit zu einem Moment der Distanz, der Professionellen ein Fallverstehen in der Begegnung möglich macht.

<sup>123</sup>Analog zum organisatorisch ausgerichteten Engagement bei der Sterbebegleitung werden funktionelle Aspekte der Totenversorgung herausgestellt. Psychosoziale Verarbeitungsschwierigkeiten werden angetippt, ohne dass sie aber explizit kommuniziert werden können. Unverarbeitetes bleibt gewissermaßen Unausgesprochen.

psychosozialen Verarbeitungsschwierigkeiten verbunden ist. Im Gegensatz zum klinischen Pflegealltag muss sie solche Momente allein bewältigen<sup>124</sup>.

„...körperlich schwere Arbeit . //hm// denn auch . Verstorbene und so was die mer dann ehm alleine erstmal gebettet und fertig gemacht und .. damit musste mer erstmal fertig werden, in der Klinik hat mer ja immer andre um sich rum gehabt ja ...“/14/29-31

### 5.9.6 Emotionales Coping als informelle Berufsnorm

Die besonderen Gesundheitsrisiken und Gefährdungen von älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen führen zu fragilen Betreuungserfolgen. Plötzliche physische Einbrüche, Unfälle oder ein gewissermaßen über Nacht eingetretener Tod von vermeintlich gesundheitlich wieder stabilisierten Patienten verursachen überraschende Wendungen. Trotz langjähriger Berufstätigkeit gehen ihr diese wiederkehrenden Ereignisse nach wie vor sehr Nahe.

„... naja man . es gab och Patienten, die hat mer ehmt so weit wieder aufgebaut und alles und . wenn se gestürzt sind oder sonst was war alles hin . war alles vorbei ja //hm// ... oder mer hat sich gedacht er hat sich erholt . am nächsten Tag isser eingeschlafen also ... es geht eim doch oft ganz schön ... ans Herz //hm// ja also . dass man sagt . man stumpft ab oder so was gibt's nicht .. also er das wer das kann . das versteh ich nich //hm// das gibt's nich . auch nich mit den Jahren also..“/23/20-25

Ihre Gefühlsreaktionen sind für sie ein Indikator dafür, dass sie sich ihre emotive Berührbarkeit erhalten hat. Bedenklich scheint für Käthe in diesem Kontext eine übermäßige Anästhesierung und Distanzierung. Sie kann schleichende Abstumpfungseffekte bei anderen Mitarbeiter/Innen nicht verstehen bzw. akzeptieren<sup>125</sup>. Eine solche Verhärtung schließt Käthe für sich kategorisch aus. Sie ist mit ihrem Selbstbild nicht in Übereinstimmung zu bringen.

„... un wenn eim das nich passiert, dann .. ich weiß nich dann hat mer keine Gefühle oder was . „/24/2-3

Unberührbarkeit wird zu einem bedenklichen Merkmal beruflicher Pflege, die mit einem Verlust an Nähe bzw. Kontextsensibilität verbunden scheint. Gefühlsarbeit gehört somit gewissermaßen zum professionellen Habitus. Auch andere beruflich Pflegende zeigen Gefühle im Zusammenhang mit belastenden Pflegesituationen.

---

<sup>124</sup>Der Umgang mit Toten wird von Käthe undetailliert und verobjektivierend dargestellt. Die subjektiv neutralisierende Wahrnehmung scheint angesichts ihrer vermutlich bis dato geringen beruflichen Erfahrung mit Sterben und Tod ungewöhnlich anästhesiert (vgl. Knobling 1993; 267).

<sup>125</sup>Eine sich manifestierende „Latenz“ (Es) gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen wird zum Merkmal einer distanzierten Pflege (Buber 1984; 27 ff; Schwerdt 1998; 402-406). Engagiertes Pflegehandeln kann nicht frei von Verunsicherungen und Dissonanzerfahrungen sein. Diese unvermeidbaren Zumutungen werden zum Merkmal einer „interaktiven Kompetenz“ in der Pflege (dazu u.a. Knobling 1993; 270; Remmers 198; 220 f). Die von C. Knobling (1993) mit dem Begriff der – interaktiven Kompetenz- zusammengefassten Dimensionen kompetenten Umgangs von professionellen Helfern beziehen sich auf –Empathie, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz und moralisches Bewusstsein und Handlungsvermögen. In dem hier verwendeten Zusammenhang erscheinen Anforderungen wie Empathie und Ambiguitätstoleranz für die Nähe zum Patienten und die Identifikation bzw. das motivationale Hineinwachsen in den Beruf wesentlicher als beispielsweise Rollendistanz (Knobling 1993; 270 f).

„ja . is eigentlich normal . das passiert nicht nur mir, das passiert och andern Schwestern ..  
„/24/3-4

Implizit wird das entlastende Zeigen und Bewahren von Gefühlen zu einem wesentlichen Merkmal pflegerischer Arbeit. Ungeregelte Verhaltensmuster gehören einfach zur Pflege dazu. Sie fordern die ganze Person, ermöglichen aber zugleich auch sich als solche überhaupt einzubringen bzw. zu zeigen<sup>126</sup>.

Über diese kollektiven Einbettungen wird ein berufsbezogener Identitäts- und Solidaritätssinn sichtbar. Emotionale Copingstrategien werden zu einem für den Beruf typischen, situativ angemessene Verhaltensausdruck (vgl. Schütze 1984; 176)<sup>127</sup>.

Auf der gemeinsamen Grundlage von sich ähnelnden Belastungs- und Verarbeitungsmustern sind informell entlastende Gespräche zwischen den beruflich Pflegenden möglich.

„...dass wir uns dann untereinander drüber unterhalten, das is schon viel wert .. ja“/24/4-5

Diese „Unterhaltungen“ (24/3) sind institutionell nicht verankert, d.h. es besteht scheinbar keine begleitende Supervision oder andere Formen des gesicherten kommunikativen Austausches. Die Bewältigung „nerviger“ (23/50) Pflegemomente erfolgt auch in einem intermediären, zwischen beruflicher und privater Sphäre angesiedelten Raum. Der Heimweg wird zu einer Schnittstelle, wo sie sich potentiell entlasten kann.

„...dass mer erstmal of 'm Heimweg am liebsten weint .. dass mer so fertig ist ..“/ 23/49-50

Situativ grenzüberschreitende Belastungen werden affektiv ausgedrückt.

„...es kommen eben auch emal .. Tage, wo mer mal sagen wo man . vom Patienten so genervt wird will ich mal sagen „/23/48-49

Die angedeutete Stressabfuhr führt möglicherweise dazu, dass sie die beruflichen Belastungen abgebauter mit nach Hause nimmt. Komplementär dazu kann sie Spannungen auch über die Arbeit im Garten abbauen.

„...naja ich sage oft erstmal . ach ich geh erstmal 'ne Weile in Garten oder so und . „/24/9

Darüber hinaus ist in abendlichen Gesprächen mit ihrem Mann ein Austausch über patientenbezogene Belastungen möglich.

„...und wenn mer dann abends zusammensitzt .. kommen doch ma Probleme ich meine pf . mein Mann weeiß heute noch nich, wie de Frau Müller oder Meier heißt oder was . nur ich sage heute hatt ich wieder 'ne Patientin, ich musses mal raus und und und so und so ja .. aber . über Namen wird sowieso nie geredet ...“/24/10-13

---

<sup>126</sup>Hier konstituiert sich ein personaler Spielraum. Die generelle Offenheit in solchen Pflegenden-Momenten kontrastiert mit den geregelteren institutionalisierten Standards von anderen Handlungstypen. Ihre beschworene Offenheit bzw. „ungebärdige“ Spontanität wird zum Ausdruck ihres beruflichen Selbstverständnisses, das sie kämpferisch gegenüber übermäßigen Routinisierungen und eingefahrenen emotiven Bedeckungen verteidigen muss (Waldenfels 1984; 137 f). In dieser Gegensatzkonstruktion von „Ungebärdigen“ und „Geregelten“ (Waldenfels 1984) lassen sich möglicherweise die für sie bedeutsamen Kerne beruflichen Handelns herauschälen (dazu u.a. Kreis 1997; 88).

<sup>127</sup>In diesem Kontext stellt Käthe eine Art informelle Berufsnorm auf.

Diese Form der Problemverarbeitung wird aber eher defensiv eingesetzt. Durch die informellen Entlastungsmöglichkeiten innerhalb des Mitarbeiterstammes und den intermediären Formen der Gefühlsverarbeitung wird der Lebenspartner episodisch einbezogen. Er wird als Kommunikationspartner geschätzt, ohne ihn mit personenbezogenen Details und kontinuierlichen Inanspruchnahmen zu überfordern.

Über diese abladenden Distanzierungen und Copingstrategien werden die nachfolgenden Pflegesituationen entspannter angegangen.

Das für sie erholsame „Vergessen“(23/51) von „nervigen“ (24/27) Patientensituationen wird z.T. noch durch die entgegenkommende Wiedersehensfreude der jeweiligen Personen unterstützt .

„, und ich sage ja, wenn mer 'n andern Tag hinkommt und die strahlen einen an, da hat mers vergessen ...“/23/50-51

Über die versöhnlichen Signale der Patienten scheint ein unproblematischer Neuanfang möglich. Die engagierte Fortsetzung der Fremdpflege wird von diesen Versöhnungs- und Einlenkungsgesten beeinflusst. Sie führen zu einem Verzeihen, das ein Loslassen von konfliktuösen Momenten ermöglicht. Durch dieses auch bei anderen Patienten sichtbare Regulations- und Bewältigungsmuster wird ein unbefangener Handlungsbeginn möglich (vgl. H.Arendt 1994; 242).

Das Loslassen und Vergessen-Können vorangegangener Belastungssituationen wird zu einer notwendigen Verarbeitungsstrategie, durch die kumulativ zunehmende Problemaufschichtungen und sich manifestierende dyadische Beziehungsturbulenzen vermieden werden können. Nur so scheint für Käthe eine Natalität bzw. engagierte Fortsetzung von Pflege möglich zu sein.

## 5.9.7 Wichtung und Einordnung unterschiedlicher Wissensbestände

### 5.9.7.1 *Über die Ausbildung erworbene Wissensbestände*

Käthe bilanziert ihre Ausbildung als „sehr gut“ (13/38). Die starre Verregelung und Strenge des konfessionellen Ausbildungssettings wird in diesem Zusammenhang flankierend aufgegriffen. Die Anpassung an institutionelle Regeln und Abläufe wird zur Bedingung dafür, dass die Diakonissenschwestern ihre „Kniffs und Tricks“ (13/41) weitergeben. Die Weitergabe erfahrungsgesättigter Wissensbestände wird zu einem Fundus, aus dem sie bis heute schöpfen kann. Das scheinbar Bewährte, d.h. erfolgreich angewendete Wissen, wird konzeptionell integriert und ihrerseits an andere Schwestern weitergegeben. Im Wechselspiel von Übernahme und Weitergabe erfahrungsgesättigter Wissensbestände entstehen Tradierungen, die z.T. nach dem heutigen Stand der Pflege fehlerhaft sind. Die beispielsweise von ihr dargestellte Dekubitusbehandlung mit dem Trockenfön wird zum Merkmal einer überholten Behandlungspflege (vgl. Köther/Gnamm 1995; 513-517).

Der über die Ausbildung angeeignete Wissensfundus wird z.T. über fest gefügte Orientierungs- und Anwendungsmuster reproduziert. Der normative Charakter dieses für sie richtigen und praxisbewährten Regelwissens bleibt weitgehend fraglos. Es zeigen sich eingeschliffene praktische Handlungsmuster, die widerstandsfähig aufrechterhalten werden. In diesem Sinne erweist sie sich in einzelnen Handlungsbereichen als tendenziell experimentierunwillige, veränderungsresistente Pflegeexpertin.

Darüber hinaus erlernt sie eine Pflege, die auch mit niedrigem pflegetechnischen Aufwand auszukommen scheint. In diesem undetailliert bleibenden Kontext wird sie auf Pflegemomente vorbereitet, wo unter Verwendung sparsamer Mittel (Verbandsmaterial, Pflegehilfsmittel) bzw. infrastrukturell suboptimaler Bedingungen trotz allem erfolgreich gepflegt werden kann. „Mit nichts zu pflegen“ (13/47) scheint überleitend auch Ausdruck eines erweiterten Pflegeverständnisses, wo neben grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen auch psychosoziale Anforderungen bewältigt werden müssen. Die Parallelität von somatischen und psychosozialen Pflegemaßnahmen wird angedeutet<sup>128</sup>.

### 5.9.7.2 *Typische Verbindung von medizinpflegerischem Wissen und lebensweltlichem Wissen*

Käthes Pflegeverständnis bleibt primär an alltagspraktische Orientierungshorizonte gebunden. Parallel dazu wird die Bedeutung medizinpflegerischer Wissensbestände herausgestellt. Dieses über die Ausbildung gewonnene Wissen wird zu einem bewährten Berufswissen, das gewissermaßen intuitiv zur Anwendung gelangt.

„... ja ja . normalerweise muss die Grundausbildung in allen Fächern sein . denn man muss immer wissen was könnte och mal hier . man hat ja auch in bei Pflegefällen mal einen . wo mer denkt oh irgendwas stimmt heut nich und dann . kricht mer mit er is gestürzt da könnte irgendwie en Bruch oder so ham oder en Riss im Knochen ham . //ja// also da muss mer schon bisschen Erfahrung ham ...“/29/18-22

Dadurch, dass sie als Pflegekraft zumeist allein auf sich gestellt ist, bleiben diskursive Rückversicherungen bzw. auf mehrere Schultern verteilte Verantwortlichkeiten eher die Ausnahme. Das singuläre Arbeiten führt dazu, sich primär auf die eigenen Erfahrungen und Wissensbestände verlassen zu müssen.

„...also . in der häuslichen Pflege isses sehr wichtig . weil man auf sich alleine . gestellt ist ja ... im Krankenhaus hat mer Hilfe .“/31/5-6

Aus der Verbindung von hartem medizinpflegerischem Wissen und lebensweltlichem Wissen konstituiert sich ein für die häusliche Pflege typisches Pflegeprofil<sup>129</sup>.

Aus ihrem Blickwinkel erscheinen hochspezialisierte chirurgische Schwestern als „Schmalspurschwestern“ (29/15), deren expertokratisch aufgesplittetes Wissen für die häusliche Pflege nur bedingt brauchbar ist. In diesem Sinne erweist sich das vermeintlich verlässliche und harte Wissen von handwerklich ausgebildeten Pflegespezialistinnen als unzureichend.

Die ambulant Pflegenden bewegen sich in einem Pflegesetting, das unterschiedlichste Wissensbestände erfordert<sup>130</sup>. Häusliche Pflege ist mit komplexen Betreuungssituationen

---

<sup>128</sup>In der Verbindung von somatisch orientierter, medizinpflegerischer und psychosozialer Betreuung schimmern ansatzweise diakonische Prägungen durch.

<sup>129</sup>Pflege bewegt sich in einem eigentümlichen, z.T. indifferenten Zwischenfeld. Diese Zwischenstellung theoriegeleiteter Erkenntnis und normativ-praktisch regulierten Handlungsformen, zwischen kognitiven und affektiven Handlungsorientierungen u.a., inmitten eines schwer zu bestimmenden Verantwortungsbereiches, skizziert einen Typus von Arbeit, der sich einer starren Rationalisierung und Verobjektivierung entzieht. Solche eigentümlichen Momente werden von Käthe hier angedeutet.

verbunden, die eine funktionell aufgesplittete Pflege nur im geringen Umfang zulässt. In dieser Rahmung wird die chirurgische Schwester zum Repräsentant einer eingegrenzten Pflegeausrichtung. Die weitreichende Spezialisierung dieser Schwestern lässt sie für andere pflegerische Handlungsfelder ungeeignet erscheinen.

„...die könn ja dann nur in diesen Bereichen arbeiten, ich hab immer gesagt Schmalspurschwestern .. also für die isses ja ganz schlimm, dann mal woanders zu arbeiten.“/29/14-16

Das Hausfrauenimage von ambulant Pflegenden wird in diesem Verständnis aufgeweicht. Durch die relationale Bezugnahme zu Krankenpflegespezialist/Innen wird implizit eine Aufwertung von ambulant Pflegenden sichtbar gemacht.

### 5.9.7.3 Fort- und Weiterbildung

Käthe berichtet über "schubweise" (27/20) durchgeführte Weiterbildungen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege.

„...jetzt isses im Moment wohl wieder über . neue Pflegemittel .. da hört mer auch mal, was es jetzt wieder neues gibt und mer was machen kann //hm hm// .. oder . wie de Medizin weiter ist Behandlung von offenen Beinen von Dekubitus und so was also . da ändert sich so oft was, das is schon ganz //hm// interessant und dann gehen wir immer schubweise zu solchen Weiterbildungen //hm// . dass jeder das mal wieder mitkriecht ..“/27/16-21

Das Auffüllen mit „neuen Sachen“ (27/29) erfolgt unregelmäßig bzw. wird eher episodisch wahrgenommen. Eine offensive Fort- und Weiterbildungsorientierung besteht nicht. Der freiwillige Charakter von fachspezifischen Bildungsangeboten, welche z.T. auch in der arbeitsfreien Zeit besucht werden sollen, verstärkt den Charakter von Zufälligkeit.

Das „mit der Zeit mitgehen“ (27/30) wird als verlässliche Maxime präsentiert, die sich scheinbar ganz selbstverständlich auf die notwendige Ausrichtung am allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse bezieht. Der Bedeutungsgehalt dieser Orientierung bleibt schemenhaft. Aktuelle Themen medizinpflegerischer Fortbildungen können nicht sicher reproduziert werden.

„.... im Moment hatt mer auch wieder glaub ich über . Katheter und Blasensachen.“/27/28

Hausinterne Weiterbildungen werden zu Anwesenheitsveranstaltungen, ohne dass die inhaltliche Struktur dieser Angebote näher erkennbar wird.

„... aber wenn wir hier im Haus Weiterbildung ham, die mach mer nachmittags, da sin mer alle da .. da sin auch die da wenn's geht die frei ham und . kommen dann auch also das versuch mer schon dass /mer da alle da sind ..“/27/44-46

Der Institutionalisierungsgrad von psychosozialen Fortbildungsveranstaltungen scheint im Vergleich zu medizinpflegerischen Angeboten deutlich ungefestigter zu sein. Die Brauchbarkeit medizinpflegerischer Wissensbestände wird möglicherweise als höher

---

<sup>130</sup>Aus einer kritischen Betrachtung medizinpflegerischer Wissensbestände in diesem spezifischen Handlungsfeld lassen sich möglicherweise berufliche Kompetenzprofile und berufliche Zuständigkeiten differenzieren, die zu einer „Reformulierung“ institutionell erstarrter Kompetenzdomänen führen könnten (Remmers 1993; 93).

eingestuft. In diesem Sinne stoßen beispielsweise extern angebotene Weiterbildungen zum Thema Sterbebegleitung unter den Mitarbeiter/Innen der Sozialstation auf eine geteilte Resonanz. Für diese freiwilligen Fortbildungen außerhalb der Sozialstation bzw. Arbeitszeit bedarf es einer besonderen Motivation. Ihre Berührung mit diesen für sie ambivalenten Belastungssituationen führt dazu, diese Fortbildungen zu besuchen.

„...das war zweimal im Stadtkrankenhaus war ich . warn auch noch en paar Schwestern, es gibt aber auch Schwestern die sagen . es bringt mir nischt oder so .. das muss jeder selber entscheiden ..“/27/42-44

Ihre auf diesem Feld besuchten Weiterbildungslehrgänge und unterstützenden Beratungen sollen möglicherweise zur besseren Bewältigung der Grenzsituation beitragen.

„ .. grade och Sterbehilfe und so was, das is schwer aber .. ist dankbar //hm// . ich meine gut da gab's auch Lehrgänge und die . hab ich alle mitgemacht, dass mer bisschen doch sich auch beraten lassen .“ /28/2-4

Aktives Engagement bei der Verarbeitung des Erlebten eröffnet potentiell die Möglichkeit, dekontextualisierte Einordnungen und Strategien zu verflüssigen.

Unverarbeitetes kann aber auch in diesem Zusammenhang nicht ohne weiteres ausgesprochen bzw. therapeutisch aufgearbeitet werden<sup>131</sup> Über ein solches Setting findet sie möglicherweise eher einen gegensteuernden, den emotionalen Selbstschutz dienenden Sicherungsrahmen.

Auch hier überwiegt bei Käthe die Orientierung an subjektiven Standards in der Pflege. Durch ihren nahen Berufsausstieg ist der Druck, sich auf aktuelle Neuerungen in der Pflege einzustellen ohnehin gering. Sie stützt sich vorrangig auf ihre solide Grundausbildung bzw. das im Laufe der Berufsjahre gesammelte Erfahrungswissen.

#### *5.9.7.4 Bedeutungslosigkeit pflegewissenschaftlicher Wissensbestände*

Pflegewissenschaftliche Untersuchungen und Professionalisierungsbemühungen innerhalb des Pflegeberufes werden von Käthe in Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeit und Standardisierung gebracht. Die Fremdheit dieser Diskurse führt zu stereotypen Rastern und Rahmungen. Sie reibt sich gewissermaßen an einem Phantom. Ein wirklicher Transfer bzw. eine Berührung mit pflegewissenschaftlichen Themen wird nicht erkennbar.

„... ich weiß nich wie ((sie)) sich das vorstellen . //hä// na . geht gar nich anders . wär höchstens alle Leute . auf einen Haufen zu bringen in in widder in Heime oder was oder hm . ich weiß nich wie die sich das vorstellen . jeder Mensch . is anders un man kann nich alle unter einen Hut stecken also das geht nich..“/28/34-37

Praktische Erfahrungen und Wissensbestände erscheinen gegenüber den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen als menschlichere, die individuellen Bedürfnisse von Patienten eher einfangende Handlungsebene. In dieser exotisierenden Grundhaltung werden unbekannte Wissensbestände zu etwas fremdhafte Bedrohlichem, durch das menschliche Orientierungen in der Pflege tendenziell aufgelöst werden (vgl. Edith Wolber: Die Begegnung

---

<sup>131</sup>Die über längere Zeit durchgehaltene Anästhesierung lässt eine verspätete biographische Aufarbeitung von „Rissen“ riskant erscheinen. In diesem Sinne müssen persönliche Grenzen auch nicht zwingend aufgebrochen werden. Eine sichernde Versiegelung unverarbeiteter Einschnitte scheint auch in Anbetracht des nahe bevorstehenden Berufsausstiegs identitätssichernd.

mit der Fremde ist nicht das Ziel der Reise. Von der Realität der Rückkehr/in Pflege 2001:98-103).

In einer Art Gegensatzkonstruktion entwickelt sich ihr Plädoyer für eine individuelle, Selbstpflegepotentiale aktivierende Pflege.

„...denn die Patienten, die noch . bisschen können . die muss mer doch mobilisieren, dass se das . //ja// alleine besser können noch un so ... „, /28/45-46

Die für sie identitätsstiftenden Momente in der Pflege werden durch undeutlich bleibende Bedrängungen mit markiert. Das Ausblenden bzw. Nicht-wahrnehmen-wollen pflegewissenschaftlicher Diskurse führt zu repräsentativen Rahmungen und distanziert bleibenden Projektionen. Eine genauere Inblicknahme von extern geführten, theoriegeleiteten Professionalisierungsdiskussionen wird somit vermieden<sup>132</sup>. Im Rückblick sieht sie nur wenig gewinnbringende, den beruflichen Status aufwertende Wirkungen, die über solche Diskurse befördert worden sind.

„...hab ich bisher in meinem ganzen Leben nur gemerkt, dass es eigentlich nich viel .. aufwärts ging da..“/29/6-7

Implizit entsteht eine verwirrende Koalition von Professionalisierung, Pflegewissenschaft, Wirtschaftlichkeit und Standardisierung in der Pflege. Über dieses vage bleibende Konglomerat entsteht das diffuse Bild einer überschießenden Rationalisierung von Pflege, durch die die individuellen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen nicht mehr berücksichtigt werden können.

„...jeder Patient muss unterschiedlich betreut wern, man kann nich sagen //hm// es . Mensch is keine Maschine . //hm// un jeder hat andre Gefühle und . das geht nich //hm// . es gibt Menschen, die brauchen nich viel Hilfe . un es gibt Menschen . die brauchen unheimlich viel Hilfe ja..“/28/49-29/2

Zur identitätsstiftenden Konstitution des Berufes tragen die fremd bleibenden pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse somit nicht explizit bei. Ihr beruflicher Habitus wird davon kaum berührt, d.h. theoriegeleitete Wissensbestände bleiben für sie eher nachrangige Orientierungen. Maßgeblich ist für sie das Bündel an subjektiv angeeigneten, erfahrungsgesättigten Qualifikationselementen (Arnold/Hoppe 1994; 27 f).

---

<sup>132</sup>Diese fehlerhaften bzw. irrtümlichen Einschätzungen über das unbekannte Gebiet der Pflegewissenschaften können als eine Art -Nicht-Wissen- markiert werden (vgl. Beck/ Giddens 1996; 302). Die reflexive Betrachtung von theoretisch geprägten Pflegediskursen ist in ihrem beruflich bestimmten Konzept von Pflege nicht integriert. Die Aufhebung von Nicht-Wissen ist in diesem Zusammenhang auch nicht zwingend geboten. Es fehlt darüber hinaus ein institutioneller Rahmen oder eine Arena, um pflegewissenschaftliche Erkenntnisse diskursiv aufzubereiten. Die Implementierung in den pflegerischen Alltag wird erschwert bzw. sogar verhindert. Lebensweltliche Gewissheiten und erfahrungsgesättigtes Hintergrundwissen führen zu scheinbar verlässlichen, häufig intuitiv abgespulten Handlungs- und Orientierungsmustern. Die Möglichkeiten einer theoriegeleiteten Reflexion, die die Sache aus dem alltäglichen Handlungsfluss herauslöst, wird somit eher verschenkt (ebenda; 302 f).

## 5.9.8 Persönliche Vorstellungen von guter Pflege

### 5.9.8.1 Zeitliche Spielräume

Die von Käthe dargestellten verknappteren Einsatzzeiten führen gegenwirklich dazu, sich mehr Zeit für die Pflege zu wünschen. So dürfen spezifische Körperpflegetätigkeiten nicht zu stark dynamisiert bzw. beschleunigt werden. Das effiziente und eilige Erledigen der Pflege wird von Hilfe- und Pflegebedürftigen als unangenehm empfunden<sup>133</sup>. Das situative Überschreiten von Zeitkontingenten kann nicht einfach an anderer Stelle ausgeglichen oder eingespart werden. Aufwendige Pflegemaßnahmen müssen genau in die Arbeitsplanung integriert werden. Diese notwendigen Einfügungen werden zu Zusatzleistungen, welche mit einem besonderen Organisationsaufwand verbunden sind. Die von Käthe skizzierte Procedure des Haare-Waschens wird zu einer zeitintensiven Grundpflegemaßnahme, die vorgegebene Rahmungen sprengt, d.h. nicht selbstverständlich in alltägliche Pflegeabläufe integriert werden kann.

„, de Zeit //Zeit// ... Zeit ist ganz wichtig .. //hm// . denn es gibt Patienten .. da braucht mer irgenwann mal mehr Zeit .. ich hab heute mit 'ner Schülerin zweien noch de Haare gewaschen zusätzlich Pflegefällen . was nich einfach is wenn se im Bett liegen . da braucht man viel Zeit //hm// ja . kann mer nich eins zwei drei machen ja .. und da kann mer aber och nich sagen .. morgen komm ich dafür nich, das geht ja nu nich //hm .. hm// . aber es gehört zur Körperpflege, man muss es ja och mal tun ... muss mer ehmt dann alles mit einplanen..“/28/5-11

### 5.9.8.2 Schmerzfreiheit

Darüber hinaus wird auch eine individuell ausreichende Schmerzmitteleinstellung zu einem wesentlichen Merkmal von guter Pflege. Insbesondere bei bettlägerigen Hilfe- und Pflegebedürftigen ist Schmerzfreiheit auch für die sichere Durchführung von Grundpflegemaßnahmen notwendig. Eine Leid auslösende bzw. Leid verstärkende Pflege ist für sie nicht akzeptabel. Ziel bleibt das erkennbare Wohlbefinden der Pflegebedürftigen. Die sie bewegenden Symptome von Hilfe- und Pflegebedürftigen erfordern präventive, den Schmerz lindernde Behandlungsmaßnahmen. Durch vorab eingenommene Analgetika ist eine schmerzvermeidende Pflege bzw. Verbesserung der Patientenbefindlichkeit am ehesten möglich.

Der im Zusammenhang mit Pflegemaßnahmen sichtbare Schmerz von Patienten affiziert ihr pflegerisches Tun<sup>134</sup>. Sie wird dabei stellvertretend handlungswirksam, d.h. übermittelt den Arzt die im Kontext von Lagerungen und Körperpflegemaßnahmen auftretenden Schmerzen.

---

<sup>133</sup>Aus dem Erleben von Patienten heraus ist eine eilige, wie ein Uhrwerk abgspulte Pflege nicht beziehungsfördernd und trägt darüber hinaus wenig menschliche Züge. Elsbernd (2000) beschreibt diese Strategien unter dem Thema „Being in a hurry and efficient“ (Elsbernd 2000; 32). Der Mangel an Pflege wird von den Hilfe- und Pflegebedürftigen u.a. mit solchen „Noncaring Interactions“ in Beziehung gesetzt (ebenda; 32 f).

<sup>134</sup>In Anlehnung an David Hume liegt die Motivationsbasis für ein engagiertes Handeln im Vermögen einer sympathischen Anteilnahme an der Not anderer. Auf der Basis dieser spezifischen moralischen Motivation, nämlich der Sympathie, entwickeln sich interessante Anchlüsse für die Rechtfertigungen von Handlungen. Sie basiert auf der Imagination einer Empfindung oder eines Gefühls, d.h. es entsteht gewissermaßen ein schwaches, minder intensives Nachbild dieses Gefühls. Das Wahrnehmen bzw. Vorstellen der Schmerzen einer anderen Person lässt uns selbst ein schmerzliches Gefühl verspüren (vgl. T. Nagel 1998; 20 f).

In diesem Sinne wird der behandelte Arzt in die Verantwortung genommen, für eine symptomatische Schmerzbehandlung Sorge zu tragen.<sup>135</sup>

„ (seufzt) wenn der Patient vom Arzt her mit Tropfen oder Medikamenten so eingestellt ist, dass er schmerzfrei ist, also wenn's en schwerer Pflegefall ist //hm// . und dass wir in der Lage sind . sie so . zu pflegen . zu lagern sauber zu halten . //hm// dass der Mensch sich wohlfühlt //hm// . auch wenn er da liegt //hm// aber das Gefühl hat wenn er . versorgt is . jetzt geht's mir wieder besser, jetzt geht's mir wieder gut //hm// .. das Gefühl muss mer jedem Patienten geben .. sonst braucht mer nich hingehen und (laute Hintergrundgeräusche) . zu versorgen .. aber da muss mer wirklich o mit 'n Ärzten sprechen ma sagen wenn mern umlagern hat er Schmerzen . //hm// (?) .is möglich was zu geben . dass mer vorher das gibt . oder Angehörige //hm// dass mer wenn wir kommen (.?.) derjenige bissel schmerzfrei is //hm// . das gehört wichtig dazu .. denn mer kann ja nun keen lagern un machen der unheimliche Schmerzen hat, da braucht mer ja gar nich anzufassen .“/22/5-16

Gegenüber im besonderen Maße auf Hilfe und Pflege Angewiesene agiert Käthe engagiert. Ihr Arbeitseinsatz trägt zu einer unmittelbar wahrnehmbaren, das Wohlbefinden der Betreuten positiv beeinflussenden Pflege bei.

Durch die Applikation schmerzlindernder Medikamente kann sie scheinbar souverän auf das Erleiden von Hilfe- und Pflegebedürftigen reagieren<sup>136</sup>.

"...oder wer ehmt sehr viel Schmerzen hat . gut da gibt mer 'ne Spritze und und . es geht demjenigen wieder gut .."/22/42-43

In der Verschränkung von patientenbezogenen ärztlichen Verordnungen und einer gelungenen Grundpflege können sich -Pflegerische Momente- entwickeln<sup>137</sup>.

Bei sichtbaren Phänomenen kann sie möglicherweise eher abgrenzbare funktionelle Lösungen entwickeln als bei verdeckt bleibenden Störungen<sup>138</sup>. In diesem Sinne entstehen sichere Schrittfolgen, bei deren Einhaltung eine gute Pflege möglich ist. Durch ihr Engagement kann das Wohlbefinden der Betreuten positiv beeinflusst werden. Dass sie durch ihr pflegerisches Tun einen sichtbaren Erfolg (Wohlbefinden, Schmerzfreiheit) auslösen kann, wird zum wesentlichen Katalysator einer motiviert durchgeführten Pflege.

### *5.9.8.3 Umfassender Pflegebedarf und beziehungsintensive Pflege*

Käthe bevorzugt eine beziehungsintensive Pflege, wie sie im Rahmen einer zeitaufwendigeren Ganzkörperpflege bei abhängig Pflegebedürftigen eher möglich ist als beispielsweise bei Diabetispatienten, wo eine segmentiertere, zeitlich knappe Behandlungspflege erfolgt.

---

<sup>135</sup>Hier vor allem in seiner Rolle als anordnender Arzt.

<sup>136</sup>Das Verabreichen von Schmerzmittelinjektionen stellt einen ärztlich zu legitimierenden Akt dar. Käthe bewegt sich in einem behandlungspflegerischen Tätigkeitsfeld, in der ihre Kompetenzspielräume beschränkt bleiben. Die hier sichtbare souveräne Verabreichung von Schmerzmitteln macht sie zur „netten“, ungewöhnlich autonom agierenden Schwester.

<sup>137</sup>Pflegerische Momente (Caring Moments) beschreiben u.a. Situationen, in denen eine qualitativ hochwertige Pflege geleistet wird. Die von Käthe eingenommene Übermittler- bzw. Fürsprecherfunktion wird durch ihr Mitgefühl in Gang gesetzt (vgl. Elsbernd 2000; 169 f). In diesem Sinne nutzt sie ihre Kompetenzen, damit Pflegerische Momente möglich werden.

<sup>138</sup>Ihre pflegerische Tätigkeit bezieht sich hier auf wahrgenommene Schmerzreaktionen, die zumindest symptomatisch behandelt werden können. Dieses Verständnis scheint für die Krankenpflege typisch. Wahrgenommene Reaktionen und Symptome werden über binäre Schemata bzw. isolierbare Entitäten geordnet abgesteckt (vgl. Mitchell 1983; 47).

" 'ne gan- 'ne ganze Körperpflege und //ja// oder saubermachen und so . /"22/41

Dort, wo ein umfassenderer Pflegbedarf vorliegt, ist ein stärkeres Einlassen bzw. Beschäftigen mit den Patienten möglich. Hier entstehen komplexe Pflegesituationen, die kontrastiv zum "Insuliner"(23/10) ein fallbezogenes Pflegeverständnis befördern. Während bei einer segmentierten Behandlungspflege ein krankheitsbezogenes Patientenverständnis dominiert, kommt es in zeitlich ausgedehnteren Pflegesituationen eher zu einem erweiterten Blick auf den Hilfe- und Pflegebedürftigen. Bei den "Insulinern" wird eine episodische Rein- und Rauspflege durchgeführt, die einen näheren Kontakt mit den Patienten erschwert. Die Person des insulinpflichtigen Diabetikers bleibt tendenziell verdeckt.

Sichtbar abgeschlossene Pflegemaßnahmen werden für sie durch die nonverbale Gratifikation der Hilfe- und Pflegebedürftigen zu einem befriedigenden Pflegenden-Moment. Der dankbare Blick der Gepflegten wird zu einem ungemünzten, ihren Einsatz anerkennenden, Honorar.

"...eigentlich nich //hm// ich meine früh spritzen wir und abends die Insuliner . na gut da geht mer rein und spritzt und geht wieder raus .. das is alles . schnell Treppe hoch und Treppe runter . und so 'n Pflegefall, da is mer ehmt viel länger drinne und kann sich mit dem mehr beschäftigen ... ich muss immer sagen die, die am meisten Hilfe brauchen und hinterher frisch und . und sauber im Bett liegen und ein dankbar angucken . das befriedigt mich mehr .  
"/23/10-15

#### 5.9.8.4 Integrations- und Gemeinschaftsorientierung

Eine Unterbringung im Pflegeheim ist für Käthe einzelfallbezogen eine sinnvolle Alternative zur häuslichen Pflege. Warum einzelne Hilfe- und Pflegebedürftige aus ihrer Sicht stationär betreut werden müssten, wird ansatzweise deutlich.

Im Rahmen von umfangreichen, für Einzelne von ihr betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen überfordernden Haussanierungen kommt es zu phasenweisen Heimunterbringungen, die sich retrospektiv zu einer positiven Erfahrung verdichten lassen. Die betroffenen Patienten werden sowohl durch den Vermieter als auch durch die ambulant Pflegenden auf eine für sie entlastendere (Heim-)Unterbringung hingewiesen. Ihre Empfehlungen beziehen sich dabei auf eine stationäre Betreuung im tragereigenen Pflegeheim<sup>139</sup>. Das negative Bild vom Pflegeheim wird über die Möglichkeit von temporär befristeten Aufenthalten im Pflegeheim z.T. aufgeweicht<sup>140</sup>. Durch den unverbindlich bleibenden Kurzaufenthalt im Pflegeheim wird der zumeist endgültige Charakter von Heimunterbringungen modifiziert. Rückkehrbewegungen in die eigene Wohnung sind möglich<sup>141</sup>. Im Kontext ihrer persönlichen Altersvorstellungen bzw. -befürchtungen werden die Gründe für eine im Einzelfall sinnvolle stationäre Versorgung stärker kenntlich gemacht.

Aus ihrer Erfahrung kommt es bei der Betreuungsübernahme durch Nächstenpflegepersonen im häuslichen Bereich häufig zu weitreichenden Überforderungen. Angehörige sind möglicherweise trotz ihres Verpflichtungsgefühles bzw. guten Willens („...die sich vielleicht sogar Mühe geben noch zu helfen.“)/21/24-25) nicht ausreichend auf eine pflegerische Betreuungsübernahme von Familienangehörigen eingestellt. Zeitliche Inanspruchnahmen und

---

<sup>139</sup>Dahinter stehende Interessen werden angedeutet, ohne dass aber deshalb ein übermächtiger Einweisungssog wirksam zu werden scheint.

<sup>140</sup>Nur etwa zwölf Prozent der über 60-jährigen möchten perspektivisch gesehen in einem Heim oder einem Seniorenstift verbringen (Emnid Umfrage/Spiegel-Spezial 2/99; 59). Der Umzug ins Heim wird im Allgemeinen kaum als eine Alternative zum vertrauten Wohnumfeld angesehen.

<sup>141</sup>Käthe vollzieht (auch) hier eine kategorisierende Zweiteilung zwischen den Hilfe- Pflegebedürftigen.

sich verstärkende Mehrfachbelastungen werden potentiell unterschätzt. Auf Dauer scheint die Familie bei einer kontinuierlichen und aufwendigen Hilfeleistung gegenüber ihren pflegebedürftigen Angehörigen institutionell zumeist überlastet. In diesen Lebenslagen erfordern die Hilfeleistungen von den einzelnen Familienmitgliedern einen erheblichen Opfersinn (Baumgartl 1997; 123)<sup>142</sup>.

Diese, aus dem beruflichen Betreuungsalltag heraus gewonnenen Einblicke führen dazu, eine (familien-)entpflichtende Fremdpflege im Heim positiv in Erwägung zu ziehen. Die innere Nähe zu den Familienangehörigen soll durch funktionelle Überforderungen nicht zu stark gestört bzw. aufgelöst werden (ebenda; 122).

Käthes Familialismus führt nicht zu einer verpflichtenden Erwartung gegenüber ihren Kindern. Wesentlich bleiben für sie zwischenmenschlich nahe Beziehungen, die durch funktionelle Zumutungen („kann mer keinem zumuten“/21/31) nicht aufgezehrt werden sollen. In diesem Sinne kann sie einer stationären Betreuung positive Züge abgewinnen, weil dadurch Angehörige nicht kontinuierlich in pflegerische Tätigkeiten hineingezogen werden müssen. Im Rahmen von besuchsweisen Kontakten sind ungeteilte persönliche Begegnungen eher möglich als bei einer weitgehend über Angehörige abgesicherten Hilfe und Pflege. Tendenziell geraten intermediäre Betreuungskonzepte (z.B. Sonderwohnform Betreutes Wohnen) durch die binäre Schematisierung in ambulante und stationäre Pflege aus dem Blick.

„...und ich würde auch 'nie' (betont gesprochen) im Alter zu 'n Kindern gehen und . sie damit belasten . //hm// denn ich weiß nie . was die Kinder selber .. nachher noch haben un un ob se überhaupt fähig sind, einen zu betreuen //hm// und so was also . ich habe so viel Erfahrung gesammelt . dass es oft für Kinder, die sich vielleicht sogar Mühe geben noch zu helfen . so 'ne hohe Belastung is . dass die nervlich dann . in der Familie auch (?) //hm// . ja also ich würde nie . sagen ihr müsst .. also dann schon lieber auch in 'nen Pflegeheim gehen und sagen, wenn ihr Zeit habt besucht mich dann habt ihr Zeit für mich ja //hm// . aber nich sagen ich muss dann zu euch und ihr müsst mich pflegen, so was würd ich nie.“/21/21-29

---

<sup>142</sup>Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, und die damit möglicherweise verbundenen Persönlichkeitsveränderungen der Betroffenen, verlangen innerhalb der Familie häufig eine tiefgreifende Umstellung gegenseitiger Erwartungen und Verpflichtungen. Psychodynamische Verschiebungen können zu intrafamiliären Konfliktsituationen beitragen, welche den Beziehungsrahmen negativ beeinflussen. Gerade hier zeigt sich, inwieweit Beziehungen zwischen den Familienangehörigen gewachsen und emotional verlässlich fundiert sind. In diesen Bewährungsphasen kommt es darauf an, welche persönliche Voraussetzungen die einzelnen Familienglieder mitbringen. Ob eine gute Pflege über Angehörige gelingt oder misslingt ist im wesentlichen Maße auch von der Vorgeschichte der Familienbeziehungen abhängig (vgl. Köther/Gnamm 1995; 69).

## 6. Fallbeschreibung Annegret

“... Es war eigentlich ein Schock, ja ((leise/bewegt))..

Also ich war wie gelähmt und.. Mir fiel nichts ein. Das war irgendwie so eine Leere. Das war ja eigentlich der Wunsch. Mein einziger Wunsch, den ich so hatte. Worauf ich mich konzentriert habe und weswegen ich auch so zurückgesteckt hatte...”/ 10/10-13

### 6.1 Kurzüberblick und äußerer biographischer Verlauf

Annegret wird als älteste von drei Geschwistern in H. geboren. Ihr Vater ist Biologie- und Chemielehrer an einer Polytechnischen Oberschule. Die Mutter arbeitet als Arbeitstherapeutin im Krankenhaus.

Mit drei Jahren kommt sie in den Kindergarten und besucht anschließend die POS. Seit ihrem elften Lebensjahr besucht A. einen Zeichenzirkel. Aus dieser Freizeitbeschäftigung entwickelt sich ihr Wunsch Künstlerin zu werden. Der von ihr angestrebte Besuch der Erweiterten Oberschule erfüllt sich nicht. Sie kann ihren Studienwunsch (Malerei und Grafik) nicht realisieren. Sie absolviert eine Krankenschwesternausbildung in einem katholischen Krankenhaus in H.. Während der Ausbildung lernt A. ihren späteren Ehemann kennen. Nach Beendigung der Schwesternausbildung arbeitet sie ein paar Monate auf einer Station mit geistig behinderten Menschen. A. wird in dieser Zeit schwanger und bleibt nach der Geburt ihres ersten Sohnes zwei Jahre zu Hause. Über das Arbeitsamt erhält sie 1990 eine berufliche Neuanstellung im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Dort arbeitet sie bis 1995 auf der D.-Sozialstation. Ihre beruflichen, familiären und künstlerischen Interessen kann sie in der ambulanten Pflege gut miteinander vereinbaren. Als Annegret ihr zweites Kind bekommt, nutzt sie diese Situation für eine dreijährige berufliche Auszeit. Nach ihrem 1998 vollzogenen beruflichen Wiedereinstieg deutet sich nach knapp einem Jahr ein erneuter Ausstieg an. Zum Zeitpunkt des Interviews ist A. schwanger, d.h. sie steht kurz vor der Entbindung ihres dritten Kindes.

### 6.2 Familie und frühe Kindheit

#### 6.2.1 Geschwister als Einheit

Insgesamt bleibt der Bericht über die ersten Jahre der Kindheit spärlich und beschränkt sich im Wesentlichen auf die Entfaltung des Geschwisterverbundes.

A. beginnt ihre Erzählung mit einer zusammenfassenden Darstellung der Geschwisterkonstellation. Sie präsentiert sich und ihre Geschwister in einer kollektiven Einheit. Diese formale Homogenität wird im weiteren Verlauf der Erzählung aufgespalten. Insbesondere die Beziehung zu ihrer acht Jahre älteren Schwester ist aus ihrer Sicht distanziert. Über die Betonung des relativ großen Altersabstandes wird die emotionale Entfernung zur Schwester plausibilisiert. Die Beziehung zu dem zwei Jahre jüngeren Bruder wird dagegen als wesentlich engere, bis heute andauernde kontinuierliche Verbindung

beschrieben. Insbesondere die Nähe zum Bruder führt zu parallelisierenden Darstellungen, in denen sich Alters- und Entwicklungsunterschiede (nivellierend) verwischen.

”Wir waren zu Hause... Bis wir drei Jahre alt waren..dann sind wir zusammen in den Kindergarten gekommen...”/1/21-23.

### 6.2.2 Die Rolle des Vaters

Der Vater nimmt eine wesentliche Rolle in ihrer Lebensgeschichte ein. Die prägende Bindung zum Vater wird explizit herausgehoben und ein relationaler Bezug zur Mutter hergestellt. Im Vergleich zur Mutter wird das Verhältnis zum Vater als “besser” (6/41) eingeschätzt. Diese unterschiedlich ausfallende Bilanzierung bleibt ihr selbst nicht ganz verständlich. In einer allgemein gehaltenen Theoretisierung wird die intensivere Vaterbeziehung als ein typisches Phänomen von Vater- Tochterfigurationen betrachtet. Die Mutter war während ihrer Kindergarten- und Schulzeit z.T. nicht voll berufstätig. Retrospektiv bleibt sie für A. wesentlich präsenter als der Vater. Trotz dieser räumlichen Präsenz bleibt sie als Person schemenhaft. Der Vater wird in seiner Subjektivität, d.h. in seinen Orientierungen und Intentionen, deutlicher erkennbar als die Mutter.

### 6.2.3 Richtungszuweisungen und elterliches Leistungsverständnis

Der Leistungs- und Qualifizierungsgedanke nimmt in den elterlichen Erziehungsvorstellungen einen wichtigen Platz ein. Der Stellenwert von guten schulischen Leistungen der Kinder erhält angesichts der konfessionellen Einbindung der Familie eine besondere Bedeutung.

Die in Zusammenhang mit väterlichen Benachteiligungserfahrungen eingestreuten elterlichen Leistungsorientierungen stellen möglicherweise eine Kompensationsstrategie dar, um den Kindern begehrte Ausbildungs- bzw. Studiengänge sichern zu helfen<sup>1</sup>.

Der vorrangig väterlich dominierte Erziehungsrahmen speist sich aus verschiedenen Quellen. Einerseits werden persönliche, pädagogisch unterlegte Erziehungsvorstellungen sichtbar und andererseits erfolgt eine starke Orientierung an vermeintlichen Außenanforderungen. Diese z.T. konfligierenden Orientierungen werden von A. impressionistisch aufgezeigt.

Die richtungweisenden Leistungsorientierungen der Eltern gegenüber ihren Kindern sind vorrangig an deren eigenen Wünschen und Zielen orientiert.

Die elterliche Präformierung dessen, was für die berufliche Entwicklung der Kinder wichtig ist, wird rückblickend als ambivalent eingeschätzt. A. deutet eine grundsätzliche Spannung zwischen überschießenden elterlichen Orientierungen und der unzureichenden Berücksichtigung kindlicher Interessen und Neigungen an.

Detailliert wird die imperative Festlegung von Hobbys und Steckenpferden über die Eltern beschrieben. Deren Festlegungen erweisen sich als durchaus konfliktär, d.h. stehen in Widerspruch zu den persönlichen Wünschen der Geschwister. Obwohl sie gerne das Klavierspielen erlernen möchte, darf nicht sie, sondern ihr Bruder zum Klavierunterricht. A. wird dagegen in den Zeichenzirkel geschickt

---

<sup>1</sup> Da die ideologischen Lockerungen in den achtziger Jahren dazu führten, die Leistungs- und Qualifikationsvoraussetzungen stärker zu berücksichtigen, wenn es zu keinen offensiven Widerstandsbekundigungen bzw. institutionellen Entziehungsstrategien kam, nahmen die beruflichen Chancen von christlich sozialisierten Jugendlichen tendenziell zu. Die ideologisch untermauerte Gegenprivilegierung von Arbeiter- und Bauernkindern aus politisch zuverlässigen Familien ließ sich (so) nicht mehr durchhalten. Voraussetzung blieben gute bis sehr gute schulische Leistungen sowie eine in gewissen Grenzen sichtbare Anpassung bzw. konformistische Einfügung in die DDR-Gesellschaft. Offensive Unterwerfungsrituale und polarisierende Bekenntniszwänge konnten mehr oder weniger stark unterlaufen werden (vgl. Wolle 1998; 129 f).

“ Was das Komische dabei ist, der wollte gar nicht Klavier lernen((laut)). Und eigentlich hatte ich Lust Klavier zu lernen. Aber das durfte ich nicht. Ich musste mich ja auf das Zeichnen konzentrieren. Es war schon so ein bisschen so...”/7/14-16

Eine denkbare Parallelität von verschiedenen, expressiv ausgerichteten Hobbys wird nicht zugelassen<sup>2</sup>. Die Konzentration auf ein künstlerisches Steckenpferd wird von den Eltern präferiert. Das Nebeneinander von mehreren Hobbys erscheint eher als ein riskanter Ausweitungprozess von Interessen, welcher die Leistung der Kinder potentiell schwächen könnte<sup>3</sup>. Darüber hinaus achten die Eltern auch darauf, dass es zu keiner Überlappung der Interessengebiete zwischen den Geschwistern kommt.

Ihr jüngerer Bruder wird in andere Domänen gedrängt als sie. Inwieweit damit Konkurrenzsituationen zwischen den Geschwistern vermieden oder berufliche Weichenstellungen vorbereitet werden sollten, wird nicht weiter deutlich.

“Wahrscheinlich spielten da ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen auch mit hinein..... Das ging halt ein bisschen so zu: (zackig, mit der Hand auf den Tisch schlagend) “Du gehst in den Zeichenzirkel. Du spielst Klavier.”. ((leiser)) Ich weiß gar nicht, was mein Bruder gemacht hat. Ach so/ der ging in den Biologiezirkel, oder so. Jeder hatte so seins.”/7/7-12

Die elterlich verfügte Orientierung auf das Zeichnen und Malen ist prinzipiell nicht mit Widerständen oder Unlustgefühlen verbunden. Der von ihr seit dem elften Lebensjahr besuchte Zeichenzirkel bietet vielfältige Anregungen und entwickelt sich zu einem bedeutsamen Steckenpferd. Aus dieser sich institutionalisierenden Freizeitbeschäftigung entwickelt sich bei A. der Wunsch, später einmal Künstlerin werden zu wollen.

“Seit dem elften Lebensjahr bin ich zum Zeichenzirkel gegangen und sollte dann eigentlich, dass habe ich mir gewünscht, später im künstlerischen Bereich was machen.”/7/14-16

Das positive Arrangement mit der elterlichen Richtungszuweisung trifft sich mit ihren künstlerischen Ambitionen. In diesem Sinne wird eher die einseitige elterliche Entscheidungsprozedur kritisiert. Der autoritäre Impetus des Vaters ließ sich in der Kinder und Jugendzeit offensichtlich nicht ohne weiteres aufweichen.

Die strengen Richtungszuweisungen überlagern den spielerischen Charakter der außerschulischen, vermeintlich zweckfreien Beschäftigungen. Die Spielwiesen der Geschwister scheinen in ein klar umrissenes, vor allem väterlich geprägtes Erziehungskonzept eingebunden. Dabei kommt es zu vordergründigen pädagogischen Inszenierungen, die in ihren Schematismus eher gegenteilige Effekte auslösen. A. skizziert eine Parallelität zwischen den guten Leistungen in verschiedenen Fächern und ihrem Interesse an den dort vermittelten Lerninhalten. Kontrastiv dazu werden auch die mit Desinteresse verbundenen Fächer genannt. So bleibt das Unterrichtsfach Chemie ein mit Unlust verbundenes Fachgebiet. Dort erfüllt sie die väterlichen Erwartungen nicht, d.h. die väterliche Affinität zu diesem von ihm selbst unterrichteten Fach wird nicht geteilt. In einer detaillierenden Hintergrundkonstruktion wird eine sozialisatorisch gewachsene Unlust deutlich. Aus dem väterlichen Erziehungsparadigma

---

<sup>2</sup> Parallelität schafft positiv betrachtet Diversität. Die potentielle Erweiterung von Möglichkeiten auf der Basis von vielfältigen Neigungen und Beschäftigungen kann aber auch als Zerfaserung und Zersplitterung von Interessen betrachtet werden, die im Rahmen von Leistungserwartungen zu verminderten Fähigkeiten führt.

<sup>3</sup> Bei ihrem Bruder ist allerdings eine stärkere Parallelität von Interessen sichtbar als bei ihr. Sein Engagement in einem Biologiezirkel zeigt einen deutlichen Bezug zum beruflichen Handlungsfeld des Vaters.

heraus, dass der Mensch primär durch Erziehung geformt wird, kommt es zu rollenuntypischen Förderungsversuchen. Aus dem Bemühen heraus "typisch" männliche bzw. weibliche Spieldomänen und Rollenfixierungen zu unterlaufen, wird über entsprechende Geschenke versucht ("Chemiebaukasten"8/28), ihre handwerklichen und naturwissenschaftlichen Interessen zu wecken. Während sie handwerkliche Bastelarbeiten noch relativ lustvoll ausübt, bleibt die innerliche Beteiligung bei den aufgedrängten Steckenpferden eher oberflächlich. Das Beschenktwerden mit Elektronik- und Chemiebaukästen wird als ein enttäuschendes Geschenkritual beschrieben.

"Aber wenn man da unter dem Weihnachtsbaum eine große Kiste stehen gehabt hatte und man hat sich schon gefreut auf das, was da drinne war. Und dann war es der Chemiebaukasten und einmal war es ein Elektronikbaukasten. Und als ich im Kindergarten war, war es ein Chemiebaukasten. Also es war immer so, dass man etwas gekriegt hat, wo man sich nicht so richtig darüber gefreut hat und eigentlich auch nicht so richtig wollte, ja."8/35-39.

## 6.3 Schulzeit

### 6.3.1 Atmosphärische Beschreibung der Schulzeit

Die ersten Jahre in der Schule werden als "eigentlich"(1/37) leichte und lustvolle Zeit markiert. Mit dem Beginn der fünften Klasse wird eine gefühlsmäßige Veränderung skizziert. A. beschreibt ein sie bis zur zehnten Klasse nicht mehr verlassendes Grundgefühl der Angst. Sie selbst stuft sich rückblickend als eine gute Schülerin ohne sichtbare Lernschwierigkeiten ein. Trotz dieser positiven Selbsteinschätzung deutet sie Versagensängste im Kontext von schulischen Leistungsanforderungen an. A. markiert einen sichtbaren Anlass, um dieses sie prägende Angstgefühl zu verdeutlichen.

Im Rahmen der Abschlussprüfungen in der 10. Klasse kommt es von Seiten der Lehrerschaft zu offensiven Leistungsmobilisierungen gegenüber den Schülern. Obwohl diese Anforderungen nicht explizit an sie gerichtet sind, da A. als gute Schülerin nicht vorrangig extrinsisch motiviert werden muss, beschreibt sie eine starke Prüfungsangst. Der Bezug zu den Aufregungen und Ängsten während der Abschlussprüfungen erhellt nicht das sie in der Schulzeit dominierende Gefühl der Angst.

"Die haben bestimmt nicht mich gemeint, sondern eher andere... Aber ich habe mich da eben angesprochen gefühlt... Es war auch nicht so, dass ich täglich Angst hatte zur Schule zu gehen.. aber es war schon so ein beherrschendes Gefühl"1/41-44.

Personelle Bezüge sind innerhalb des schulischen Rahmens kaum erkennbar. Es dominiert eine gedämpft negative Einschätzung der Schulzeit, die insgesamt als ereignislos und statisch beschrieben wird.

"Das in der Schule war irgendwie so, dass empfand ich als..., als (schnell und laut) stagnierend. Da passierte irgendwie nichts. Das war..nicht, dass mich nichts interessiert hätte.. aber es war irgendwie...Ich sehne mich nicht danach zurück, eigentlich. Es war nicht so, dass ich sagen müsste: "Es war eine furchtbare Zeit". Aber sie war irgendwie so...(leise) nicht bedeutsam."2/5-11

Die Schule wird zu einer Institution, der etwas Geschlossenes und Einengendes anhaftet.

A. ist in der Einschätzung ihrer Schulzeit sehr unsicher. Eine konsistente Bewertung der Schulzeit wird nicht sichtbar. Die häufige Verwendung von "eigentlich" signalisiert ein Relativismus bzw. ein Unverständnis bei der Gesamtbewertung dieser Zeit. Das sie in der Schulzeit beherrschende diffuse Angstgefühl ist ihr reflexiv kaum zugänglich und bleibt bis in die Gegenwart hinein rational unaufgehellt.

### 6.3.2 Spagat zwischen kirchlichem und schulischem Rahmen

Eine bekennende Einbindung in den Klassenverband bzw. die schulische peer-group wird nicht sichtbar. Ihre Kontakte zu Mitschülern bleiben eher oberflächlich. Der Schwerpunkt ihres Beziehungsgeflechtes liegt außerhalb der Schule. A. führt in diesem Zusammenhang konfessionell prägende Sozialisationsinstanzen an. Innerhalb des kirchlichen Rahmens, der ihr seit frühester Kindheit vertraut ist, haben sich stabile Beziehungen entwickelt<sup>4</sup>.

"Freunde hatte ich innerhalb der Klasse jetzt weniger, oder nicht so intensiv. Das spielte sich alles mehr innerhalb des kirchlichen Rahmens ab. Eigentlich waren das viele Freunde, mit denen ich schon im Kindergarten war..ja..."/2/1-3

Das Fehlen von einlassenden Bindungen und Verordnungen im Kontext von Schule verstärkt die vorrangige Konzentration auf das gewachsene Beziehungsgeflecht innerhalb des kirchlichen Milieus. Die polarisierende Verengung ihres außerfamiliären Beziehungsumfeldes ist ihr durchaus bewusst. A. deutet komplementär zu diesen eingeschränkten peer-group-Einbindungen eine Ausweitung des Freundeskreises erst nach Beendigung der Schulzeit an.

"Der Freundeskreis erweiterte sich eigentlich erst als ich aus der Schule kam, ja."/2/5

Hier deuten sich Muster einer für die DDR untypischen Sozialisation an. Die Präferenz der kirchlichen Nische ist möglicherweise ein Indiz für die ängstliche und distanzierte Einschätzung ihrer Schulzeit. Der gefühlsmäßigen Distanz zur Schule steht die affektiv stärkere Einbindung in ihre katholische Gemeinde gegenüber. In dieser Dialektik von Abwesenheit und Anwesenheit entsteht eine Gespaltenheit, die A. auf eine stark atmosphärische Art und Weise zum Tragen bringt. Durch die strenge Aufspaltung in unterschiedliche soziale Welten entsteht ein persönliches Verortungsproblem. Die im schulischen Raum sichtbare Entbettung spiegelt sich auch in dem von ihr angedeuteten Fremdheitsgefühl wider. Das Sich-zu-Hause-fühlen bezieht sich vorrangig auf die ihr vertraute kirchliche Gemeinde.

"Es war einfach irgendwie...Ich habe mich da nicht richtig zu Hause gefühlt.

Wahrscheinlich war es auch das, dass man auch nie so richtig drüber reden durfte...

Ja((seufzend)). Eigentlich über das Umfeld in dem man sich zu Hause fühlt. Das war ja nun doch zum Teil unsere Kirchengemeinde"/7/47-8/2

---

<sup>4</sup> Der innerhalb der katholischen Gemeinde bestehende enge innere Zusammenhalt und die sich damit verbindenden intensiven informellen Beziehungen der Gemeindemitglieder untereinander hatte möglicherweise auch mit dem massiven staatlichen Säkularisierungsdruck zu tun, denen die einzelnen Gemeinden ausgesetzt waren (vgl. Wolle 1998; 248). Der dadurch unfreiwillig geförderte Zusammenhalt innerhalb der Gemeinden hat somit auch etwas mit diesem politisch-ideologischen Außendruck auf eine kleine Minderheit in einer "gottlosen Gesellschaft" zu tun (ebenda).

Die spannungsvolle Spaghatsituation zwischen konfessioneller und schulischer Verortung scheint auf den ersten Blick ausbalanciert. Die Anpassung an die vorgegebenen schulischen Rahmungen führt zu einem Gefühl trügerischer Sicherheit. Ihre Eltern orientieren auf eine formale Ein- und Anpassung an das institutionelle Gefüge der Schule, wobei vorrangig auf das Verbergen der konfessionellen Zugehörigkeit und der damit verbundenen Werte und Glaubensorientierungen insistiert wird. Das Bemühen von A. in der Schule nicht negativ aufzufallen entspricht dem elterlichen Vorstellungsmuster, "Reibereien"(7/31) aus dem Weg zu gehen. Insbesondere die beruflichen Restriktionserfahrungen des Vaters werden als Hintergrund für diese konformistischen Verhaltenserwartungen expliziert. Die aktive konfessionelle Zugehörigkeit des Vaters hat sich auf seine berufliche Karriere negativ ausgewirkt. Der Vater ist Lehrer für die Fächer Biologie und Chemie. Eine von ihm angestrebte Tätigkeit an einer höheren Schule (Erweiterte Oberschule -EOS), für die er von der Qualifikation her ausreichend gerüstet war, darf er nicht ausüben. Er erweist sich als hartnäckig und ringt um die Aufhebung dieses Ausschließungs- bzw. Ablehnungsbescheides<sup>5</sup>. Alljährlich stellt er erneut einen Antrag für eine Lehrbefugnis an der EOS. Dieses sich wiederholende Beantragungsritual bleibt aber ohne Erfolg. Diese Erfahrungen prägen möglicherweise die vorgegebenen Orientierungsmuster gegenüber den eigenen Kindern. Deren berufliche Perspektiven sollen durch das Unsichtbar-Bleiben von widerständigen bzw. quer zu normativen Verhaltens- und Bekenntniserwartungen stehenden religiösen Einstellungen gewahrt bleiben.

Aus der elterlichen Sorge heraus, dass aufgrund eines selbstbewusst vertretenen Glaubensbekenntnis eine Situation entsteht, die zu verminderten Ausbildungschancen führt, kommt es zu einer für A. fatalen Anpassungssituation. Die nach außen hin vollzogene Neutralisierung des familiären Wertehorizontes wird als konfliktbeladene Situation beschrieben. Durch die aufgespaltenen Verhaltenserwartungen wird eine schizophrene Situation konstituiert, welche nicht ohne Auswirkung auf ihr Selbstbild bleibt<sup>6</sup>.

"Ich hätte sicher, ich hätte gerne noch dies und jenes mitgemacht. Aber mein Vater war immer sehr vorsichtig, aufgrund der Erfahrungen, die er eben halt an seiner Schule machen musste. Ist eben die Frage, wie man das sehen will? Was so seine Arbeit betraf (...)...Ja((gedehnt)). Und ich muss sagen. Das hat uns damals nicht gefallen. Wir hätten viel öfter und lieber bei irgendwelchen Aktionen mitgemacht. Weil wir eben aber nicht durften. Obwohl ` es war schon ein bisschen schizopren, ja. Das wir eben ((ganz leise)) (..) was soll ich sagen?.."7/32-41

---

<sup>5</sup> Durch diese sich wiederholende Ausschlusserfahrung des Vaters wird die ideologische Betonierung des DDR-Systems zipfelhaft deutlich. Die kontrastiv sichtbare formelle Hartnäckigkeit des Vaters ist eine für A. einprägsame Erfahrung.

<sup>6</sup> Die hier angedeutete Spannung, sich in unterschiedlichen Welten zu bewegen, ist mit Maskierungen verbunden. Die von den Eltern eingeforderte Anpassungsleistung führt zu einer schwierigen Vereinbarkeit von informellen und formellen Prinzipien bzw. einer strikten Aufteilung in eine private und öffentliche Sphäre. Die Integration dieser unterschiedlichen Anforderungen und Prinzipien gelingt nur bedingt. Die bei A. sichtbare funktionelle Anpassung, die mit dem Gehorsam gegenüber den elterlichen Erwartungen und den normativen Regulativen der Schule verbunden ist, führt zu einem Mangel an widerständigen Erfahrungen und Reibungen. Fiktiv betrachtet könnten Erfahrungen von Gegenwehr bzw. Widerspruch in der Schule zu reflexiven Prozessen führen, die ihr vielleicht eine veränderte Verarbeitung von Ausschlusserfahrungen ermöglicht hätten. Ohne die Erfahrung eines entäußerten Widerstandes bzw. eines spontan ausgelebten Ausdrucks, auch quer zu bestehenden Verhaltenserwartungen, ist die Entwicklung einer eigenständigen Individualität schwer denkbar. In diesem Sinne erweist sich der Mangel an solchen Erfahrungen bzw. Erfahrungsräumen als relevantes Sozialisationsdefizit. Für die Herausbildung einer nicht nur funktional ausgerichteten Individualität scheinen widerständige bzw. trotzige Erfahrungen essentiell (dazu u.a. Adorno 1971). Das gehorsame Funktionieren-müssen wird möglicherweise dadurch aufgeweicht, dass sie ihre Individualität im Rahmen künstlerischer Aktivitäten expressiv ausdrücken kann. Dieses unregelmäßige Moment in einem sonst sehr gebändigten Rahmen stellt möglicherweise eine Art intrinsische Gegenkraft dar. Die Erfahrung von Indifferenz und Authentizität scheint über den künstlerischen Ausdruck partiell möglich (vgl. Habermas 1998; 210 ff).

Die Vorstellung, dass sie einem für sie wichtigen sozialen Bereich permanent in der Schule ausblenden soll, d.h. nicht offen darüber kommunizieren kann, behindert offene Annäherungen und Beziehungen zu gleichaltrigen Schüler/Innen. Das von ihr angedeutete Grundgefühl der Angst hängt möglicherweise mit Maskierungszwängen und damit verbundenen Entdeckungsängsten zusammen.

Das kontinuierliche Bedeckt halten des konfessionellen Kontextes wird von A. durchgehalten. Die Verhüllung ihres christlichen Glaubens gegenüber ihren Mitschülern scheint fast perfekt. Situationen, in denen sie als Christin angesprochen, d.h. ihre Tarnung von außen aufgehoben wird, beschreibt sie als "verblüffende" (8/13) Ausnahmeerfahrung. Auch in diesen Momenten scheint A. ihre christliche Zugehörigkeit nicht selbstbewusst offen zu legen.

Innerhalb der Erwachsenenwelt (Klassenlehrer, Eltern) kommt es zu für sie intransparenten Kommunikationsprozessen, in denen offensichtlich auch auf ihre Glaubenszugehörigkeit eingegangen wird. Die Interaktionen zwischen Klassenlehrern und Eltern bleiben für sie unverständlich. Das kafkaeske dieser Kommunikationsstrukturen besteht in der für A. undurchdringbaren Art des Austausches. Es zementiert sich das Bild versteckter Kommunikationspfade, die eher Stoff für fiktive Konstruktionen liefern, statt bei ihr für Aufhellung und Beruhigung zu sorgen. Obwohl das Ganze unverständlich und vage bleibt versucht A. irgendwie richtig darauf zu reagieren. Ein Aufbegehren gegenüber diesen Mechanismen ist nicht erkennbar. In der hier sichtbaren Asymmetrie zwischen der Welt der Erwachsenen und ihrer kindlichen Welt offenbart sich ein konstantes Machtgefälle, das ohne ein (attackierendes) Aufbegehren funktionell erhalten bleibt.

"Ich wurde eigentlich nie direkt damit konfrontiert. Ich wurde mal angesprochen von einem (...) Der hat mich gefragt hat (...) Der hat mich daraufhin angesprochen, dass er weiß dass ich katholisch bin.

Da war ich erst einmal ein bisschen verblüfft: Woher er das eigentlich weiß. Ob von irgendwelchen Bekannten oder über Eltern". Wahrscheinlich hat er gedacht, dass ich an Adam und Eva glaube, oder an irgendwas. Also ich wusste nicht was der da so komisch fand. Es war ja mehr so, dass ich da nicht viel mitbekommen habe. Es war mehr so was meinen Eltern zugetragen wurde, so von meinen Klassenlehrern, was die so gesagt haben und so weiter. Das spielte sich ja alles so ab, dass man sich damit auch nicht direkt konfrontieren konnte. Ich wäre dazu auch nicht in der Lage gewesen..."/8/9-19

### 6.3.3 Der Schock der verwehrteten EOS Delegation

Das Resümee über die Schulzeit wird durch eine nachholende Detaillierung ergänzt. A. nimmt noch einmal Bezug zu ihrem expressiv ausgerichteten Tätigkeitswunsch<sup>7</sup>. Das Unerfüllt bleiben ihres intentional angestrebten Berufswunsches wird zu einer für sie einschneidenden lebensgeschichtlichen Erfahrung.

---

<sup>7</sup> Strukturalistisch gesehen werden in künstlerischen Berufen expressive Tätigkeiten zum beherrschenden Inhalt von Berufsrollen. Dabei scheint ein unpersönliches Objekt für solche Tätigkeiten notwendig zu sein, damit sie zum Inhalt von Berufsrollen werden können.

Eine gesteigerte Ernsthaftigkeit in der Hingabe an seine Rolle kann bei Künstlern unterstellt werden. Der künstlerische Beruf läuft tendenziell nicht in so organisierter und gruppenbezogener Form ab. Der Wunsch, künstlerisch tätig sein zu wollen kontrastiert mit dem statischen und durchorganisierten Charakter der Schule in der DDR Organisationsgesellschaft dar. Dies verweist möglicherweise auf den Drang sich persönlich nicht neutralisieren zu lassen, d.h. authentisch und subjektiv sichtbar zu bleiben. Bei einer zu entschiedenen Einbettung in eine normative Matrix nimmt das Bedürfnis nach expressiven Ausdruckformen möglicherweise zu. In diesem Sinne orientiert Frau A. auf individuell expressive Tätigkeiten, die eine bewusst eigennützige Zielrichtung haben. Der Eigennutz besteht darin, dass sie ihr Steckenpferd zum Beruf machen möchte (vgl. Parsons 1968; 337 f).

Ursprünglich wollte sie Malerei und Grafik studieren. Die im Vorfeld stattfindenden Eignungs- bzw. Aufnahmeprüfungen an der Kunsthochschule meistert sie erfolgreich und beginnt bereits langfristig, sich im institutionellen Rahmen einer Förderklasse auf das Studium vorzubereiten. In ihrem Orientierungsrahmen dominierte die Fokussierung auf den Leistungs- und Begabungsaspekt. Die damit verbundenen Unsicherheiten lösen sich für sie befriedigend auf. Ihr persönliches Leistungsvermögen bzw. ihre kreativen Fertigkeiten prädestinieren sie sowohl für den Besuch der erweiterten Oberschule als auch für das angestrebte Kunststudium. A. deutet eine spannungsgeladene Vorfreude auf das Studium an. Voraussetzung dafür ist aber erst einmal die Delegation zur erweiterten Oberschule und die Ablegung des Abiturs. Diese Möglichkeit bleibt ihr verwehrt. Die Übermittlung der schlechten Nachricht erfolgt über die Eltern, die über eine Lehrerin den ablehnenden Bescheid erhalten hatten. Der nachfolgende offizielle Ablehnungsbescheid verstärkt den willkürlichen und irrationalen Aspekt dieser Prozedur.

Die unerschütterliche Gewissheit darüber, dass nach erfolgreich abgelegter Eignungsprüfung und guten schulischen Leistungen der Erfüllung des Studienwunsches nichts entgegensteht, wird schlagartig der Boden entzogen.

“Also ich habe mir nie die Frage gestellt (sehr schnell), dass einmal etwas dazwischen kommt/ja”/2/22

Dass trotz ihrer weitreichenden Anpassungsleistungen und guten schulischen Leistungen eine Verhinderung ihres intentional gewollten Bildungs- und Berufsverlaufs eintritt, bleibt für sie völlig unverständlich. Der von A. in diesem Zusammenhang aufgeworfene Gerechtigkeitsaspekt zielt auf eine nichtideologische Beurteilung der Bewerber/Innen<sup>8</sup>. Das Ausblenden von Leistungs- und Gerechtigkeitsprinzipien wird zur unerwarteten Erfahrung, die mit ihrem grundsätzlichen Werteverständnis kollidiert.

“... Es war eigentlich ein Schock, ja ((leise/bewegt))..

Also ich war wie gelähmt und.. Mir fiel nichts ein. Das war irgendwie so eine Leere. Das war ja eigentlich der Wunsch. Mein einziger Wunsch, den ich so hatte. Worauf ich mich konzentriert habe und weswegen ich auch so zurückgesteckt hatte...

Das war auch nicht so, dass mir in der Schule jemand etwas persönlich gesagt hat. Sondern zu meinen Eltern ((ganz leise)) hat die Lehrerin gesagt (..) ..

Es gab ein kleines Schreiben. Das habe ich noch irgendwo. Da darauf stand, dass ich eben nicht delegiert werde, also abgelehnt werde. Und darunter stand nur der eine Satz: “Diese Entscheidung bedarf keiner weiteren Begründung.”..

Und das hat mich auch alles..

Irgendwie beschäftigt das einen noch Jahre hinterher, wenn man so darüber redet. Das ist nicht so, dass das einen nicht beschäftigt. Für mich ist das ungerecht. Aber ich kann es nicht mehr ändern. “/10/10-26

Die fraglose Gewissheit, dass eine ungehinderte Verwirklichung ihres Studienwunsches möglich ist, erstaunt in der Außenbetrachtung. Die Möglichkeit einer ideologisch fundierten Verwehrgung einer weiterführenden Bildungskarriere wurde von ihr (bzw. den Eltern) ausgeblendet<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Die Ausschlusserfahrung hat möglicherweise dazu geführt, dass sich bei A. eine besondere Sensibilität für Grundsatzprinzipien wie Gerechtigkeit und Gleichberechtigung entwickelt hat.

<sup>9</sup> Die Entscheidung bewegt sich im Rahmen einer bestehenden gesellschaftlichen Ordnung, d.h. sie ist politisch betrachtet “seinsimmanent” (Mannheim 1995; 169). In diesem Sinne merkt F. Klier (1990) in ihrem Abrechnungsbuch: -Lüg Vaterland- einleitend an: “...die Schule, wie sie ist und die Schule, wie sie sein soll, verhält sich zueinander genau gleich dem Staat, wie

Der restriktive Einbruch in ihre persönliche Lebens- und Berufsplanung erfolgt offensichtlich durch ideologisch fundierte Sanktionsmechanismen. Die aktive konfessionelle Zugehörigkeit ihrer Familie verhindert einen weiterführenden Bildungsabschluss sowie die Verwirklichung ihres angestrebten Künstlerberufes. Ihre Außenseiterrolle als Christin wird ihr durch die verweigerte Delegation zur EOS schmerzhaft bewusst. ("Als einzige von der ganzen Schule"/2/18)<sup>10</sup>. Auf für sie überraschende Weise macht sie Bekanntschaft mit der restriktiven Zulassungspraxis in der DDR. A. stockt und bricht den Erzählfaden bei der Darstellung dieser Situation ab. Diese Ablehnung löste einen traumatischen Schock aus, dessen Virulenz in der Erzählung wiederholt sichtbar wird.

"Und ich war dann ganz oft ziemlich frustriert gewesen und wusste überhaupt nicht, was ich machen sollte. Also für mich war klar. Das ist mein Beruf.. den ich gerne machen möchte. Ich.. hoffe das. Ich habe die Prüfung geschafft und so..und dann"/2/18-21

Durch den unerwarteten und willkürlichen Einbruch von offensichtlich ideologisch fundierten Zulassungskriterien werden ihre bisherigen Maskierungs- und Verhüllungsstrategien entwertet.

Ihre jahrelang durchgehaltenen Zurückhalte- und. Bedeckungsstrategien zehrten von einem Belohnungsmotiv.

"Deswegen habe ich eigentlich auch immer gedacht: " Na ja wir haben uns doch immer zurückgehalten in der Schule, ja. Da wird es schon was werden." Es wurde eben nichts, ja..."/7/42-43.

Retrospektiv fokussiert sie ihre Kindheitswünsche auf die Realisierung des künstlerischen Wunsches. Auf dieses Ziel hat sie sich konzentriert, d.h. sich Anpassungen unterzogen, die letztendlich unbelohnt bleiben. Dieses Wenn-dann-Motiv wird in seiner scheinbar sicheren Kausalität ad absurdum geführt<sup>11</sup>. Ihr unbelohnter Gehorsam führt sie nicht in einen gegenläufigen Individualismus. Ein nachholender bzw. daran anschließender Ungehorsam bleibt unsichtbar<sup>12</sup>.

---

er ist und dem Staat, wie er sein soll." (Klier 1990; 9). Die bestehende Ordnung wird durch diese z.T. willkürlich angelegten Ausschließungsmechanismen reproduziert. Das theoretisch gültige Schulgesetz von 1946, das "...allen Befähigten ohne Rücksicht auf Herkunft, Stellung und Vermögen der Eltern der Weg zu den höchsten Bildungsstätten frei (macht)", ist Makulatur und wird durch einen Prozess der Gegenprivilegierung abgelöst (ebenda). Bei der Auswahl der Schüler für die erweiterte Oberschule wird vorrangig auf Arbeiter und Bauernkinder gesetzt, die aus politisch zuverlässigen Verhältnissen kommen, d.h. "...beim Aufbau und der Festigung unserer Republik eine positive Rolle spielen." (Klier 1990; 98 f). Die potentielle Möglichkeit einer verwehrteten Delegation zur EOS scheint innerhalb der Familie nicht ernsthaft erwogen worden zu sein. Diese Ausblendungen erweisen sich als schuldhaft (ebenda).

<sup>10</sup> Eine Differenzierung zwischen katholischem oder evangelischem Glauben wird erst einmal nicht sichtbar. Sie ist aus ihrer Sicht die einzige Schülerin an der Schule, die Kirchenmitglied ist. Wie sich an anderer Stelle zeigt, gehört sie der katholischen Kirche an. Nur etwa 6,1 Prozent der Gesamtbevölkerung waren zum Ende der DDR noch formal katholisch (Wolle 1998; 246 f). Die katholische Kirche nahm auch gegenüber den Protestanten eine randständige Stellung ein. In diesem Sinne schreibt S. Wolle: "Die katholische Kirche befand sich zwischen Atheisten und Protestanten in einer Art „doppelter Diaspora." (ebenda; 248).

<sup>11</sup> Vordergründig extrinsisch ausgerichtete Leistungs- und Anpassungsorientierungen werden durch diese Ausschlusserfahrung tendenziell entwertet. Inwieweit diese Erfahrung den leistungsbezogenen Ehrgeiz im beruflichen Sinne dauerhaft gebremst hat, scheint m.E. ein interessanter Aspekt zu sein. Die im weiteren Verlauf der Erzählung sichtbare Verschiebung auf den familiären Bereich hängt möglicherweise schon mit dieser traumatischen Ausschlusserfahrung zusammen.

<sup>12</sup> Die Disziplinierungs- und Anpassungsleistungen richten den Blick auf individuell sichtbare Handlungsspielräume. In einer stark reglementierten Gesellschaft richtet sich der Blick auf das Individuum. Wie kann innerhalb eines restriktiven gesellschaftlichen Rahmens Freiheit privat verwirklicht werden?

#### 6.3.4 Konfessionelle Zugehörigkeit als Familienfluch und einheitsstiftendes Band

Der Vater wird mit ideologisch motivierten Ausschließungsverfahren konfrontiert, die sich wie ein roter Faden durch die Familie ziehen. Auch seine ältesten Kinder sind ähnlichen Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt. Dass in der gesellschaftlichen Wahrnehmung ideologische Kategorien stärker gewichtet werden als Leistungsvoraussetzungen bzw. Qualifikationen, gerät zu einer familiär prägenden Erfahrung. Sowohl A. als auch ihrem Bruder wird der Zugang zur Erweiterten Oberschule verwehrt. Analog zu ihrer Situation kann der Bruder seine weiterführenden Studienpläne nicht realisieren<sup>13</sup>. Diese geteilte Ausschließungserfahrung stellt somit ein verbindendes Element innerhalb der Familie dar. Entlang dieser gemeinsamen Erfahrungskerne verstärkt sich die Solidarität zwischen den Geschwistern.

#### 6.3.5 Verletzungserfahrung und sekundäres Passungsbemühen

A. versucht, diesen für sie einschneidenden biographischen Bruch positiv zu wenden. Sie entfaltet potentielle Negativfolgen, die möglicherweise eingetreten wären, wenn sich ihr Berufswunsch erfüllt hätte. In diesem Sinne werden von ihr die Risiken des künstlerischen Berufes stärker in den Vordergrund gerückt als die Chancen. Das angestrebte Konstruieren der potentiellen Schattenseiten künstlerischer Berufe erscheint A. aber selbst zweifelhaft und letztendlich spekulativ. Eine eindeutige Lebenslinie lässt sich weder fiktional noch im wirklichen Leben entwerfen. Die Verletzungserfahrung sitzt so tief, dass sie sich trotz gegensteuernden Bemühens wiederkehrend Bahn bricht. Letztendlich bleibt das Ereignis unbewältigt und potentiell virulent. Der ursprünglich angestrebte berufliche Lebensentwurf wird zu einem peripheren Bereich, der ergänzend zu Arbeit und Familie Entspannung und Spaß ermöglichen soll.

“Es ist aber auf der anderen Seite so, dass ich mir gesagt habe: -Vielleicht ist es, obwohl alles anders gekommen ist, trotzdem gut gegangen-. Es hätte ja auch sein können, dass ich das alles studiert hätte. Also einen künstlerischen Beruf hätte und damit dasitzen würde. Und ich wüsste nicht, wie ich mein Geld verdienen sollte....

„Also letztendlich kann man es nicht sagen. Das Leben ist so und so verlaufen. (..)

Man kann da nicht ewig drüber trauern. Aber es ist schon so, dass von Zeit zu Zeit wieder auftaucht....

Mir persönlich macht es Spaß. Es bleibt eben ein gewisses Hobby. “/10/26-34

#### 6.3.6 Handlungsunfähigkeit und Zwang zur Neuorientierung

Die mit dieser Ausschließungserfahrung verbundene Enttäuschung ihrer seit langem bestehenden Wünsche und Erwartungen hat eine tiefgehende anästhesierende Wirkung zur Folge. A. erscheint in dieser Situation orientierungs- und handlungsunfähig. In einer für sie bedeutsamen Phase der beruflichen Orientierung ist sie so verletzt, dass sie nicht selbständig berufsbiographisch planen kann.

---

<sup>13</sup> Für das angestrebte Studium als Unterstufenlehrer (für Deutsch) war in der DDR kein Abitur notwendig. Allerdings wurden insbesondere beim Lehrerberuf strenge ideologische Kriterien angelegt, sodass eine Realisierung des Wunschberufes aufgrund der konfessionellen Einbindung der Familie kaum möglich gewesen wäre.

Aus dieser für sie instabilen Lage heraus entsteht der Druck, sich für eine Berufsausbildung entscheiden zu müssen. Dieser Druck wird insbesondere über die Eltern verstärkt.

“Und dann kam plötzlich Druck, so ein bisschen, von meinen Eltern. Weil das musste nun werden.”/2/23

Die Suche nach einem “anständigen Beruf” (2/35) wird insbesondere für ihre Eltern zum Problem. Sie übernehmen aktiv die Regie und drängen auf eine schnelle berufliche Umorientierung. Widerständige Aufschub- bzw. Vermeidungsstrategien sind nicht sichtbar. A. steht diesen Bemühungen eher passiv gegenüber. Alternative Überlegungen zur beruflichen Orientierung bestanden bei A. nicht. Ein Ausweichen auf andere Berufs- und Bildungsperspektiven scheint ihr konzeptionell unmöglich. In diesem Sinne werden auch keine parallelen Bewerbungsstrategien sichtbar. Da die Bewerbungsfristen für Fachschulen in der DDR bereits abgelaufen waren, kommt es zu einer kumulativen Verengung ihrer beruflichen Handlungsspielräume.

“Es waren schon alle Eulen verflogen/ja. Wer praktisch abgelehnt wurde zur EOS, der hatte eigentlich auch nicht mehr die Möglichkeit einen Fachschulberuf zu ergreifen. Weil das schon vorher lief.”/2/25-27

Über die Organisation eines berufsvorbereitenden Praktikums im Krankenhaus erfolgt eine rasche Orientierung auf den Krankenschwesternberuf. Eine genauere Vorstellung über diesen Beruf hat A. nicht. Eine pflegerische Tätigkeit lag nicht im Blickfeld ihrer beruflichen Orientierung. Sie beschreibt die Welt des Krankenhauses aus einem Blickwinkel, der sich ganz im Rahmen ihrer künstlerisch- handwerklichen Intentionen bewegt. Über eine Hintergrundkonstruktion wird dieser Zusammenhang deutlicher. Ihre Mutter arbeitet als Leiterin einer arbeitstherapeutischen Abteilung in einem Krankenhaus in H.. Dort absolviert A. in der zehnten Klasse ein Praktikum, in dem sie handwerklich kreative Tätigkeiten wie Töpfern, Weben und Malen ausüben kann. Die Arbeit auf den unterschiedlichen Krankenhausstationen bleibt ihr weitgehend verborgen, d.h. mit unmittelbar pflegerischen Tätigkeiten kommt sie nicht in Berührung. Diese berufsbiographische Weichenstellung kommt den Erwartungen der Eltern partiell entgegen. Innerhalb der elterlichen Orientierungen und Rangfolgen stand ein Hochschulstudium für ihre Kinder an erster Stelle. Als nachrangige Alternative sollte “wenigstens” (2/34) ein Fachschulberuf realisiert werden.

“Ich wurde dann, glaube ich, auch so von meinen Eltern so ein bisschen unter Druck gesetzt. Also für Sie war das wichtig, dass ihre Tochter, wenn sie schon nicht studiert, dann soll sie wenigstens einen anständigen Beruf ergreifen.”/2/33-35

Trotz der zeitlich eigentlich abgelaufenen Bewerbungsfristen wird der Einstieg in einen Fachschulberuf realisiert. Wie es trotz der verstrichenen Bewerbungsfristen noch zu einem Ausbildungsplatz an einer medizinischen Fachschule kam, bleibt A. unverständlich. Da das berufsvorbereitende Praktikum bei einem konfessionellen Ausbildungsträger erfolgt, deuten sich ausgleichende Aufnahmeverfahren an, die möglicherweise noch durch kirchliche Kontakte und Vermittlungsbemühungen unterstützt werden. Diese Mechanismen bleiben letztendlich für A. (wiederum) unsichtbar. Das Bedürfnis nach einer reflexiven Aufhellung dieser Situation bleibt begrenzt.

Auf ihre verengte Handlungssituation bezogen wird die Ausbildungszusage zur Krankenschwester zum “glücklichen Umstand”(2/28).

“Ob das wirklich so glücklich ist ((leise:)), weiß ich jetzt nicht. ((lachend:)) Aber es wird schon so gewesen sein. Und mir war das damals so zum Anfang, so ziemlich egal/ja.” 2/29-30.

Die Freude über dieses unerwartete “Geschenk” bleibt angesichts gegenläufiger Wünsche und Vorstellungen gedämpft. Es überwiegt eher die Erleichterung der Eltern, ihre Tochter “anständig”(2/35) vermittelt zu haben.

Die Enttäuschung über das Scheitern ihres beruflichen Ziels überlagert alle in dieser Situation von den Eltern stellvertretend vollzogenen Arrangements und beruflichen Einmündungsstrategien. Die advokatorische Steuerung von beruflichen Such- und Entscheidungsprozessen wird retrospektiv widersprüchlich eingeschätzt.

Auf der einen Seite legitimiert der in dieser Phase bestehende Handlungsdruck im Rahmen von bereits abgeschlossenen Bewerbungsverfahren und allgemein reduzierten beruflichen Auswahlmöglichkeiten das vormundschaftliche Agieren der Eltern<sup>14</sup>. Das weitgehende Fehlen von Vermeidungsalternativen und individuellen Handlungspotentialen konstituierte einen unfreien Entscheidungsrahmen. Aus diesem Deutungsschema heraus wird eine offene Schuldzuweisung gegenüber den Eltern vermieden.

“Ich war damals eigentlich froh, dass die mir damals diese Entscheidung irgendwie abgenommen haben. Ich war einfach zu gelähmt. Mir fiel einfach nichts ein...  
...Die haben gesagt: “Mach doch das. Das ist doch schön”. Klar hatte ich auch so das Gefühl... Ich musste mich ja auch irgendwie entscheiden, für irgendwas. Mir blieb ja auch nichts großartig übrig...”/13/15-21

Auf der anderen Seite wird das offensive Strukturieren und Schieben der Eltern in einer für sie lähmenden Phase der Enttäuschung und Trauer als vorschnelle Abkürzungsstrategie empfunden. Ein aufschiebendes Entscheidungsmoratorium, in dessen Rahmen eine abwägende Suche nach beruflichen Alternativen und Optionen möglich gewesen wäre, wird zugunsten eines übermäßig dynamisierten Handlungsablaufes aufgegeben.

Insgesamt bleibt das Arrangement mit der innerlich nicht mitvollzogenen Entscheidung brüchig.

Die offensiven Zuweisungs- bzw. Lenkungsbemühungen der Eltern werden zeitversetzt auch gegenüber der jüngeren Schwester sichtbar. A. umreißt kurz und bruchstückhaft den Bildungs- und Berufsverlauf ihrer Schwester. Dabei wird eine auffällige Analogie sichtbar. Die Eltern drängen ihre jüngste Tochter massiv in den Pflegeberuf. Entgegen ihrer Intention soll auch die Schwester eine Krankenschwesternausbildung absolvieren. A. ergreift in dieser Drucksituation die Partei der Schwester. Ihre Intervention bleibt aber erfolglos. Die Schwester muss die Krankenschwesternausbildung beginnen. Der Widerstand gegenüber der ungewollten Berufszuweisung führt zum Abbruch der begonnenen Ausbildung. Im Gegensatz zu A. holt ihre Schwester das Abitur nach und arbeitet danach in einem Werbebüro. Da sie sich nicht problemlos den elterlichen Rahmungen fügt, wird sie zum “schwarzen Schaf” (9/40) der Familie. Ihre berufliche Arbeit in einem expressiv ausgerichteten Tätigkeitsfeld, ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung, durchbricht das familiär vorgegebene Erwartungsmuster.

---

<sup>14</sup> Ihre Fähigkeit zur praktischen Problemlösung, zur zukunftsorientierten Planung und zur Selbstreflexion scheint in dieser Situation so eingeschränkt, dass eine advokatorische Übernahme von sie selbst betreffenden Entscheidungen (über die Eltern) legitim erscheint (Olbrich 1999; 31).

“Ja meine Schwester wollte eigentlich auch was anderes machen. Und meine Eltern wollten, dass sie so was wie Krankenschwester wird. Und sie musste es auch werden. Und ich habe damals auch gesagt: “Überlegt euch das.”. Ich hatte wirklich das Gefühl, dass die ihr das aufschwätzen. Und die hat es dann natürlich auch abgebrochen. (..) Und sie ist so ein bisschen das schwarze Schaf in der Familie. Sie hat dann zwar noch Abitur gemacht. Die arbeitet in so einem Werbebüro. Dadurch, dass sie keine abgeschlossene Berufsausbildung hat/ja (..) Das stört meine Eltern glaube ich sehr...” /9/36-42.

Der Leistungs- und Anpassungsanspruch der Eltern stößt bei der Schwester an Grenzen. Die äußeren Rahmenbedingungen unterscheiden sich aber grundlegend von der gesellschaftlichen Situation in der DDR. Da die jüngere Schwester möglicherweise die unbelohnten Anpassungsbemühungen von A. vor Augen hat, und die gesellschaftliche Wirklichkeit ein unverdeckteres, sanktionsfreies Ausleben der eigenen Persönlichkeit möglich macht, kann sich deren widerständige Haltung sichtbarer entfalten. Der Untergang der DDR ermöglicht die Aufhebung ideologisch bedingter Anpassungs- und Aufspaltungsprozesse. Inwieweit die Eltern dazu in der Lage sind, bleibt offen. In der Darstellung des elterlichen Verhaltensmusters gegenüber der jüngeren Schwester schimmert eine gewisse Statik durch. Die biographische Virulenz dieser Situation scheint A. aus ihrer Erfahrung heraus deutlicher. Das advokatorische Eintreten für die Schwester kann mit ihrer eigenen beruflichen Drucksituation in Verbindung gebracht werden. Das gegenüber den Eltern sichtbare Insistieren, den subjektiven Willen der Schwester stärker zu berücksichtigen, kann nicht losgelöst von ihrem eigenen schmerzhaften Bildungsausschluss und den damit verbundenen beruflichen Umorientierungszwang betrachtet werden. Das elterliche Drücken und Schieben in eine bestimmte beruflicher Richtung wird zu einer wiederkehrenden Situation. Diese ambivalente, mit Handlungs- und Entscheidungseinschränkungen verbundene Phase in ihrem Leben führt möglicherweise dazu, den subjektiven Status der jüngeren Schwester gegenüber den Eltern zu stärken. Der Schwester wird ein eigenständiger Such- und Orientierungsprozess offensiv zugebilligt. Vor diesem Hintergrund wird der elterliche Anpassungs- und Orientierungsdruck nachholend in Frage gestellt.

## **6.4 Ausbildung, Beruf und erste berufliche Auszeit**

### **6.4.1 Ausbildungszeit im katholischen Krankenhaus**

Das Krankenhaus stellt eine fremde Welt für sie dar, in die sie unverhofft “reinschlittert” (2/39). Die besondere Aura des katholischen Krankenhauses in H. wird angedeutet.

Der Charakter der katholischen Einrichtung mit seinen spezifischen Abläufen und Ritualen hinterlässt einen z. T. faszinierenden Eindruck. Diese Faszination bezieht sich u.a. auch auf Kontakte mit interessanten Personen innerhalb des Krankenhauses. Die christlich geprägte Welt des Krankenhauses kontrastiert mit der säkularisierten, nach anderen Mustern ablaufenden Welt draußen

“Es war nicht so, dass mir das keinen Spaß gemacht hat. Es war irgendwie eine völlig andere... Welt so im Haus/ja.... Und man kam natürlich mit anderen Leuten in Kontakt./3/5-6.

Die Arbeit als Praktikantin wird von A. als ganztägige Inanspruchnahme beschrieben. Neben hauswirtschaftlichen Kursen (Nähen, Kochen) und theoretischen Unterricht (Deutsch,

Biochemie) ist sie bereits voll in die institutionellen Abläufe eingebunden. Es dominiert der pflegerische Einsatz auf der Station. Die selbstverständlichen Verfügbarkeitsanforderungen gegenüber den Praktikanten werden rückblickend als "ausbeuterisch"(2/47) und "vereinnahmend "(3/4)empfunden<sup>15</sup>.

Der Charakter der pflegerischen Arbeit ist für sie nicht mit künstlerischen Herstellungsprozessen vergleichbar. Das Angenehme und Leichte künstlerischer Tätigkeiten kontrastiert mit der als hart und schwer empfundenen Arbeit im Krankenhaus. Eine positive Gestimmtheit gegenüber der pflegerischen Arbeit im Krankenhaus ist anfänglich nicht erkennbar. Die weitreichenden Verfügungsanforderungen gegenüber den Schwesternschülerinnen setzen sich in der Ausbildungszeit fort. Das streng hierarchische Gefüge im Krankenhaus, in der die Schwesternschülerinnen weit unten angesiedelt sind, wird rückschauend negativ bewertet. Darüber hinaus erzeugte der machtvolle Deutungsüberhang der Ausbilder einen Konformitäts- und Anpassungsdruck. Das Eindämmen abweichender Einschätzungen und Meinungen von Auszubildenden erzeugte unfreie Unterrichtssituationen. Eine Sensibilität gegenüber einengenden, die Subjektivität des Einzelnen aushöhlenden Zwangs- und Anpassungsmechanismen wird bei A. wiederholt sichtbar.

Prinzipiell wird die Ausbildung zur Krankenschwester als fachlich solide und gut bewertet.

A. verbindet die fachliche Einschätzung ihrer Ausbildung mit der Bewertung struktureller Rahmenbedingungen. Aus dieser ambivalenten Einschätzung zwischen guter Fachlichkeit einerseits und negativer Überbeanspruchung bzw. ausbeuterischer Verfügung andererseits entsteht eine spannungsgeladene Einschätzung der Ausbildungsphase.

Die Gesamtbewertung der Ausbildungszeit erweist sich als schwierig. Es fehlt ihr ein feststehender Maßstab bzw. eine Art Folie, auf der sie prozesshafte Veränderungen in der Pflege verorten kann<sup>16</sup>. In diesem Sinne wird die Ausbildung zur Krankenschwester nicht vordergründig mit einem soliden Wissens- und Erfahrungshintergrund in Beziehung gesetzt. Die zurückliegenden Ausbildungserfahrungen sind für sie nur schwer mit den heutigen Erfahrungen und Anforderungen in der ambulanten Pflege zu verbinden. Es dominiert ein unverbundenes Nebeneinanderstehen von zurückliegenden und aktuellen Pflegeerfahrungen. Eine bewusste Abgrenzung oder Anknüpfung an unterschiedliche Erfahrungshorizonte erfolgt nicht.

#### 6.4.2 Der Auszug der Eltern als Erweiterung privater Handlungs- und Selbstbestimmungsspielräume

Mit achtzehn Jahren verändert sich die interfamiliäre Situation. Der Familienverbund löst sich durch den Wegzug der Eltern formal auf. Die Eltern ziehen aus beruflichen Gründen weg von H.. Sie ist zu diesem Zeitpunkt bereits volljährig und bleibt mit dem jüngeren Bruder in der elterlichen Wohnung zurück. Die jüngere Schwester zieht mit den Eltern mit, was zu einer räumlichen Aufteilung der Familie führt. Über unterschiedliche Ausbildungskontexte bzw. berufliche Verortungen der einzelnen Familienmitglieder wird die örtliche Splittung des Familienverbandes plausibilisiert. A. ist örtlich an ihren Ausbildungsträger in H. gebunden.

---

<sup>15</sup> Dieser umfassende berufliche Anforderungsdruck schafft eine erhebliche Belastung, welche sich in biographischen Diskontinuitäten bzw. Fluktuationstendenzen, insbesondere bei jüngeren Pflegekräften, niederschlägt. Die überhöhten Ansprüche gegenüber dem Pflegepersonal können nach Käthe Hummel zu Schuldgefühlen, Enttäuschungen bzw. Aggressionen führen (vgl. Hummel 1988; 22f). Der Zugriff auf die Gefühls- und Privatsphäre der Pflegenden postuliert einen persönlichen Näheanspruch im Pflegeprozess, welcher kontinuierlich schwer umzusetzen ist. Die auf die Pflegekräfte zentrierten Anforderungen verstärken insbesondere bei Berufsanfänger/Innen die Neigung zum "burn-out".

<sup>16</sup> Ihr diskontinuierlicher Berufsverlauf, der durch längere berufliche Auszeiten gekennzeichnet ist, erschwert möglicherweise die Einschätzung eines sich prozesshaft veränderten Pflegealltags.

Mit dem Weggang der Eltern schwindet deren direkter Einfluss auf die zurückgelassenen Sprösslinge. A. beschreibt detailliert das Bemühen der Eltern, eine verbindliche Kontaktaufnahme aufrechtzuerhalten. Beide sollen regelmäßig zu den Eltern kommen, was sich aber schon durch die überdehnten Dienstzeiten von A. als undurchführbar erweist. Die überraschenden Kontrollbesuche der Eltern zeigen deren Bemühen, den erzieherischen Einfluss auf die großen Kinder nicht ganz aufzugeben. Diese Situation erscheint durchaus untypisch. Nicht die Kinder verlassen das elterliche Haus, sondern die Eltern. Die ältesten Kinder werden durch den Wegzug relativ früh in die Selbständigkeit entlassen.

Der Auszug der Eltern wird als befreiende Situation beschrieben, in der sich die Handlungsspielräume für A. und ihren Bruder erweitern. Der Wegfall der elterlichen Aufsicht eröffnet Entfaltungsspielräume, die den Beginn eines neuen, retrospektiv als schön empfundenen, neuen Zeitabschnittes markieren<sup>17</sup>.

„Ja und das war dann eigentlich erst einmal eine besonders schöne Zeit ((lacht)), wo unsere Eltern weg waren und wir alleine waren. Na ja, weil da ging es erst einmal los.“/3/20-22

Der besondere Charakter dieser Zeit wird als ferienähnliche Situation eingeschätzt („Erst mal Holiday gemacht“/3/23). Das bürgerliche Zuhause wird nach eigenen Vorstellungen umgestaltet. Parallel zu den z.T. als einengend und ambivalent empfundenen beruflichen Erfahrungen bieten sich in der häuslichen Sphäre Ausgleichs- und Distanzierungsmöglichkeiten. Die private Selbstentfaltung innerhalb der weitgehend selbstbestimmt organisierten häuslichen Sphäre nimmt in dieser Phase eine gegenüber dem beruflichen Raum bedeutsamere Stellung ein. Da die Identifikation mit dem Beruf eher widerstrebend erfolgt, erscheint der kompensatorische Rückzug in den Bereich des Oikos eine für A. sinnvolle Strategie zu sein<sup>18</sup>. Hier deutet sich möglicherweise eine grundsätzliche Affinität für private, nach eigenen Regeln strukturierte Räume an, in denen Neigungen und Interessen weitgehend unzensiert ausgelebt werden können.

Während die erste Zeit offensichtlich ganz spontan und regellos verlief und die Geschwister als eine Einheit erscheinen, kommt es im weiteren Verlauf zu einem Differenzierungs- und Institutionalisierungsprozess. Die leicht anarchische, antibürgerlich anmutende Wohneinstellung des Anfangs wird durch eine Phase abgelöst, wo bestimmte Regeln und Aufgaben neu bzw. wieder institutionalisiert werden müssen.

Das Zusammenleben der Geschwister verändert sich. Die bisher selbstverständliche Verantwortung für ihren Bruder wird partiell aufgegeben. Die dyadische Konstellation wird durch eine sich erweiternde Anzahl von Mitbewohner/Innen aufgeweicht. Es kommt zur Gründung einer Wohngemeinschaft. A. übernimmt die Rolle des Haushaltsvorstandes, d.h. das funktionelle Management des Alltags liegt primär in ihrer Hand. Ihre exponierte Stellung innerhalb der WG wird deutlich. Anfallende Probleme mit den Mietern werden von A. vermittelnd reguliert. Der offene und spielerische Charakter des selbstbestimmten

---

<sup>17</sup> Die durch den Wegzug der Eltern mögliche Erweiterung der privaten Handlungsspielräume führt zu der Fragestellung: Was wäre passiert, wenn der Vater dageblieben wäre?

<sup>18</sup> Das Aufeinandertreffen unterschiedlicher affektiv-kognitiver Bezugssysteme schafft unterschiedliche Affekthierarchien (Ciompi 1988; 194 f). Die affektiven Wertekonnotationen erweisen sich möglicherweise in dem Maße stabil, je differenzierter die kognitive Strukturierung von Wertesystemen vollzogen wird. Die individuell unterschiedliche Werteorientierung erfordert eine kognitive Zuordnung zu bestimmten Überbegriffen (ebenda). In diesem Sinne entstehen höhere bzw. übergeordnete Gefühle in Bezug auf solche Systembereiche wie z.B. Familie, Glaubensgemeinschaft, Staatengemeinschaft, informelle Gruppen bzw. im allgemeinen Sinne zwischen beruflicher und privater Sphäre. Die daraus entstehenden abgestuft positiven bzw. negativen Gefühle können eine Konstanz entwickeln, welche entsprechend dieser Gefühlshierarchien zu adäquaten, kognitiven Verarbeitungen und Zuordnungen führen können. Die Verfestigung von bestimmten Affekten und Gedanken führt zu relativ stabilen affektiv-kognitiven Bezugssystemen, welche eine gewisse Trägheit bzw. Resistenz entwickeln (ebenda).

Zusammenlebens scheint sich zusehends aufzulösen. Ihr Bedürfnis nach persönlicher Abgrenzung, funktionaler Aufgabenverteilung und reziproker Verantwortungsübernahme nimmt zu.

Als A. dann schwanger wird und ihr Partner in die WG einziehen will, kommt es zu einer Auflösung der Wohngemeinschaft<sup>19</sup>.

“Die Problematik fing dann an, als unsere Wohnung eine WG wurde ((lacht)). Weil, weil ich hatte da so das Gefühl, ich muss mich da auch wieder abgrenzen. Und da tauchten dann solche Probleme auf wie, wer ist dran mit wischen und so weiter. Und dass jeder auch seinen Anteil an der Miete bezahlt und so was. Und irgendwie habe ich das irgendwie alles organisieren müssen. Na ja die Mieter (...) das war halt ein Problem((Seufzend)).

Das ging dann irgendwann. Als J. dann zu mir ziehen wollte, haben sich die anderen Bewohner ausgeklinkt.”/9/16-22

Während Sie ein eigenes Familienmodell aufbaut, gründet der Bruder seine eigene WG. Diese Entwicklung kann als ein doppelter Emanzipationsprozess verstanden werden. Sowohl A. als auch der Bruder befinden sich in anderen, voneinander unabhängigen sozialen Orten. Die sichtbare Einheit der Geschwister wird äußerlich aufgelöst. Das voneinander Loslassen erscheint problemlos und wird retrospektiv als notwendige und gute Entwicklung eingeschätzt.

### 6.4.3 Geburt des ersten Kindes und Rückzug aus dem Beruf

Nach der Beendigung der Ausbildung beginnt A. in einer stationären Pflegeeinrichtung in H. zu arbeiten. Die Arbeit mit geistig behinderten Menschen auf einer geschlossenen Station wird als “schlimme Zeit” (3/26) eingeschätzt. Ihre eher atmosphärisch geprägte Beurteilung wird nicht weiter detailliert. Der berufliche Einstieg erweist sich als negative Erfahrung. Aus dieser unbefriedigenden Berufssituation steigt A. bereits nach einigen Monaten aus. Dieser Ausstieg hängt mit der Geburt ihres ersten Kindes (1987) zusammen. Die Geburt des Sohnes ermöglicht ihr den willkommenen Rückzug in die private Sphäre. Kontrastiv zu den belastenden beruflichen Einstiegseindrücken als examinierte Krankenschwester werden die zwei Jahre, die sie nach der Geburt zu Hause bleibt, als sehr angenehm erlebt.

Über eine im Rahmen der Bilanzierungsphase sichtbare Hintergrundkonstruktion wird die Geburt des ersten Kindes, das in der Gesamterzählung namenlos bleibt, noch einmal als “besonderes”(11/18) Ereignis herausgestellt. A. deutet eine problematische Geburtserfahrung an. Der zu dieser Zeit noch ganz selbstverständlich vormundschaftlich geregelte Akt der Geburt innerhalb des Krankenhauses wird ganz allgemein als entmündigende Situation beschrieben. Aus dieser persönlichen Erfahrung heraus kommt es zur Bildung eines Frauenkreises, in dem die unterschiedlichen Geburtserfahrungen nicht nur kommuniziert, sondern auch verschriftlicht werden. Die fraglose Normativität institutionalisierter Geburtsabläufe wird kritisch aufgegriffen. Das Erfahrungswissen der Frauen wird zu einer öffentlichen Stimme verdichtet, die als ein Gegengewicht zu entmündigenden Geburtsprozeduren und professionellen Deutungsmustern verstanden werden kann. Über einen Verein werden Veranstaltungen organisiert, deren Ziel es ist, das Erlebnis der Geburt aus verschiedenen Perspektiven aufzuarbeiten bzw. zu verstehen. An diesen Meetings nehmen

---

<sup>19</sup> Der Lebenspartner wird von A. kurz und ohne weitere Narrationen eingeführt. A. erwähnt, dass sie ihn bei einer Geburtstagsfeier während der Ausbildung kennengelernt hat (9/9-11).

auch Hebammen und Ärzte teil. Die Erfahrungen der Eltern werden gemeinsam mit den Experten diskutiert.

Das in diesem Zusammenhang sichtbare Insistieren auf Selbstbestimmung ist Ausdruck eines bei A. gewachsenen Selbstbewusstseins. Das Herstellen einer kritischen Teilöffentlichkeit, im Kontext eines familiären Ereignisses, kann darüber hinaus auch als ein politischer Impuls betrachtet werden.

“Dann war die Geburt meines ersten Kindes etwas besonderes....Die Geburt meiner Kinder halt....Das hat mich auch eine Zeitlang sehr beschäftigt. Da habe ich praktisch....

Mir fällt der Name nicht mehr ein. Wie der Verein damals hieß. Wir haben uns damals bemüht, mehrere Frauen und ich, das Erlebnis Geburt überhaupt publik zu machen.

I...mhm..War das so ein Mütterkreis?

A.: Nee. Das meine ich jetzt nicht. Wir haben direkt Veranstaltungen gehabt, wo wir Hebammen, Ärzte und Eltern eingeladen haben. Um eben über dieses Erlebnis zu sprechen. Wir haben unsere eigenen Erfahrungen niedergeschrieben. Damals war es ja noch so, dass man im Krankenhaus entbunden hat. Und es wurde ja einen alles gesagt und alles für einen geregelt. Und das hat mich damals auch sehr beschäftigt. Also deswegen haben wir da auch selber so etwas gemacht. Inzwischen ist das ja nicht mehr so das Problem.”/11/17-31

Der berufliche Wiedereinstieg wird von ihr hinausgezögert, d.h. tendenziell wäre sie gerne noch länger zu Hause geblieben. Auslöser für die widerstrebende berufliche Rückkehr sind primär ökonomische Gründe. In einer Hintergrundkonstruktion werden diese extrinsischen Motive deutlicher. Der Ehemann beginnt in der Wendezeit ein Studium. Diese Entscheidung führt zu einer familiär angespannten finanziellen Situation, sodass eine weitere Aufschiebung des beruflichen Wiedereinstieges nicht mehr vertretbar scheint. Die Unsicherheit über die möglichen finanziellen Anspruchsleistungen des Mannes während der Zeit seines Studiums ist eingebettet in eine allgemeine Ungewissheit darüber, wie sich die strukturellen Rahmenbedingungen in den neuen Bundesländern entwickeln werden. Der institutionelle Überblick über mögliche Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten ist in der unübersichtlichen, sich rasant veränderten gesellschaftlichen Wirklichkeit nicht einfach zu gewinnen. Die Behörden erweisen sich bei der Information und Aufklärung über gesetzliche Rahmenbedingungen und Fördermöglichkeiten als weitgehend überfordert.

Durch diese sich verändernde Familiensituation ergibt sich ein Rollenwechsel. Da A. die Studienentscheidung ihres Mannes unterstützt, rückt sie in die Position des vorrangig für die Familie sorgenden Haushaltsvorstandes. Trotz der angedeuteten Unlust, in den Pflegeberuf zurückzukehren, wird von ihr ganz selbstverständlich die Rolle der die Familie absichernden – Ernährerin- übernommen. Die Wende wird zu einer ungewissen Umbruchphase, die primär im Kontext einer interfamiliären Rollenverschiebung erwähnt wird. Aus dieser Wahrnehmung heraus bleibt die politische Dimension des gesellschaftlichen Umbruchs peripher.

## **6.5 Einstieg in die ambulante Pflege**

Die Schichtarbeit im stationären Bereich ist mit ihren familiären Bedürfnissen nicht vereinbar. Eine ihrer Familiensituation entgegenkommende Arbeitszeitregelung scheint nicht realisierbar. Diese für sie unflexiblen Arbeitszeitstrukturen erfordern eine berufliche

Umorientierung.<sup>20</sup> Die Abkehr von der stationären Arbeit im Krankenhaus erfolgt ohne Bedauern.

### 6.5.1 Ausschließungserfahrung als wiederkehrendes Motiv

A. sucht über das Arbeitsamt eine berufliche Neuanstellung. Es wird ihr eine Stelle im Bereich der häuslichen Krankenpflege angeboten. Das inhaltliche Profil der Arbeit bleibt für sie erst einmal unklar. Über den Geschäftsführer eines konfessionellen Trägers wird sie mit dem Konzept eines im Aufbau befindlichen ambulanten Pflegedienstes vertraut gemacht. Der Träger plant den Aufbau einer Sozialstation. Das Modellhafte dieses für sie neuartigen beruflichen Handlungsfeldes findet ihren Gefallen, sodass sie sich für eine Tätigkeit in der häuslichen Pflege entschließt. In dieser Situation kommt es zu einem unerwarteten, sich lebensgeschichtlich wiederholenden Ausschließungsversuch. Diese Erfahrung wird von ihr nicht isoliert dargestellt. Erst aus einer komplexen Darstellung der strategisch geprägten Personalpolitik des Trägers heraus wird dieser Ausschlussversuch erkennbar.

Die evangelische Trägereinrichtung bemüht sich in der Konstituierungsphase vorrangig um ehemalige Gemeindeschwestern. Deren Kontakte und Erfahrungen sollten zu einem Institutionalisierungsschub beitragen. Die Einstellung der konfessionell ungebundenen Gemeindeschwestern wird konditional mit der Preisgabe von Patientennamen verknüpft. Darüber hinaus insistiert der kirchliche Träger gegenüber den konfessionell ungebundenen Gemeindeschwestern auf eine Mitgliedschaft in der evangelischen Kirche<sup>21</sup>. Die berufliche Anstellung wird mit einem kirchlichen Zugehörigkeitsbekenntnis verknüpft.

In der Darstellung von A. erscheint die Personalpolitik des Trägers als ein doppelbödiges Prozess des Feilschens und Tricksens. Ökonomische Strategien werden mit weltanschaulichen Fragen vermengt und je nach Situation unterschiedlich stark gewichtet. Das inkonsistente und widersprüchliche Lavieren zwischen formeller Kirchengliederung und der Ausrichtung an ökonomischen Parametern wird von A. ablehnend beurteilt. Das strategische Modifizieren bzw. Aufheben von formellen Einstellungsvoraussetzungen, die bei sich konsolidierenden ökonomischen Rahmenbedingungen durch die Hintertür dann wieder grundsätzliche Gültigkeit erlangen, befremdet sie.

Zwei der ehemaligen, konfessionell nicht gebundenen Gemeindeschwestern, treten aufgrund dieser Drucksituation in die Kirche ein. Andere Schwestern, die sich diesem

---

<sup>20</sup> Lohnpflegekräfte befinden sich möglicherweise in einer Vielzahl von Rollen (Schwester, Geliebte, Mutter, Tochter), welche unterschiedliche Anforderungen und Verantwortlichkeiten mit sich bringen. Die vielfältige Gebundenheit an unterschiedliche Lebensbereiche macht ein stärkeres Aufsplitten von Zeit und Kraft notwendig. Gut die Hälfte der Altenpfleger/Innen hat beispielsweise eine Familie zu versorgen. Ungünstige Arbeitszeitstrukturen erzeugen eine erhöhte Fluktuationsneigung. Nach einer Prognose-Studie würden 40 % der ausgestiegenen Pflegekräfte in ihren Beruf zurückkehren, wenn die Arbeitszeiten günstiger wären. Die ungünstigen, wenig flexiblen Arbeitszeitstrukturen werden auch von ambulanten Pflegekräften als ein Hauptgrund angesehen, den stationären Sektor zu verlassen. Unter den "Aussteigern" wurde das als häufigster Kündigungsgrund genannt. Arbeitszeiten und Kinderbetreuungszeiten sind kaum vereinbar, d.h. Familiengründungen stellen ein wesentliches Ausstiegsmotiv dar. Die Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten im ambulanten Sektor werden als familienverträglicher eingestuft (dazu u.a. Drinkhut, G. (1995): *Altenpflege in der Krise*, In: *Altenpflege* 7/95; 455-458). Die Doppelbelastung durch Familie und Beruf erfordert eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeit.

<sup>21</sup> Die Zugehörigkeit zur jeweiligen Kirche wird in einer Vielzahl konfessioneller Pflegeeinrichtungen als obligatorische Grundbedingung für eine berufliche Tätigkeit im Pflegebereich vorausgesetzt. Träger und Mitarbeiter/Innen sollen in ihrem Handeln ein wirksames Zeugnis ihres gemeinsamen Glaubensauftrages abgeben. Ein klares Bekenntnis zur Kirche und nicht nur eine Teilidentifikation der Mitarbeiter/Innen in Bezug auf die jeweilige konfessionelle Zugehörigkeit wird angestrebt. Die christliche Grundrichtung soll aktiv vom Personal mitgetragen werden (vgl. Ebertz 1994; 32 f). Verkürzt formuliert soll der "gute Glaube" durch die Schaffung dezidiert kirchlicher Sozialeinrichtungen, mit klarer Hierarchie und Verbandsphilosophie, gesichert und durch Mitarbeiter/Innen, die kirchennah und christlich loyal sind, getragen werden (Dünner/ Gebhard 1994; 146 ff).

Organisationszwang nicht unterwerfen, werden in der Konstituierungsphase eingestellt, später dann aber, nachdem sich die Sozialstation institutionell gefestigt hat, werden sie wieder entlassen. Die Darstellung dieser indifferenten Einstellungspraxis führt bei A. zu einer deutlich negativen Bewertung dieser Personalpolitik. Vor dem Hintergrund eigener Diskriminierungserfahrungen, die sich mit ihrer konfessionellen Mitgliedschaft in der DDR verbinden, kann von einer grundsätzlichen Sensibilität gegenüber ideologischen Schließungsmechanismen ausgegangen werden<sup>22</sup>. Ihre ablehnende Haltung gegenüber solchen Verfahren wird mit einer Solidaritätsbekundung für die von diesen Ausschließungsmechanismen betroffenen Mitarbeiter/Innen der Sozialstation verknüpft. Im Zusammenhang mit den vom Träger eingeforderten Bekenntniszwängen gegenüber den ehemaligen Gemeindeschwestern gerät auch sie in die falsche konfessionelle Schublade. Ihre Mitgliedschaft zur katholischen Kirche erweist sich erneut als Einstellungshindernis. Erst durch die Intervention des Arbeitsamtes, das mit dem Entzug von ABM- Fördermitteln droht, wird die restriktive Einstellungspraxis gegenüber A. und den anderen Gemeindeschwestern modifiziert. Der drohende Entzug von Mitteln wird stärker gewichtet als das Beharren auf die konfessionell richtige Zugehörigkeit.

“Ja aber die fanden das unmöglich und ich konnte das verstehen. Ich fand das auch unmöglich. Eigentlich fanden wir das alle irgendwie zum kotzen. Ach so, mich wollten sie eigentlich auch erst nicht nehmen, weil ich katholisch bin und nicht evangelisch. Aber zum Glück hat sich dann das Arbeitsamt dazwischen geschaltet: “ Wenn das so ist, dann gibt es die ABM Förderung von uns nicht mehr”/4/28-33

### 6.5.2 Kreative Gründungs- und Improvisationszeit

Das insbesondere in der Gründungsphase der Sozialstation nur gering strukturierte Handlungsfeld kontrastiert mit dem durchorganisierten stationären Pflegealltag. Die stationäre Arbeit scheint im Vergleich zur häuslichen Pflege starrer und vorstrukturierter zu sein, sodass persönliche Handlungs- und Gestaltungsspielräume weniger offensiv ausgedrückt werden konnten. Die Polarität zwischen stationärer und ambulanter Pflege erscheint in diesem Vergleich besonders groß. Die vormundschäftlich geprägte Ausbildungserfahrung in der stationären Pflege ist nur bedingt mit der Pioniersituation in der ambulanten Pflege vergleichbar.

Die Orientierung an institutionell eingespielten Sozialstationsstrukturen in den alten Bundesländern scheiterte an den unterschiedlichen Ausgangsbedingungen.

Das kollektive Erarbeiten von kontextbezogenen Pflege- und Organisationsanforderungen im tätigen Vollzug findet Niederschlag in dem weitgehend selbst von den Mitarbeiter/Innen organisierten Aufbau einer Sozialstation.

“ Irgendwie war das damals ganz abenteuerlich...

Es wusste niemand wo es lang geht. Wir haben so teilweise versucht, uns an Sozialstationen im Westen zu orientieren. Doch da sind ja völlig andere Bedingungen/ja. Das ging einfach nicht.

---

<sup>22</sup> „Soziale Schließung“ kann als Abgrenzung zu benachbarten bzw. gleichen Berufsgruppen, mittels Berufsrechten und Kompetenzzuschreibungen verstanden werden (Kreckel 1997; 190). Darüber hinaus erfolgen - soziale Schließungen - auch über Alter, Staatsangehörigkeit und Religion. Nach Kreckel nehmen soziale Schließungstendenzen insbesondere in wirtschaftlichen Rezessionszeiten zu. Die Existenz der eigenen Einrichtung, eines Berufes, eines spezifischen Wertehorizonts u.a. soll damit gesichert bzw. gegenüber potentiellen Konkurrenten und kolonialisierenden Einflüssen bewahrt werden (ebenda).

Wir haben uns das dann selber erarbeitet..."/13/42-45

A. beschreibt ihren beruflichen Anfang in der häuslichen Pflege als abenteuerliche, von Provisorien geprägte Situation. Der Improvisationscharakter der Arbeit wird von A. humoristisch illustriert. Das Büro der neugegründeten Sozialstation befindet sich in einer Kleiderkammer. Die Fülle der sie umgebenden Kleider kontrastiert mit dem Mangel an Patienten. Die Mobilität der Schwestern erweist sich als sehr begrenzt. Sie sind mit Fahrrädern unterwegs, um erst einmal Patienten zu rekrutieren. Das Gewinnen von Patient/Innen ist nicht frei von makabren Situationen. Über eine Namensliste, auf der über achtzigjährige Patient/Innen aufgelistet sind, die von einem konfessionell getragenen Wohnheim für ältere Menschen nicht aufgenommen wurden, versuchen A. und ihre Kolleginnen Patient/Innen zu rekrutieren. Nachdem die Aufnahme von über achtzigjährigen Menschen, die sich um eine Unterbringung in diesem Wohnheim bemüht hatten, abgelehnt wurde, weil die Wahrscheinlichkeit einer eintretenden Pflegebedürftigkeit in dieser Alterskohorte potentiell hoch scheint, sollen sie nun doch als Kunden gewonnen werden. Einige der auf dieser Liste stehenden Personen sind bereits nicht mehr am Leben<sup>23</sup>. Das Paradoxe dieser befremdlichen Verwehungs- und Wiedergewinnungsstrategien wird von A. anekdotisch angedeutet.

Für die Geschäftsführung geht es darum, eine betriebswirtschaftliche Basis für die neugegründete Sozialstation zu schaffen. Die Bedürftigen müssen marktwirtschaftlich betrachtet ausfindig gemacht werden. Der unbeholfene Versuch der Kundengewinnung illustriert den ungewohnten Einbruch marktwirtschaftlicher Prinzipien auch im konfessionellen Wohlfahrtssektor. Der Aufbau eines neuartigen Versorgungsangebotes ist mit Institutionalisierungsmechanismen verbunden, die stärker als früher mit ökonomischen Erwägungen verknüpft werden<sup>24</sup>. Auch für die Hilfe- und Pflegebedürftigen ist es eine z.T. ungewohnte Situation, dass hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Die primär informellen Strategien zur Gewinnung von Hilfe- und Pflegebedürftigen sind trotz des eher unsystematischen und zufälligen Charakters von Erfolg gekrönt. Die gewonnenen Kunden sind in der Gründungsphase eher leichtere Pflegefälle, d.h. der unterstützende Charakter in der hauswirtschaftlichen und grundpflegerischen Betreuung dominiert.

Der Improvisationscharakter der Anfangszeit wird von A. lustvoll, fast spielerisch beschrieben. Die expressiven Anteile der ambulanten Pflegearbeit werden in dieser Phase positiv herausgestellt. Der berufliche Wiedereinstieg wird möglicherweise durch den Improvisationscharakter der Arbeit erleichtert. Im Vergleich zu eingeschliffenen Pflegeabläufen im stationären Alltag wird die offene, leicht chaotische Aufbauphase der Sozialstation als angenehm empfunden.

Ihre kreativen Potentiale können sich in der Gründungsphase der Sozialstation partiell entfalten. A. vergleicht die damalige Pioniersituation mit dem gegenwärtigen, sich institutionell eingespielten Betreuungsrahmen. Gerade in der ungefestigten

---

<sup>23</sup> Assoziativ stellt sich ein belletristischer Bezug zu Gogols (2002) Roman "Die toten Seelen" her. (Gogol 2002). Ähnlich wie die Hauptfigur Tschitschkow sind die Schwestern in Geschäften unterwegs. Die Schwestern sind analog zu Tschitschkow unterwegs, um Seelen zu sammeln. Sie fahren z.T. über Land, um Kunden zu gewinnen. Während Tschitschkow von vorneherein tote Seelen erwerben will, die aber nach der amtlichen Revisionsliste noch als lebend gelten, haben die Schwestern eine Liste von vermeintlich noch lebenden Personen in der Hand. Grundsätzlich handelt es sich aber um ein ähnliches Motiv. In der Darstellung von A. sind die eingeschlagenen Rekrutierungsstrategien primär geschäftlicher Natur.

<sup>24</sup> Der Enklavencharakter konfessioneller Einrichtungen, die zu DDR-Zeiten zwar eingeeengt, aber im christlichen Geist intern behütete Nischenangebote darstellten, wird durch die Pluralität von marktwirtschaftlichen Angeboten und Diensten zunehmend aufgehoben. Die damit verbundenen Mechanismen und Anpassungsprozesse lösen Befürchtungen vor dem Verlust des Christianum aus (vgl. Ebertz 1994; 32 f).

Institutionalisierungsphase der Sozialstation waren aus ihrer Sicht die selbstbestimmten Handlungsspielräume größer als in der gegenwärtigen Arbeit. Zeitliche Zwänge oder starre bürokratische Abrechnungsprozeduren sind in dieser Zeit nicht erkennbar. Trotz dieser entspannten Rahmenbedingungen hat der relativ unsystematische Charakter auch zu verschenkten Betreuungspotentialen geführt. Die weitreichenden Hilfe- und Pflegemöglichkeiten in der häuslichen Sphäre wurden aus ihrer Sicht nicht ausgeschöpft.

Die nicht klar geregelten Prozeduren und Dokumentationsanforderungen werden von A. nicht problematisiert. Der normativ lockere Rahmen bietet aus ihrer Sicht Raum für einen individuell selbstbestimmten Arbeitsstil. In diesem Sinne werden einzelne Mitarbeiter/Innen der Sozialstation persönlich sichtbar. In der Pionierphase bestehen expressive Ausdrucksmöglichkeiten, die z.T. kreativ ausgelebt werden. Der originelle Improvisations- und Spielcharakter dieser Zeit spiegelt sich beispielsweise in der Vielzahl von handgeschriebenen Zetteln und selbstgemalten Schildern wider.

Darüber hinaus konnten die Schwestern weitgehend autonom entscheiden, welche Pflegemaßnahmen unbedingt notwendig sind und welche aufgrund personeller Engpässe aufgeschoben werden können. Die Kunst des notwendigen Weglassens wird als individuelle Entscheidung der jeweils diensthabenden Pflegekraft beschrieben. Der Mangel- und Improvisationscharakter der Anfangsphase führt zu notwendigen Weglass- und Abwägungsstrategien, welche von jeder Schwester kreativ und verantwortlich vollzogen werden müssen. A. beschreibt in diesem Sinne nicht nur eine individuelle Handlungsstrategie, sondern eine von allen Mitarbeiter/Innen zu leistende Aufgabe. Äußere Handlungszwänge, wie z.B. Personalmangel oder die weitreichende Inanspruchnahme des Personals während der Wochenenddienste, machen kreative Handlungsstrategien notwendig. Die mit angespannten Arbeitssituationen verbundenen Handlungsmuster sind ihr aus der Vergangenheit vertraut<sup>25</sup>.

“Und es war durchaus auch üblich damals zu sagen: “Ja ihr Bein verbinden wir mal am Wochenende nicht.”. Weil am Wochenende war nur eine Schwester im Dienst und wenn es nicht unbedingt notwendig war, das wurde nicht gemacht. Und was notwendig war und was nicht, entschied meistens der, der Dienst hatte ((lacht)). Das war alles ein bisschen, bisschen wie früher, sage ich mal so. “/5/8-12

---

<sup>25</sup> In Rahmen des Forschungsprojektes: -Handlungsstrukturen in der stationären Altenpflege- erhobenene; leitfadengesteuerte Erzählinterviews mit Pflegekräften zeigen eine z.T. ähnliche Affinität (Kreis, N./ Schilling, T. (1996): Handlungsstrukturen in der stationären Altenhilfe. (unveröffentlichter) Projektbericht). MLU Halle-Wittenberg). Der äußere Handlungsdruck (Geld- bzw. Materialmangel) erfordert Improvisationsgeschick. Dieses Geschick beschränkte sich z. T. eher auf handwerklich-technische Improvisationen. Die in diesem Rahmen sichtbare handwerkliche Kreativität konnte sich bei der Lösung faktischer Probleme aktionistisch entfalten und verschaffte eine entsprechende Selbstbestätigung durch das Produkt. Diese Fähigkeit verschaffte den Schwestern durchaus Anerkennung. Angesichts der verbesserten Materiallage nimmt die Bedeutung der handwerklich-technischen Kreativität tendenziell ab (ebenda). Interessant scheint aber die Verlagerung einer sich aus einer äußeren Mangelsituation notwendigerweise entwickelnden Kreativität in einem anderen Bereich beruflichen Handelns. Prinzipiell ist der Improvisationscharakter von Pflegearbeit in der stationären Arbeit weniger etabliert (u. auch nicht notwendig) als im ambulanten Bereich. Die häusliche Pflege bewegt sich in einem privaten Umfeld, mit einer im medizinisch-technischen Sinne unvollkommeneren Infrastruktur. Diese im funktionellen Sinne zumeist defizitären Rahmenbedingungen können positiv betrachtet auch ein Pluspunkt für die häusliche Pflege sein. Als Pflegeperson werde ich in solchen Situationen stärker gefordert und somit auch individuell sichtbar als im stationären Alltag. Die Motivation für den Beruf zehrt möglicherweise von solchen Herausforderungen und den damit verbundenen größeren Handlungsspielräumen.

### 6.5.3 Exkurs: Die familiär geprägte Pflege in der DDR

Die unzureichenden infrastrukturellen Voraussetzungen in der Anfangsphase der Sozialstation erforderten ein weitreichendes Improvisationsvermögen. In diesem Sinne zieht A. eine Parallele zum pflegerischen Alltag in der DDR.

In einer nachgeschobenen Detaillierung entwickelt A. eine leicht idealisierende Skizze der häuslichen Pflege in der DDR. Ein berufsbezogener Erfahrungsbezug besteht bei ihr nicht. Der Nährboden für diese Beschreibung bleibt vage. Die Rund-um-die-Uhr-Zuständigkeit von Gemeindeschwestern erforderte Organisationsstrukturen, die diesen weitreichenden Verfügungsanspruch modifizieren. In diesem Zusammenhang wird das im Vergleich zu heute stärkere Engagement von Angehörigen in der häuslichen Pflege herausgestellt. In einem Grundsatzkommentar geht A. von einem allgemeinen Bewusstsein („Tenor“/5/18) aus, dass eine Pflege durch Familienangehörige gegenüber einer professionellen Fremdhilfe von außen Vorrang hatte. In diesem Sinne sind Fremdpflegesysteme eher abstützend bzw. „mitmachende“ (5/19) Hilfeinstanzen, die dann subsidiär zu Nächstenpflegesystemen eingesetzt werden<sup>26</sup>.

Diese Einstellungsmuster waren für sie in der Vergangenheit deutlicher ausgeprägt als heute. Aus dieser prinzipiellen Annahme heraus entwickelt sie das positiv getönte Bild einer ineinander greifenden Kooperationsgemeinschaft (Gemeindeschwestern, Nachbarschaftssysteme u.a.). Ihre christliche Prägung wird andeutungsweise sichtbar. Das von ihr skizzierte integrative Gemeinschaftsmodell scheint sich vorrangig auf ein konfessionell ausgerichtetes Pflegesetting zu beziehen. Die kirchlichen Gemeindeschwestern bzw. Altenpfleger/Innen waren tendenziell stärker in bestehende soziale Netzwerke (z.B. Nachbarschaften) und Kirchengemeinden eingebunden. Das von diesen Pflegekräften betreute Klientel war in der Regel konfessionell gebunden. In diesem Kontext scheinen die informalierten Netzwerkstrategien deutlicher ausgeprägt gewesen zu sein, als es im Rahmen staatlich organisierter Hilfestrukturen möglich war. Diese Differenz kann mit divergierenden Wertevorstellungen in Verbindung gebracht werden. Während im staatlichen Fürsorgeverständnis die Übernahme von Pflege durch Familienangehörige grundsätzlich kein gesellschaftlich angestrebtes Ziel war, stellt die familiäre Pflegeorientierung im christlichen Kontext eine selbstverständlichere ethische Achse dar<sup>27</sup>. Die damit verbundenen Erwartungen knüpfen an fundamental christliche Werteorientierungen an. Trotz der nachlassenden Verbindlichkeit dieser christlichen Grundorientierungen stellten sie, auch in abgeschwächter Form, ein gegenläufiges Element zu den familiären Entbettungstendenzen des staatlichen Hilfesystems dar. Ihre positive Gestimmtheit gegenüber einer familiär ausgerichteten Pflege wird deutlich.

“Da haben halt die Angehörigen auch noch viel übernommen. Und es war halt so der Tenor: Pflege tut die Familie oder die Angehörigen.. Die Gemeindeschwestern sind zur Stütze und zur Pflege da, oder halt die Nachbarn, oder die Gemeinde macht das mit, oder die

---

<sup>26</sup> Nächstenpflege- bzw. Fremdpflegesysteme sind Begriffe, die sich terminologisch an die pflegewissenschaftliche Theorie von D. Orem (1987) anlehnen. Das von ihr entwickelte Theoriekonzept arbeitet mit systemtheoretischen Perspektiven, die an T. Parsons Konzept der sozialen Handlungen anknüpfen (vgl. Wittneben 1991; 117-138)

<sup>27</sup> Weiterführende Handlungsgrundlagen einer konfessionell getragenen Pflege sind ausführlicher in meiner Diplomarbeit (1998): Leitbilder in der Altenpflege- beschrieben. Die tendenzielle Marginalisierung bzw. Entbindung von Angehörigen wurde über die grandiosen Versprechungen einer umfassenden institutionellen Versorgung begünstigt. Der kontrastiv dazu sichtbare Versorgungsrahmen kann im Rückblick nicht als bessere Alternative zur familiären Pflege betrachtet werden. Eine konfessionell ausgerichtete Pflege bindet gegenläufig dazu die Angehörigen explizit ein. In beiden Fürsorgeorientierungen bleibt die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege problematisch.

Kirchengemeinde macht halt auch mit.. Die Kirchengemeinde in H. mit ihren Gemeindeschwestern und Altenpfleger/Innen (...).”/5/17-21

#### 6.5.4 Institutionalierungsprozess als Professionalisierungsschub

Der Pflegesektor verändert sich rasant. Es entwickelt sich eine wachsende Konkurrenz von pflegerischen Diensten. Konkurrenzfreie Zonen, wie sie in der Anfangszeit über regionale Aufteilungen und trägerbezogene Zuordnungen noch Bestand hatten, lösen sich allmählich auf. Parallel dazu beschreibt A. den sich entwickelnden Institutionalierungsprozess der Sozialstation.

Die infrastrukturellen Bedingungen und Arbeitsmöglichkeiten verbessern sich. Der von Improvisationen geprägte, leicht chaotische Anstrich der Anfangsphase löst sich zusehends auf und wird durch geordnetere, fester geregelte Pflegeabläufe ersetzt. Die Schwestern haben eigene Räumlichkeiten und sind mit Dienstautos unterwegs. Auf der Basis einer gefestigten personellen Situation, soliden technischen Arbeitsbedingungen und weniger aufwendigen Rekrutierungsstrategien bei der Gewinnung von Hilfe- und Pflegebedürftigen kommt es zu planvolleren, institutionell eingespielteren Arbeitsabläufen. In diesem Kontext skizziert A. einen Professionalisierungsschub, der sich in ihrer Darstellung auf die sich verbessernden infrastrukturellen Bedingungen bezieht. Komplementär dazu kommt es zur Einführung von Dokumentationssystemen sowie einer fallbezogenen Pflegeprozessplanung, was von ihr auch als Indikator für eine wachsende Professionalität angesehen wird. Der von ihr illustrierte Professionalisierungsschub bezieht sich vorrangig auf die Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen. Es entsteht der Eindruck, dass die Reduktion bzw. Auflösung von Provisorien und institutionell ungefestigten Arbeitsabläufen mit einem Professionalisierungsprozess gleichgesetzt wird. Während die Gründungsphase der Sozialstation relativ ausführlich und lustvoll dargestellt wird, bleibt die Darstellung der darauf folgenden Dienstjahre fragmentarisch. Auf diese Zeit bezogen nimmt der Detaillierungsgrad in der Erzählung deutlich ab.

#### 6.5.5 Die schöne Familienzeit

Ihr eingespielter Arbeits- und Familienrhythmus wird durch ein bedeutsames Ereignis verändert. Frau A. bekommt ihr zweites Kind und nutzt diese Zeit für eine dreijährige berufliche Auszeit.

“1996 wo das schon soweit professionell so alles war (I.: mhm) kam dann unser zweiter Sohn zur Welt. Und diesmal blieb ich drei Jahre zu Hause ((lacht)).“ /5/22-23

Das Geschlecht und der Name des Kindes bleiben ungenannt. Die Geburt des zweiten Kindes wird verknüpft chronologisch eingeflochten. Eine detaillierende Beschreibung dieser Lebensphase erfolgt in der Ersterzählung nicht.

A. vollzieht eine atmosphärische Gesamteinschätzung. Wie bereits bei der Geburt ihres ersten Kindes, werden die berufsfernen Jahre als eine schöne Zeit (“...schön zu Hause zu sein...”/5/24) empfunden. Die mit der Geburt der Kinder verbundenen Jahre außerhalb der Berufssphäre werden als stetige, fast statische Zeit beschrieben, in der sich äußerlich betrachtet nicht viel ereignet.

Diese Lebensphase erscheint in der ersten Exposition eher als ein knapper chronologischer Einschub, um dann mit der Berufsbiographie fortzufahren.

Im Nachfrageteil wird der Charakter dieser Zeit illustrativ deutlicher. A. lernt in dieser Zeit andere Familien mit Kleinkindern kennen. Durch eine sich ähnelnde Lebenslage entstehen Kontakte, aus denen sich intakte Freundschaften entwickeln. Die sich auf dieser Ebene entwickelnden Beziehungen stellen einen Zugewinn an sozialen Kontakten dar. Insgesamt scheinen die Jahre zu Hause mit verlässlichen sozialen Beziehungen und Einbindungen verbunden zu sein. Über die Kinder entwickeln sich soziale Netzwerke, die jenseits von beruflichen Orientierungen und Kontakten einen prinzipiell familiären Charakter haben. Die über diesen privaten Kontext entstandenen Verbindungen scheinen intensiver und emotional fundierter als die über den Beruf entstandenen Sozialbeziehungen.

Das kontinuierliche Aufrechterhalten von Freundschaften bzw. sozialen Beziehungen ist für A. wichtig. Die Beziehungen zu den Freunden aus der Kirchengemeinde haben sich weitgehend aufgelöst. Es gibt einen Kern von gemeinsamen Freunden, der A. und ihren Mann erhalten geblieben ist. A. erweist sich bei der Pflege und Herstellung sozialer Beziehungen als der aktivere Part. Sie betreibt eine kontinuierliche Kontaktpflege zu Freunden und Bekannten. Da ihr Lebensschwerpunkt eher im familiären Bereich angesiedelt ist, erhält dieses Beziehungssystem für sie einen besonderen Stellenwert.

“Durch das Kind erweitert sich natürlich auch wieder der Bekanntenkreis. Ich habe Leute kennen gelernt, die auch Kinder haben. Und das ist eigentlich auch etwas, was mir erhalten geblieben ist. Dass daraus intakte Freundschaften geworden sind. Auch eben was aus diesem Gleis heraus entstanden (..)...

Also die Freunde aus dem Kirchenkreis sind alle irgendwie umgezogen. Das ist nicht mehr so, dass das nun für das Leben ist. Bis auf wenige eben. Na wenn ich so an mein Freundeskreis denke, dann sind eigentlich die Freunde, die wir so als Paar behalten haben, sage ich mal. Es ist ja so eigentlich so eher aus meinem Freundeskreis. Wahrscheinlich deswegen, weil es mir wichtiger ist, dass der ständig präsent ist. Das man das nicht abreißen lässt.”/11/35-46

Die schöne Zeit zu Hause wird in Bezug zur beruflichen Arbeit gesetzt. Während die beruflichen Auszeiten als kontinuierlich angenehme, mit positiven Gefühlen besetzte Lebensphasen dargestellt werden, ist die Bewertung der beruflichen Sphäre ambivalenter und mit stärkeren Negativeindrücken verbunden. Die private Sphäre bildet eine Art Kontrastfolie, vor deren Hintergrund die Veränderungen ihrer beruflichen Welt kritisch beschrieben und eingeschätzt werden.

### 6.5.6 Der letzte Mohikaner

A. ist seit 1990 in der ambulanten Pflege tätig. Die Personalfuktuation wird als sehr hoch eingeschätzt. Von dem ursprünglichen Pflgeteam ist sie die einzige Mitarbeiterin, die noch auf der Sozialstation arbeitet. Der Weggang von Mitarbeiter/Innen in z.T. andere Berufe wird von ihr nachblickend verfolgt. Einige Mitarbeiter/Innen beginnen ein Studium oder wechseln in z.T. pflegefremde Berufsfelder.

Sie selbst betrachtet sich als einen “Durchhaltetyp” (12/44). Die mit der Geburt ihrer Kinder verbunden Auszeiten und beruflichen Wiedereinstiegssituationen sind für sie mit personellen Überraschungen verknüpft. Das Fehlen einer personellen Kontinuität wird aber nicht explizit problematisiert. Ihr zyklischer beruflicher Aus- und Wiedereinstieg erscheint durch die personelle Diskontinuität auf der Sozialstation als etwas Konstantes. Über die Inblicknahme und Betrachtung von ganz unterschiedlichen beruflichen Entwicklungspfaden ehemaliger bzw. neuer Mitarbeiter/Innen, werden z.T. skurrile Berufsverläufe skizziert. A. berichtet in diesem Zusammenhang von “Kolleginnen” (13/4), die z.B. aus der Tierpflege in die

ambulante Pflege wechselten. Diese für sie paradoxen beruflichen Wechsel hängen z.T. mit transformationsbedingten Freisetzungsprozessen in weggebrochenen bzw. abgespeckten gesellschaftlichen Strukturbereichen zusammen. Ein anderes Beispiel bezieht sich auf eine Mitarbeiterin, die parallel zu Beruf und Familie ihr Abitur nachgemacht hat und gegenwärtig berufsbegleitend studiert. Die Diversität beruflicher Entwicklungswege hat zugenommen.

“Da hatten wir schon einen Tierpfleger ((lacht)). Also der vorher Tierpfleger war. Die eine Kollegin, die am Anfang mit mir angefangen hat, die war auch in der Tierpflege mal gewesen. Die eine war, das habe ich mir gemerkt, war Schäferin. Das fand ich auch lustig wie dann aus dem Tierpflegebereich öfter mal welche kamen.... Die eine die bei uns beschäftigt war, hat neben der Arbeit ihr Abitur nachgemacht. Die studiert jetzt, hat zwei Kinder... Die studiert immer nur bis zur nächsten Prüfung, sage ich mal. Wie sie es eben schafft. “/13/3-8

### 6.5.7 Die Stellung des geliebten Steckenpferdes

Da A. ihr Steckenpferd nicht zur Hauptbeschäftigung machen konnte, besteht wenigstens das Bedürfnis, es wenigstens nebenher zu reiten. Das Suchen und Verlieren ihrer künstlerischen Neigungen wird parallel zur beruflichen und familiären Entwicklung unterschiedlich dargestellt<sup>28</sup>. Die Wichtung ihrer künstlerischen Interessen verändert sich in Abhängigkeit von ihrer Lebenssituation.

Das als Ausgleich zur anstrengenden Berufsausbildung im Krankenhaus gesuchte diätetische Gegengewicht über den Zeichenzirkel kann von ihr nicht aufrechterhalten werden. Die umfassende zeitliche Inanspruchnahme der Schwesternschülerinnen bis in die Abendstunden hinein verhindert eine Parallelität von Beruf und Hobby. Der Verlust von Muße ist mit dem Verlorengehen des geliebten Hobbys verbunden. Der absorbierende Charakter der pflegerischen Arbeit verhindert den regelmäßigen Besuch des Zeichenzirkels. Es kommt zu einer frustrierenden Verengung des persönlichen Handlungsspielraumes. Nicht die rundum erfüllende Arbeit führt zum Versiegen des Hobbys, sondern der Mangel an Zeit. Der freudenspendende Effekt der Liebhaberei entfällt. Ihre berufliche Motivation wird durch den Verlust eines für sie bedeutsamen Ausdrucksbereiches gedämpft. Der einschneidende Verlust eines für sie wesentlichen kreativen Handlungsfeldes innerhalb einer institutionell gerahmten Struktur (Zeichenzirkel) hinterlässt Spuren und hat möglicherweise zu einem jahrelang anhaltenden Ausdrucksmoratorium im künstlerischen Bereich beigetragen<sup>29</sup>. Warum die Liebhaberei vollständig aufgegeben wird bzw. verloren geht, leuchtet in dieser Absolutheit nur z. T. ein. Das Ausleben der künstlerischen Neigung scheint eng an die Gruppenstruktur des Zeichenzirkels gebunden zu sein. Ein singuläres Ausüben ihrer künstlerischen Interessen wird tendenziell vermieden.

“Ach ja/ und später dann als ich in der Berufsausbildung war, bin ich eine Zeitlang noch in den Zeichenzirkel gegangen/ja. Mir war das auch wichtig dass ich, dass ich das noch parallel mache/ja.

Das blöde war aber.. ich habe das nicht geschafft, dadurch dass wir noch Abendbrot austeilen mussten. Da habe ich das nicht geschafft. Dann habe ich das lange Zeit nicht mehr gemacht.”/8/40-44.

---

<sup>28</sup> „Dort, wo der fast zufällige Beruf, der Job, die wenigsten Menschen ausfüllt..., gibt es die meisten Steckenpferde, Hobbys. Und die Liebhaberei wird erst dann verschwinden, wenn sie einmal den richtigen Beruf selber ausmachen wird. Bis dahin ist vom Steckenpferd zu lernen, wie erfüllte Muße privat geträumt wird, als Arbeit, die wie Muße erscheint.“ (Jonas 1984; 54).

<sup>29</sup> Inwieweit diese Erfahrung zu Spontanitätsverlusten bzw. beruflichen Rückzugsstrategien beigetragen hat, bleibt vage.

Das Integrieren des Steckenpferdes in den beruflichen und familiären Zeitrahmen scheint dagegen in der ambulanten Pflege eher möglich als im stationären Bereich. Die eingefrorene künstlerische Betätigung wird während ihrer beruflichen Arbeit in der Hauskrankenpflege phasenweise reaktiviert.

Die Vorstellung, ein Studium an der Kunsthochschule aufzunehmen, bleibt mehr oder weniger deutlich erhalten. Ihre beruflichen Visionen werden von ihr durch relativierende Einwände und pragmatische Zwänge unterhöhlt. Letztendlich dämpfen zweckrationale Überlegungen das aktive Bestreben einem verwehrt Berufswunsch nachholend zu realisieren. Die damit verbundenen Vorbedingungen, wie z.B. das Abitur nachholen, werden als langer Zeitabschnitt beschrieben ("Also diese drei Jahre, das ist eben so eine lange Zeit"/10/3). Die Vorstellung, sich erneut einer Schulsituation auszusetzen, verursacht Unbehagen. Im Verbund mit der dann daran anknüpfenden Studienzeit wird eine nachholende Verwirklichung des ursprünglichen Berufswunsches als zu belastend und langwierig eingeschätzt. Ihr zögerliches Abwägen, ob sie ihre ursprünglichen künstlerischen Intentionen nachholend realisiert oder nicht, ist eng mit ihrer familiären Situation verbunden. Die Differenzierung in eine Haupt- und Nebenbeschäftigung entwickelt sich über primär existentielle Raster. Diese zweckrationale Logik der Unterteilung hängt auch damit zusammen, dass A. innerhalb der Familie eine wesentliche Versorgerrolle einnimmt. Die unsichere und riskante Existenz einer Künstlerin scheint mit den familiären Rollenerwartungen nur schwer vereinbar. Als Mutter und beruflich Tätige übernimmt sie Aufgaben, die mit einer mehrteiligen Verantwortung verbunden sind. Aus ihrer Sicht kommt eine berufliche Umsetzung ihrer künstlerischen Ambitionen nicht in Frage, da sie aus diesen Tätigkeiten nicht ausreichenden materiellen Gewinn schöpfen kann. Da ihr Mann bereits einem künstlerischen Beruf nachgeht, wird die Entscheidung für eine expressive berufliche Tätigkeit zurückgestellt. Ein doppeltes Künstlertum scheint materiell betrachtet zu riskant. Die Vorstellung, dass beide in einem künstlerischen Beruf tätig sind, wird somit mit der Frage nach der materiellen Absicherung der Familie verknüpft.

"Ich wollte das ja irgendwie nachholen. Aber.. ich habe es mir ein paarmal durch den Kopf gehen lassen, ob ich das Studium anfrage. Die Burg nimmt eigentlich keine ohne Abitur. Wo ich mir eigentlich meine Studienrichtung abschminken konnte (..)

Aber ich wusste: "Jetzt noch drei Jahre auf die Schulbank setzen". Und dann das Studium auch noch. Also diese drei Jahre, das ist eben so eine lange Zeit....Also das Problem ist, dass J. ja auch schon in einem künstlerischen Beruf ist. Wer von uns zwei..wer da der Ernährer sein soll? Das geht irgendwie nicht gut. Oder man hat halt so einen Absatz..."/10/47-11/7.

Die häufig diskontinuierlichen Einkünfte von Künstlern konstituieren potentiell prekäre materielle Lebenslagen, die bezogen auf die familiäre Gesamtsituation für sie nicht vertretbar wären. Als Mutter von zwei Kindern haben diese Überlegungen ein großes Gewicht. In diesem Sinne besteht ein gewisser Druck, die Ernährerrolle innerhalb der Familie zu übernehmen. Die Notwendigkeit des Geldverdienens macht die künstlerische Tätigkeit eher zu etwas Nachrangigem bzw. zu einer Nebenbeschäftigung. Die familiäre Konstellation bestimmt im entscheidenden Maße die Ausgestaltung ihres weiteren Lebensplanes.

Der intentionale Wunsch, sich künstlerisch auszudrücken, wird phasenhaft umgesetzt oder unterbrochen. Die Koinzidenz von Lieblingstätigkeit, Beruf und Familie schimmert in der Erzählung durch. In dem Maße wie berufliche oder familiäre Anforderungen anwachsen bzw. zeitlich an Gewicht zunehmen, verringern sich ihre Mußmöglichkeiten. Es entsteht eine problematische Spannung. Das Ausdrücken künstlerischer Neigungen und Interessen ist für sie wesentlich und bleibt ein essentieller Bestandteil ihres Lebens. Sie spürt auch nach

künstlerischen Latenzphasen, dass ihre Potentiale und Möglichkeiten nur verdeckt, aber nicht verloren gegangen sind.

“Ja/wo ich weiß, dass ich das immer noch irgendwie in der Reserve habe...Wenn ich auch weiß, dass ich damit kein Geld verdienen kann. Aber es ist zumindest etwas wo ich weiß, dass macht mir Spaß. (...)”/9/3-6.

Kaum scheinen sich die unterschiedlichen Sphären ihres Lebens stabilisiert und eingespielt zu haben, sodass sie sich wieder stärker künstlerischen Tätigkeiten widmen kann, kommt das nächste Kind. Ihr Leben wird durch sich abwechselnde Zyklen von beruflichen und familiären Orientierungen geprägt<sup>30</sup>.

“Und als ich jetzt in der Hauskrankenpflege tätig war, bin ich wieder zum Zeichnen gegangen...Ich weiß gar nicht mehr((leise)). Aber eigentlich sieht man schon, dass es nicht verloren gegangen ist. Das ist eigentlich immer da. Aber ich konnte es halt wieder nicht weiter machen weil dann C. unterwegs war. (..)”/8/45-49.

Eine durch äußere Umstände eintretende Verringerung von persönlichen Handlungs- und Ausdrucksmöglichkeiten führt zu einem anhaltenden Mangelgefühl, dessen Auswirkungen schwer abzuschätzen sind.

## 6.6 Bilanzierung und Zukunftsvorstellungen

Ihre Kindheit schätzt A. als insgesamt schön ein. Die Schulzeit erscheint ab der fünften Klasse eher nichts sagend und ereignislos.

“ Ich habe das Gefühl, dass da überhaupt nichts passiert ist.”/10/45-46

Sie scheint in den letzten fünf Schuljahren nicht so recht anwesend gewesen zu sein. Der schulische Rahmen wird im Vergleich zu außerschulischen Einbindungen und Beziehungsgeflechten zu einem sekundären Bereich. An besondere Eindrücke und Erfahrungen kann sie sich innerhalb der ersten acht Schuljahre nicht erinnern. Das achte Schuljahr wird rückblickend noch als das angenehmste Schuljahr betrachtet. Diese Einschätzung bezieht sich vor allem auf herausragende Ereignisse, wie z.B. Klassenfahrten bzw. freizeitpädagogische Highlights.

Die Ablehnung ihrer EOS-Bewerbung wird zu einem tiefen, lebensgeschichtlich prägenden Einschnitt. Im Vergleich zu dieser traumatischen Einengung ihrer Handlungsspielräume wird der Auszug der Eltern als eine befreiende Situation betrachtet. Den verengten Ausbildungschancen und beruflichen Handlungsspielräumen steht ein Zugewinn an Autonomie innerhalb des familiären Rahmens gegenüber. Ausschließungs- und Emanzipationserfahrungen folgen kurz aufeinander. Trotz unterschiedlicher Erfahrungsbezüge wird ein relationaler Bezug zwischen diesen beiden Ereignisknotenpunkten sichtbar. Die

---

<sup>30</sup> In der griechischen Philosophie gibt es u.a. bei Aristoteles ein ganz anderes Verständnis von einem guten Leben. Das gute Leben besteht darin, der Erwerbsarbeit, dem Bereich des Notwendigen zu entrinnen. Die in diesem Rahmen angesiedelten Lebensweisen spielen sich im Bereich des Schönen ab, d.h. in der Gesellschaft von Dingen, die nicht notwendig gebraucht werden. (z.B. Verzehr des körperlich Schönen, das Erzeugen von schönen Taten und das Leben des Philosophen). Insbesondere das Leben des Philosophen bleibt dem doppelten Eingriff des Menschen, seinem Herstellen neuer Dinge und seinem Verzehren dessen, was ist, entzogen (H.Ahrend 1994; 19). Die Bereiche des Herstellens bzw. der erwerbsmäßigen Arbeit sind die Vorstufen, die Basis und nicht das Ziel eines guten Lebens.

zeitliche Abfolge dieser Ereignisse in einer einschneidenden Phase ihres Lebens führt zu einer Bilanzierung, die nicht nur durch Verluste und Einengungen geprägt ist. In diesem Sinne kann der untypische Wegzug der Eltern ohne ihre ältesten Kinder und die damit für A. verbundene größere Selbstständigkeit als eine Veränderung ihrer Lebenssituation zum richtigen Zeitpunkt verstanden werden.

Der von ihr beschriebene Prozess der zunehmenden Eigenständigkeit wird rückblickend als ein schöner Zeitabschnitt beschrieben. Nachfolgend beschreibt sie auf der privaten Ebene positive Ereignisknotenpunkte, wie z.B. das Kennenlernen ihres späteren Mannes und die Geburt ihrer beiden Kinder. Der berufliche Werdegang wird in dieser Aufzählung ausgeblendet. Zwischen beruflicher und privater Sphäre wird eine Affekthierarchie sichtbar, die sich wie ein roter Faden durch die Erzählung zieht. Ihre in Bezug auf den Bereich der Familie bestehenden übergeordneten Gefühle machen den beruflichen Bereich zu etwas Nachrangigem.

Aus der aktuellen Situation heraus artikuliert A. eine grundsätzliche berufliche Unzufriedenheit, welche ganz allgemein mit dem Zeitaspekt in Verbindung gebracht wird. Die in diesem Zusammenhang sichtbaren Überlegungen beziehen sich vorrangig auf die unzureichende Umsetzung wertrationaler Handlungsorientierungen. Ihre selbstgesetzten Ansprüche kann sie in der beruflichen Arbeit nur z. T. realisieren. Angesichts der unbefriedigenden strukturellen Rahmenbedingungen ist eine aus ihrer Sicht gute Pflege kaum möglich. Um diesen selbstgesetzten Ansprüchen gerecht zu werden, leistet sie eine z.T. unbezahlte Mehrarbeit. Die dadurch entstehende Differenz einer entlang ihrer Pflegevorstellungen erbrachten Leistung gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen und einer kontrastiv dazu durch die Überschreitung der finanziell gedeckelten Betreuungszeiten inadäquaten Entlohnung führt zu einer unbefriedigenden Arbeitssituation. Ihr emphatisches Bekenntnis zur pflegerischen Arbeit korrespondiert mit einem Selbstanspruch, der angesichts restriktiver Rahmenbedingungen nur über eine kontinuierliche Überschussmotivation eingelöst werden kann. Diese ärgerliche Situation verursacht ein anhaltendes Stressmoment, das perspektivisch als krankmachend empfunden wird. Ob sie sich mit dieser grundsätzlich konfliktbeladenen Situation arrangieren kann oder nicht lässt A. erst einmal offen. Dadurch, dass sie erneut schwanger wird, kommt es zu einer Art Durchhalteprogrammatik. Bis zum geburtsbedingten Ausstieg des Kindes wird eine Entscheidung darüber, ob und wie man sich mit der Pflegearbeit arrangieren kann oder nicht, ausgesetzt. Die erneute berufliche Auszeit relativiert den Entscheidungsdruck für oder gegen die Arbeit in der Pflege. Die Distanz zur pflegerischen Alltagsarbeit will A. dafür nutzen, zu überdenken, wie es für sie in Zukunft beruflich weitergeht.

Oppositionell dazu werden auch zweckrationale Überlegungen deutlich. In der perspektivischen Planung spielen absichernde Überlegungen eine wesentliche Rolle. Die Option eines relativ sicheren Arbeitsplatzes ist in Anbetracht ihrer familiären Situation und der prekären Arbeitsmarktlage ein wesentlicher Gesichtspunkt, um potentielle berufliche Ausstiegspläne zu dämpfen. Das Ausharren im pflegerischen Beruf scheint vorprogrammiert. Der berufliche Verbleib wird davon abhängig gemacht, wie bestimmte Regeln und Sollvorstellungen realisiert werden können. In diesem Rahmen will sie zukünftig stärker darauf insistieren, dass die tariflich vorgesehene Arbeitszeit eingehalten wird. Das berufliche Handlungsfeld soll den familiären Bereich nicht über Gebühr annekieren. Eine grundsätzliche Trennung dieser Bereiche wird angestrebt. In diesem Kontext wird der Tag in eine berufliche und private Hälfte unterteilt. Während der Vormittag dem Beruf gehört, soll der Nachmittag der Familie gewidmet werden. In der paritätischen Aufteilung des Tages in eine Berufs- und Familienzeit wird die Selbstpflegezeit eher zu einer Residualkategorie. A. hofft darauf, auch Zeit für sich selbst zu finden.

“Im Moment ist es so für mich, dass ich bis Ende Juli da noch arbeite, weil dann unser drittes Kind kommt. Und ich habe so für mich gesagt: “Ich gucke mir das jetzt an, bis Ende Juli, wie ich so damit klar komme. Und entscheide dann, wie es weitergeht“. Ich habe ja dann auch in der Zeit, wo ich zu Hause bin, mir das zu überlegen. Die andere Seite ist die, dass ich drei Kinder und eine feste Arbeitsstelle habe. ...Aber auf alle Fälle werde ich, wenn ich wieder arbeiten gehe danach.

Das ist Quatsch. Ich will wieder arbeiten gehen danach....Wenn ich wieder arbeiten gehe, werde ich keine Überstunden mehr machen. Das habe ich mir schon überlegt. Sicher schon mal eine Überstunde aber wenn das mehr wird...

Aber ich weiß schon, dass, wenn ich meine Arbeit geschafft habe am Nachmittag, auch ein bisschen Zeit für meine Kinder und für meinen Mann.. Ich hoffe, dass auch ein bisschen Zeit für mich bleibt.”/12/18-31

Es schimmert eine sich in der Gesamterzählung wiederholende Skepsis durch, dass sie ihre an Mußezeit gebundenen Interessen und Neigungen kontinuierlich pflegen kann. Die unterschiedlichen Rollenanforderungen lassen wenig Raum für egoistische Domänen. In diesem fiktiven Zukunftskonzept von beruflichen und familiären Rahmungen wird ein sozialer Entwicklungspfad skizziert, der mit einem wachsenden Verlust an selbstbezogenen Ausdrucksmöglichkeiten verbunden scheint. Das schwierige Ausbalancieren von sich unterscheidenden Interessenlagen und Anforderungen bleibt perspektivisch eine für sie schwer zu managende Aufgabe. Diese Balancierungsarbeit ist lebensgeschichtlich betrachtet ein grundsätzliches Dilemma. Das Nebeneinander unterschiedlicher Bereiche ist mit Anforderungen verbunden, die zu problematischen Ausweitungs- bzw. Verringerungstendenzen führen. Die dadurch entstehenden Überlastungs- und Defizitgefühle erfordern auflösende Handlungsstrategien. Das von ihr vollzogene zyklische Modell von sich abwechselnden beruflichen Auszeiten und anschließender beruflicher Rückkehr lässt sich lebensgeschichtlich kaum durchhalten. Die grundsätzliche Frage scheint, welchen Platz die verschiedenen Lebensbereiche zukünftig einnehmen sollen. Hier prallen wert- und zweckrationale Überlegungen aufeinander.

Maßgeblich bleibt das Bewahren persönlicher Ausdrucks- und Selbstentfaltungsräume, eine anhaltende Reduktion dieses für sie essentiellen Bereiches scheint dagegen problematisch.

## **6.7 Körperkontakt und Sexualität**

Der körperbezogene Charakter des Berufes wird von A. grundsätzlich nicht problematisiert. Eine besondere Affinität oder Abneigung gegenüber körperlichen Berührungen bzw. Zuwendungen wird nicht deutlich. Sie werden je nach Situation ganz selbstverständlich eingesetzt.

“Ja((gedehnt))... Da fällt mir jetzt nicht so viel ein. Das gibt es schon.., dass man Patienten auch einmal in den Arm nimmt. Das ergibt sich immer aus der Situation. Also wenn das wirklich angebracht ist, fällt mir das auch nicht schwer.”/23/5-7.

Im Zusammenhang mit dem Thema Sexualität fallen Frau A. mehrere Fallbeispiele ein. Diese werden z.T. locker, fast anekdotenhaft expliziert. Die anfängliche Leichtigkeit der Fallillustrationen löst sich dann aber zusehends auf. Ihre Fallbeispiele zeigen eine sukzessiv zunehmende Ernsthaftigkeit.

Das erste Fallbeispiel bezieht sich auf einen Patienten, der zu sexuellen Anzüglichkeiten gegenüber dem Pflegepersonal neigt (“...auf den Popo gekloppt..oder irgend so was, ja...”/22/35-36). Diese werden aber als relativ banal und wenig konflikträchtig eingestuft. In Situationen, wo diese Übergriffe auftreten, wird eine persönliche Abgrenzung gegenüber den Patienten vollzogen. Das Begehren des pflegebedürftigen Mannes wird verbal auf dessen Ehefrau umgelenkt.

“Na eine Weile ((lacht)) habe ich das ja auch mitgemacht. Aber nach einer Weile dachte ich: Nun reicht es aber langsam... Und den einem Patienten habe ich gesagt: Sie können doch ihre Frau immer einmal drücken.” (...)/23/16-17.

Das relativ lockere “Rauskommen” (23/42) aus solchen Situationen erscheint unverkrampft und souverän. Die humoristisch gefärbten, in ihrem Gehalt aber klaren Zurückweisungen von körperlich unerwünschten Bemächtigungsversuchen zeigen insofern einen rahmenden Effekt, da es zu keinen ernsthaften Grenzüberschreitungen von Seiten des Begehrenden kommt. Eine bestimmte Schwelle wird offensichtlich nicht überschritten, sodass diese Situationen beherrschbar bleiben.

“Ja wir hatten natürlich auch einen Patienten, wo ich mich gefragt habe: Klopfen sie ihrer Frau auch auf den Po?”. Das war immer so ((lacht)) harmlos gemacht.. aber es fiel irgendwie auf.

Das sind so Grenzsituationen.. wo man aber locker wieder rauskommt..”/23/40-42.

Das andere Fallbeispiel bezieht sich auf eine pflegebedürftige Frau, mit der A. eine intensivere Beziehung verbindet als mit anderen Hilfe- und Pflegebedürftigen<sup>31</sup>. Mit ihr verbinden sich vielschichtige Erfahrungen, die entlang der unterschiedlich angefragten Themenschwerpunkte immer wieder szenische Anknüpfungen erlauben. Eine generalisierende Pathologisierung der bei dieser pflegebedürftigen Frau sichtbaren Ausdrucksformen wird von A. eher vermieden. Trotz ihrer z.T. krankheitsbedingten Abnormitäten und befremdlichen Verhaltensmuster bleibt ihr emphatischer Blick auf die Patientin erhalten. Das nachvollziehende Verstehen bzw. Nichtverstehen von sichtbaren Wünschen und Widerständen orientiert sich eng an ihrem persönlichen Normalitäts- bzw. Werteverständnis.

Die Frau insistiert auf die regelmäßige Durchführung von Einläufen, die sie als sehr befriedigend und wohltuend empfindet. Das gewohnheitsmäßige Einfordern des Klistiers gegenüber der Pflegekraft wird als eine ritualisierte Prozedur beschrieben, die aus ungenannten Gründen nicht immer realisiert werden kann. In diesen Fällen kommt es zu anstrengenden Aushandlungsprozessen.

“Und die andere Patientin, das war die mit der ich so intensivere Kontakte hatte, für die war immer der Einlauf sehr wichtig. Das war für die sehr schön. Da habe ich wirklich manchmal gedacht: Die braucht das irgendwie.. Das klingt jetzt ein bisschen abwertend. Vielleicht war das ihre Art, um Befriedigung zu erlangen. Aber wenn der Einlauf fehlte und nicht gemacht werden konnte, das war immer ein Verhandeln...“/22/39-43

A. deutet die anale Sauberkeitsorientierung dieser Frau über ihr zur Verfügung stehende lebensgeschichtliche Hintergrundinformationen. Die zufällig aufgenommenen Berichte über die Kindheit der Patientin ermöglichen ihr, eine Verbindung zur routinemäßig eingeforderten Einlaufprozedur herzustellen. Die Mutter der Patientin verabreichte ihren Kindern in

---

<sup>31</sup> Diese Frau wird auch an anderen Stellen des Interviews wiederholt eingespielt.

Verbindung mit Bahnreisen präventiv einen Einlauf, um eine Benutzung der zumeist verschmutzten Reichsbahntoiletten zu vermeiden<sup>32</sup>.

„Und ach so((schnell)).. es gab praktisch schon in ihrer Kindheit..

Die Mutter wollte das nicht, wenn sie mit den Kindern verreiste ((lacht)), dass die.. die schmutzigen Reichsbahntoiletten benutzen. Und deshalb hat die allen Kindern vorher immer einen Einlauf gemacht, ja.”/22/44-47

Das selbstverständliche Einfordern eines durch Gewöhnung und Lustgewinn lieb gewordenen Rituals löst bei A. Irritationen und Vermeidungstendenzen aus. Ihre idealtypische Orientierung an dem, was der Einzelne wirklich braucht, erweist sich in diesem Fall als problematische Grenzüberschreitung. Medizinpflegerisch betrachtet erscheint der Wunsch nach einem rektalen Klistier unnötig. Das nachvollziehende Verstehen des auf Lustgewinn ausgerichteten Patientenwunsches führt aber nicht zu einer widerstandslosen Umsetzung des Patientenbegehrens. A. bemüht sich um Abgrenzungen bzw. Zurückweisungen, ohne dass eine wirklich offene Illustration der peinlichen Situation deutlich wird. Die Pflegesituation ist durch eine unausgesprochene Spannung belastet. Lust- und Ekelgefühle liegen in der dyadischen Pflegebeziehung eng beisammen. Der von der Patientin angestrebte Lustgewinn kontrastiert mit dem unterschwelligem Ekel- und Schamgefühl auf Seiten der beruflich Pflegenden<sup>33</sup>.

Ein drittes Fallbeispiel bezieht sich auf einen Patienten, der aus ihrer Sicht eine aktiv voyeuristische Neigung entwickelt. Der Patient fordert die Pflegekräfte offensiv dazu auf, seine wunden Zonen im Urogenitalbereich zu beschauen. Das offensive Zeigen und Kommentieren dieser Hautläsionen wird als schamlose Grenzüberschreitung empfunden<sup>34</sup>.

“Etwas anderes ist es, wenn wir Patienten haben, die immer irgendein Anliegen haben. Einer bei dem ich einmal war.., der war in der Leistengegend immer wund, ja. Der wollte uns das immer auch zeigen, ja. Und da ist es auch immer schwierig, sich da abzugrenzen. Auf der einen Seite dieser Vorwand, für mich war das immer ein Vorwand und... Bei den Anderen waren das ähnliche Situationen. Ich bin deshalb da auch ein bisschen ratlos.”/23/7-12.

Es entsteht ein implizit bleibender Auftrag, behandlungspflegerisch aktiv zu werden. Diese Aufforderung wird als Vorwand eingestuft, hinter dem ein latenter sexueller Befriedigungswunsch steht. Diese maskierte Patientenstrategie wird als missbräuchliche Inanspruchnahme von Pflege beschrieben.

“: Ja/ja...Mir ging das so.. Ich habe mich da doch schon irgendwie missbraucht gefühlt.”/23/19

Die von ihr dargestellten Fallbeispiele skizzieren unterschiedliche Situationen, in denen der angestrebte Lustgewinn der Hilfe- und Pflegebedürftigen offen oder verhüllt zum Ausdruck

---

<sup>32</sup> Die mütterlichen Ekelgefühle bzw. Ansteckungsängste etablieren eine Prozedur, die psychoanalytisch gesehen mit erogenen Erfahrungen verbunden sind. Die Einläufe sorgen für Darmirritationen, die möglicherweise zu intensiven Erregungen führen. Deren erogene Bedeutung kann trotz sexueller Umwandlungen erhalten bleiben (S. Freud 1985; 173).

<sup>33</sup> Der mit dem Klistier verbundene Lustgewinn bei der Patientin kontrastiert möglicherweise mit dem latenten Ekelgefühl der Pflegekraft. Der unausgesprochene Ekel stempelt dieses sexuelle Bedürfnis zur Perversion. Das Ekelgefühl speist sich daraus, dass die Afteröffnung mit Exkrementen in Berührung kommt, d.h. “mit dem Ekelhaften an sich” (Freud 1985; 140).

<sup>34</sup> Die Verwendung des Schambegriffes erscheint angebracht. Das Zeigen und Beschauen-lassen der Genitalien kann durch die Macht des Schams gegensteuernd aufgehoben bzw. gemindert werden (Freud 1985; 145).

gebracht wurde. Zwischen vordergründigem und hintergründigem Begehren zu differenzieren erweist sich als ein schwieriges Markierungsproblem. Das Abgrenzen gegenüber getarnten sexuellen Befriedigungswünschen wird zur kaum auflösbar scheinenden Herausforderung. Wie das Zurückweisen unberechtigter Wünsche erfolgen kann, deren Erfüllung mit der personalen Integrität der Pflegekraft unvereinbar scheint, wird nicht sichtbar. Entlang dieser peinlichen Pflegesituationen drückt A. eine gewisse Handlungsunsicherheit bzw. Ratlosigkeit aus.

### 6.7.1 Kollektive Mitarbeitererfahrungen

Analog zu ihrer Befindlichkeit stellen sich auch bei anderen Mitarbeiter/Innen der Sozialstation ähnliche Irritationen und Unsicherheiten ein. Die Kategorisierung als kollektives Mitarbeiterproblem hat für A. auch etwas Entlastendes.

Darüber hinaus wird ein solidarischer Bezug zu ihren Berufskolleginnen hergestellt. Das tabubeladene Thema Sexualität wird nun auch im Rahmen von Dienstbesprechungen aufgegriffen. Der Austausch über die damit zusammenhängenden Irritationen und Konflikte scheint eine neue Erfahrung für die Mitarbeiter/Innen zu sein. Der Impuls zu diesem kollektiven Austausch erfolgte durch ein sichtbar aufbrechendes Mitarbeiterproblem. Eine ihrer Kolleginnen, die als Familienpflegerin auf der Sozialstation tätig ist, kommt bei einer psychisch kranken Frau in eine unangenehme Situation. Die Patientin versucht offensichtlich immer wieder, sich mit der Mitarbeiterin einzuschließen, um sie dann zu sexuellen Handlungen zu nötigen. Diese Situationen sind für die Familienpflegerin äußerst belastend. Der Versuch, dieses Problem über die stellvertretende Pflegedienstleitung aufzuarbeiten, scheitert, d.h. die subjektive Not der Mitarbeiterin wird nicht ernsthaft genug aufgegriffen. Aus der misslungenen Bearbeitung dieses Problems entwickelt sich aber eine offene Diskussion über solche Phänomene in der alltäglichen Pflege. Aus der erneuten Bearbeitung dieses fallbezogenen Konfliktes kommt es zu einer Dienstbesprechung, in der ähnliche Probleme von anderen Mitarbeiter/Innen aufgedeckt werden.

“Das sind schon wirklich Konflikte. So mit anfassen und so....

Und auch wirklich häufiger als ich zum Anfang gedacht habe. Das Problem ist wirklich..

Da wird häufig nicht drüber geredet.”/23/36-38

Die narrativ wenig ausgestaltete Belästigungssituation der betroffenen Mitarbeiterin wird als schwerwiegend eingeschätzt. Im Vergleich dazu erscheinen die mit voyeuristischen Neigungen einiger Hilfe- und Pflegebedürftiger verbundenen Situationen sowie die eine bestimmte Schwelle nicht überschreitenden körperlichen Annäherungsversuche von in der Regel männlichen Hilfe- und Pflegebedürftigen weniger ernsthaft zu sein.

“ Ja wir hatten das auch schon einmal in der Dienstbesprechung zum Thema. Wir hatten.. wirklich...

Wir hatten eine Familienpflegerin, die musste immer zu einer Patientin, die psychisch auffällig war, irgend so etwas. Die sich immer einschließen wollte und so (...) Und da gab es so Situationen und unsere Chefin war nicht da, nur unsere Stellvertreterin war da. Und die hat das Problem irgendwie nicht ernst genommen. Die hat das nicht gewusst, wie schlimm diese Situation für die Betroffene war. Das wurde dann noch gelöst. Das ging dann. Und darauf hin wurde das Problem zur Dienstbesprechung öffentlich gemacht. Das hatte sich dann auch herausgestellt, dass es nicht so schlimm war die Situation. Aber sie war schon da, ja. Das es schon oft so war, dass es zu sexuellen Belästigungen immer mal gekommen ist...

Also mit diesen zeigen.. Das eben ständig an diesen Geschlechtsteilen zu zeigen ist. Das ist ja noch eher harmlos..."/23/24-33

Die Differenzierung in ernsthafte und weniger ernsthafte sexuelle Konfliktsituationen bemisst sich vor allem an der subjektiven Not der Mitarbeiterin. Die in diesem Fall sichtbare Fremdeinschätzung dieser Situation deckt sich nicht mit der Einschätzung der Familienpflegerin. Der Konflikt hat sich durch die relativierende Betrachtung bzw. Nichtbeachtung der stellvertretenden PDL verschärft. Der aus einer in den Anfängen misslungenen Aufgreifung eines Mitarbeiterkonfliktes sich entwickelnde Kommunikationsprozess über bisher verdeckt gebliebene Erfahrungen in der Pflege wird von A. als eine positive Wendung eingestuft. In der nachträglichen ergebnissichernden Betrachtung dieses Prozesses wird die präventive Bedeutung von kommunikativen Austauscharenen angedeutet.

“Aber die Situation mit der Familienpflegerin.., eben nicht ernst genug genommen zu werden und so. Das war schon eine blöde Situation... So weit sollte es nicht kommen”/23/42-44

Der Hinweis auf psychische Auffälligkeiten bzw. Krankheiten von Hilfe- und Pflegebedürftigen führt zu einer tendenziell nachsichtigeren Bewertung sexueller Wünsche und Bedürfnisse von Seiten der beruflich Pflegenden. Unklar bleibt, inwieweit diese leicht pathologisierende Rahmung sexueller Bedürfnisse der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen gerecht wird<sup>35</sup>. Das Schutz- und Abgrenzungsbedürfnis von Pflegekräften bleibt bedeutsam. Möglicherweise kann die einordnende Kategorisierung in krank bzw. psychisch auffällig auch als Distanzierungsstrategie verstanden werden. Die von Seiten der Hilfe- und Pflegebedürftigen überwältigend eingeforderte Nähe kann über eine ordnende (kognitive) Attribution (krank, auffällig) ausgehalten bzw. distanzierend bewältigt werden<sup>36</sup>. Ob durch eine pathologisierende Wahrnehmung dieser schamlos gezeigten Bedürfnisse irritierende und peinliche Gefühle klein gehalten werden können oder nicht bleibt verschwommen. Durch die Zuordnung in krank oder gesund bzw. normal oder abweichend bleibt für sie das dyadische Rollenmuster in der Pflege konsistent.

## 6.8 Zeitdimensionen und Zeitdilemmata in der Pflege

Der berufliche Wiedereinstieg wird als einschneidend empfunden. Die Umstellung vom familiären Zeitrhythmus auf den beruflichen Takt des pflegerischen Alltags verursacht Anpassungsschwierigkeiten (“Ja es fällt mir schwer”/6/6). In der ambulanten Pflege ist die

---

<sup>35</sup> Einige hilfreiche Bemerkungen dazu finden sich u.a. bei Freud (1985). Der perverse Charakter von sexuellen Ausdrucksformen scheint im krankhaften Sinne dann vorzuliegen, wenn der Sexualtrieb so stark wird, dass bestimmte Widerstände (Scham, Ekel, Grauen, Schmerz) übermäßig überwunden werden und in erstaunlichen Leistungen Ausdruck finden. Diese Personen als geisteskrank oder mit anderen schweren Abnormitäten behaftet zu betrachten, erscheint aus Freuds Sicht nicht zwangsläufig bzw. sogar unangemessen zu sein. Der Charakter des Krankhaften bei der Perversion besteht nicht im Inhalt des neuen Sexualziels, sondern im Verhältnis zum Normalen. Ungünstige Umstände können das Normale in Bezug auf Sexualziel und Objekt verhindern. Einsamkeit, mangelnde Mobilität und körperliche Versehrtheiten u. a. Umstände begünstigen, unter der Herrschaft des ungezügeltsten aller Triebe (Sexualtrieb), den Ausbruch sexueller Perversionen. Die Verdrängung bzw. Ersetzung einer für den Einzelnen normalen Sexualität drückt sich über – Ausschließlichkeit- und –Fixierung- aus. Solche krankhaften Symptome erlauben die beurteilende Einordnung unter dem Sammelbegriff Perversion (Freud 1985; 148 f.).

<sup>36</sup> Die in diesen Pflegesituationen sichtbaren Verunsicherungen und Dissonanzerfahrungen sind typische, d.h. unvermeidbare Zumutungen (Remmers 1998; 220). Kognitive Distanzierungen gegenüber auftretenden Gefühlseinstellungen bzw. emotiven Irritationen sind insbesondere in situativ eintretenden Handlungskonflikten notwendige Abstraktionsleistungen.

Zeit nicht stehen geblieben, d.h. sie fängt nicht dort an, wo sie aufgehört hat. Insbesondere die knappe Zeit am Patienten wird als ein wesentlicher Stressfaktor empfunden. Im Vergleich zu der Zeit vor drei Jahren erlebt A. im beruflichen Alltag eine stärkere Verengung des Zeitregimes.

Das knappe Zeitkontingent wird beispielhaft illustriert. Bei einer Patientin ist eine Behandlungspflege angeordnet, die einen zeitlichen Aufwand von etwa 30 Minuten erfordert. Die Krankenkasse bezahlt aber nur einen Aufwand von 10 Minuten. Der Mehraufwand muss durch die Schwester privat kompensiert werden, da auch der Arbeitgeber diese Differenz nicht ausgleichen kann. Diese zu Lasten des Pflegepersonals gehenden Substitutionsstrategien markieren eine für A. unerwartete Entwicklung.

“Das war schon alles, es war aber schon vor drei Jahren alles so sehr eng eigentlich gefasst. So mit den Zeiten, die man zur Verfügung hatte, dass man die auch einhalten sollte. Aber es war halt...es war eben so, dass das was man eben an Zeit benötigte bzw. brauchte, dass dann auch ein, wirklich ein Einsatz war...”/6/9-12

Die Illustration dieser Zeitschere scheint exemplarisch. Eine Strategie, mit diesem Zeitdilemma irgendwie umzugehen, sieht A. momentan nicht. Das Bemühen, durch ein sich darüber stellendes positives Denken diese Frustrationen auszugleichen, misslingt bisher.

“Ja das ist so, mit meinem Frust ist immer das so ((schnell)).. Ich bemühe mich zur Zeit auch, auch immer bewusst ein bisschen positiv zu denken. Aber ((lachend:)) Ich kann das einfach nicht.”/6/3-4.

Aus der Fallskizze heraus wird ein erheblicher unbezahlter Mehraufwand beschrieben. Diese zu ihren Lasten gehende Kompensation des notwendigen pflegerischen Aufwandes schafft eine motivationsdämpfende Arbeitssituation. Die finanziellen Rahmenbedingungen erlauben aus ihrer Sicht keine Pflege durch qualifizierte Pflegekräfte. Bei einem Einsatz von Pflegefachkräften ist die Vergütung unzureichend, d.h. es kommt zu einer untertariflichen Regulierung der Pflgetätigkeiten. Diese Situation ist für A. politisch relevant. Eine öffentliche Diskussion über diese für das Pflegefachpersonal unbefriedigende Situation ist für sie nicht erkennbar (“...ich höre jedenfalls nichts davon...”/5/48). Die Stummheit potentieller politischer Interessenvertretungen wie z.B. der ÖTV wird von ihr unterschwellig kritisiert<sup>37</sup>. Prinzipiell werden die strukturell eingengenden Handlungsspielräume als veränderungsbedürftig eingeschätzt. Die Arbeit mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen wird im Kontrast dazu nicht als unangenehm bzw. frustrierend empfunden.

---

<sup>37</sup> Die Diskussion um eine eigenständige politische Interessenvertretung für die Pflegeberufe scheint in der Tat mehr als zäh. Eine offensive gewerkschaftliche Vertretung der Pflegeberufe ist nur bedingt erkennbar. Der Institutionalisierungsprozess gewerkschaftlicher Interessenvertretungen (Gewerkschaft Pflege) verläuft gerade in den Neuen Bundesländern sehr langsam. Die Diskussion um die Konstitution von Pflegekammern steckt noch in den Anfängen und hat bisher noch nicht zu einem breiten Institutionalisierungsschub solcher Organisationsstrukturen geführt. Ein innovativer Organisationsprozess von berufspolitischen Strukturen wird somit kaum sichtbar, d.h. er bleibt auch den beruflich in der Pflege Tätigen weitgehend verborgen. Die bestehenden Arbeits- und Förderkreise zur Einrichtung von Pflegekammern haben sich primär in den alten Bundesländern konstituiert (Presseerklärung der Nationalen Konferenz zur Errichtung von Pflegekammern (1995): “Die Pflegekammer kommt”, In: Pflege Recht Jg. 95/5; 124:). Allerdings darf auch die kurze Zeit der beruflichen Praxis nach ihrem beruflichen Wiedereinstieg nicht vernachlässigt werden. Eine aktive Informationsaneignung von berufspolitischen Debatten und Initiativen ist bei A. nicht erkennbar. Der öffentliche Raum wird eher über informelle Kanäle bzw. vom Hören/Sagen erschlossen (“ Ich höre jedenfalls nichts davon.... Das hört man bloß immer mit der ÖTV und so.”/5/48-50).

### 6.8.1 Einfluss der Hilfe- und Pflegebedürftigen auf den Ablauf von Pflege

Die sich auf den zeitlichen Ablauf von Pflegemaßnahmen beziehenden Wunschvorstellungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen werden von den Pflegekräften aufgenommen und nach Möglichkeit organisatorisch berücksichtigt. Das selbstbewusste Einfordern von zeitgerechten Pflegeeinsätzen entlang des individuell bevorzugten Tagesrhythmus scheint insbesondere bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen ausgeprägt zu sein, die keine versicherungsrechtlichen Leistungen bekommen. Da, wo der Pflegeeinsatz z.T. privat finanziert wird, wächst aus ihrer Sicht die Kundensouveränität. Die individuellen Wünsche von Selbstzahlern werden deutlicher sichtbar als bei Hilfe- und Pflegebedürftigen, die primär gesetzlich abgesicherte Leistungen der Pflege- bzw. Krankenversicherung in Anspruch nehmen.

Insbesondere in Stoßzeiten, wie z.B. in den Morgenstunden, ist es für A. schwierig, diese individuellen Ansprüche zu erfüllen. Die Versorgung von mehreren Grundpflegepatienten<sup>38</sup> muss von ihr abwägend organisiert werden. Da eine gleichzeitige pflegerische Versorgung nicht umzusetzen ist, muss A. eine Entscheidung darüber treffen, welcher Patient "wirklich" (15/31) zu einer festgelegten Zeit versorgt werden muss. Das Verstehen von selbst- und fremdintendierten Bedürfnissen führt zu einer differenzierenden Wichtung von zeitbezogenen Betreuungswünschen.

Das Erkennen unterschiedlicher Bedürfnislagen verdeutlicht A. über eine knappe Skizze aus dem pflegerischen Alltag. Bei einer pflegebedürftigen Frau, die nicht so früh am Morgen grundpflegerisch betreut werden möchte, insistiert die Nachbarin, die in die häusliche Betreuung eingebunden ist, auf einen frühen Pflegeeinsatz. Die dahinter stehenden Motive werden nicht deutlich. In diesem Fall wird der Wunsch der pflegebedürftigen Frau zum entscheidenden Kriterium, d.h. sie wird als letzte der Grundpflegepatientinnen versorgt.

“ Ja...Aber es geht schon so ein bisschen zu organisieren, dass der eine 7.30 Uhr und der andere 7.45 Uhr und so weiter.

Das wird halt oft versucht rauszukriegen: Wer braucht das jetzt wirklich-. Also bei der einen Frau ist es eben mehr die Nachbarin, die früher aus dem Bett kommt. Sie selber bleibt gerne noch im Bett. Und zu der gehe ich natürlich zuletzt hin....“ /15/29-33

### 6.8.2 Der Wunsch nach mehr Zeit in der Pflege

Eine befriedigende Pflege ist für die Mehrzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen mit einem größeren Zeitkontingent verbunden. Die der Pflegekraft arbeitsorganisatorisch zur Verfügung stehende Zeit wird als unzureichend empfunden. Diese Differenz scheint unauflösbar.

A. beschreibt eine Pflegesituation, wo Sie diese allgemein angedeutete Zeitschere auszugleichen sucht. Nachdem sie bei einer pflegebedürftigen Frau die notwendigen Verrichtungen im Rahmen des vorgegebenen Zeitrahmens erledigt hat, verbringt sie ihre Pausenzeit bei der Patientin. Die Patientin äußert den Wunsch nach einer entspannten Gesprächssituation. Der Wunsch der Frau wird von ihr berücksichtigt. Die tätigkeitsfreie Phase führt zu einer privaten Gesprächssituation, die mit einem gemeinsamen Kaffeeritual

---

<sup>38</sup> Grundpflege umfasst Hilfeleistungen im Bereich der Körperpflege, im Bereich der Ernährung und der Mobilität. Die im Rahmen des SGB XI erbrachte Grundpflege darf sich nur auf die Verrichtungen beziehen, die in § 14 SGB XI anerkannt wurden (Klie 1995; 42). A. bezieht sich an dieser Stelle primär auf Hilfeleistungen im Bereich der Körperpflege. Dieses Verständnis ist im pflegerischen Alltag allgemein etabliert, d.h. Grundpflege wird zumeist mit Körperpflege bzw. dem damit verbundenen An- und Auskleiden von Pflegebedürftigen in Beziehung gesetzt.

verbunden wird. Die dauerhafte Institutionalisierung dieses gemeinsamen Rituals wird von ihr angezweifelt.

„Also bei einer Patientin ist es mittlerweile so, dass wenn ich dort fertig bin und ihr das Frühstück gemacht habe, noch eine Viertelstunde meiner Pausenzeit dort zubringe. Und mit ihr da nun eine Tasse Kaffee trinke. Die wünscht sich das eben so sehr. Und...ich weiß nicht ob das so auf Dauer geht. (...)“/15/6-9

### 6.8.3 Kommunikation unter Zeitdruck

Flankierend zu den pflegerischen Tätigkeiten präferiert A. eine entspannte Kommunikation mit den Patienten. Die selbstverständliche Unterhaltung während der Durchführung bestimmter Verrichtungen bzw. Hilfeleistungen scheint in einer zeitlich gewachsenen dyadischen Pflegebeziehung leichter möglich als bei nicht so vertrauten Patienten. Durch den in der Pflege bestehenden Zeitdruck unterliegt der frei flottierende Charakter von Gesprächen auch pragmatischen Brechungen. Unter diesen Umständen werden von ihr Gespräche (vor-) strukturiert, bzw. in eine bestimmte Richtung gedrückt.

Das Ansprechen problematischer Situationen von Seiten der Patienten ist aus ihrer Erfahrung ein längerer Entwicklungsprozess. Die Konflikte haben zumeist eine Vorgeschichte, d.h. sie werden im Laufe einer langfristigen Pflegebeziehung auf irgendeine Art und Weise bereits sichtbar. Ein häufig von den Hilfe- und Pflegebedürftigen angesprochenes Problem ist die Beziehung zu ihren nächsten Angehörigen. Die von den Patienten als unzureichend empfundenen Kontakte zu Angehörigen werden problematisiert und bilden den Kern von krisenhaft zugespitzten Gesprächssituationen. A. deutet in diesem Zusammenhang eine vorbeugende Antikrisenstrategie an. Das regelmäßige Einlassen auf die von den Hilfe- und Pflegebedürftigen problematisierten Sozialbeziehungen hat möglicherweise eine entlastende Wirkung. Ein kumulativ aufgeschichteter Gesprächsstau kann somit vermieden werden.

“Also wenn alle Patienten an einem Tag gleichzeitig etwas von mir wollen, da wird es natürlich schwierig, ja. Aber...es geht dann halt... Ich meine man kann so ein Gespräch nicht endlos in die Länge ziehen. Aber.. es ist ja oft schon ein Problem, was schon länger steht, wenn irgendwas ist. Das betrifft ja oft die Kinder, wenn die nicht kommen. Und dass man da jeden Tag darüber redet...“/17/16-23

## 6.9 Kommunikation in der Pflege

Konfliktsituationen in der Pflege werden von A. in Verbindung mit kommunikativen Austauschprozessen betrachtet. In diesem Sinne werden auftretende Probleme und Schwierigkeiten im Rahmen von institutionalisierten und individuellen Reflexionsmöglichkeiten in den Blick genommen.

### 6.9.1 Institutionelle Reflexivität im Rahmen von Dienstbesprechungen und Teamsupervision

Einen kontinuierlichen Diskussionszusammenhang über berufliche Alltagsprobleme gibt es im Rahmen der Dienstbesprechungen. Die Dienstbesprechungen werden zur fallbezogenen Pflegeplanung genutzt. Die Möglichkeit über einen Patienten zu sprechen, der auch anderen

Mitarbeiter/Innen vertraut ist, führt zu ergänzenden Wahrnehmungen, die Blindstellen und Widersprüchlichkeiten sichtbar machen. Fraglose Phänomene werden z.T. von anderen Mitarbeiter/Innen aufgeweicht. Aus solchen Erfahrungen entwickeln sich Problemzuschreibungen, die aus der subjektiven Perspektive möglicherweise nicht wahrgenommen bzw. anerkannt wurden.

“In jeder Dienstbesprechung wird ein Patient herausgenommen und da wird die Pflegeplanung überarbeitet/ ja. Und das ist auch ganz gut. Wenn man da immer alleine hinget, kriegt man wirklich manchmal nicht mit, wo da der Haken ist. Oder dass man so einfach vor sich hin arbeitet und manchmal ein Problem als solches gar nicht anerkennt.“/24/43-47.

In dieser Arena werden vor allem problematische, aus der Sicht der Mitarbeiter/Innen schiefgelaufene Situationen aufgearbeitet<sup>39</sup>. Auslöser für diese kollektive Inblicknahme sind kritische Pflegeeinschätzungen. Aus welcher Richtung diese kritischen Statements kommen, wird nicht weiter detailliert. Sie lösen eine reflexive Auseinandersetzung mit dem besprochenen Fall aus. Ein offener Diskurs scheint aber in diesem Rahmen eher die Ausnahme zu sein.

Tendenziell befindet A. monologisch darüber, was ein richtiges pflegerisches Handeln war oder nicht. Sie beugt sich nicht ohne weiteres der Kritik an ihrem beruflichen Handeln. Diese durchaus selbstverständliche Divergenz wird mit einer gewissen Trotzigkeit ausgedrückt. Ihr persönlicher Kompass entscheidet letztendlich still darüber, inwieweit eine kritische Revision von Pflegehandlungen erfolgt. In welchen Situationen diese von ihr angedeutete “trotzige Individualität” (Habermas 1998; 209) zur Geltung gelangt oder nicht bleibt an dieser Stelle unkenntlich. Die Aufnahme oder Abwehr von kritischen Fremdeinschätzungen ist undurchsichtig. Ein offener Diskurs mit anderen Mitarbeiter/Innen wird im Beisein von Vorgesetzten eher vermieden (23/46-24/2). Ihre kommunikativen Bedeckungsstrategien lassen sie als Person weitgehend unsichtbar bleiben.

“ Ja...Besonders wird darüber nachgedacht, wenn was schiefgelaufen ist und das zur Dienstbesprechung zum Thema gemacht wird. Manchmal sind das Situationen, wenn es um Kritik geht.. Manchmal denke ich: “War das richtig?”. Aber manchmal, wenn die Kritik kommt, denke ich, dass es trotzdem richtig war. Also es gibt da so Unterschiede...”/28/37-40.

In ihrem pflegerischen Handeln bleibt dagegen ein persönlicher Stil erkennbar. Die in der Erzählung sichtbaren selbstbewussten Einschätzungen und von ihrem persönlichen

---

<sup>39</sup> Das vorrangige Thematisieren von fehlerhaften Pflegesituationen führt möglicherweise auch zu kommunikativen Blockaden. Die angedeutete Einseitigkeit der Fälle reduziert die pflegerische Arbeit stark auf fehlerhaftes Pflegehandeln. Vielleicht behindern mehr oder weniger stark ausgeprägte Schuldgefühle eine offene Diskussion über den Fall. Missgeschicke und Nachlässigkeiten werden möglicherweise partiell verheimlicht, da Kritik und Sanktionierungen gefürchtet werden. Das Razonieren über konfliktbeladene Fälle scheint auch mit einer persönlichen Kritik der Mitarbeiter/Innen verbunden zu sein. Erfolgreich gemeisterte Pflegesituationen geraten reflexiv aus dem Blick, d.h. werden als lehrhafte Momente analytisch vernachlässigt. Trotz der liberalen und offenen Grundhaltung der Pflegedienstleitung werden ihr bestimmte Probleme der Mitarbeiter nicht anvertraut, d.h. sie bleiben gewissermaßen verdeckt. Nach Beck/ Giddens (1996) lassen sich unterschiedliche Nicht-Wissensarten unterscheiden (vgl. Beck/ Giddens et al 1996; 300 ff). Unter anderem zählen dazu auch -Irrtümer und Fehler-. Diese sind in unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregraden ständiger Begleiter von Entscheidungen. Die reflexive Inblicknahme des pflegerischen Alltags bezieht sich sowohl auf Kontingenzen und Diskontinuitäten. Prinzipiell kann es nicht um die Aufhebung von Nicht-Wissen gehen (ebenda; 302). Dafür scheint ein institutionalisierter, vertrauensvoller Rahmen notwendig zu sein, d.h. ein Kontinuum, in dem sowohl Gelingen als auch Mislingen vertrauensvoll verhandelt werden kann. Das unaufhebbare, immer wieder neu auszubalancierende Nebeneinander von Ungewissheit und Stabilität, von Misstrauen und aktivem Vertrauen, von Skepsis und Verbindlichkeit bleibt für die Herausbildung bzw. Bewahrung einer kollektiven und persönlichen Identität entscheidend (vgl. Beck/ Giddens 1996; 150-166).

Wertehorizont geprägten pflegerischen Handlungsstrategien werden in den Dienstbesprechungen nicht offensiv kommuniziert.

Ihre Einschätzungen und Einstellungen werden in anderen Kommunikationsarenen deutlicher. Lebensgeschichtlich betrachtet ist sie in ihrem subjektiven Verhüllungsbestrebungen durchaus konsistent. Mögliche Angriffspunkte bzw. Konflikte werden von ihr eher vermieden<sup>40</sup>.

Aus der Darstellung der unterschiedlichen Konfliktsituationen in der Pflege wird erkennbar, dass es eine weitere Arena gibt, in der Probleme und Schwierigkeiten aus dem Berufsalltag zur Sprache gebracht werden können. Ihr Arbeitgeber bietet eine Gruppensupervision an. In diesem Rahmen werden fallbezogen Konflikte aufgedeckt, die im beruflichen Alltag sonst eher unsichtbar bleiben. Diese institutionalisierte Form des kommunikativen Austausches wird grundsätzlich als gut eingeschätzt. Angesichts mehrerer im Vorfeld gescheiterter Supervisionsanläufe erscheint diese Einschätzung nicht selbstverständlich. Detaillierend werden einige Gründe für diese misslungenen Anläufe angedeutet.

Der erste Versuch einer Teamsupervision scheitert an deren verordnetem Charakter. Sinn und Inhalt der Supervision bleiben den Mitarbeiter/Innen weitgehend verschlossen und fremd. Darüber hinaus erweist sich die Teilnahme des Geschäftsführers sowie anderer leitender Mitarbeiter/Innen des Trägers bei diesen Sitzungen als kommunikationshemmend.

“ Ja... Ich muss auch sagen, dass ich die Supervision.. auch eine gute Sache. Ich habe ja auch im Laufe der Zeit auch eine Reihe gescheiterter Supervisionen erlebt. Also drei oder vier Supervisionen, die schief gingen. Die erste, die haben wir immer verordnet gekriegt. Da war unser Geschäftsführer dabei und was weiß ich noch von der Leitung. Und da hat auch niemand so richtig was gesagt. Es wusste auch niemand so richtig, was das ist. Was von uns erwartet wird. Was wir von dem Supervisor erwarten können und so. Und der wusste das auch nicht. Der dachte auch: Die wissen Bescheid.. Und das ging irgendwie schief.“/23/46-51

Ein weiterer Institutionalisierungsversuch scheiterte an zeitlich ungünstigen Rahmenbedingungen. Die in einem Block von sechs Stunden angebotenen Sitzungen erweisen sich zeitlich als viel zu überdehnt.

Der nach einem anstrengenden Arbeitstag nachgeschaltete Supervisionsmarathon erweist sich in dieser Form als wenig sinnvoll.

„ Und dann hatten wir eine ganze Zeit später wieder einen Anlauf gestartet. Da kam dann jemand aus Käthe..

Der konnte aber immer nur sechs Stunden kommen. Also der kam extra aus Käthe her und wir mussten dann nach unserem Dienst sechs Stunden Supervision absolvieren. Und wir schliefen dann, einschließlich er selbst, immer alle fast ein.“/23/52-24/2

Auch ein daran anschließender Einrichtungsversuch<sup>41</sup> scheitert aus ihrer Sicht an einer zu unspezifischen, d.h. wenig pflegebezogenen Ausrichtung.

---

<sup>40</sup> Diese Zurückhalte- und Bedeckungsstrategien können auch als Konfliktvermeidungsmuster angesehen werden. Die bilanzierende Betrachtung dieser Handlungsstrategien erscheint ambivalent. Einerseits sind sie in dem hier sichtbaren Zusammenhang nachvollziehbar und werden offensichtlich auch von anderen Mitarbeiter/Innen praktiziert, andererseits lässt sich möglicherweise bei A. auch eine biographische Linie konstruieren. In der Schulzeit hat sich z.B. die von den Eltern geförderte Verhüllung ihrer konfessionellen Prägung bzw. institutionellen (Kirchen-)Einbindung nicht ausgezahlt (EOS-Ablehnung). Trotz dieser Negativerfahrung behält sie ihre subjektiven Tarnungen in offiziellen bzw. hierarchisch strukturierten Situationen tendenziell bei.

<sup>41</sup> Institutionalisierte Reflexivität kann als etwas “Eingerichtetes” verstanden werden, d.h. sie wird zu einem festen Strukturbestandteil von Institutionen bzw. Expertensystemen (vgl. Beck/ Giddens et al 1996; 317 f).

„Dann hatten wir auch eine Seelsorgerin.. aber das war irgendwie zu weit gefasst. Da war ein Pfarrer dabei.. so Seelsorge und Sozialpädagogik.. Das Feld war so weit gefasst, dass manche Probleme einen nicht so interessiert haben.“/24/6-8

Die aufgezählten inhaltlichen und organisatorischen Schwierigkeiten, welche zum Scheitern der verschiedenen Institutionalisierungsbemühungen führten, hängen darüber hinaus auch mit den Widerständen der Mitarbeiter/Innen selbst zusammen. Das Ungewohnte Sprechen über berufsbezogene Probleme innerhalb eines solchen Rahmens wird anfangs nicht durchgängig akzeptiert. Insbesondere dominierende Mitarbeiter/Innen hatten aus ihrer Sicht Hemmungen, über Probleme und Konflikte des beruflichen Alltags offen zu sprechen.

Aus den gescheiterten Supervisionsansätzen heraus hat sich eine befriedigende Teamsupervision entwickelt.

„Die Supervision, die jetzt läuft, ist glaube ich ziemlich effektiv. Da wird versucht, wirklich was zu klären.“/24/12-13.

Die strukturellen und inhaltlichen Barrieren, die einer gelungenen Supervision entgegenstanden, scheinen weitgehend ausgeräumt. So ist bei der fallbezogenen Gruppenarbeit keine leitende Mitarbeiterin mehr dabei. Die Abwesenheit von Vorgesetzten bzw. für sie relevanten Entscheidungsträgern führt zu einer offeneren Artikulation von beruflichen Schwierigkeiten und bewertenden Stellungnahmen. Strukturell hemmende Kommunikationsbarrieren wurden reduziert, sodass sich das diskursive Klima deutlich verbessert hat. Komplementär dazu hat sich die Mehrzahl der Mitarbeiter/Innen mit dieser Art des Angebotes positiv arrangiert. A. beschreibt diese Form des berufsbezogenen Kommunikationsaustausches als effektiv und gut. Diese Einschätzung scheint in Anbetracht ihres noch nicht lange zurückliegenden beruflichen Wiedereinstieges wenig erfahrungsgesättigt. Aktuelle Supervisionseindrücke werden nicht deutlich. Die auf diesen Zusammenhang bezogenen Erfahrungen und Bewertungen beziehen sich auf die Zeit vor ihrem schwangerschaftsbedingten Berufsausstieg.

## 6.9.2 Entscheidungs- und Verantwortungsspielräume

In Rahmen einer Teamsupervision wird ein grundsätzlicher Konflikt aus dem beruflichen Alltag sichtbar, den A. fallbezogen rekonstruiert.

Die Verwobenheit von situativ sich einstellender persönlicher Betroffenheit und grundsätzlichen Problemen im beruflichen Alltag wird exemplarisch deutlich. skizziert den Fall eines alkoholkranken Mannes.

“ Da ging es um einen Mann, der Alkoholiker ist. Und dem geht es zur Zeit ziemlich schlecht. Sein Freund war eben stockbesoffen und krank. Und konnte den Schnaps nicht mehr besorgen.“/ 18/24-26

Dieser gerät in eine leidensvolle Phase des Entzugs, der aus ihrer Sicht nur unbefriedigend von außen aufgefangen wird. Da der Entzug eher zufällig, d.h. nicht als ein therapeutisch begleiteter und vom Patienten gewollter Prozess beschrieben wird, kommt es zu einer für den Patienten qualvollen Lage. A. beschreibt diese Situation als einen Zustand ungeklärter Verantwortlichkeiten und eingeschränkter beruflicher Handlungsspielräume. Die schlechte Verfassung des Patienten erfordert eine professionelle Fremdhilfe. Der durch ein Beschaffungsproblem ausgelöste Entzug hängt mit der eingeschränkten Mobilität des

Patienten zusammen. Aus der Wahrnehmung dieser für den Patienten qualvollen Lage neigt A. spontan dazu, den Mann mit Alkohol zu versorgen. Diese Einschätzung erfolgt intuitiv, d.h., wie sie selbst artikuliert aus dem Bauch heraus. Eine dienstliche Anweisung schließt das aber grundsätzlich aus.

„Und wir hatten klare Dienstanweisung: Wir dürfen das nicht. Und wir machen das auch nicht. Doch der Mann leidet aber unter schrecklichen Entzugserscheinungen.“/18/28-29

Parallel dazu weigert sich der behandelnde Arzt, die Situation medikamentös abzufedern, bzw. die kontrollierte Zufuhr von Alkohol zu legitimieren. Eine auf den Patienten bezogene Intervention und Begleitung ist von ärztlicher Seite nicht erkennbar.

„Und der behandelte Arzt fühlt sich da nicht verantwortlich und sagt: Ich kenne den doch. Der ist auf Entzug.“/ 18/32-33

Die Folgen dieser abwartenden therapeutischen Haltung werden aus ihrem Werte- und Wissenshorizont heraus nicht mitgetragen. Aus ihrer Sicht muss eine vorrangige professionelle Handlungsintention darin bestehen, Leiden und Schmerzen von Hilfe- und Pflegebedürftigen zu lindern bzw. zu vermeiden. Angesichts des anhaltenden Leidens des Patienten wird das abwartende Verhalten des Arztes als ethisch bedenklich eingeschätzt. Der behandelnde Arzt bleibt für sie sowohl rechtlich als auch sittlich gesehen verantwortlich. Seine unterlassene Hilfeleistung hat eine moralische Komponente, die sein nachlässiges Nichtstun schuldhaft qualifiziert (vgl. Jonas, 1984; 172 ff). A. entwickelt gegenüber dem alkoholkranken Mann ein deutliches Mitgefühl. Das unmittelbare Erleben seines Erleidensprozesses und der kontrastiv dazu professionell unzureichenden Fremdhilfe bleibt für sie unverständlich und quälend.

„Das ist halt..das ist halt in solchen Fällen ein Problem, dass man da mitleiden muss, ja. Obwohl man die Situation so nicht möchte aber so dazwischen steht.“/18/35-36

In diesem Zusammenhang deutet A. persönliche Schuldgefühle an, aus denen heraus sich ein sittlich unterlegtes Verantwortungsgefühl entwickelt<sup>42</sup>. Das sichtbare Leiden des Patienten löst bei ihr Reflexionsprozesse aus, die sich in deutlich bewertenden Stellungnahmen widerspiegeln<sup>43</sup>.

„Ich bin einfach der Meinung, der müsste entsprechende Tabletten kriegen, dass der nicht solche Entzugserscheinungen hat. Also so rein aus dem Bauch heraus sage ich mir: Eigentlich ist das doch unterlassene Hilfeleistung.. ihm seinen Schnaps zu verwehren.. Ich kann andererseits auch diese Dienstanweisung verstehen. Wir sind nicht dazu da, den Leuten

---

<sup>42</sup> Eine aus einer Nachlässigkeit bzw. unterlassenem Tun heraus entstandene Schädigung eines Hilfebedürftigen hat auch eine moralische Komponente, selbst wenn im kausalen Sinne keine direkte Schuld vorliegt. In einem Geflecht von bestehendem Verantwortungsgefühl und objektivem Verantworten-müssen kommt es dazu genau abzuwägen, was ich unterlasse oder tue. Das im Zusammenhang mit einer Tat auftretende Vor- bzw. Nachgefühl ist zwar moralisch, kann aber nicht als ein allgemeines Prinzip für eine ethische Theorie angesehen werden (Jonas 1984; 172 ff). Trotz dieser Einschränkung wird die sittliche Bedeutung des Verantwortungsbegriffs deutlich. Obwohl A. im rechtlichen Sinne nicht für den leidensvollen Zustand des Patienten haftbar gemacht werden kann, bleibt ein persönliches Schuldgefühl. Der Verweis auf abgesteckte Verantwortlichkeiten und eindeutige Dienstanweisungen entlastet nur bedingt.

<sup>43</sup> Der Reflexionsbegriff bezieht sich auf eine individuelle Reflexivität im Sinne einer bewussten Selbstwahrnehmung und - Beurteilung.

Schnaps zu beschaffen. Aber in der Situation kommt man sich wie ein Schwein vor. Das ist doch letztendlich..

Das ist ein Mensch, der nicht mehr in der Lage ist seine Bedürfnisse, auch wenn es der Alkohol ist, sich selbst zu beschaffen. Und niemand hilft ihm, dass die Entzugserscheinungen beseitigt werden. Auf die eine oder die andere Art....”/18/40-47

Für A. ist diese Situation ein Dilemma. Einerseits fühlt sie sich verpflichtet die Dienstanweisung einzuhalten, obwohl sie von deren Sinn im konkreten Fall nur bedingt überzeugt ist, andererseits kann sie sich mit der ärztlichen Weigerung, therapeutisch einzugreifen, nicht arrangieren. Eine juristisch legitimierte Handlungsstrategie fehlt. Die dadurch entstehende Situation wird als unbefriedigender und vor allem eingegrenzter Rahmen beschrieben, in dem sie sich selbst als weitgehend handlungsunfähig empfindet<sup>44</sup>. Ihre beruflichen Handlungsspielräume erweisen sich in diesem Fall als unzureichend. Entlang dieser Fallbeschreibung werden von ihr defizitäre Verantwortungs- und Entscheidungsspielräume beschrieben<sup>45</sup>.

„Es ist so als ob man mit gebundenen Händen daneben steht und einfach nichts machen kann..“./18/37-38

Die geringe Definitions- bzw. Entscheidungsmacht kontrastiert mit ihrer fallbezogenen hohen Deutungskompetenz. Ihr persönliches Verständnis davon, wie in dieser Situation agiert werden sollte, deckt sich nicht mit von außen gesetzten Einschätzungen und Rahmenbedingungen. Aus ihrer unmittelbaren Wahrnehmung heraus entsteht ein diagnostischer Rahmen, der sich konträr zu vorgegebenen Dienstanweisungen und ärztlichen Einschätzungen entwickelt. Ihr unmittelbarer feldorientierter Blick kollidiert mit der dekontextualisierten Dienstanweisung bzw. der Ferndiagnose des Arztes. Die Differenz von unmittelbarer und distanzierter Betrachtung wird explizit herausgestellt. In diesem Spannungsfeld werden abweichende Wahrnehmungen und persönliche Interpretationsfolien deutlicher.

### 6.9.3 Kooperationserfahrungen in der Pflege

Die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen wird als problematisch eingeschätzt. Das Gerangel um Kompetenzen und Zuständigkeiten behindert

---

<sup>44</sup> Die institutionelle Stellung und moralische Position von Pflegenden wird m. E. über den Begriff des “in-between” treffend charakterisiert (dazu u.a. Elsbernd 2000; Rabe-Kleeberg 1993).

<sup>45</sup> Kontextbezogene Verantwortungsgrundsätze erfordern flexible Aufgabenerfüllungen, die sich nicht über starre Regeln auflösen lassen. Aus dieser Perspektive lassen sich anspruchsvolle Qualifikationsanforderungen und Kompetenzen ableiten, die ein hohes Maß an Partizipation und Eigenverantwortung notwendig machen. Diese anspruchsvollen “Handlungsbereitschaften” sind bei Remmers an drei Voraussetzungen gebunden: (1) An kognitive Fähigkeiten, die über Qualifikationen erworbene analytische Fähigkeiten ebenso einschließen wie intuitive Kompetenzen auf der Basis eines umfassenden Erfahrungsspeichers. (2) An moralische Fähigkeiten, die eine normative Selbstverpflichtung, einschließlich der Einhaltung institutionell gültiger Regeln (Selbstkontrolle), als auch die Identifikation mit den Werten der Verantwortungsobjekte einschließt. (3) Und an kommunikative Fähigkeiten der Darstellung und Rechtfertigung von Entscheidungen in Konfliktsituationen (Remmers 1998; 203). Das Einlassen auf ein Handeln in Ungewissheit, mit unabsehbaren und vielschichtigen Entscheidungsprozessen, eröffnet theoretisch große Handlungsspielräume. Der weitgefaste Charakter des Verantwortungsbegriffes ist mit einer engen Aufgaben- und Rollenerwartung kaum in Übereinstimmung zu bringen. Die in der Pflege vorliegenden Handlungs- und Verantwortungseinschränkungen stellen für die Entwicklung professionsbezogener moralischer Handlungskompetenzen ungünstige Bedingungen dar (vgl. Remmers 1998; 220). Schrumpfende Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten des Pflegeberufes stellen professionssoziologisch betrachtet eine bedenkliche Entwicklung dar (vgl. Remmers 1998; 231).

konsensuelle Anschlüsse. Kontrastiv dazu entwirft A. ein idealtypisches Kooperationsverständnis zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Pflegeprozess. Aus einer gelungenen Zusammenarbeit heraus könnten sinnvolle Kompromisslösungen entwickelt werden. Der gegenwirkliche Charakter dieser Skizze hängt mit dem von ihr angedeuteten Kompetenzgefälle bzw. der hierarchischen Durchsetzungsmacht zwischen den Professionen zusammen. In der Gegenüberstellung von ärztlicher und nichtärztlicher Profession wird eine Asymmetrie sichtbar. Während beispielsweise von den Krankenhausärzten bei der Einweisung eines ambulant betreuten Patienten eine pflegerische Übergabe angefordert wird, bleibt umgekehrt eine detaillierte Information aus. Die ambulante Nachsorge von Patienten wird durch Informationslücken erschwert. Aus den unterschiedlichen Formen der Informationsweitergabe werden Statusunterschiede deutlicher. Der degradierende Unterschied zwischen einer pflegerischen Übergabe und einer ärztlichen Verordnung wird als ein Ärgernis empfunden. Trotz der durch die Leiterin der Sozialstation geübten Kritik an diesem vermachteten Kommunikationsmuster erweisen sich diese eingespielten Informationspfade als weitgehend resistent.

Auch in der öffentlichen Darstellung von Krankenhausstrukturen und einrichtungsspezifischen Angeboten bleibt aus ihrer Sicht die Darstellung des pflegerischen Rahmens marginal. Das Berufsbild der Krankenpflegekräfte bewegt sich ganz im traditionellen Muster des helfenden Handlangers für Ärzte. Im Raster von ärztlichen Anordnungen und Durchführungsbestimmungen erscheint der autonome Handlungsspielraum der Pflegekräfte gering.

Dieses tradierte Berufsverständnis wird von ihr kritisiert. A. konstatiert einen Mangel an berufsständischem Selbstbewusstsein. Sie selbst betrachtet sich als eine der Wenigen, die über ein ausgeprägtes berufliches Rollenverständnis verfügen. Ihre stolze Berufsauffassung wird innerhalb des Mitarbeiterstammes nicht unbedingt mitgetragen. Sie erscheint gegenüber den anderen Mitarbeiter/Innen als Protagonistin eines selbstbewußteren Berufsstandes. Ihre einsamen Bemühungen um eine Aufwertung der pflegerischen Arbeit finden wenig Gehör. In diesem Sinne beurteilt sie die Entwicklung zu einem professionelleren Selbstverständnis insgesamt auch eher skeptisch.

#### 6.9.4 Kommunikation mit Ärzten und Mitarbeiter/Innen

Die Kommunikation zwischen den Mitarbeiter/Innen untereinander wird als problemlos eingestuft. Angeheftet an diese Einschätzung erscheint auch der Umgang mit den Ärzten unproblematisch. Kontrastiv dazu werden die ärztlichen Vorstellungen über die Hauskrankenpflege aber als wirklichkeitsfremd und wenig kontextbezogen wahrgenommen. Diese Negativwertungen werden über ein Fallbeispiel illustrativ deutlicher gemacht. A. betreut gemeinsam mit den anderen Mitarbeiter/Innen der Sozialstation eine pflegebedürftige Frau, bei der grundpflegerische Tätigkeiten im Vordergrund stehen sollen. Aus ihrer Sicht befindet sich die Patientin in einem Zustand der resignativen Selbstaufgabe. Der Hausarzt der Patientin übt Kritik gegenüber den Pflegenden, wobei er sich primär auf die Unordnung in der Wohnung der Frau bezieht. A. empfindet diese Zurechtweisung als unangemessen. Über die in eine Frage gehüllte Kritik an den Pflegekräften gerät der Zustand der Patientin aus dem Blick. Die Orientierung am Patienten hat für sie aber Vorrang. In diesem Sinne bewegt sich die ärztliche Ermahnung in einem eher sekundären Feld.

": Mit den Mitarbeitern geht das am einfachsten. Mit den Ärzten..

Es gibt Ärzte da gibt es keine Probleme. Und es gibt halt Ärzte.. Ich weiß auch nicht was die für Vorstellungen von der Hauskrankenpflege haben. Wo es z.B. Probleme gibt..

Wir gehen zweimal die Woche zu Frau A. und da kommt dann so etwas: -Warum sieht es bei Frau A. so rumpelig aus.-. Dass ich zu Frau A. gehe, um sie zu waschen und dass die auch gar nicht mehr will..

Das ist das Problem, dass da weniger sich am Patienten orientiert wird."/26/34-39

Aus dieser fallbezogenen Kurzdarstellung wird die Zwischenstellung der beruflich Pflegenden wiederholt deutlich. A. umreißt eine Situation, in der unterschiedliche Deutungs- und Wahrnehmungshorizonte aufeinanderprallen. Die ausgeprägte Deutungs- und Durchsetzungsmacht der ärztlichen Profession steht im Kontrast zur reduzierten Wahrnehmung der Gesamtsituation dieser Patientin. Ihr kontinuierlicher Kontakt zu dieser Frau führt zu einer kontextbezogeneren Inblicknahme des Pflegerahmens. Die ärztlich abgesteckten Ordnungsstandards und damit verbundenen Interventionsvorstellungen scheitern an den gegenläufigen Deutungen und Maßstäben dieser Frau.

Analog zu diesem Fall wird auf eine allgemeine Erfahrung verwiesen. Ohne das erteilte Mandat bzw. die Legitimation durch die Hilfe- und Pflegebedürftigen scheitern inszenierte Aufräumaktionen im hauswirtschaftlichen Bereich. Das akzeptierende Aushalten und Gewährenlassen eines lebensgeschichtlich gewachsenen Ordnungsverständnis war auch für A. ein Lernprozess.

„Dass der Patient überhaupt nichts mehr zu sagen hat.. Ich muss sagen..

Ich finde es auch schöner, wenn es ordentlicher aussieht. Aber es ist eben nicht meine Wohnung. Darüber kann ich nicht einfach verfügen."/27/8-27/10

Aus diesen Erfahrungen heraus entwickelt sich eine widerständige Haltung gegenüber den Interventionsaufforderungen des Arztes.

" Und dann wird ein paar mal Anlauf genommen die ganze Wohnung aufzuräumen und so. Und das wird einem verwehrt und das muss man halt akzeptieren. Und ich will das dann auch nicht so..“/26/42-45.

Der von A. exemplarisch dargestellte Fall skizziert ein allgemeines Problem. Den unterschiedlichen Orientierungen und Bedürfnissen sowohl des Arztes als auch denen der Hilfe- und Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gerecht zu werden gerät zum Dilemma. Einen Konsens zwischen diesen divergierenden Vorstellungen herzustellen erweist sich als schwierig. Eine diskursive Aushandlung und Zusammenführung von unterschiedlichen Orientierungen scheint in der Regel nicht möglich. Ärzte und Angehörige insistieren z.T. auf eine strikte Umsetzung ihrer Vorstellungen. Werden diese nicht ausreichend berücksichtigt, kann das zu einem Entzug des Pflegeauftrages führen.

„Das ist schwierig. Das ist eigentlich so ein Problem. Es gibt auch Ärzte, die sagen: -Klar- und -Wenn die das so will.-.... Es gibt eben auch Ärzte die haben einen anderen Pflegedienst organisiert. Und sagen dann: -Jetzt sieht es doch so schön ordentlich aus.- ((lacht)).“/27/5-7

Der dadurch für die Sozialstation eintretende Verlust an Klienten wird aus ihrer Perspektive nicht explizit problematisiert. Bedenklicher ist für sie, dass die Relevanzen der Hilfe- und Pflegebedürftigen nur schwer zur Geltung gelangen können. Tendenziell verschwinden sie hinter den mächtigeren Außenorientierungen von Ärzten und Angehörigen.

### 6.9.5 Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung

Die Pflegedienstleiterin der Sozialstation wird als offene und kommunikative Frau beschrieben. Probleme der Mitarbeiter/Innen werden von ihr wahrgenommen und bei Bedarf diskursiv bearbeitet. Sie wird als eine Frau dargestellt, die sich für den Beruf völlig aufopfert. Trotz beruflicher Überlastung werden von ihr noch zusätzliche Aufgaben übernommen. Aus der Sicht von A. sind das Aufgaben, die an andere Mitarbeiter/Innen der Sozialstation delegiert werden könnten.

"Es ist schon so, dass, wenn wir Probleme haben die auch wahrgenommen und angesprochen werden können. Auf der anderen Seite finde ich, dass unsere Chefin total überarbeitet und überlastet ist. Eigentlich, denke ich persönlich, sich um Aufgaben kümmert, die sie persönlich nicht selbst machen müsste. Dass sie sich alles mögliche noch an das Bein bindet, zusätzlich jetzt noch in anderen Bereichen..." /27/13-17.

Dass sie die Gesamtverantwortung trägt und für einheitliche Anweisungen und Regeln sorgt, wird dagegen als richtig eingeschätzt.

“ Ich denke einfach...Das geht nicht anders, dass der eine die Verantwortung für alles trägt und die Anweisungen gibt..." /27/24-26.

Die Darstellung der erhöhten Verantwortung der Pflegedienstleiterin dient möglicherweise auch der Verdeutlichung eng gesteckter persönlicher Handlungsspielräume. Untermuert wird diese Aussage über einen bereits an anderer Stelle skizzierten Fall eines unfreiwillig in Entzug geratenen Alkoholikers.

Das bei der Falldarstellung noch angedeutete Unbehagen gegenüber eindeutigen Dienstanweisungen wird in diesem Zusammenhang positiv gewendet.

"Das sind aber auch Sachen die klar sein müssen, wie z.B. mit den Schnaps. Sonst würde vielleicht einer den Schnaps kaufen und der Andere nicht, oder so." /27/22-23.

Verbindlichen Regelungen überführen die von A. beschriebene Grenzsituation in eine Fraglosigkeit, die mit ihrem intuitiv ausgedrückten Unbehagen unvereinbar scheint. Das disziplinierende Diktat der Dienstanweisung erscheint überbetont, was möglicherweise dazu dient, einen latent arbeitenden Übertretungswunsch im Zaum zu halten. Der unterschwellige Impuls, verbindliche Dienstanweisungen zu durchbrechen, wird wiederkehrend angedeutet.

In dieser Konstruktion stellen die für alle Mitarbeiter/Innen verbindlichen Regeln einen handlungssichernden- bzw. entscheidungsentlastenden Rahmen dar. Über eine rechtlich eindeutige Handlungsvorgabe scheint für sie ein einheitliches Vorgehen der Pflegekräfte gegenüber den Patienten gewährleistet. In diesem Sinne wird eine Disposition erkennbar, sich in einem anweisungs- bzw. zuweisungsorientierten Handlungsrahmen bewegen zu wollen.

Über die Klarheit und Eindeutigkeit der Dienstanweisung, über deren ungebrochene Durchsetzung die Pflegedienstleiterin zu wachen scheint, wird das mit dieser Betreuungssituation verbundene unangenehme Nachgefühl reduziert.

### 6.9.6 Biografisches Wissen

Die persönlichen Lebensgeschichten von Hilfe- und Pflegebedürftigen sind in eine soziale Zeit eingebunden, die für A. unbekannt bleiben muss. Über Fotografien aus der Kinder- bzw.

Jugendzeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen erhalten diese für sie eine andere (junge) Gestalt. Das Wiedererinnern ist an eine Zeit gebunden, in der die alten Hilfe- und Pflegebedürftigen jung waren. Die bildhaften Darstellungen aus dieser Zeit beeinflussen ihre Wahrnehmungen. Das -es war- wird für sie illustrativ deutlicher. Die Erinnerungen aus der Vergangenheit sind an eine Phase gebunden, die habituell für sie erst einmal fremd bleibt. Die Fotografien vermitteln nicht nur einen ausschnitthaften Eindruck von dem jungen Gesicht bzw. der Gestalt des heute alt gewordenen Menschen. Sie verschaffen darüber hinaus auch einen Einblick in das soziale Umfeld bzw. die damals bestehende Kleiderordnung. Dieser atmosphärische Blick auf das frühere Leben der alten Menschen kommt ihren expressiven Neigungen entgegen und macht möglicherweise habituelle Eigenheiten von Hilfe- und Pflegebedürftigen erkennbarer<sup>46</sup>. Das Verstricktsein in eine kollektive Verlaufskurve (Kriege, Inflation u.a.) hat zu schicksalhaften Einschnitten und Erleidensprozessen geführt, die verarbeitet werden mussten. Die individuell für sie sichtbare Virulenz dieser Ereignisse wird schemenhaft eingespielt. Der Verweis auf sich wiederholende stereotype Erzählmuster zeigt, dass sich unverarbeitete, in Gang gekommene Erleidens- und Glückserfahrungen wiederkehrend Bahn brechen. Die immer wieder aufs Neue reproduzierten Erzählsegmente von Hilfe- und Pflegebedürftigen werden von ihr als implizite Aufforderung zur interessierten Nachfrage bzw. einem einlassenden Gespräch verstanden. Das narrative Einlassen auf fragmentarische Erzählstereotype führt zu "erstaunliche(n)" (28/2) Hintergrundinformationen, die den lebensgeschichtlichen Horizont von Hilfe- und Pflegebedürftigen deutlicher machen. Die lebensgeschichtlichen Rückblenden sind häufig mit einem gesellschaftlichen Rekapitulationsprozess verwoben. Sowohl das Schmerzhafte, Desaströse, als auch das Glückliche und Schöne des zurückliegenden Lebens scheint insbesondere bei dementiell Erkrankten unzensierter aufzutauchen. Ausblendungen und Verdrängungsleistungen nehmen tendenziell ab und werden auf irritierende und ungeordnete Art und Weise virulent. Da sich die Geschichte von Altersverwirrten deutlich weniger geordnet und direkt mitteilt, entsteht ein eher fragmentarisches Wissen über die einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen. In diesem Sinne ermöglichen fotografische Portraits aus der Vergangenheit einen ergänzenden biographischen Blick. Sie lösen möglicherweise auch eine Erinnerung bzw. Reaktion bei den Betroffenen selbst aus. Die wiederholt eingeworfenen lebensgeschichtlichen Rückbesinnungen werden als Ausdruck eines für sie nachvollziehbaren Ablösungsprozesses interpretiert<sup>47</sup>. Aus dieser Wahrnehmung heraus deutet A. leise Zweifel gegenüber den auf die Gegenwart bezogenen tagesstrukturierenden Pflegemaßnahmen an. Grundsätzlich wird die Bedeutung dieser Bemühungen anerkannt. Der pragmatische, stark alltagsbezogene Blick der Pflegekräfte erscheint ihr aber situativ unangemessen. Es ist eine Hemmschwelle erkennbar, die lebenspraktisch begründete Gegenwartsorientierung in der Betreuung verwirrter bzw. dementer alter Menschen überzubetonen.

" Besonders bei Situationen, wo die Patienten immer wieder dasselbe erzählen. Da erlebt man eigentlich erstaunliche Sachen. Dass da, wenn ich da nachhake, dass der dort war und da vielleicht noch Fotos existieren. (...) Also oft hat man ja auch, dass die in dem Alter, dass die, die zwei Kriege mitgemacht haben, diese zwei Weltkriege, die letzte Inflation, die Kinder verloren haben und so. Also wirklich engste Familienmitglieder, wo sie sich immer wieder

---

<sup>46</sup> Das Betrachten von Fotografien aus einer anderen, für sie fremden Zeit gleicht einer "Gastronomie des Auges" (Sennet 2001; 201). Das zumindest atmosphärische Verstehen dieser Zeit kann über die Betrachtung von Gesicht, Kleidung und Portraithintergrund erfolgen (ebenda).

<sup>47</sup> Das alternde Selbst neigt zu einer Inblicknahme zurückliegender Ereignisse und Erfahrungen. Über biographische Rückbesinnungen kann ein Ablösungsprozess ausgelöst werden, in dem sich das Selbst vollendet. In diesem mehr oder weniger bewusst gewendeten Selbstverständnis stillt sich das alternde Selbst zunehmend allein (Vogel 1990; 36).

vom Schicksal erholen mussten. Die älteste Patientin die ich hatte, die hat immer ausführlich aus der Kaiserzeit erzählt und so. Das fand ich doch ziemlich beeindruckend, weil das für mich ja doch in eine völlig andere Zeit reingehört. Das ist auch ein komisches Gefühl, wenn man einen Blick in das Fotoalbum wirft und sieht, wie die Leute früher ausgesehen haben. Und auch das Umfeld so sieht. Und da kann man sich letztendlich ein Bild davon machen, wie das war.. als die eben jung war... Man kennt ja den Menschen nur als alten Menschen.... Also das fällt mir immer wieder auf. Die Leute sind alt, aber in ihren Erinnerungen sind sie ja immer im Früher, wo sie jung waren. (I.: mhm). Und manchmal denke ich: "Warum sollen wir die eigentlich immer wieder ins Jetzt holen.". Eigentlich sind die manchmal im Jahre 1912 und so...

....Ich denke manchmal, dass wir als Pflegepersonal dazu neigen, diese praktischen Dinge zu berücksichtigen...Also eben Tagesstrukturierungen und so. Das ist natürlich auch wichtig..."/28/1-21.

Bei einer Patientin, die aufgrund einer hier nicht weiter detaillierten Alterserkrankung zu stereotypen lebensgeschichtlichen Wiederholungen neigt, wird das Eingehen auf deren lebensgeschichtlichen Hintergrund zu einer professionellen Strategie. Die von A. betreute Frau klagt immer wieder darüber, dass sie nicht von ihren Kindern besucht bzw. angerufen wird, obwohl diese regelmäßig Kontakt zu ihr halten. In diesem Fall erweist sich ihr biografieorientiertes Vorgehen als interaktiv öffnend. Durch das wegholende Eingehen auf deren persönliche Geschichte wird die eingeengte Handlungssituation entspannt. Die positiven Wirkungen einer biografieorientierten Pflegearbeit werden fragmentarisch angedeutet. Das Einlassen auf lebensgeschichtlich bedeutsame Erinnerungen bzw. Ereignisse der Hilfe- und Pflegebedürftigen kann auch zu "glückliche(n)"(16/17) Momenten beitragen.

Ihre hier exemplarisch umrissene Erfahrung wird in ein allgemeines Handlungsmuster eingebettet. Die geschickte Einbeziehung des privaten Kontextes von Hilfe- und Pflegebedürftigen im beruflichen Alltag basiert auf einen langwierigen Erfahrungs- und Lernprozess. Dieser scheint auch mit eigenen lebensgeschichtlichen Demaskierungen verbunden zu sein. Einerseits ist aus einem Selbstschutz- bzw. Selbstpflegebedürfnis heraus eine Abgrenzung gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen notwendig, andererseits ist das Eingehen auf den lebensgeschichtlichen Hintergrund von Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht immer unter Aussparung der eigenen Biographie möglich. Die in diesem Zusammenhang von ihr verwendeten Umschreibungen, wie z.B. "aus dem Bauch heraus"(16/8) oder "Dafür habe ich lange gebraucht. Dass ich das sehe." (16/20), zeigen ein sich prozesshaft verändertes Pflegeverständnis, das sich aus langjährigen Erfahrungen heraus entwickelt hat. Das situative Eingehen auf die Biographie der Hilfe- und Pflegebedürftigen und das persönliche Aufschließen des eigenen Lebenszusammenhanges erfolgt intuitiv. Das von ihr angedeutete "Kippen"(15/40) bzw. Wechseln von schwierigen bzw. angenehmen Pflegesituationen, bei ein und derselben Person wird somit verständlicher<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> In einem von Liebau (1997) in Anlehnung an Oevermanns (1996) entwickelten Kompetenzansatz wird u.a. auf die Fähigkeit von Subjekten verwiesen, kreativ lebenspraktische Handlungsprobleme lösen zu können. Diese spezifische Kreativität entwickelt sich aus der Verbindung von Wissen und Erfahrung. Ereignisse und Erlebnisse werden reflexiv verarbeitet. Diese Verarbeitung ist nicht nur auf die Generierung von Wissen, sondern auf die Generierung von Einsicht gerichtet (Liebau 1997; 115). Einsichten entwickeln sich aus der Verbindung von Erkenntnis und Anerkennung. Aus der gewonnenen Erfahrung und der erfolgreichen Bewältigung heraus wird die Einsicht tradiert, d.h. sie wird zur Haltung, zum intuitiven Wissen (ebenda). Durch Rekonstruktion und Abstraktion von mehreren erlebten Fällen kann das Subjekt eine solche Haltung aufbauen. Die aus Einzelfällen gewonnenen Erfahrungen können generalisiert werden (Olbrich 1999; 26). Aus dieser theoretischen Folie heraus kann Frau A. so etwas wie eine (intuitive) Haltung unterstellt werden.

## 6.10 Konfliktbeladene Beziehungen zu Hilfe- und Pflegebedürftigen

Auf Nachfrage berichtet A. von zwei Patienten, bei denen es aus ihrer Sicht zu Konfliktsituationen kommt. Der erste Patient, ein psychisch kranker Mann, bedrängt sie in verschiedenen Situationen bzw. verzögert die Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen. Der Patient versucht die Zeit mit ihr auszudehnen und entwickelt ein offensives Bedürfnis, Sie in seiner Nähe zu halten. Die Pflegeeinsätze bei diesen Patienten erweisen sich als zeitaufwendige, mit schwierigen Grenzziehungen verbundene Prozeduren. Das Verhältnis zu diesem Patienten ist durchaus ambivalent. A. muss situativ Abgrenzungsleistungen erbringen, die aber eine grundsätzliche emotionale Nähe zu diesem hilfebedürftigen Mann nicht ausschließt. Auch hier wird das Kippen und Wechseln zwischen angenehmen und schwierigen Situationen exemplarisch sichtbar. Das Aushalten dieser Ambivalenz wird als Problem geschildert, ohne dass deutlich wird, wie sie diese Momente fallbezogen ausbalanciert.

Im zweiten Fall wird eine Frau beschrieben, bei der es zu aufwendigen Aushandlungsprozeduren kommt. Notwendige Medikamente werden von der Patientin verweigert, sodass A. zu sich wiederholenden Überzeugungsleistungen genötigt ist. Der von ihr verwendete Begriff der "Überredungskunst" (17/47) markiert eine kommunikative Strategie, über die sie versucht, ein einsichtiges Verhalten bei der Patientin auszulösen. Das Ausüben von Zwang will A. auf jeden Fall vermeiden<sup>49</sup>.

Unterschwellig wird ein eher regressives Schema zwischen ihr und der Patientin angedeutet. Die Patientin erscheint uneinsichtig und wird tendenziell nicht als ebenbürtige Gesprächspartnerin betrachtet. Das asymmetrische Beziehungsgefüge löst sich in diesem Problemzusammenhang nicht auf<sup>50</sup>.

Der Widerstand der pflegebedürftigen Frau gegenüber Fremdpflegeverrichtungen wird auch im hauswirtschaftlichen Bereich deutlich. Das Ablehnen dieser Maßnahmen korrespondiert mit einer überhöhten Einschätzung ihres Selbstpflegevermögens. Die Patientin geht davon aus, diese Verrichtungen eigenständig ausüben zu können, obwohl aus ihrer Einschätzung eine Fremdpflege notwendig ist. In diesem Spannungsfeld von verordneter, notwendiger und abgelehnter Hilfeleistung muss sie Vermittlungsstrategien entwickeln. Eine offensive therapeutische Kritik wird von ihr vermieden. Sie deutet einen Prozess des Ausprobierens an, aus dem heraus sich zwei wesentliche Entweder-Oder-Strategien herausgebildet haben. So lässt sie beispielsweise bestimmte hauswirtschaftliche Verrichtungen weg, die nicht um jeden Preis durchgeführt werden müssen. Eine andere Strategie ist die grundsätzliche Betonung der Autonomie der Patienten, verbunden mit dem behutsamen Hinweis, dass eine selbständige Durchführung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten eine für sie schädigende Wirkung hat. Der

---

<sup>49</sup> A. vermeidet eher schuldhaftige Interventionen gegenüber den Patienten. Wie weit diese Interventionshemmung bei ihr geht, bleibt undeutlich. Das Umsetzen eines professionellen Interpretations- und Diagnoserahmens, der mit Interventionen im somatischen und psychischen Bereich verbunden sein kann, erfordert möglicherweise eine therapeutische Kritik gegenüber den widerständigen Patienten. Diese Schuldhaftigkeit muss möglicherweise auf sich genommen werden, um der überschießenden Deutung des Hilfe- und Pflegebedürftigen etwas entgegenzusetzen. In diesem Sinne wäre die fraglose Akzeptanz einer unrichtigen Patientendeutung bedenklich.

<sup>50</sup> Simultaneität entsteht nur dann, wenn sich die Perspektiven sowohl von Akteuren als auch Beobachtern verschränken und sich in dieser idealtypischen Konfiguration performative Einstellungen entwickeln können (Habermas 1981 (Bd. 1); 163 ff). Urteile und Handlungsstrategien ergeben sich stärker aus den Handlungsanforderungen in der Situation selbst. Über kontextbezogene und praktische Erklärungen können pflegerische Handlungsvollzüge zur Deckung gebracht werden (Döbert/Winkler 1978; 110).

Die Interpretationsleistungen von Betroffenen können möglicherweise eingeschränkt sein. Das Verhalten von Hilfebedürftigen muss somit aus dem reflexiven Horizont einer intersubjektiv geteilten Lebenswelt heraus gedeutet werden. Der Bezug auf die unmittelbare Situation bzw. das faktisch Gegebene kann über eine Perspektive erweitert werden, in der die Handlungskontexte von lebensweltlich eingebundenen Subjekten eine deutlichere Berücksichtigung finden.

Hinweis, dass ihre Aufgabe genau darin besteht, unangenehme Zustände abzumildern bzw. zu vermeiden, führt zum situativen Gewährenlassen der hauswirtschaftlichen Verrichtungen durch eine Fremdpflegeperson.

„Ich belasse es dabei oder es funktioniert am besten, wenn ich sage: Ich weiß doch, dass Sie das immer selber gemacht haben und dass Sie das auch gerne selber machen möchten. Aber Sie können es doch nicht. Sie haben doch Schmerzen und ich bin doch dazu da, dass ich es Ihnen jetzt abnehme.“/17/45-48

Unter dem kontrollierenden Blick der Patientin wird die Durchführung der Tätigkeiten überwacht. A. bringt diese Infragestellungen und Kontrollen mit dem schmerzhaften Autonomieverlust der Frau in Verbindung. Das Bewusstwerden darüber, die eigenen Alltagsverrichtungen nicht mehr selbst ausüben zu können, führt bei der Patientin zu Abwehrreaktionen bzw. Verhärtungen. Das Aufweichen dieser Verhaltensmuster entwickelt sich durch den Aufbau einer vertrauensvollen dyadischen Beziehung. Von außen festgelegte normative Standards werden modifiziert. Das Agieren in einem privaten Haushalt, der aus einem traditionellen Verpflichtungsgefühl heraus möglichst sauber und ordentlich sein soll, muss sehr behutsam erfolgen<sup>51</sup>

A. entwickelt ein einfühlsames Gespür für den privaten Wertehorizont der Patientin. Aus diesem explikativ dargestellten Problemzusammenhang wird grundsätzlich auf die Wahrung der Patientenwürde insistiert<sup>52</sup>.

„Und zum Anfang hat sie sich immer daneben gestellt und gesagt: "Das ging aber schnell. Das Bett kann doch gar nicht ordentlich gemacht sein." eben irgendetwas in der Art. Also hat immer etwas in Frage gestellt. Inzwischen geht das. Das hat auch ganz lange gedauert, bis da ein Vertrauensverhältnis da war. Es ist eben...

Bei manchen Patienten ist es eben schwierig auch, wie schon gesagt, die Würde des Menschen nicht zu verletzen. Speziell wenn es um solche Sachen wie Sauberkeit oder so etwas geht...."/18/14-19.

---

<sup>51</sup> Das Ideal des bürgerlichen "home" ist insbesondere bei älteren Menschen eine weit verbreitete Orientierung (Kiss 1977; 70). Die damit verbundenen Zentralwerte wie Ordnung und Sauberkeit konstituieren eine Haltung, das eigene Heim selbständig "in Schuss" halten zu wollen. Der Selbstanspruch geht dahin, diese kontinuierliche Aufgabe in eigener Regie und nach persönlichen Vorstellungen umzusetzen. Gerade in dem Bereich der eigenen Häuslichkeit nimmt die Deutungsakzeptanz von Experten tendenziell ab. Diese Verpflichtung durch eintretende Selbstpflegedefizite aufzugeben bzw. modifizieren zu müssen, stellt offensichtlich einen schmerzhaften Einschnitt dar. Das Gefühl, nicht mehr Herr über das eigene "Home" zu sein und Aufgaben, die bisher ganz selbstverständlich ausgeübt wurden, an Fremdpflegekräfte abzugeben, berührt das Identitätskonzept von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Gerade hier zeigt sich auf schmerzhafter Weise der Verlust an Selbstständigkeit und zunehmend eingeschränkten Möglichkeiten. Aus dieser Spannung von abnehmender Autonomie und zunehmender Abhängigkeit konstituiert sich ein ernstzunehmendes Konfliktpotential. Die Einengungen innerhalb eines traditionell sinnbestimmenden Horizontes, wie z.B. dem Bereich der Familie bzw. der häuslichen Domäne, können zu einem verminderten Selbstgefühl bzw. Selbstbewusstsein führen. Die Zentrierung des Selbst auf die häusliche Sphäre ist ein Hinweis dafür, dass soziale Beziehungsstrukturen bzw. ganz allgemein gesehen Außenorientierungen weitgehend weggebrochen sind. Eine aus dieser Situation entstehende Befindlichkeit von Hilfe- und Pflegebedürftigen (dialogisch) aufzugreifen wird zur professionellen Herausforderung (vgl. Vogel 1990; 29-37).

<sup>52</sup> Unabhängig davon, in welchen Situationen und Lagen sich das Subjekt befindet, ob sie von den Fähigkeiten der Vernunft Gebrauch machen können oder nicht, kann ihnen die Würde und der Respekt gegenüber ihrer Person nicht abgesprochen werden. Autonomie ist nicht an rationale Ich-Leistungen gebunden. Die Anerkennung des Subjektstatus ist unterhalb eines Kognitivismus möglich (Remmers 1998; 349). Affektiv gesehen kann ein Gefühl der Gegenseitigkeit entlang von Bedürftigkeits- und Verletzbarkeitserfahrungen entstehen. Auf der Basis eigener Verletzbarkeiten entstehen lebensweltbezogene Systeme von Rücksichtnahmen (dazu u.a. Schütze 1995).

### 6.10.1 Abgrenzung und Nähe gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen

Die Spannung von Nähe und Distanz gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen wird von ihr wiederholt aufgegriffen.

A. hatte zu einer Patientin, die sie über mehrere Jahre hinweg betreute, ein sehr intensives Verhältnis. Durch ihren längeren beruflichen Ausstieg und dem noch nicht so lange zurückliegenden Wiedereinstieg hat sich eine engere Beziehung zu Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht wieder aufgebaut. Vertrauensvolle Beziehungen zwischen professionell Pflegenden und Pflegebedürftigen werden eher mit kontinuierlichen und längerfristigen Prozessen verbunden. Tiefergehende Kommunikationsmuster werden von ihr vermieden. Sie lässt sich zwar auf persönliche Gespräche ein, vermeidet allerdings nach Möglichkeit, private Hintergründe von sich selbst preiszugeben. Fragen zu ihrer familiären Situation werden eher formal beantwortet. Durch die asymmetrische Weitergabe von lebensgeschichtlichen Hintergründen bzw. privaten Informationen wird eine Distanz hergestellt. Die Spannung von zu flach geführten und zu sehr in die Tiefe gehenden Gesprächen bleibt unauflösbar. Eine stumme verrichtungsorientierte Pflege wird aber von ihr grundsätzlich abgelehnt.

"Also ich lasse das schon zu, wenn die Patienten von sich und ihrem privaten Erleben erzählen. Ich möchte aber meines draußen lassen. Es sei denn, man will sich erkundigen, ob ich Familie habe. Dann bringe ich das schon ein. Und ich habe auch Patienten, die sich danach erkundigen: "Na was macht den Ihr Sohn?".

Für die gehört das auch zur Kommunikation, dass ich auch ein bisschen von mir erzähle. Und da erzähle ich das auch. Aber in diesem Rahmen soll es dann auch bleiben, dass das nicht allzu tief geht."/16/33-39

Schwierige Pflegesituationen werden andeutungsweise über Kommunikationsmuster skizziert, die mit dem Einbringen persönlicher Lebensumstände und Einstellungen verbunden sind. Der Wechsel von der beruflichen in eine eher private Rolle wird als potentiell konfliktbeladener Prozess beschrieben. Schwierige und angenehme Situationen in der alltäglichen Pflege hängen möglicherweise mit dem stärkeren persönlichen Einlassen oder Nichteinlassen gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen zusammen. Das Wechselspiel von Nähe und Distanz wird als ein sich entwickelnder Lernprozess beschrieben. Aus diesem Verständnis heraus stellt A. eine Beziehung zur Anfangszeit in der häuslichen Pflege her. Während es ihr in der beruflichen Einstiegsphase schwer fiel sich abzugrenzen und sie sich weitreichend und unbedacht auf die Ansprüche von einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen eingelassen hat, agiert sie jetzt vorsichtiger und distanzierter als in der Vergangenheit.

Die aus ihrer Sicht notwendigen Abgrenzungsprozesse beziehen sich auch auf das vorsichtiger Offenbaren der eigenen Lebenssituation. A. wägt stärker als in ihrer Anfangszeit ab, welchen Patienten sie etwas über sich erzählt. Das Einlassen auf "private Gespräche" (15/45) führt z.T. zu schwer steuerbaren Kommunikationsverläufen. Aus der Erfahrung heraus, dass persönliche Botschaften an andere unkontrolliert weitergegeben werden, kommt es zu einer stärkeren Trennung zwischen beruflicher und privater Rolle. Das Nicht-mehr-in-der-Hand-Haben von privaten Informationen und persönlichen Hintergründen konstituiert einen Nährboden für verdeckte, schwer steuerbare Kommunikationspfade. Ein sich in diesem Sinne etablierendes Setting wird als unangenehmer und wenig vertrauensfördernder Interaktionsrahmen skizziert. In diesem Sinne entsteht bei ihr auch eine Solidarität mit den anderen Mitarbeiter/Innen der Sozialstation. Von Seiten der Hilfe- und Pflegebedürftigen wird sie mit Botschaften und Einschätzungen über andere Mitarbeiter/Innen konfrontiert, aus denen heraus sie eine Vorstellung darüber entwickelt, wie möglicherweise über sie selbst

kommuniziert wird. Das Ablehnen verdeckter Kommunikationsstrukturen entspringt einem reziproken Loqalitätsverständnis<sup>53</sup>. Die unangenehmen bzw. kränkenden Erfahrungen mit Hilfe- und Pflegebedürftigen, welche z.T. missbräuchlich mit persönlichen Informationen von A. umgegangen sind, führen zu einem persönlichen Schutzbedürfnis, das auch anderen Mitarbeiter/Innen zuerkannt wird.

Das behutsamere Einspielen privater Hintergründe hat aber nicht zu einem prinzipiellen Misstrauen bzw. einer generellen Abspaltung dieser Dimension in der dyadischen Pflegebeziehung geführt.

## 6.11 Persönliche Copingstrategien

### 6.11.1 Balancierungsarbeit zwischen privater und beruflicher Sphäre

Das Ausbalancieren von Nähe und Distanz wird als schwierige Dauerleistung umrissen. Diese Balancierungsarbeit wird zu einer für sie wesentlichen normativen Kategorie. Das immer wieder neue Austarieren zwischen "Einlassen"(28/44) und "Rausnehmen" (28/44) muss als Kontinuum beibehalten werden.

Das auch hier eher atmosphärisch umrissene Grundproblem von Nähe und Distanz bleibt mehrdeutig. Es bezieht sich nicht nur auf die dyadische Situation in der Pflege. A. verwendet in diesen Zusammenhang den entpersonalisierten Dingbegriff<sup>54</sup>.

Betrachtet man ihre Gesamtsituation, dann geht es u.a. auch um ein grundsätzliches Arrangement mit dem Pflegeberuf. A. betrachtet ihre berufliche Arbeit als "Gratwanderung"(28/42).

In diesem Sinne kann das begriffliche Gegensatzpaar Einlassen/Rausnehmen auch als Ausdruck eines mit sich ringenden Berufsverständnisses verstanden werden.

"Ich denke ja. Also mir persönlich ist diese Gratwanderung, die ich ja persönlich immer betreiben muss, die ist.. Das war für mich schwieriger. Das eben so einzuhalten... Dieses dazwischen sein, zwischen den Dingen einlassen und sich rausnehmen..."/28/42-44

Die sich aneinanderreihenden familiären Auszeiten zeigen eine deutliche Schwerpunktverlagerung in den privaten Bereich. Ihr übergeordnetes affektiv-kognitives Bezugssystem liegt eher im Bereich der Familie bzw. informeller Beziehungsstrukturen (Ciompi 1988). Die vorrangige Orientierung auf dem Bereich des Oikos heißt für sie nicht die Aufgabe des Berufes im Sinne einer Entweder-Oder-Entscheidung. Es scheint vielmehr um

---

<sup>53</sup> Affektuell gesehen kann ein Gefühl der Gegenseitigkeit entlang von Bedürftigkeits- und Verletzbarkeitserfahrungen entstehen. (vgl. F. Schütze 1982; 34).

<sup>54</sup> Nach Benner (1997) ist der Professionalisierungsgrad dagegen an die berufliche Erfahrung der Pflegenden gebunden. In dem von Benner entwickelten Stufenmodell wird u.a. auf die erkenntnisgenerierende Funktion wiederkehrender Erfahrungen verwiesen. Mit steigender Berufserfahrung können wiederkehrende bedeutungsvolle Muster identifiziert werden. Dieses Erkennen führt zu einem zunehmenden Verzicht auf Regel- und Leitsysteme, da sie "...als Expertin mit großem Erfahrungshintergrund...eine Situation intuitiv richtig..." erfasst (Benner 1997; 58). Das Wiedererkennen und Einordnen von sich wiederholenden, bekannten Konstellationen und Phänomenen unabhängig vom spezifischen Fall macht entpersonalisierte Zugänge in der Pflege möglich. Das Dingverständnis könnte somit als Ausdruck eines erfahrungsgesättigten Pflegeverständnisses aufgefasst werden, innerhalb dessen sowohl intuitive (einlassende) als auch routinemäßig standardisierte Bearbeitungen in wiederkehrenden Pflegesituationen möglich sind. Diese eingerichtete Pflege ist eine Gratwanderung, sie birgt die Gefahr einer übertriebenen Routinisierung, welche die Wahrnehmung für ungewohnte, flexibel zu bearbeitende Pflegesituationen schwächen kann (Juchli 1993; 58).

die Wichtung bzw. Integration beider Sphären zu gehen und darum, selbstgesetzte Ansprüche zu modifizieren.

Die gewachsenen Anforderungen in Beruf und Familie erfordern einen hohen persönlichen Einsatz. Unterschwellig werden bei ihr immer wieder Befürchtungen sichtbar, dass es zu einer wechselseitigen Aufzehrung von beruflicher und privater Sphäre kommt. Der berufliche und familiäre Rhythmus ist nicht ausbalanciert. Das zeit- und kraftraubende Nebeneinander von Beruf und Familie erfordert konsensuelle Lösungen und Kompromisse.

Prinzipiell kollidieren die sich veränderten beruflichen Rahmenbedingungen und Pflegemuster mit ihrem Selbstkonzept. Der von ihr angestrebte Beteiligungsgrad in der Pflege geht von Handlungsspielräumen aus, die faktisch nicht vorhanden sind. Sich innerhalb eines solchen Rahmens individuell zu verhalten, wird zum Dilemma<sup>55</sup>.

Die damit verbundenen Kompromisse und Zusatzleistungen konstituieren eine unausgeglichene Situation. Die Zunahme von vorinterpretierten, typischen Pflegerahmen engt individuelle Ausdrucksmöglichkeiten ein. Ihre persönlichen Präferenzen und Pflegevorstellungen sind mit einem durchschnittlichen, routinemäßig abgespulten beruflichen Handeln kaum vereinbar.

Das Kleinhalten selbstgesteckter Wertorientierungen im beruflichen Bereich erfordert routinisierte und ablauforientierte Pflegemuster, mit der sich A. (noch) nicht positiv arrangieren kann. Der in sichtbarer Nähe anstehende erneute berufliche Ausstieg verhindert das Anpassen an für sie problematische Handlungsmuster. Ob diese für sie beunruhigenden Tendenzen akzeptabel sind oder nicht kann durch den Rückzug in die Familie vorerst unentschieden bleiben. Die berufliche Auszeit verschafft ihr ein Entscheidungsmoratorium. A. entwickelt ein Gespür für dieses sie grundsätzlich immer wieder einholende Verortungs- und Positionierungsproblem. In diesem Sinne bleibt perspektivisch betrachtet das Balancierungsproblem virulent.

### 6.11.2 Trennung von beruflichen und privaten Beziehungen

Ihr beruflicher Einstieg in die ambulante Pflege ist mit neuen Erfahrungen verbunden, die kommunikativ verarbeitet werden müssen. Der provisorische Charakter der Arbeit in einem institutionell ungefestigten Handlungsfeld stimuliert einen hohen Gesprächsbedarf. Trotz des kleinen Mitarbeiterstammes empfand sie die kommunikativen Austauschprozesse untereinander als defizitär. Kompensatorisch zu diesen unbefriedigenden beruflichen Kommunikationsmustern wird ihr Mann zum wichtigsten Gesprächspartner in dieser Zeit. In diesem Sinne "schleppt" (29/10) sie die Fülle ihrer neuen Eindrücke und Probleme mit nach Hause, wo sie mit dem Lebenspartner besprochen werden. Im weiteren Verlauf ihrer beruflichen Tätigkeit nimmt dieses Bedürfnis tendenziell ab. Befördert wird dieser Prozess durch die Institutionalisierung entlastender Kommunikationsarenen. Über die vom Träger kontinuierlich angebotene Teamsupervision ist ein fachbezogener Austausch über berufliche Erfahrungen möglich. Ergänzend dazu wird das Gespräch mit dem Lebenspartner gepflegt. A. tauscht sich mit ihrem Ehemann über bestimmte Entwicklungen und sie selbst belastende berufliche Probleme aus. Die Gespräche mit ihm erfolgen situativ und haben einen vertrauteren, fachlich unspezifischeren Charakter. Im Rahmen des ehelichen Zwiegesprächs scheint eine Enthüllung der sie bewegenden Probleme und Gefühle am ehesten möglich. Sie erscheinen ganz selbstverständlich und verschaffen ihr alltagsbezogene

---

<sup>55</sup> Eingeschränkte Handlungs- und Selbstdarstellungsspielräume beschneiden ihre personenhafte (Selbst-)Darstellung (vgl. Stromberger/Teichert 1986; 121). Der über abverlangte "Selbstabstraktionen" einsetzende Verlust an expressiven Darstellungsräumen verlangt Kompensationen (ebenda).

Entlastungsmöglichkeiten. Trotz unterschiedlicher Berufskontexte wird wechselseitig das anteilnehmende Bemühen deutlich, lebensweltliche Anschlussmöglichkeiten herzustellen. Die Darstellung dieses sich prozesshaft verändernden Kommunikationsmusters zwischen privater und beruflicher Sphäre bezieht sich primär auf die Zeit vor der Entbindung ihres zweiten Kindes.

“Also am Anfang meiner Tätigkeit habe ich viel zu Hause erzählt. Da gab es keine große Möglichkeit da irgendwas los zu werden. Wir waren zwar drei Mitarbeiter und jeder kannte das Problem, aber es war trotzdem.. Ich habe eben zu Hause viel erzählt. Später habe ich mir das irgendwie abgewöhnt. Ich hatte einfach das Gefühl, dass ich zu viel mit nach Hause schleppe. Jetzt ist es auch so, dass wir untereinander auch ein paar Sachen zwischendurch erzählen. Also nicht das, was in der Supervision besprochen wurde. Eher eben so wie sich das so entwickelt hat. Wo man einfach mitkriegt, dass man nicht allein ist, wenn man ein Problem ist. Dass der andere auch so etwas erfahren hat. Auch wenn das noch so etwas Banales ist...”/29/6-13.

Der berufliche Wiedereinstieg nach drei Jahren führt erneut zu einer Anfangssituation. Analog zur Gründungsphase der Sozialstation entwickelt sie ein starkes Bedürfnis nach einer austauschenden Kommunikation über ihre alltägliche Arbeit. Die auf sie wirkenden Eindrücke und Erfahrungen unter sich verändernden Pflegebedingungen beschäftigen sie auch über die Arbeitszeit hinaus. In einer für sie noch ungewohnten Arbeitssituation dringt das Berufliche stärker in die private Sphäre ein.

“Also im Moment fällt mir das schwer, wenn ich von der Arbeit komme, wieder umzuschalten auf mein Privatleben. Also das, was ich tagsüber erlebt habe, wieder in die Ecke zu stellen. Das fällt mir im Moment schwer. Aber das hat vielleicht auch was damit zu tun, dass ich so lange draußen war...”/29/19-22

Die Belastungen werden nach der längeren beruflichen Auszeit als z.T. erheblich empfunden. Insbesondere bei anhaltenden Problemen mit “bestimmten Patienten und Situationen” (29/26-27) kommt es bei ihr zu nachklingenden Reflexionen, die nicht einfach vor der Haustür abgestreift werden können.

“Das hängt natürlich auch mit der Belastungssituation auf der Arbeit zusammen. Manchmal ist das eben nicht so. Und manchmal ist man über lange Zeit ziemlich doll belastet. Gerade wenn man mit bestimmten Patienten und Situationen nicht so klar kommt. Und da ist es natürlich so, dass ich darüber auch nachdenke./29/25-28.

Das überschießende Hineinschwappen beruflicher Erfahrungen im Rahmen außerberuflicher Kontakte widerspricht ihrem Bedürfnis nach anderen, jenseits von Beruf angesiedelten Interessensschwerpunkten. Auch gegenüber ihrem Ehemann entsteht ein Gespür dafür, ihn mit diesen “Zumutungen” (29/41) nicht zu überfrachten. In diesem Sinne blieben die phasenweise engen Privatkontakte zu anderen Mitarbeiter/Innen der Sozialstation unbefriedigend. Das Verharren innerhalb des beruflichen Erfahrungshorizontes erfüllt nicht die Erwartungen an eine für sie befriedigende Freundschaftsbeziehung. Aus diesen Erfahrungen entwickelt A. eine generelle Skepsis gegenüber freundschaftlichen Beziehungen zu Kolleg/Innen. So wichtig für sie der Austausch über den beruflichen Alltag auch ist, deckt sich das ausschließliche thematische Verharren innerhalb der beruflichen Sphäre nicht mit ihren Beziehungsansprüchen. Der freudenspendende bzw. angenehme Aspekt dieser Beziehungen bleibt in ihrer Darstellung verborgen. Das Nützliche des beruflichen Erfahrungsaustausches

wird von A. durchaus anerkannt. Eine Freundschaftsbeziehung scheint aber für sie auf einem breiteren Fundament zu ruhen<sup>56</sup>. Inwieweit die von ihr angedeutete Personalfluktuaton sowie ihr familiär bedingter beruflicher Ausstieg aus der Pflege zur Fragilität dieser Beziehungen beigetragen hat, bleibt offen.

Sie skizziert eine Situation, in der die Mehrzahl der Sozialstationsmitarbeiter/Innen schwer auf andere Bereiche des Lebens umschalten kann. Im Zusammenhang mit der von ihr wiederholt positiv herausgestellten Teamsupervision entstehen für sie Momente, in denen rollenförmige, durch den Beruf bestimmte Kommunikationsmuster episodisch abgestreift werden. Die Supervision bietet für sie in diesem Sinne nicht nur die Möglichkeit belastende Situationen in der Pflege zu besprechen. Über diese Arena können auch die Beziehungen untereinander verbessert werden. Die im Nachgang der Supervisionssitzung empfundene Entlastung sorgt für eine offene, entspanntere Atmosphäre untereinander. Es kommt zu spontanen Unternehmungen, bei denen ihre Mitarbeiter/Innen für sie auch als Privatpersonen erkennbarer werden.

“...Eine Zeitlang war es eben auch so, dass wir privat, unter uns Arbeitskollegen, ziemlich viel unternommen haben. Und da war das Problem, dass eben nur über Arbeit geredet wurde. Und da habe ich irgendwann auch festgestellt: “Das möchte ich nicht mehr.”...

Irgendwie ist das ein Problem, eben zusammen zu arbeiten und auch befreundet zu sein. Ja wir kommen zwar untereinander gut aus. Aber es sind eigentlich keine so richtigen Freundschaften darunter. Das ist eben was anderes, nach der Supervision in die Kneipe zu gehen. Dass so etwas spontan entschieden wird. Also ich muss sagen durch diese Supervision, mit diesen zwei Gruppen, das festigt auch untereinander die Beziehung. Also da ist mir eben auch aufgefallen, wenn man die Probleme in der Supervision abgeklärt hat, kann man danach auch über etwas Privates sprechen. Das ist irgendwie...

Da kann man danach auch in die Kneipe gehen. Und da wird auch nicht danach gleich über die Arbeit geredet wieder. Also eine Zeitlang habe ich das schon gemerkt, dass mir das im privaten Bereich zu viel wird. Ich möchte das meinem Partner auch nicht zumuten. Also der geht auch nicht so gerne zu Geburtstagen, wo nur Schwestern vertreten sind.../29/28-43

## 6.12 Konflikte im Zusammenhang mit Sterben und Tod

A. beschreibt ihre Haltung zu Sterben und Tod als ein weitgehend unproblematisches Wechselspiel von situativem Heranlassen und Verdrängen. Der Prozess des Sterbens wird im Zusammenhang mit der betroffenen Person und deren Lebensgeschichte in den Blick genommen. Das Wie des Lebens entscheidet über das Wie des Sterbens. Diese Einschätzung wird von ihr nicht weiter detailliert. Sie basiert auf einen allgemeinen, atmosphärisch unterlegten Eindruck. A. artikuliert diese Empfindungen im Rahmen eines kommunikativen Selbstbezugs, der kognitiv nur schwer zugänglich scheint.

---

<sup>56</sup> Eine Freundschaft mit Leuten, an denen man keine Freude hat, erscheint brüchig. Um des Nutzens und der Lust willen kann man vielen sympathisch sein, d.h. man kann sich rasch gegenseitig etwas bieten (Aristoteles 1985; 223). Wahre Freundschaft sucht das Angenehme und Gute. Auch eine selektive Auswahl von Freunden im Sinne von: -die sind angenehm, die sind nützlich, die sind gut- scheint möglich. Eine Person kann nicht alle Freuden erfüllen (gut, angenehm, nützlich...). Auch das Motiv, sich etwas zu sagen zu haben, bleibt in Bezug auf die Tragfähigkeit von Beziehungen bedeutsam. Diese Erfahrung pointiert Aristoteles wie folgt: ” Oft schon hat fehlender Austausch des Wortes die Freundschaft vernichtet.” (ebenda; 221). Ausschließlich nützliche bzw. mit dem Beruf verbundene Freunde zu haben, scheint einseitig. In dieser Konstruktion wird ein gemischter Kreis bevorzugt, in der sowohl Vertrautes und Fremdes miteinander verbunden bleibt.

Der Leidensprozess sterbender Patienten wird ganz allgemein skizziert. Aus dem situativen Erleben von quälenden Leidens- und Sterbensverläufen bei Hilfe- und Pflegebedürftigen tauchen bei ihr stellvertretende Beendigungs- bzw. Erlösungswünsche auf.

"Manchmal denke ich. "Mensch,.. wann hat der es endlich geschafft.", ja./20/4-5

Dabei unterscheidet A. zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung. Es bleibt ein Gespür für das unterschiedliche Erleben von Leiden und Tod. Letztendlich bleibt ihr dieser Grenzbereich menschlicher Erfahrung unzugänglich. In diesem Kontext wird eine Dimension von Nicht-Wissen berührt, für die A. reflexiv empfänglich ist<sup>57</sup>.

Aus dieser Sensibilität gegenüber "Nicht-Wissensarten" wird von ihr eine annectierende und pauschalisierende Einschätzung solcher Grenzsituationen vermieden (Beck 1996; 300)<sup>58</sup>.

### 6.12.1 Patientenaufklärung und Sterbebegleitung

Eine Vielzahl von todkranken Hilfe- und Pflegebedürftigen sind nicht ausreichend über ihren todbringenden Zustand informiert. A. bezieht sich beispielhaft auf eine Tumorpatientin, die nach Ablauf der therapeutisch erfolglos gebliebenen Gesamtmaßnahmen (Chemotherapie und Bestrahlung) in einem konfessionell betreuten Wohnprojekt umsorgt wird. A. umreißt eine paradoxe, die Situation verschleiernde Betreuungssituation. Das Personal verfällt in einen maskierenden Gesundheitsaktionismus. Die offensiven Mobilisierungs- und Aktivierungsaufforderungen erscheinen in Anbetracht der zunehmenden Verschlechterung des Gesamtzustandes unangemessen. Die Frau wird nicht offen über ihre Krankheitssituation informiert. Es kommt zu einer disziplinierenden, in eine optimistische Gesamtorientierung eingebetteten Betreuungsinzenierung. Diese Inszenierung wird sowohl vom Pflegepersonal als auch von den Angehörigen vordergründig durchgehalten. Die einfühlsame Wahrnehmung der Patientensituation löst bei ihr reflexive Betrachtungen aus, die mit Selbstbezügen verwoben werden. Ihre eigenen Vorstellungen und Befürchtungen färben die advokatorische Artikulation von Problemen und Ansprüchen der wie paralysiert wirkenden Patientin. Der Wille der todkranken Patientin bleibt im Rahmen vordergründiger Mobilitäts- und Aufmunterungsappelle weitgehend unsichtbar. In diesem Sinne findet eine tendenziell entmündigende Pflege statt. Die unterbliebene Aufklärung der Patientin erschwert eine einlassende, auf die Bedürfnisse der sterbenden Frau bezogene Pflege.

Eine offene Betreuung der sterbenden Frau ist aus ihrer Sicht nur schwer möglich. In dieser verschwörerischen Koalition des Schweigens wird die Uninformiertheit der Patientin aufrechterhalten. Aus dieser gespaltenen Situation heraus entwickelt sich für A. ein Handlungsdilemma. Einerseits nimmt sie die widersinnigen Genesungsorientierungen bei dieser todkranken Frau wahr, andererseits sieht sie grundsätzlich keine rechtlich abgesicherte Möglichkeit, zur Aufklärung von sterbenden Hilfe- und Pflegebedürftigen beizutragen. Das Einlassen auf Sterben und Tod wird für sie dadurch erschwert, dass Patienten mit infauster Prognose schlecht bzw. gar nicht über ihren Zustand aufgeklärt sind. Die unterlassene bzw. zu späte Aufklärung von todkranken Hilfe- und Pflegebedürftigen verhindert eine bewusste Sterbebegleitung. Das Wegschieben dieser existentiell unausweichlichen Thematik scheint

---

<sup>57</sup> Die Wahrnehmungswelt von Hilfe- und Pflegebedürftigen kann nicht ausschließlich sprach-kognitiv erfasst werden (Remmers 1998; 184). Die sich auf den Bereich des "Nicht-Selbst" beziehenden Kompetenzen beziehen sich auf einen Bedürfnisbereich, der in der Professionsdebatte weniger stark reflektiert wird (Vogel 1990).

<sup>58</sup> Beck unterscheidet unterschiedliche Nicht-Wissensarten. Die hier in diesem Zusammenhang interessierenden Kategorien fallen möglicherweise unter die Kategorien: -Unsicherheit des Wissens - bzw. -Nicht-wissen-Können- (Beck/ Giddens et al 1996; 300).

eher die Regel als die Ausnahme zu sein. Eine Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod wird über diese allgemein verbreiteten Vermeidungsstrategien erschwert. Die tendenzielle Tabuisierung von Sterben und Tod führt möglicherweise zu einer riskanten Situation. Durch eine verspätete Konfrontation mit dem nahe bevorstehenden Lebensende verstärkt sich die Ambivalenz von Annehmen und Verleugnen des Todes. Die geraffte Auseinandersetzung mit existentiellen Grenzsituationen wird von ihr als problematisches institutionelles Ablaufmuster beschrieben. Ein unterstützend begleiteter Ablöse- bzw. Einlassensprozess erfolgt nur in seltenen Fällen. Mögliche Formen der psychosozialen Sterbebegleitung, wie sie z.B. in institutionalisierter Form über die Hospizbewegung angeboten wird, kommen kaum zur Anwendung.

## 6.13 Persönliche Vorstellungen von guter Pflege

### 6.13.1 Idealtypische Pflege

Bei der Darstellung einer für sie idealtypischen Pflege schlüpft sie selbst in die Rolle der potentiell Hilfe- und Pflegebedürftigen, d.h. sie stellt einen expliziten Selbstbezug her. Diesen behält sie weitgehend bei, d.h. die Differenz zum anderen bleibt eher undeutlich. Generalisierend werden von ihr die erforderlichen Kompetenzen von Pflegekräften umrissen<sup>59</sup>.

“Die müssten in der Lage sein, das zu sehen, was ich wirklich brauche.”/22/6

Prinzipiell präferiert sie eine Pflege in der gewachsenen Umgebung. Eine feste Bezugsperson gehört darüber hinaus ebenso für sie dazu wie ein Pflegeeinsatz entlang eines lebensgeschichtlich gewachsenen Tagesablaufs. Der zeitliche Pflegeeinsatz soll sich an ihren Bedürfnissen orientieren. Die Zufälligkeit und Ungewissheit darüber, welche Betreuungsperson die Pflege kontinuierlich übernimmt, wird abschließend angefügt. Der Einfluss von Hilfe- und Pflegebedürftigen auf die Auswahl der beruflich Pflegenden scheint eher gering zu sein.

“Also ich würde z.B. doch gerne zu Hause bleiben. Ich würde nicht gerne in ein anderes Umfeld gehen wollen.

Und ich würde mir natürlich auch wünschen, dass die Schwestern zu den Zeiten kommen, zu denen ich das brauche. Und dass nach Möglichkeit immer dieselbe Schwester kommt und so weiter. Das möchte ich natürlich. Aber ich weiß eben, wie schwierig das ist. Aber ich würde es mir natürlich wünschen. Wen man letztendlich als zu betreuende Person bekommt, das weiß man letztendlich nie...”/21/47-22/3.

---

<sup>59</sup> Die gesamthafte Wahrnehmung der Pflegesituation wird in dem Buch “Krankenbeobachtung” von Christa Spranger eindrücklich beschrieben. Neben der Wahrnehmungsorientierung an Sinneseindrücken wird die Ineinanderverwobenheit von Eindrücken, Gedanken, Gefühlen und dem Tun der Akteure reflektiert (Spranger 1995; 75). Das begriffliche Rahmen und Deuten einer Pflegesituation bleibt immer auch “schuldhaft” bzw. okupativ (Schütze 1995). In einer nachträglichen Rekapitulation soll diese ineinander verflochtene Erfahrungsmasse differenziert werden. Spranger merkt dazu folgendes an: “Mein unmittelbares Erleben am Kranken muss nachträglich betrachtet und analysiert werden, damit ich den gesamten Sachverhalt erkenne. Schrittweises Differenzieren der Wahrnehmungen ist dazu nötig. Daraus ergibt sich dann die Zusammenschau und entsteht ein neues, bewusstes Bild und die Beurteilung von Wesentlichem und Unwesentlichem” (Spranger 1995; 58). Ohne hier auf die verschiedenen Kompetenzanforderungen in der Pflege eingehen zu wollen basiert ein Fallverstehen in der Pflege auch auf hermeneutische Verstehenskompetenzen (dazu u.a. Dewe et.al. 1992).

Kontrastiv zu der schematisch entfalteten idealtypischen Pflegesituation wird ein gegensteuernder Relativismus sichtbar. Aus ihrer beruflichen Rolle heraus werden die hemmenden Einflüsse angedeutet, eine individuell bedarfsgerechte Bezugspflege umzusetzen. Grundsätzlich wird die Bedeutung der Pflegeperson in diesem Zusammenhang stärker herausgestellt als strukturell hemmende Rahmenbedingungen<sup>60</sup>. A. bezieht sich hier stärker auf die personale Dimension innerhalb der dyadischen Pflegebeziehung.

### 6.13.2 Kritische Einschätzung der stationären Pflege und gegenläufige Orientierungen

Der tägliche Umgang mit alten Menschen führt bei A. zu perspektivischen Altersvorstellungen. Die Inanspruchnahme von Fremdhilfe verursacht ein latentes Unbehagen. Nach der Geburt von C. war sie phasenweise auf Hilfe von außen angewiesen. Diese Erfahrung bleibt für sie ambivalent. Das Agieren von Lohnpflegekräften in der Privatsphäre von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist für sie keine fraglose Selbstverständlichkeit. Der Bezug zu eigenen Fremdpflegeerlebnissen ermöglicht eine einfühlsame Wahrnehmung von Pflegesituationen, die durch Abhängigkeit und tendenzielle Auflösung der Privatsphäre gekennzeichnet sind. Insbesondere die Vorstellung, im Alter so stark hilfe- und pflegebedürftig zu werden, dass eine stationäre Pflege notwendig wird, führt zu einer explikativen Darstellung persönlicher Beobachtungen und Erfahrungen mit stationären Pflegeabläufen. Der vordergründig gute Ersteindruck von stationären Pflegeeinrichtungen, die A. im beruflichen Alltag kennen gelernt hat, wird kontrastierend aufgeweicht. Sie empfindet die Atmosphäre von stationären Einrichtungen als unbehaglich. Aus dieser Gestimmtheit erfolgt eine reflexive Betrachtung stationärer Abläufe. Formal betrachtet spricht vieles für eine optimal durchorganisierte stationäre Pflege. Die infrastrukturellen Bedingungen werden insgesamt als sehr gut beschrieben. Sowohl die pflegerische Grundversorgung als auch flankierende Serviceleistungen scheinen aus ihrer Sicht geradezu vorbildlich organisiert zu sein.

Problematisch ist für sie die tendenzielle Auflösung der Privatsphäre von Patienten. Im Spannungsfeld von gemeinschaftlicher und einzelfallbezogener Betreuungsorientierung kommt es zu überformenden Pflegemustern, die den individuell gewachsenen Interessen und Bedürfnissen einzelner Hilfe- und Pflegebedürftigen nur unzureichend gerecht werden. Das Einmischen in die persönlichen Belange von Hilfe- und Pflegebedürftigen wird allgemein als Grenzüberschreitung problematisiert.

Ein anderer Eindruck ist die Wahrnehmung von Vereinsamung und Isolation im Pflegeheim trotz offensiver Gemeinschaftsorientierung bzw. wohnähnlichen Nebeneinanders der betreuten Heimbewohner. Die Beziehung zu anderen Hilfe- und Pflegebedürftigen kann aus ihrer Sicht nur bedingt inszeniert werden. Eine unhinterfragte ritualisierte Gemeinschaftsorientierung erweist sich im Einzelfall als schwierig. Die Zugehörigkeit zu einer Generation oder eine ähnlich gelagerte Bedürftigkeit bzw. Abhängigkeitssituation führt nicht selbstverständlich zu einer zwischenmenschlichen Solidarisierung der Betroffenen untereinander. Eine ähnliche Situation konstituiert nicht zwangsläufig ein Gemeinschaftsgefühl. Die unterschiedlichen Charaktere und Interessen lassen sich nur schwer bündeln. Der verordnete Charakter von Angeboten überformt gewachsene Interessen und Neigungen. Das Rückzugsbedürfnis von einzelnen älteren Menschen wird aus ihrer Sicht zu offensiv aufgelöst. Aktivitäts- und gemeinschaftsfördernde Angebote im stationären Bereich

---

<sup>60</sup> Als systematische Fehlerquelle sozialprofessionellen Handelns nennt Schütze u.a. organisationelle Rahmenbedingungen und Restriktionen (vgl. Schütze 1996; 252).

sind häufig standardisiert und starr. Die Widerständigkeit von älteren Menschen gegenüber diesen Angeboten hängt sowohl mit nivellierenden kollektiven Angeboten zusammen als auch mit der Zusammensetzung der Gruppe alter Menschen selbst. Unterschiedliche Vorstellungen und Beziehungsstrukturen führen zu Rückzugsbestrebungen, die als persönlicher Ausdruck des Patientenwillens akzeptiert werden sollten<sup>61</sup>.

A. problematisiert stärker die standardisierte Struktur von gemeinschaftsfördernden Maßnahmen als die bewusste Isolation einiger Hilfe- und Pflegebedürftiger innerhalb einer sozial inhomogenen Gemeinschaftsstruktur.

Aus dem Puzzle von ambivalenten Eindrücken in unterschiedlichen stationären Betreuungseinrichtungen ergibt sich ein gegenläufiges, am persönlichen Willen und an den Interessen von Pflegebedürftigen ausgerichtetes Pflegeverständnis. Dieses Verständnis hat sich über berufliche Erfahrungen konstituiert. Die tendenzielle Vernachlässigung von individuell auf den Hilfe- und Pflegebedürftigen bezogenen Betreuungsangeboten im stationären Alltag konstituiert ein eher negatives Bild vom stationären Bereich. Der Wechsel in ein fremdes, durch institutionelle Zwänge geprägtes Umfeld sollte möglichst vermieden werden. Ihre eigenen Präferenzen prägen den Blick auf den stationären Betreuungsbereich. Eine lebensgeschichtlich gewachsene Abneigung gegenüber deindividualisierten und tendenziell entmündigenden Betreuungsmustern wird sichtbar.

Ihre episodenhaft angedeuteten Kritikpunkte an der stationären Pflege bewegen sich deutlich entlang ihrer Präferenzen und Werteorientierungen (Schutz der Privatheit, Autonomie..). Es bleibt aber ein Gespür für den gegenwirklichen Charakter von Wünschen und Vorstellungen pflegebedürftiger alter Menschen<sup>62</sup>. In der Pflegedyade wird auf eine Begegnung insistiert, die sich sowohl an eigenen und fremden Wünschen orientiert<sup>63</sup>.

“ Ja... Für mich ist das schon wichtig, dass ich den Leuten so begegnen möchte, wie ich mir das selber auch wünsche/ ja. Manche wünschen sich sicherlich was anderes als ich mir für mein Alter wünsche.”/21/40-42.

### 6.13.3 Das Schöne an der ambulanten Pflege

In ihrer bewertenden Einschätzung der ambulanten Pflegearbeit wird das Eintauchen in unterschiedliche private Lebenswelten positiv herausgestellt. Das Kennenlernen

---

<sup>61</sup> Die offensichtliche Gemeinschafts- und Beziehungsorientierung kontrastiert mit den bei vielen alten Menschen weniger gegenwartsbezogenen, auf Rückzug und Ruhe ausgerichteten, zurücksinnenden Tendenzen. Das Integrationsprinzip erscheint bei hochbetagten Pflegebedürftigen z.T. sozial überbetont. Stationäre Pflegeeinrichtungen stehen im Spannungsfeld zwischen Privatem und Öffentlichem.

Der Rückzugs- und Ablösungsprozess alter Menschen ist nicht nur auf die Endphase des Lebens beschränkt und wird von Alten vordergründig auch nicht nur als krankmachend und leidvoll wahrgenommen.

Das Bedürfnis nach öffentlicher Wahrnehmung, der Auseinandersetzung mit der aktuellen Weltzeit, nach Partizipation, Gruppenangeboten u.a. ist insbesondere bei hochbetagten Pflegebedürftigen oft weniger stark ausgeprägt als von außen unterstellt wird. Die latente Abwertung des Privaten in Verbindung mit negativ besetzten traditionellen Fürsorgemustern verwischt tendenziell die notwendige Grenze zwischen Privatem und Öffentlichem (Ahrendt 1994; 24). Die individuell richtige Balance zu finden zwischen dem Bedürfnis - still mit sich selbst- zu sein (Kontemplation) und mit dem anderen zu sprechen, verweist auf die vermittelnde Kunst der Pflege (ebenda; 14). Die Kunst der Pflege kann auch darin bestehen, sowohl zwischen privaten Rückzugstendenzen als auch sozialen Integrationsbemühungen geschickt zu vermitteln.

<sup>62</sup> Das Einsehen einer Differenz zum Anderen bildet die ethische Achse, an der sich jeder Blick auf ihn zu messen hat (Lippitz 1993; 320).

<sup>63</sup> Den Standpunkt des Anderen einzunehmen bzw. ihn in Betracht zu ziehen ist eine Kernaussage der Bergpredigt. In der Goldenen Regel (Matthäus 7, 12) wird eine aktive Handlungsaufforderung formuliert, die an das angedeutete Wertekonzept von A. anschlussfähig scheint (“ Alles nun, was ihr wollt, dass es euch die Menschen tun, das sollt auch ihr ihnen tun; denn darin besteht das Gesetz und die Propheten”).

unterschiedlicher Personen scheint untrennbar mit deren Umfeld verknüpft. Die pflegerische Arbeit erscheint weniger dekontextualisiert als im Krankenhaus. Darüber hinaus wird die ambulante Pflegearbeit grundsätzlich als niedrigschwelliger eingeschätzt. Die im stationären Bereich sichtbare hierarchische Kluft zwischen Pflegepersonal und Patienten relativiert sich in der ambulanten Pflege. Sie deutet vielmehr situativ notwendige Unterordnungen und Anpassungen gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen an. Diese für sie notwendigen Anpassungsleistungen hängen offensichtlich mit dem sozialen Ort der Pflegearbeit zusammen.

“Na ja/ das Schöne an dieser Arbeit ist, dass man immer andere Leute kennen lernt. Und das ist...

Es ist auch ein Stückchen so, dass man in der Hauskrankenpflege in das Leben der Anderen hereintritt/ja.

So ein Gefühl von dem Umfeld mitkriegt. Das sind halt Sachen die man im Krankenhaus nicht mitbekommt.

...Ja. Man geht da ja hin und muss sich auf eine Situation einstellen, sich da vorstellen. Und man weiß nicht, was einem dabei erwartet. Und es hängt oft viel von dieser ersten Begegnung oft ab...”/14/19-31

Durch das episodische “Hereintreten” in die private Sphäre entsteht ein impressionistischer Eindruck, der die Hilfe- und Pflegebedürftigen als Person sichtbar werden lässt. Die Betonung des Hereintretens in das Leben des Anderen vermittelt ein atmosphärisch geprägtes Bild davon, dass einer institutionalisierten Fremdpflege auch etwas Invasives und Gastförmiges anhaftet. In diesem Sinne vollzieht A. einen Perspektivenwechsel, indem sie sich in die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen und deren Angehörigen versetzt.

Im Pflegeprozess werden z.T. interfamiliäre Konflikte sichtbar. Die Pflegekraft gerät in die Rolle des unfreiwilligen Beobachters bzw. Mitspielers. Eine Inblicknahme von privaten Konfliktsituationen, die dem öffentlichen Auge sonst eher verborgen bleiben, scheint potentiell nicht unproblematisch zu sein. Darüber hinaus versucht sie sich vorzustellen, wie bedingt durch eine weitreichende Einschränkung des Selbstpflegevermögen (z.B. Bettlägerigkeit), das Hantieren in den persönlichen Dingen (Kleider, Möbel u.a.) durch eine Fremdpflegekraft auf sie selbst wirken würde.

Über diese einführenden Rollenwechsel entwickelt A. ein Gespür für spannungsgeladene Grenzüberschreitungen an der Schnittstelle von privater und öffentlicher Sphäre<sup>64</sup>. Die Fragilität solcher Situationen ist ihr bewusst. Aus dieser verknüpften Erzählerdarstellung heraus wird so etwas wie eine Arbeitshaltung sichtbar. Eine Detaillierung dieser Haltung wird an dieser Stelle nicht vollzogen. Prinzipiell erfolgt aber eine reflexive Inblicknahme solcher Schnittstellen<sup>65</sup>. Eine Achtung gegenüber der Privatsphäre des Anderen wird deutlich. A. vermittelt einen Eindruck davon, dass eine von außen kommende Fremdpflegekraft respektvoll und behutsam agieren muss<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> Der Bereich des Oikos, in dem jedes Individuum, insbesondere in schwierigen Lebensphasen, dem öffentlichen Blick verborgen bleiben kann, wird durch eine graduell unterschiedliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mehr oder weniger stark aufgeweicht. In diesem Sinne bewegt sich die häusliche Pflege durch professionell Pflegende im Spannungsfeld zwischen Privatem und Öffentlichem. Dieser Spannungsbogen ist m.E. für die häusliche Pflege äußerst bedeutsam (Hummel 1988; 90).

<sup>65</sup> Mögliche Distanzierungs- und Vermittlungsstrategien werden fallbezogen nicht entfaltet.

<sup>66</sup> In den Bereichen, die die eigene Häuslichkeit und Befindlichkeit betreffen, nimmt die Deutungsakzeptanz von Experten tendenziell ab. Gewachsene Abläufe und Befindlichkeiten werden in der eigenen häuslichen Sphäre selbstverständlicher ausgelebt als in öffentlichen Institutionen, wie z.B. Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Professionelle Hilfesysteme können in der Privatsphäre von Hilfe- und Pflegebedürftigen schnell auf Skepsis und Ablehnung stoßen, wenn sie sehr stark vormundschaftlich bzw. zu wenig kontextbezogen angewandt werden. Offensiv eingespielte professionelle Rahmungen und

“Ich sehe schon, dass es für manche schon ein, ein ziemliches Problem ist, dass da eine fremde Person in ihren Haushalt und in ihr Leben da eintritt. Und da eben tätig wird. Und vielleicht auch mitbekommt, dass es da Probleme gibt. Oder... da etwas mit der Familie... Oder einfach die Situation, dass ich mir vorstelle, dass ich da im Bett liege und da kommt jemand und geht an meine Schränke. Und ich kann das alles halt nicht mehr. Und ich liefere mein Privatleben eigentlich völlig aus. Also das ist vielleicht schon ein Problem. (...) geht das überhaupt nicht. Aber für mich ist das Arbeit und unter... So versuche ich das eben immer zu sehen.”/14/43-50

Das flexible Einstellen auf unterschiedliche soziale Milieus und Kontexte stellt eine interessante Arbeitssituation her, die nicht rein schematisch bzw. routinemäßig ausgeübt werden kann. Besonders spannende Konstellationen entstehen in Situationen, die ungewiss und neu sind. Hier sind vor allem Anfangssituationen in der Pflege gemeint, d.h. der erste Moment der Kontaktaufnahme im Haushalt des Hilfe- und Pflegebedürftigen<sup>67</sup>. In der ambulanten Pflege ist die Situation hinter der Wohnungstür für die professionell Pflegenden schwer antizipierbar. Das situative Einstellen auf immer wieder neue Anfangssituationen wird für sie zur professionellen Herausforderung.

“Was mir eigentlich an der Arbeit immer gefallen hat und auch jetzt noch gefällt, sind halt die unterschiedlichsten Milieus, wo man so hinkommt, wirklich. Sagen wir mal vom Gutsituierten bis ganz unten ist alles dabei. Sehr gut durchmischt eigentlich. Dass man sich halt immer wieder auf etwas Neues einstellen muss, auf eine neue Situation jetzt. Spannend ist es, wenn man das erste Mal kommt und nicht weiß, was einen erwartet...”/6/14-19

Vor dem Hintergrund ihres persönlichen Wertehorizontes sind bestimmte Überbegriffe wie Familie, informelle Gruppen bzw. Netzwerke positiv besetzt (Ciompi 1988; 194). In Bezug auf die private Sphäre von Hilfe- und Pflegebedürftigen besteht eine hohe Kontextsensibilität. Der Schutz und die Achtung der privaten Sphäre von Hilfe- und Pflegebedürftigen kann möglicherweise mit ihrer konfessionellen Nischensozialisation in Verbindung gebracht werden. Eine lebensgeschichtlich gewachsene Vermeidung von invasiven Übergriffen bzw. Einmischungen in die privaten Lebensbereiche anderer Menschen wird deutlich. Ein

---

Deutungen können in den eigenen Domänen der Hilfe- und Pflegebedürftigen auf erheblichen Widerstand stoßen. Die häusliche Domäne von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist ein Ort, an dem Laienwissen und expertokratisches Wissen in besonderer Weise aufeinander prallen können (Behrens/Voges 1996;18f). Das primär nach funktionellen Gesichtspunkten durchorganisierte Krankenhaus scheint kontrastiv dazu ein Zugangspunkt zu sein, wo die Deutungsmacht der Experten tendenziell zunimmt.

<sup>67</sup> Die erste Phase pflegerischer Handlungspraxis kann als -Pflegeeingang- bezeichnet werden (Kreis 1997). Die von Ungewissheit geprägten Anfangssituationen durchziehen das Handeln professionell Pflegenden. Für den Patienten ist der Beginn des Pflegeverhältnisses ebenso ein Anfang wie für die professionelle Pflegekraft. Diese Situationen sind auf typische Art und Weise prägend für die ambulante Pflege. Hier müssen Menschen in einer sozial unterschiedlichen Umgebung in deren Haus gepflegt werden. Diese hier als Pfeleeeingänge beschriebenen Anfangssituationen sind natürlich nur Ausschnitte im gesamten Pflegeprozess, d.h.. aus dem Strom des Wirklichen herausgestellte Acts (Kreis 1997; 4). Für die professionell Pflegenden aber sind es wiederkehrende unübersichtliche Pflegemomente, die gerade für A. etwas Faszinierendes haben. Eine Affinität zu offenen und ungewissen Anfangssituationen wird bei A. andeutungsweise sichtbar. Die Anfangssituation ist eine im sozialberuflichen Handeln interessante Schnittstelle zwischen einem institutionalisierten Standard und einem konkreten Fall bzw. zwischen “Geregeltem und Ungebärdigem” (Waldenfels 1984; 137). Gerade in der ambulanten Pflege kann von einer größeren institutionellen Offenheit ausgegangen werden als im stationären Pflegebereich. Die Pflegesituation ist graduell offener. In der Spannung von ungebärdiger Spontanität und geregelter Institutionalität (Waldenfels 1984; 137 f) liegt möglicherweise der Charme pflegerischer Anfangssituationen(vgl. Kreis 1997, 88 f.).

kognitives Erkennen im Anderen verweist auf eine affektive Sensibilisierung und Einfühlung, aus der heraus eine engagierte moralische Haltung entstehen kann<sup>68</sup>.

### 6.13.3.1 *Tätigkeitsmix in der ambulanten Pflege*

Das Schöne an der ambulanten Pflege ist für A. der abwechslungsreiche Tätigkeitsmix. Eine ausgeprägte Neigung bzw. Abneigung gegenüber bestimmten Pflegeverrichtungen wird nicht sichtbar. Die bei anderen Mitarbeiter/Innen sichtbare Affinität zu eher behandlungspflegerischen oder grundpflegerischen Verrichtungen ist für sie selbst weniger maßgebend. Ein ausgeprägtes expertokratisches Verständnis bzw. eine fachliche Profilierung auf einem bestimmten pflegerischen Gebiet ist bei ihr nicht erkennbar.

Harte Wissensbestände scheinen für ihre berufliche Identität weniger konstitutiv zu sein. In dieser Richtung dominiert ein eher defensives Rezipierungsverständnis. Spezielle pharmakologische oder medizinische Kenntnisse werden situationsbezogen aktiviert bzw. aufgefrischt.

Das Generalistische ihrer Tätigkeit entspricht ihrem pflegerischen Grundverständnis. Entscheidend bleibt für sie der unmittelbare Bedarf von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Dieser sich von Fall zu Fall unterscheidende Pflegebedarf führt zu wechselnden Tätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen von Pflege (Ernährung, Mobilität, Körperpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Behandlungspflege).

### 6.13.3.2 *Autonome Einzelarbeit*

Als ein weiterer positiver Aspekt der ambulanten Arbeit wird von A. die singuläre Arbeit herausgestellt. In diesem Sinne entsteht eine wirklich dyadische Pflegesituation, in der zumeist nur sie und der zu betreuende Patient anwesend sind<sup>69</sup>. Von einer Entbettung aus dem Mitarbeiterteam kann aber nicht ausgegangen werden. Trotz des weitgehend eigenständigen Arbeitens ohne direkte Einbeziehung bzw. Präsenz anderer Mitarbeiter/Innen finden Begegnungen und Austauschprozesse untereinander statt. Diese werden von ihr kontinuierlich aufrechterhalten. Der Wechsel von Abstand und Nähe gegenüber den Mitarbeiter/Innen der Sozialstation führt möglicherweise dazu, dass gruppenspezifische Hierarchisierungen mit entsprechenden Über- und Unterordnungen sich weniger stark entwickeln können als im stationären Bereich. In diesem Kontext erscheinen die Mitarbeiter/Innen autonomer und untereinander gleichberechtigter. Das kontrollierende und überwachende Moment fehlt in der ambulanten Pflege weitestgehend. Der Vergleich zwischen der stationären und ambulanten Pflege fällt bei A. deutlich zugunsten der häuslichen Pflege aus.

---

<sup>68</sup> Aus der diskursethischen Perspektive wird auf eine reziproke Rollenübernahme bzw. Perspektivenverschränkung orientiert, in der die solidarische Einfühlung in die Lage des Anderen mit eingeschlossen ist.

<sup>69</sup> Die klassische Konstruktion der Pflegedyade ist für A. in der ambulanten Pflege eher sichtbar als in der stationären Pflege. Aus dem organisatorischen Gefüge heraus werden Aufgaben- und Rollenzuweisungen formuliert, durch die, bezogen auf das pflegerische Handlungsfeld, sowohl Pflegeprofessionelle als auch Pflegebedürftige zu Sachpersonen bzw. Rollenträgern werden, die in ein komplexes System von Weisungen, Anordnungen und Kontrollbefugnissen eingebunden sind. Ambivalent bleibt die in diesem Konzept der Organisationsverantwortung tendenziell eingelagerte personale Neutralität. Eine in bezug auf die Pflegesituation sinnvolle Ausrichtung an klassischen face-to-face-Beziehungen, im Rahmen eines individualisierten Verantwortungsbegriffs, wird durch einen versachlichenden (entmoralisierenden) Verantwortungsbegriff ausgehöhlt (vgl. Remmers 1998; 204). Diese Verschiebung des Verantwortungsgefüges führt zu formal organisierten Strukturen, die in ihrer Rationalität informell-kommunikativ geregelte Zusammenhänge unzureichend integrieren (ebenda; 209). Mit einem sich ausweitenden Verantwortungsbereich, so ist wenigstens zu vermuten, nimmt der Hang zur Reflexion tendenziell zu. Parallel dazu könnte ein höheres Maß an beruflicher Zufriedenheit bzw. beruflicher Identifikation erreicht werden (vgl. Remmers 1998; 284 f).

“Die Schwelle ist nicht so hoch. Man steht nicht so weit oben. Es ist schon so auch die Situation, dass man.. einfach aus Notwendigkeiten heraus sich unterordnen muss.... Auf der anderen Seite ist es wieder so..

Ich arbeite ja allein/ ja. Das ist wieder etwas, was mir Spaß macht. Ich bin zwar alleine, halte aber Kontakt zu den Anderen. Aber dass ich halt in dem Moment, in dem ich arbeite, keinen neben mir stehen habe...

Oder eben über mir stehen habe((leise)).”/14/8-14.

### 6.13.3.3 *Kontinuierliches Betreuungs- und Verantwortungsgefüge*

Relational zur Arbeit im stationären Krankenhausbereich wird die kontinuierliche Verantwortlichkeit gegenüber bestimmten Hilfe- und Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege positiv herausgestellt. Die über einen längeren Zeitraum hinweg bestehenden Betreuungsverhältnisse werden als ein Kontinuum dargestellt, das sich von den zumeist kurzfristigeren Betreuungsverläufen im Krankenhausalltag unterscheidet. Durch wechselnde Schichtdienste, sich rasch verändernde Patientenzusammensetzung und Betreuungsverantwortlichkeiten konstituiert sich im klinischen Bereich ein fragileres Beziehungs- und Verantwortungsmuster zwischen Pflegekraft und Patient.

“Dann ist es auch etwas anderes als im Krankenhaus zu arbeiten. Ich habe da eben ein paar Patienten und bin für die verantwortlich die ganze Zeit. Während das eben im Krankenhaus halt nicht so war, ja.

Ich hatte halt Spätdienst. Oder man hatte dann halt die nächsten Tage in irgendwelchen anderen Zimmern zu tun....”/6/19-24

## 6.13.4 Gute Pflege und ökonomische Rationalität

### 6.13.4.1 *Dienstleistungsverständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigen*

A. bekräftigt, dass es ein gewachsenes Dienstleistungsverständnis in der häuslichen Pflege gibt. Die tendenziell selbstbewusstere Inanspruchnahme von pflegerischen Dienstleistungen wird von ihr positiv heraus gestellt. Eine im Vergleich zu früher gewachsene Rechtssicherheit für Hilfe- und Pflegebedürftige konstituiert einem aus ihrer Sicht verbesserten strukturellen Pflegerahmen. Das gewachsene Dienstleistungsverständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigen wird mit verbesserten rechtlichen Grundlagen verknüpft.

Die pflegerischen Mindeststandards bilden einen wichtigen Bezugsrahmen, auf dessen Fundament eine rechtlich abgesicherte Pflege umgesetzt werden kann. Diese juristisch ausgebauten Pflegeabsicherung hat die Stellung von Hilfe- und Pflegebedürftigen gestärkt.

Darüber hinaus sieht sie die Konkurrenz zwischen den verschiedenen Anbietern pflegerischer Dienstleistungen auch positiv. In diesem Sinne deutet sie eine marktwirtschaftliche Situation an, in welcher der Nutzer bzw. Kunde zwischen verschiedenen Pflegediensten auswählen kann<sup>70</sup>. Die unterschiedlichen Anbieter im ambulanten Pflegesektor müssen sich um den

---

<sup>70</sup> Das in der Kundenorientierung zum Ausdruck kommende Marktmodell, welches von einer relativ souveränen Beziehung von Leistungsnachfrager und Leistungsanbieter ausgeht, kontrastiert mit der eingeschränkten Konsumentensouveränität vieler Pflegebedürftiger (vgl. Schütte, W. (1996): Kundenrechte in der Pflege, In: NDV Jg.96/8; 261). Die Fähigkeit, sich auf dem Angebotsmarkt souverän zu bewegen und soziale Dienstleistungen adäquat einzukaufen entspricht einem idealistischen Kundenbild, das mit der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen schwer in Übereinstimmung zu bringen ist. Soziale Dienstleistungen sind keine Konsumgüter, die man miteinander vergleichen und bewerten kann (vgl. Heinze et al. 1996; 49). Pflege- und Hilfebedürftige befinden sich in einer Situation der Abhängigkeit, d.h. es besteht ein

Patienten bemühen, was sich positiv auf die Qualität von pflegerischen Leistungen auswirken kann. Der qualitative Aspekt bezieht sich in ihrer Darstellung weniger auf die interaktive Dimension in der Pflegedyade, als vielmehr auf verobjektivierbaren Elemente in der Pflege. Ohne dass diese Elemente deutlich werden, insistiert A. auf feststehende, normativ richtige Kriterien in der Pflege. Im Kontext ihrer positiv herausgestellten, rechtlich geregelten pflegerischen Mindeststandards haben diese Entwicklungen zu einer größeren Transparenz und Nachprüfbarkeit in der Pflege beigetragen.

Einschränkend wird von ihr der allgemein gewachsene Kundenstatus von Hilfe- und Pflegebedürftigen relativiert. Die Handlungsalternativen sind bei den Nutzern pflegerischer Dienstleistungen sozial ungleich verteilt<sup>71</sup>. A. deutet in diesem Kontext unterschiedliche Wahlmöglichkeiten und Souveränitätsspielräume an. Insbesondere bei materiell gut gestellten Hilfe- und Pflegebedürftigen erscheint der Kundenstatus deutlich stärker ausgeprägt als bei Empfängern, die vorrangig auf pflegerische Mindestleistungen zurückgreifen müssen.

“Das ist natürlich auch selbstverständlich geworden, was zu einer Pflege gehört und was man da auch einfordern kann. Und das ist auch alles durchsichtiger geworden. Dass die Zeit oft nicht reicht, das ist eine andere Geschichte. Ich finde es schon gut, dass sich all die Stationen auch Mühe geben müssen. Dass die Leute...

Letztendlich kommen natürlich die am besten weg, die auch Geld haben. Die sich auch zusätzlich Leistungen kaufen können, wenn sie mit dem, was die Kasse eben leistet, nicht auskommen...”/15/12-18

#### 6.13.4.2 *Pflegekonzept und ökonomische Zwänge*

A. berichtet von einem gemeinsam von den Mitarbeiter/Innen entwickelten Pflegekonzept. Das Pflegekonzept basiert auf der Analyse verschiedener pflegerischer Tätigkeiten. Bei der Aufzählung des Tätigkeitsspektrums werden ausschließlich grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten genannt. In diesem Sinne scheint das Pflegekonzept primär medizinpflegerisch ausgerichtet zu sein. Die gebündelten Vorstellungen davon, was eine gute Pflege in diesem Rahmen ist und welche Prophylaxen für eine Schäden vermeidende Pflege notwendig sind, flossen prozesshaft in dieses Konzept ein. In diesem Sinne beinhaltet es im Wesentlichen allgemeine Pflegestandards, die sich primär auf typische Pflegehandlungen und -arbeitsabläufe bezogen<sup>72</sup>. Das aufwendig entwickelte Pflegekonzept wird aber nicht praktisch umgesetzt. Die gemeinschaftlich von den Mitarbeiter/Innen entwickelten Vorstellungen von einer guten Pflege gelangen angesichts ökonomischer

---

asymmetrisches Verhältnis zwischen Helfern und Hilfesuchenden. Ein individueller Aushandlungsprozess scheitert teilweise an der Hinfälligkeit des Klienten.

<sup>71</sup> Die Kundenorientierung erfordert eine genauere Differenzierung. Vom vermögenden Selbstzahler, der sich einen guten Vermittler leisten und gegebenenfalls auf Sozialleistungen verzichten kann, bis zum vollständig auf Sozialleistungen angewiesenen Betroffenen ist alles unter diesen Begriff subsumiert. Betroffene mit hohem ökonomischen Potential werden anders umworben und qualitativ anspruchsvoller umsorgt als Mittellose. Am umfassendsten ist der Einfluss der Verbraucher bei selbstbeschafften Pflegekräften. Wo die Kundenmacht immer mehr abnimmt kommt es zu stromlinienförmigen Heimaufnahmeverfahren, in der die Rechtsstellung des Betroffenen bzw. dessen advokatorische Vertretung tendenziell kaum noch berücksichtigt werden (Klie; T. (1999): Kundenorientierung, In: Soziale Arbeit-1/99; 10 f). Bei weitgehend unsichtbaren Kundeninteressen kann es zu inszenierten stellvertretenden Deutungen entlang des eigenen Interessenprofils kommen (Aufschwätzen von überflüssigen Leistungen). Problematisch ist eine advokatorische Kompensation auch bei einem existentiellen Desinteresse bzw. Widerstand, sich auf Dienstleistungsmärkten zu bewegen und entsprechende formale Dienste und Leistungen in Anspruch zu nehmen (ebenda). Der allgemeine Widerstand innerhalb der älteren Generation, selbstbestimmt und flexibel Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, scheint insbesondere in den neuen Bundesländern hoch zu sein (vgl. Hummel 1991; 19).

<sup>72</sup> Dieses Verständnis knüpft an strukturell vorgegebenen Rahmungen im PVG an (§ 11 Abs. 1 SGB XI; dazu u.a. Klie 1995; 61).

Zwänge nicht zur Anwendung. Das Spektrum sinnvoller Pflegemaßnahmen kann in der zur Verfügung stehenden abrechenbaren Zeit nicht realisiert werden. Offensichtlich beeinflusst das Wirtschaftlichkeitsgebot die strukturellen Rahmenbedingungen in der Pflege so stark, dass das gemeinschaftlich als gut eingeschätzte Pflegekonzept graue Theorie bleibt<sup>73</sup>. Eine Inblicknahme von potentiellen Möglichkeiten, die eine Umsetzung dieser Standards ermöglichen würde, bleibt eher fiktiv. Aus ihrer Sicht könnte der Träger die anfallenden Mehrkosten übernehmen, um dieses Pflegekonzept qualitätsgerecht umzusetzen. Die wirtschaftliche Situation der Sozialstation scheint allerdings so schlecht, dass ein finanzieller Ausgleich durch den Träger unrealistisch scheint<sup>74</sup>. A. drückt eine Enttäuschung darüber aus, dass ein über einen langen Zeitraum von den Mitarbeiter/Innen selbst entwickeltes Pflegekonzept nicht realisiert werden kann.

“Dann haben wir ja über mehrere Jahre hin so ein Pflegekonzept erarbeitet und alle möglichen Tätigkeiten analysiert, vom Kompressionsverband bis zur großen Grundpflege. Was für uns dazugehört so an Prophylaxen und so weiter. Und das liegt jetzt irgendwo in der Schublade...weil, weil es eben auch irgendwo ein Geldproblem ist....

Für mich war das erst einmal nicht schön, eigentlich für uns alle, wenn man da zwei Jahre dran gearbeitet hat und das dann irgendwo in der Schublade verstaubt....”/24/47-25/11

Die Pflege entwickelt sich tendenziell zu einem eher minimalistischen Programm. Die grundsätzlichen Anforderungen an eine qualitativ gute Pflege werden für A. aber durch das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht suspendiert<sup>75</sup>. Eine Inpflichtnahme der beruflich Pflegenden besteht trotz des ungedeckelten finanziellen Rahmens weiter. A. verweist auf die prinzipielle Haftbarkeit der verantwortlich Pflegenden. Prophylaktische Pflegemaßnahmen müssen aus ihrer Sicht durchgeführt werden, da bei einer Unterlassung schädigende Folgen für den Hilfe- und Pflegebedürftigen eintreten können<sup>76</sup>. Für diese Unterlassungen kann die Pflegekraft haftbar gemacht werden. A. argumentiert hier aus einer primär juristischen Perspektive. Diese rechtliche Perspektive ergänzt die medizinpflegerischen Richtlinien im Rahmen des gemeinschaftlich entwickelten Pflegekonzeptes.

Der Haftbarkeitsaspekt wird zur handlungsleitenden Richtlinie. Die Sicherung einer guten Pflege scheint für sie auch juristisch geboten. Durch diese Konstruktion wird der restriktiv bedeutsame ökonomische Pflegerahmen zu einer nachrangigen Orientierung. Entlang des Gefährdungsgedanken lassen sich in begrenztem Umfang rechtliche Normierungen

---

<sup>73</sup> Das im Pflegeversicherungsgesetz verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot orientiert auf eine wirksame und vor allem wirtschaftliche Erbringung pflegerischer Leistungen. Das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden. Was genau das notwendige Maß ist, lässt sich einzelfallbezogen schwer bestimmen. Die Wirtschaftlichkeit kann über die Landesverbände der Pflegekassen überprüft werden. Diese Überprüfung soll dann von sachverständigen Wirtschaftlichkeitsprüfern ausgeführt werden (§§ 79, 84 Abs.2; 89 Abs.1 SGB XI); dazu u.a. auch Klie 1995; 78). Die durch betriebswirtschaftliche Steuerungsimperative (z.B. Kostenbegrenzungsstrategien) ausgelösten Krisenphänomene berühren die Qualität pflegerischer Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungszusammenhängen und lösen ethische Fragen mit sozialpolitischer Relevanz aus (Remmers 1998; 13).

<sup>74</sup> Angesichts der misslichen finanziellen Lage ist auch eine Vollzeitbeschäftigung von Pflegekräften nur in Ausnahmefällen möglich. Die Mehrzahl der Mitarbeiter/Innen der Sozialstation ist als Teilzeitbeschäftigte eingestellt.

<sup>75</sup> Grundlegende Pflegeziele des SGB XI orientieren beispielsweise auf eine humane und aktivierende Pflege, in der entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse gepflegt, versorgt und betreut werden soll (vgl. §11 Abs. 1, dazu auch Klie 1995; 15).

<sup>76</sup> In SGB XI ist der Grundsatz der Prävention vor Pflege niedergelegt. Bei der vom MDK festgestellten Pflegebedürftigkeit sind Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation zu eruieren. Versicherte haben auf diese vom MDK als geeignet, notwendig und zumutbar eingeschätzten präventiven und rehabilitativen Leistungen einen rechtlich abgesicherten Anspruch (§§ 5, 18, 32 SGB XI/dazu Klie 1995; 64). Dieser Anspruch ist somit haftungsrechtlich für die Pflegekräfte bedeutsam.

pflegerischer Aufgabenbereiche entwickeln (vgl. Igl 1998; 58 f)<sup>77</sup>. Vor diesem Hintergrund verbieten sich potentielle Unterlassungsüberlegungen. Der latent durchschimmernden Versuchung, eine aktivierende und Schäden vermeidende Pflege nur im Rahmen eines vorgegebenen und somit abrechenbaren Zeitrahmens durchzuführen, wird von ihr nicht nachgegeben. Die Anerkennung der fachlichen und juristischen Richtigkeit notwendiger medizinpflegerischer Maßnahmen schafft einerseits eine grundsätzliche Handlungssicherheit, andererseits geht die regelmäßige Überschreitung des vorgegebenen Zeitrahmens zu Lasten der beruflich Pflegenden. Diese Situation führt zu einer für die Mitarbeiter/Innen der Sozialstation unbefriedigenden Mehrarbeit.

Trotz strukturell ungünstiger Rahmenbedingungen bleibt ein Bemühen erkennbar, ein wesentliches pflegerisches Aufgabenfeld nicht einfach zur Residualkategorie verkümmern zu lassen. Der ökonomisch intendierte Druck in Richtung einer nachlässigeren Durchführung von aktivierenden bzw. prophylaktischen Pflegemaßnahmen berührt ein wesentliches Feld beruflicher Pflege. Prophylaxemaßnahmen fallen in einen originär pflegerischen Aufgaben- und Verantwortungsbereich, d.h. die Durchführungsverantwortung liegt vorrangig in den Händen der beruflich Pflegenden. Diese Domäne aus ökonomischen Gründen aufzuweichen bzw. reduzieren zu müssen, tangiert das berufliche Selbstverständnis von Frau A<sup>78</sup>.

“Jetzt ist das ein Problem...weil die Anforderungen so zwar alle da sind. Natürlich sind wir verantwortlich, dass die ganzen Prophylaxen gemacht werden und so weiter. Die Kasse bezahlt die nicht extra. Die gehören da mit rein. Aber eigentlich schafft man das nicht. Wenn man das wirklich so macht, schafft man das nicht in der Zeit. Trotzdem sind wir natürlich haftbar, wenn jemand eine Kontraktur oder ein Dekubitus kriegt. Da können wir nicht sagen: “Wir hatten doch nicht genug Zeit, um ausreichend Prophylaxe zu machen.” Also das bedeutet letztendlich, dass wir das machen. Aber es fällt in unsere Privatzeit rein.”/25/12-18.

### 6.13.4.3 *Spielräume in der Pflege*

Eine optimale Pflege kann unter den angedeuteten restriktiven strukturellen Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden. Eine kontinuierliche Mehrarbeit zu Lasten der Pflegekräfte wird von A. als Dauerzustand abgelehnt. Dieses alle Mitarbeiter/Innen betreffende Problem führt zu kollektiven Überlegungen darüber, welche Handlungsspielräume vorhanden sind, um eine aktivierende und Schäden vermeidende Pflege sicher zu stellen. Bezogen auf den einzelnen Patienten heißt das gemeinsam zu evaluieren, was für den einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen bedeutsam bzw. weniger bedeutsam ist. Ein standardisierter Formalismus bzw. ein schematisches Abspulen verrichtungsorientierter

<sup>77</sup> Die begriffliche Fassung wesentlicher pflegerischer Arbeitsinhalte scheint durchaus ausbaufähig. Das Aufgreifen und Beschreiben von Problemlösungskompetenzen und Handlungsstrategien im pflegerischen Berufsalltag erfolgt zu zögerlich. Erst auf dieser Basis ist aber eine eigenständige pflegerische Definitions- und Regulationsleistung artikulierbar, d.h. eine kategoriale Rahmung über juristische Normen sinnvoll (vgl. Remmers 1998; 265).

<sup>78</sup> Letztendlich werden die Folgen reflexiv doch sehr stark unter allgemeinen normativen Aspekten betrachtet. Welche Güter vorrangig Schutz genießen bzw. inwieweit Rechte und Freiheiten aller Beteiligten gewahrt bleiben, sind wesentliche, utilitaristisch geprägte Blickwinkel, die in der Praxis die subjektiven Präferenzen der Klienten häufig zu etwas Nachrangigem machen (vgl. Remmers 1998; 305). Die Abwägung möglicher Freuden und Leiden führt zur Bilanzierung voraussehbarer Gewinne bzw. Verluste an Lebensqualität (Mill 1991; 144). Behandlung und Pflege orientiert sich somit an den voraussichtlich zu erwartenden Folgen, bzw. dem Nutzen von Handlungen (ebenda; 140 ff). Das gesellschaftliche Mandat wägt zwischen individuellen Ansprüchen und gesellschaftlichen Gütern ab. Das Potential an vorhandenen Ressourcen führt zu Kosten-Nutzen-Kalkulationen, von therapeutischen und präventiven Maßnahmen, die eine Bewertung unter ökonomischen Kriterien erzwingen. Inwieweit ethische und ökonomische Kosten-Nutzen-Relationen wechselseitig integrierbar sind, muss situativ und anhand normativ unaufhebbarer Rahmungen entschieden werden (vgl. Remmers 1998; 306 f). Formal anerkannte ethische Dimensionen werden über technisch-medizinische Optionen, deskriptive Aussagen mit normativem Charakter und ökonomischen Begründungszwängen substantiell ausgehöhlt.

Pflegeleistungen soll vermieden werden. Handlungsleitend bleibt das übergeordnete Pflegeziel. Aus dieser Orientierung heraus wird gemeinschaftlich ausgelotet, welche Verrichtungen nicht täglich durchgeführt werden müssen. Der Sinn bestimmter pflegerischer Unterlassungen muss auch für die Angehörigen einsichtig sein. Die Legitimität von Weglassstrategien hängt entscheidend davon ab, inwieweit ein Konsens darüber mit den Angehörigen ausgehandelt werden kann. Diese Legitimation ist für die Etablierung intern konstituierter Pflegestrategien von wesentlicher Bedeutung.

Das ganze Prozedere erscheint paradox. Die vorrangige Orientierung an einer aktivierenden und rehabilitativen Pflege muss tendenziell verdeckt realisiert werden. Die damit verbundenen Pflegeleistungen werden in den Bereich der Grundpflege gedrückt.

Der Spielraum für solche Unterlassungen ergibt sich durch relativ schematische Dokumentationskategorien. In der Pflegedokumentation muss nicht detailliert vermerkt werden, ob eine aktivierende Mobilisierung oder eine Körperpflegemaßnahme durchgeführt wurde. Beides lässt sich unter der Kategorie Grundpflege subsumieren. A. führt ein allgemein gehaltenes Fallbeispiel an, um diese Handlungsstrategien zu verdeutlichen. Bei einer bettlägerigen, weitgehend bewegungseingeschränkten Patientin ist die Durchführung von Bewegungsmaßnahmen bedeutsamer als das tägliche Waschen der Füße. Diese an potentiellen Folgen orientierte Pflege bezieht sich nicht vorrangig auf die subjektive Zufriedenheit bzw. das situative Wohlbefinden des Patienten. Im Vordergrund steht das Vermeiden irreversibler oder nur schwer wieder heilbarer Körperschädigungen, wie z.B. Kontrakturen und Dekubitalulcera.

Von diesem allgemeinen Beispiel ausgehend gelangt sie zu einem konkreten Fall aus ihrem pflegerischen Berufsalltag.

Sie betreut eine Patientin, bei der es zu einer Überschreitung des vorgegebenen Zeitmaßes kommt. Die Zeit wird auch deshalb überschritten, weil die Patientin selbständig bestimmte Körperpflegemaßnahmen übernimmt. Die Orientierung an der Selbstpflegefähigkeit der Patientin wird von ihr als "wichtig"(25/34) eingeschätzt. Eine deaktivierende Übernahme fremdpflegerischer Tätigkeiten, die in der Regel zu einer schnelleren Beendigung der Grundpflegemaßnahmen führt, wird nicht vorschnell vollzogen. Trotz des engen Zeitregimes und dem (zeitlichen) Drängen eines nahen Angehörigen der pflegebedürftigen Frau setzt sie die Aktivierungsmaßnahmen in der täglichen Pflege fort. A. dokumentiert realistisch den pflegerischen Zeitaufwand bei der Patientin. Es kommt zu mehrmaligen Ermahnungen von Seiten der PDL, da der im Pflegevertrag verankerte Zeitrahmen nach Möglichkeit nicht dauerhaft überschritten werden soll. Da der von außen kommende Druck wächst, bemüht sie sich um eine kürzere Verweildauer bei der Patientin. Dabei werden unterschiedliche Handlungsstrategien sichtbar. Mit dem allgemeinen Hinweis auf das knappe Zeitkontingent in der Pflege versucht A. die Patientin indirekt zu einer beschleunigten Durchführung ihrer Selbstpflegeaktivitäten zu ermuntern. Diese Strategie geht nicht auf. Anschließend versucht sie es mit dem direkten Verweis auf das in ihrem Fall vorgegebene Zeitmaß. Die dabei gewählte Wir-Form stellt einen selbstverständlichen Kooperationsbezug her, der sich in diesem Fall auch als sinnvoll erweist. Die Patientin zeigt sich überraschenderweise als sehr kooperativ und flexibel. Es kommt zu einer unproblematischen Aushandlung darüber, wie der Pflegerahmen situativ umgestaltet werden kann. Das entgegenkommende Verhalten der Patientin führt zu vertretbaren pflegerischen Unterlassungen, welche z.T. selbst von der pflegebedürftigen Frau entwickelt werden. Das Fallbeispiel zeigt, dass die diskursive Einbeziehung des Patienten zu einem veränderten Pflegerahmen führen kann. Aus dieser für sie erstaunlichen Erfahrung kommt es zu einer grundsätzlichen Überlegung darüber, nach welchen Mustern Pflege für sie in der Regel abläuft. Die prägenden Außenvorstellungen von Nächstenpflege- und Fremdpflegerpersonen verdecken aus ihrer Sicht nicht selten die Sollvorstellungen der Betroffenen selbst.

### 6.13.5 Berufsethos

A. verweist ausdrücklich auf die sinnstiftende Bedeutung des Krankenschwesternberufes. Das Bemühen, eine berufliche Identität im Beruf zu finden, wird immer wieder deutlich. Die sinnstiftenden Momente der Arbeit nicht zu verlieren wird zu einer kontinuierlichen Herausforderung. Die persönliche Bedeutung des Berufes zu bewahren bleibt für sie eine schwierige Konstruktionsleistung. In diesem Sinne werden von ihr Warum-Fragen formuliert<sup>79</sup>. Das explizite Einwerfen dieser Warum-Fragen kann als Ausdruck einer grundsätzlich unbefriedigenden Gesamtsituation betrachtet werden. Diese beziehen sich sowohl auf die Durchführung als auch den Sinn von Pflege. Der Beruf ist für sie mehr als nur eine distanziert ausgeübte Tätigkeit. Die begriffliche Unterscheidung in "wichtig" (28/32) und "irgendwas" (28/31) markiert diesen Unterschied. Ihr berufliches Arbeitsverständnis bewegt sich innerhalb eines ausgeprägten Werterahmens. Der von ihr in diesem Zusammenhang gewählte Konzeptbegriff (28/33) wird nicht weiter ausdifferenziert, bleibt aber durchaus mehrdeutig. Er bezieht sich möglicherweise auf eine Art Hintergrundfolie, die sowohl eine Basis für die fachliche Durchführung als auch den Sinn von Pflege bietet.

Tendenziell dominiert ein eher alltagsorientiertes Berufsbild, d.h. es wird eine pflegerische Grundhaltung angedeutet, die handlungsorientiert ausgerichtet ist. Diese, aus einem persönlichen Wertehorizont heraus gespeiste Haltung schützt möglicherweise gegen sich einschleichende Nachlässigkeiten und okupative Übergriffe gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen. Darüber hinaus hat das Bewahren dieser Einstellungen auch eine motivbildende Kraft. Ihr persönlicher Wertehorizont deckt sich in wesentlichen Bereichen mit den Versprechungen von Seiten des Berufes (vgl. Volz 1996; 24)<sup>80</sup>.

Die von ihr konfliktuös beschriebene Aushöhlung persönlicher Relevanzen und Orientierungen in der Pflege markiert eine deutliche Abgrenzung gegenüber einem rein pragmatischen bzw. ethisch entfärbten Berufsverständnis.

"Ich finde, dass so etwas auch für mich selber wichtig ist. Dass man eben so etwas wie Identität im Beruf findet. Dass man das auch ein bisschen umreißen kann. Warum man das eben so macht.(I.: mhm) Und warum man das möchte. Eigentlich, dass man auch sagen kann: "Ich mache nicht irgendwas. Das, was ich mache, ist wichtig." Dass so etwas vor einem Hintergrund passiert. Das ist ganz wichtig, dass ich das mache. Weil das eben wichtig ist, dass die Frau versorgt wird und so. Dass da auch ein Konzept dahinter steht..."/28/28-33

---

<sup>79</sup> Die Verwirklichung von Zielen lässt sich nicht nur kognitiv fassen. Bei der Rechtfertigung von Zielen kann man systemisch auf Zweck-Mittel-Relationen zurückgreifen, letztendlich stößt man dabei aber an Grenzen, die dazu zwingen, auf nichtempirische Erwägungen zu rekurrieren. In diesem Rahmen sind philosophische Entwürfe, die sich mit dem Sinn menschlicher Existenz befassen, maßgeblich (vgl. Parsons 1968; 90). Die Situation ist somit nicht homogen, d.h. sie zerfällt in zwei analytische Kategorien. Sie ist sowohl empirisch als auch nichtempirisch. Entlang dieser Kategorien entsteht eine Dichotomie zwischen Wie- und Warum-Fragen. Schematisch gesehen steht das -Wie- für das empirische Wissen und das -Warum- für das nichtempirische Wissen. Die Frage nach dem Sinn von Bedeutungen ist nach Parsons eine Warum-Frage (ebenda; 92).

<sup>80</sup> Das hier als alltagsorientiertes Berufsbild bezeichnete Pflegeverständnis bezieht sich auf einen Bereich beruflicher Ethik, den Volz (1996) wie folgt charakterisiert: "Das Verständnis von Ethik, das hier leitend ist, ist das, die Ethik als kritische Theorie des Ethos zu verstehen. Das Ethos ist sozusagen der Alltag, die Lebenswelt der Ethik." (Volz 1996; 26).



„...und ja doch also och dass mer in de Kirche ging und so das war stand überhaupt nich in.Zweifel...“/2/22-23

Ihre Erinnerungen daran scheinen ambivalent. Die in den familiären Alltag eingefügten „endlosen Gebete“ (2/22) des Vaters werden als unterschwellig belastende Prozeduren beschrieben. Das exzessive und langatmige Beten des Vaters führte zu anstrengenden, wenig lustvollen Alltagsmomenten. Das Übermaß an institutionalisierten, den familiären Alltag durchdringenden religiösen Ritualen führt aber nicht zu einer explizit ablehnenden Haltung gegenüber der christlichen Kirche.

Ihr Vater wird als ein Mann mit „ganz festen Grundsätzen“(6/39) charakterisiert. Diese werden gegenüber den Kindern konsequent durchgesetzt. Der normative Charakter dieser nicht weiter detaillierten Grundsätze konstituiert einen prägenden disziplinierenden familiären Rahmen.

Die Mutter, welche die ersten Jahre vorrangig die Betreuung der Kinder absichert, arbeitet ebenfalls bei der ev. Kirche. Als Gemeindeglied ist sie vorrangig in die Christenlehre eingebunden. Auch sie insistiert gegenüber den Kindern auf die strikte Einhaltung von Verhaltensstandards. Werden diese übertreten, neigt sie zu überschießenden, z. T. hilflos wirkenden Interventionsstrategien. Ihre unausgewogenen Bändigungsbemühungen werden in Zusammenhang mit dem Konfirmant/Innenunterricht angedeutet. B. erinnert sich an heftige Reaktionen der Mutter im Zusammenhang mit unbändigen Temperamentsausbrüchen einiger Konfirmant/Innen. Die aus dem Ruder laufenden Situationen werden von der Mutter z.T. handfest reguliert („Schlafittchen gefasst“ 6/31). Ihre Frustrationstoleranz gegenüber spontanen, kindlich unangepassten Verhaltensmustern scheint gering gewesen zu sein. Auch der bei ihren eigenen Kindern sichtbare unregelmäßige Aktivismus wird tendenziell problematisiert. Kontrastiv dazu erweist sich B. als sanftes und stilles Kind. Dieses Verhalten wird von der Mutter honoriert.

„... aber ich denke meine Mutter hats schon sehr genossen, dass ich ruhig war. //hä// und sagte mir oft, dass es schön ist, dass ich so ruhig bin (lacht kurz) also ohne. so.. meine Geschwister da e bissel. „/3/17-19

Die Belobigung und Anerkennung ihrer stillen Anpassungsleistungen führen möglicherweise zur weiteren Verstärkung dieser Muster.

„, ja. ich weiß nicht, ob das ob ich das auch also ob (?) Einfluss hatte. dass meine Mutter das dann immer mal gesagt hat...“/3/21-22).

Das Verhältnis zu ihren Eltern scheint emotional unterkühlt. Insgesamt scheint die von den Eltern entworfene normative Matrix gegenüber ihren Kindern relativ wenig Abweichungen und Spielräume zuzulassen. Der fest gefügte Familienrahmen konstituiert eine eher gedämpfte familiäre Atmosphäre.

## 7.2.1 Frühe Kindheit in G.

B. schätzt ihre Kindheit als insgesamt schön ein („...es war schön, wir ham viel gespielt..“/1/7-8). Ihre sozialen Erfahrungen beziehen sich in den ersten Kindheitsjahren fast ausschließlich auf den

familiären Bereich. Das Pfarrhaus in G. und das unmittelbar daran anschließende Umfeld ist die prägende Welt ihrer Kindheit.

Da die Mutter in den ersten Jahren ihrer Kindheit nicht berufstätig war, verbringt B ihre ersten Kinderjahre zu Hause. Es gibt nur eine exotische Stippvisite im Kindergarten. Dieser einmalig bleibende Besuch wird mit einem hauswirtschaftlichen Großereignis in Verbindung gebracht („große Wäsche“/2/36), wo die Kinder offensichtlich nicht zu Hause sein sollten. Sie und ihre (zweitälteste) Schwester verbringen diesen Tag zumeist abseits von den anderen Kindern nur auf der (Kindergarten-)Mauer (2/34).

B. deutet eine frühe, impressionistisch unterlegte Berührung mit ihrem späteren beruflichen Handlungsfeld an. Eine kirchliche Gemeindegewerkschaftsstation ist an das Pfarrhaus angegliedert. Sie erinnert sich u. a. an typische Gerüche und Reinigungsrituale in Zusammenhang mit der hygienischen Wiederaufbereitung pflegerischer Hilfsmittel.

„... wir haben auch mal in 'nem Haus gewohnt, da war 'ne. Gemeindegewerkschaftsstation von 'n Diakonissen drin. //hm// und da hab ich das erlebt wie so. die. die Leute immer zum Spritzen kamen wie dann so en Desinfektionsduft im Haus hing. und die Schwestern die ham die Enten und Schieber immer gewaschen. und dann auf en Gartenzaun zum Trocknen hingelegt..“/1/8-12

Eine besondere Affinität zu träumerischen Orten wird sichtbar. In unmittelbarer Nähe des Pfarrhauses entdeckt sie für sich einen Lieblingsplatz. Dieser Ort ganz in der Nähe eines Gewässers wird als eine Art (Zauber-)garten beschrieben, wo es rauschende Muscheln und Weiden gibt. Außerdem befand sich dort auch eine Art „Grotte“ (2/38), ein besonderer Platz, der ihr Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten bietet. Die geheimnisvolle Atmosphäre der Grotte vermittelt ihr scheinbar Sicherheit und Geborgenheit.

Im Gegensatz zu solchen sicheren und stillen Orten ihrer Kindheit werden die Nachbarskinder zu etwas (bedrohlich) Lebhaften. Sie beschreibt eines der Nachbarsmädchen als stark und laut. Diese innerhalb der kindlichen peer-group hervortretende Anführerin wird in Verbindung mit sich entwickelnden Hierarchien und wechselnden Koalitionen gebracht. Den kindlichen Ränkespielen fühlt sie sich kaum gewachsen. Sie scheint für gruppeninterne Rangeleien wenig gewappnet zu sein. In diesen unbehaglichen Situationen neigt sie tendenziell zu widerstandslosen Rückzugsbewegungen.

Anknüpfend daran scheinen auch die von B. markierten Temperamentsunterschiede zwischen den Geschwistern bedeutsam. Eine ihrer Schwestern wird aus der Geschwisterphalanx herausgestellt. Zu dieser nur anderthalb Jahre jüngeren Schwester hatte sie ein intensiveres Verhältnis als zu den anderen Geschwistern. Die Schwester wird im Vergleich zu ihr als ein „lebhafterer“ (2/17) Typ charakterisiert. Der in diesem Kontext erneut eingespielte Verweis auf ihr weniger temperamentvolles Wesen bekommt den Charakter eines sie subjektiv belastenden Defizits.

Auch gegenüber den Geschwistern werden episodische Abgrenzungen deutlich. Das sichtbare „abseilen“ (1/14), sowohl von den anderen Geschwistern als auch den Nachbarskindern, rückt sie in zunehmendem Maße in eine randständige Position<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Das hier unterschwellig durchschimmernde Defizit- bzw. Marginalisierungsgefühl verbindet sich mit dem Mangel an gruppenbezogenen Einbettungen bzw. in öffentlichen Räumen stattfindenden Formen des freien Selbstaussdrucks. Solche Erfahrungsmomente sind für die Entwicklung von Individualität, und möglicherweise auch der nuancierten Identitätsentfaltung, konstitutiv (R. Sennet 1998). Es bleibt undeutlich, wie ihre Geschwister und Gleichaltrige auf ihre Ausweich- und Verbergungsmanöver reagieren. Abweichendes Verhalten kann es ohne den Rahmen eines Interaktionszusammenhangs schwerlich geben. Ihre Rückzugs- und Abgrenzungstendenzen sind möglicherweise für die Entwicklung problematischer Selbsteinschätzungen bzw. Defizitgefühle ausschlaggebend (vgl. Becker, H. 1960; 13).

In diesem Licht gewinnen die selbstbezogenen Ausflüge in die Grotte bzw. in die Phantasiewelt der Kinderliteratur an Bedeutung. Die unbeobachteten Momente in der Grotte bzw. im Kinderzimmer deuten auf ein kontemplatives Bedürfnis hin, das mit der (erhöhten) sozialen Aufmerksamkeit und Wahrnehmung innerhalb und außerhalb des familiären Rahmens kontrastiert. Komplementär zur familiären Gemeinschaftsorientierung bzw. normativen Verhaltenserwartungen sucht sie sich territoriale Freiheitszonen, in denen sie es sich verborgen und unzensiert gemütlich machen kann.

### 7.2.2 Problematischer Umzug nach H.

Durch den berufsbedingten Umzug der Familie nach H. wird ein Bruch markiert. Der Ortswechsel wird für sie zu einem kritischen Lebensereignis. Das dörfliche Milieu der neuen Pfarrgemeinde bleibt ihr erst einmal fremd. Sie spürt die erhöhte soziale Aufmerksamkeit der Dorfbewohner gegenüber der neu zugezogenen Pfarrersfamilie.

Der Umzug nach H. erfolgt in einer entwicklungspsychologisch gesehen bedeutsamen Lebensphase. Sie ist zu diesem Zeitpunkt 13 Jahre alt. Der Ortswechsel wird zu einem Schnittpunkt zwischen Kindheit und Jugend. In diesem Sinne wird G. zum verlassenen Ort der Kindheit, wo die gleichaltrigen Kinder noch spielten.

„in G. da wurden Spiele gemacht und dies und das...“/3/35-36

Im Gegensatz dazu ist HK. der Ort, wo die Gleichaltrigen miteinander tanzen und das Spiel zwischen den Geschlechtern beginnt. Die spielerischen Berührungen und zaghaft ausprobierenden Beziehungsversuche zwischen den Geschlechtern scheinen ihr noch fremd. B. scheint für diese (pubertären) Spiele noch nicht bereit.

„... ja. das war also. eigentlich dass die. die Schü- äh die Kinder da in H. äh viel. äh schon viel weiter und reifer waren. //hm// das also zu den Feiern. in G. da wurden Spiele gemacht und dies und das. //hm// in H. wurde getanzt. da spielten also. also so Beziehungen zu Jungs 'ne ganz große Rolle und waren 'total' (betont gesprochen) intrigant es wurde so hinterm Rücken geredet und. hach das hat mir gar nicht gefallen also...“/3/35-39

Der kontrastierende Ortsvergleich markiert zugleich einen stärkeren emotionalen Bezug zur (unschuldigeren) Kindheit in G..

Tendenziell werden regressive Wahrnehmungsmuster sichtbar. Ihre Spielekindheit in G. erscheint in einem leicht romantisch, idealisierenden Licht. Sie kommt von dort aus gesehen in eine für sie fremde und „intrigante“ (3/37) Umgebung, der sie sich ungeschützt ausgesetzt fühlt.

Kontrastiv dazu bleibt H. ein unwirtlicher Ort, wo sie sich nicht heimisch fühlt. Im Vergleich zu den ersten Kindheitsjahren in G. wirkt die daran anschließende Lebensphase in H. atmosphärisch unbehaglicher und enger<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Es dominieren prädikative Gesamteinschätzungen. Weiterführende Detaillierungen und Illustrationen werden nur sparsam sichtbar. In der biographischen Bilanzierung hadert sie damit, in H. nicht angekommen zu sein.

„...dann..hat mich.sehr geprägt dieser. dieser Umzug dieser Wechsel... ja also och mit.. mit Leuten sich auseinanderzusetzen..die.die die einen nich so gut finden..also so das eigentlich mehr sich dem nicht zu stellen. „/12/2-4

In einer labilen Entwicklungsphase scheint sie mit dieser massiven Fremdheit überfordert. B. deutet sich prozesshaft verstärkende Integrationsschwierigkeiten an. Ihre persönliche Einbettung in kontextbezogene Gleichaltrigengruppen bleibt instabil. Aus den angedeuteten inneren und äußeren Turbulenzen zeigt sich ihre uneingebundene Situation, in der soziale und geschlechtspezifische Positionierungen diffus bleiben<sup>3</sup>.

B. deutet wiederholt ein sie begleitendes Außenseitergefühl an („...na ja immer.vielleicht so am Rande.“/5/10)<sup>4</sup>. Es fällt ihr schwer neue Freundinnen zu finden. Ein vertrauensvolles Ausprobieren und Einlassen auf neue soziale Beziehungen ist ihr kaum möglich. Auch eine scheinbar nahe liegende Befreundung mit einem ebenfalls aus einem christlichen Elternhaus stammenden Mädchen führt zu keiner emotional befriedigenden Freundschaftsbeziehung („...und des andre die Freundin des war. nich so. nich so.“/5/1-3). Ihre gemeinsamen Kontakte und Aktivitäten beziehen sich auf die gemeinsame Erledigung schulischer Aufgaben. Eine zweckfreie partnerschaftliche Beziehung entwickelt sich aus ihrer Sicht nicht. Letztendlich bleibt das Verhältnis zu dieser einzig sichtbaren Schulfreundin oberflächlich<sup>5</sup>.

Die möglicherweise im Hintergrund mitschwingende Intention der Eltern, dass die Kinder einer gesellschaftlich tendenziell marginalisierten (Glaubens-)Gemeinschaft sich untereinander befreunden, geht so nicht auf.

„, ja.. dann. war hatt ich da auch 'ne Freundin also die schon vorher das war klar das is meine Freundin, deren Vater war Orgelbauer. die is auch in de Christenlehre gekommen...“/3/41-42

Die einzige Vertraute, mit der sie sich über ihre unbehaglichen Gefühle und Erfahrungen kommunikativ austauschen kann, ist eine ihrer jüngeren Schwestern.

---

<sup>3</sup> Die angedeuteten Turbulenzen sind eng mit entwicklungspsychologisch gerahmten Phasen verbunden. Interessant scheint die mit dem -Selbstkonzept- bzw. dem -Sozialkonzept- verbundenen Aufgaben in diesem Lebensabschnitt. Das Selbstkonzept erfordert Anstrengungen zum Finden eines eigenen Stils. Dabei werden in der Regel generative Abgrenzungs- und Unterscheidungsmuster sichtbar. Gleichaltrige spielen dabei eine bedeutsame Rolle. Es kommt zu scheinbar intriganten „Heimlichkeiten“ und „Zusammenkünften“ innerhalb der peer-group. Die Abwendung von den Eltern ist zumeist mit einer Zuwendung zur Gleichaltrigengruppe verbunden. Es kommt u. a. zu wechselnden Koalitionen, Probehandlungen, Kontaktversuchen zum anderen Geschlecht. Diese Phase gilt insgesamt betrachtet als revolutionärer Lebensabschnitt mit zahlreichen Umwälzungen und Richtungsänderungen, die häufig mit einer emotionalen Unausgeglichenheit verwoben sind. Das scheinbar diffuse und unausgeglichene Gefühls- und Rollenchaos dient nach Erikson der Identitätsfindung (vgl. Erikson in Schraml 1990; 196). Bei B. bleibt der Bezug zur Gleichaltrigengruppe äußerst labil. In Bezug zu diesem schematisch angedeuteten vor- bzw. nachpubertären Entwicklungsmodell scheint es bei ihr zu einer misslungenen Aufbauphase zu kommen. Bei B. deuten sich regressive Rückzugstendenzen an, die auf einen hohen Druck bzw. eine unfreie Gesamtsituation hinweisen. Das sichtbare Ausbleiben revoltierender Erfahrungen und experimenteller Attacken gegenüber den Eltern bzw. im Rahmen der Gleichaltrigengruppe konstituiert ein fragiles Selbst- bzw. Sozialkonzept (ebenda; 196 ff).

<sup>4</sup> Dieser Außenseiterstatus wird z. T. widersprüchlich gerahmt. In einigen Andeutungen scheint er eher deklassierend und mit einem Unterlegenheitsgefühl verbunden, während er in anderen Explikationen zu etwas Exklusiven bzw. „Abgehobenen“ (5/10) wird. Der Status als Pfarrerstochter vereint für sie somit beide Elemente. Das Deklassierungsgefühl verstärkt sich zudem durch ihre stummen Rückzugstendenzen bzw. dem tendenziell monologisch ausgeübten Steckenpferd.

<sup>5</sup> Der von ihr bilanzierte Verlust von Freundinnen und Freunden aus der Schulzeit scheint in anbetracht der vorab angedeuteten Desintegrationstendenzen bzw. misslungenen Befreundungsversuche wenig plausibel („,: nee. so mit der Klasse da hatt ich immer Freundinnen und Freunde aber das war eben nach der Schule war das vorbei...“/5/6-7).

„...also.. die mit der ich am meisten zusammen war und och am meisten ausgetauscht hab, war meine Schwester...“/5/1-2

Ihre Beziehung zu Gleichaltrigen bleibt distanziert. Über die exemplarische Darstellung dieser misslungenen und emotional unbefriedigenden Beziehung zu einer gleichaltrigen Schulfreundin wird ein wachsendes, sich manifestierendes Desintegrationsmotiv erkennbar. In der Beziehung zu Gleichaltrigen wird sie zur Unterlegenen. Durch ihre selbstbedeckenden Interaktionsblockaden bleibt sie für die anderen eine unsichtbar bleibende Person ohne eigenes Profil. B. kann sich mit diesem deklassierenden (Selbst-)bild nicht arrangieren<sup>6</sup>.

Ihre Neigung zum Rückzug wird selbstbezüglich problematisiert. B. hadert bis heute damit, sich nicht selbstbewusst gegenüber anderen behauptet bzw. sozial positioniert zu haben<sup>7</sup>. Das wiederkehrende Verharren in ausweichenden Rückzügen bzw. stillen Anpassungen, in Situationen wo selbstbewusste bzw. aufbegehrende Positionierungen notwendig gewesen wären, bleibt für sie unverständlich und schmerzhaft<sup>8</sup>.

Ihre in der Kindheit und Jugend vollzogenen Anpassungs- und Rückzugstendenzen werden für sie zu einem biographischen Stigma, das bis in die Gegenwart hinein unverarbeitet scheint. Die Virulenz dieser für B. fallenhaften Ausweich- und Bedeckungsstrategien wird auf dramatische Weise erkennbar.

„...also ich. ja hab ich im nachhinein hab ich so viel zu viel hingenommen.. mich immer zurückgezogen...“/3/42-43

### 7.2.3 Das Steckenpferd

B. zeigt schon relativ früh eine leidenschaftliche Neigung zur Literatur. Sie datiert dem Beginn ihre Lesekarriere zum Anfang der zweiten Klasse. Die von ihr bevorzugten Kinderbücher von Astrid Lindgreen, Erich Kästner und Anneliese Probst (4/17) faszinieren sie sehr stark und werden, wie sie leicht verschämt eingesteht („ja..nu. ja.“/4/4), bis heute gern gelesen. Diese Exklusive, in der DDR teilweise nur schwer zugängliche Literatur („...das warn ganz wenig in der. Bibliothek gabs auch Lizenzauf-. lagen //hm//.. ja... tja paar. Bücher“/4/14-15) führt sie u. a. auch in eine Welt der widerständigen, sich selbstbewusst behauptenden Außenseiter. Möglicherweise fand B. in diesen Büchern so etwas wie eine oppositionelle Gegenwelt, die konträr zu ihren Rückzugs- und Bedeckungsstrategien eine ganz andere Wirklichkeit einfing. In diesen Phantasiewelten kann sie ihre Sehnsüchte und Selbstbehauptungsphantasien unzensiert ausleben. Die Traumwelt der Kinderbücher verschafft ihr sichere und lustvolle Momente. Außerhalb dieser selbstreferentiellen Rückzugsdomänen erscheint die Wirklichkeit rauher und

---

<sup>6</sup> Eine versöhnende Haltung gegenüber diesen Erfahrungen scheint ohne eine selbstreflexive Aufhellung bzw. einer perspektivisch daran anknüpfenden Revision dieser Verhaltensmuster schwer möglich.

<sup>7</sup> Ihre sozial unausgewogenen Beziehungsstrukturen erzeugen schematischen Selbst- und Fremdattributionen (leise, still, passiv, unsicher/laut, kommunikativ, widerständig, selbstbewusst) die sich zu einem für sie lebenshemmenden Spannungsfeld verdichten.

<sup>8</sup> Dieses sich manifestierende Handlungsschemata bleibt auch im beruflichen Alltag ein ernsthaftes Problem.

ungemütlicher<sup>9</sup>. Das isolierende „Abseilen“(1/14) von den anderen Geschwistern wird von der Mutter nicht in diesem Umfang zugelassen.

„...äh.. ja ich hab als Kind unheimlich gern gelesen. und also.. ja un meine Mutter hat mich immer runtergescheucht und nach 'ner Viertelstunde... dann wieder abgeseilt...“/1/12-14

Beate hat in der Regel mehrere Bücher gleichzeitig gelesen. Sie bevorzugt eine Mischung von phantastischer Literatur und Sachbuchliteratur. Diese Mixtur wird prädikativ eingerahmt. Während Sachbücher für sie eher „langweilig“ (4/20) waren, wird die märchenhafte Phantasieliteratur als lustvoller Lesestoff empfunden. Über einen solchen Literaturmix wird sowohl Realitäts- als auch Lustnähe hergestellt, wobei in der Bilanz die lustvolle Phantasieliteratur überwiegen muss. Die langweiligen Sachbücher erscheinen eher als strategisch eingefügte Literaturelemente, die dazu dienen, die Lust auf andere Bücher neu zu entfachen. Möglicherweise soll dadurch ein zu starkes Abtrifften in realitätsfernere (Märchen-)Welten vermieden werden. Der episodische Phantasieentzug, über vermeintlich realitätsnähere Sach- und Fachbücher wirkt eher wie ein funktional asketisches Moment<sup>10</sup>.

“...ich hab immer so. drei Bücher gelesen, die ich gerne lese und dann immer noch en Buch. was so bissel. naja mehr so fachlich war, was eben bissel langweilig war. um dann wieder um so lieber. die andren Bücher zu lesen...“/4/19-21

Der einsame Rückzug in literarische Gegenwelten führt sie aber nicht nur in eine selbstbezogene Innenwelt. B. verwandelt sich in eine die Geschwister fesselnde Erzählerin. Die aufgesogenen Geschichten werden an die jüngeren Geschwister weitergegeben. Ihre Erzählkunst wird aufmerksam wahrgenommen. Ihre selbstbezogene Beschäftigung mit Literatur ist auch für das familiäre Publikum erbaulich. In diesem Kontext erlebt sie sich als eine interessante Person mit einer besonderen Fabuliergabe. Über ihr Steckenpferd wird sie explizit sichtbar.

In Relation dazu erscheinen die Erzählungen der jüngeren Schwester „langweiliger“ (4/10). Auf einem ihr bedeutsamen Feld konstruiert B. eine Konkurrenzsituation, aus der heraus sie als Sieger hervorgeht.

Im Rahmen abendlicher Einschlafrituale entwickelt sie kommunikativ-expressive Ausdrucksformen. Gegenläufig zu ihren introvertierten Verhaltensmustern wird sie über die Rolle der Geschichtenerzählerin erkennbarer als in anderen Interaktionszusammenhängen. Eine Analogie zur prägenden Fabulier- und Erzählkunst der Mutter wird deutlich („...konnte sehr gut erzählen...“/2/48). Aus der frühen Beschäftigung mit Literatur entwickelt sich ihr „Hauptberufswunsch“ (1/14), Schriftstellerin zu werden.

---

<sup>9</sup> Ihre träumerische Beschäftigung mit Literatur läuft unorganisiert und selbstbezogen ab. In diesem Sinne ist diese singuläre Beschäftigung eine Art Gegenwirklichkeit zu der für sie schwer durchschaubaren, nach fremden Mustern durchorganisierten Welt der Schule. Die kreative Beschäftigung mit Literatur kommt ihrem Bedürfnis nach ungebundenen und freien Ausdruck entgegen.

<sup>10</sup> Der asketische Charakter von alltagsnaher bzw. fachspezifischer Literatur wird in der späteren beruflichen Arbeit religiös institutionalisiert. B. fügt ganz bewusst zyklisch wiederkehrende Zeitphasen ein, wo sie ausschließlich pflegerische Fachliteratur liest. Die in ihrer Kinder- und Jugendzeit noch mehr oder weniger spielerisch eingestreuten „asketischen“ Leseproben werden in ritualisierter Form in das Erwachsenenalter transformiert („...ja also..ich lese in der Passionszeit und in der Adventszeit sind ja Fastzeiten.da mach ich immer Lesezeit da les ich immer nur Fachliteratur.`ja` ...“/21/17-18).

### 7.3 Fremde Welt Schule

Die Schulzeit wird narrativ sehr sparsam ausgestaltet. Der kursorische Charakter der Lebenschronologie setzt sich fort. Die in der Schule gemachten Erfahrungen sind mit indifferenten, schwer aufhellbaren Fremdheitsgefühlen unterlegt. Eine explizite Trennung zwischen der Schulzeit in G. bzw. H. wird nicht sichtbar.

Ihre nach außen hin deutlich erkennbare christliche Einbettung innerhalb eines familiären Rahmens, wo beide Elternteile unter dem Dach der Kirche arbeiteten, führt in der Schule zu einer institutionell uneingebundenen Situation. Als Pfarrerstochter waren die institutionellen Trennlinien scheinbar klar gezogen.

„...das war das war von vornherein klar, dass da also gar nichts lief.“/4/26

Lavierende konfessionelle Bedeckungs- und Verleugnungsstrategien sind bei ihr nicht erkennbar. Die für die Mehrzahl der Schüler selbstverständlichen Mitgliedschaften (Pioniere, FDJ, DSF u. a.) fallen für sie weg. Die damit zusammenhängenden ideologisierten Rituale und Initiativen bleiben ihr in den ersten Schuljahren weitgehend unverständlich und fremd. B. deutet ein phasenhaftes, sich prozesshaft veränderndes Aufnehmen und Verarbeiten dieses sie begleitenden Fremdheitsgefühl an.

„ also. was war in der ersten Klasse wusst ich ja. äh... im Kindergarten war ich wusste ja gar nicht was so richtig lief ja //hm//. und da weiß ich noch der Pioniergeburtstag also wo die dann plötzlich alle Pionier(?) das war irgendwie eigenartig, das konnte ich überhaupt nicht einordnen //hm//. dann war das auch geprägt durch den Vietnamkrieg. ja.. das war alles, das war 'ne total fremde Welt. so...“/4/27-32

Eine unbefangene Aufnahme und Einordnung dieser auf sie einströmenden neuen Eindrücke ist ihr anfangs nicht möglich. Während die ersten Schuljahre von irritierenden, für sie schwer einordenbaren Erfahrungen und Eindrücken geprägt sind, überwiegt in den höheren Klassen eine Erleichterung darüber, sich nicht explizit für irgendetwas verpflichten bzw. bekennen zu müssen. Ihr unorganisierter Status innerhalb des Klassenverbandes suspendiert Verpflichtungs- und Anpassungszwänge, wie sie für sie bei den (institutionell) organisierten Mitschülern deutlich werden. B. bewegt sich auf einem anderen, durch ihre familiäre Herkunft vorgeprägten Seitenpfad. Dieser an sich nachteilige, mit eingeschränkten Bildungs- und Berufschancen verbundene soziale Status suspendiert sie aber auch von selbstverständlichen Inanspruchnahmen bzw. ideologischen Anpassungszwängen<sup>11</sup>. Retrospektiv kann B. ihrer uneingebundenen Stellung auch angenehme Facetten abgewinnen.

„...als ich dann älter war, hab ich das auch genossen. die anderen mussten sich für irgendwas verpflichten und ich konnte sagen nöö ich bin nicht in der FDJ, ich brauch nicht (?) ich mach was ich will... „/4/32-34

---

<sup>11</sup> B. unterliegt beispielsweise nicht den Druck, sich etwa eine Zulassung zur Erweiterten Oberschule durch übermäßige Anpassungen und formelle Mitgliedschaften in staatlichen Massenorganisationen verdienen zu müssen. Das bewahrt sie möglicherweise vor unbelohnten Erwartungen und Enttäuschungen.

Ihre unterschwelligten Befürchtungen, aufgrund ihrer Herkunft diskriminiert bzw. attackiert zu werden, scheinen unbegründet. B. macht eher gegenteilige Erfahrungen, d.h. einige Lehrer bevorzugen sie gerade wegen ihrer sozialen Herkunft. Dieses erstaunliche Moment wird nicht weiter detailliert. Bekenntniszwänge entstehen in anderen Zusammenhängen dadurch, dass in spezifischen Fächern wie Geschichte bzw. Biologie eine z. T. ideologisch verzerrte, materialistisch unterlegte Weltsicht expliziert wird, die mit ihrem christlichen Werteverständnis kollidiert. Ihr (exotischer) Status als Pfarrerstochter macht sie in der Schule zur Expertin für Kirchenfragen. In Unterrichtssituationen, in denen die Rolle der Kirche problematisiert bzw. negativ bewertet wird, drängt es B. danach Stellung zu beziehen. Sie will diesen machtvollen und scheinbar unhinterfragten Deutungen etwas entgegensetzen. Ihr inneres Bedürfnis nach Positionierung und verteidigender Stellungnahme findet keinen sichtbaren sprachlichen Ausdruck. In solchen zugespitzten Momenten fühlt sie sich so überfordert, dass sie sich einfach nicht mitteilen kann.

„...und.. was immer war denn also. so die Sachen wohl so Geschichte oder och Bio, wo wenn die Kirche so also. 'ne un gute Rolle gespielt hatte und so also... ja. das das war immer total blöd, da wusst ich och nie was ich sagen sollte, also ich hatte immer das Gefühl ich muss jetzt was sagen. wusste aber nie was...“/4/34-37

Diese unabgeladene Spannung erzeugt einen äußerst belastenden Gefühlsstau. Über diese Blockaden kann sie auch im Elternhaus nicht sprechen. B. markiert in diesem Zusammenhang keine elterlichen Unterstützungs- und Auffangerfahrungen. Die Eltern scheinen die angespannte Situation nicht wahrzunehmen. Die stumm bleibenden Belastungen ihrer (ältesten) Tochter nähren die Illusion, dass es keine schwerwiegenden schulischen Probleme gibt. Durch ihre kontinuierlich sehr guten schulischen Leistungen scheint sie oberflächlich betrachtet in einem stabilen Gleichgewicht zu sein.

Dieser fragile Intaktheitsrahmen wird von B. mit aufrechterhalten, indem sie die Unaufmerksamkeit der Eltern schuldhaft auf ihre kommunikativen Blockaden lenkt<sup>12</sup>.

„...: ich hab das meinen Eltern auch nie gesagt also das war so. ja.. das war eigentlich blöd dann da hätt ich och also. dann hätten die mir bestimmt och en Rücken gestärkt...“/4/40-41

### 7.3.1 Indifferente Ausbildungs- und Berufsorientierungen

Ihr in der Kindheit entwickelter Wunsch Schriftstellerin zu werden führt nicht zu einem daran anknüpfenden Ausbildungsentwurf.

In den letzten großen Schulferien arbeitet sie in einem evangelischen Krankenhaus. Ihre dort gewonnenen Eindrücke und Erfahrungen sind eher trist.

---

<sup>12</sup> Ihre kritische Selbstreflexion hat den Charakter einer Selbstbeschuldigung. Eine solche Haltung ist nach I. Merkel geschlechtsspezifisch. In dieser Rahmung sind die hier sichtbaren Sozialisationsstrategien eine Form weiblicher Identität. Die Ursachen von Misserfolgen bei sich selbst zu suchen und nicht auf andere abzuwälzen, scheint bei einer Vielzahl von Frauen ausgeprägter zu sein als bei Männern. Interessant an dieser im Einzelfall problematischen Schematisierung ist der von Merkel hervorgehobene Positiv aspekt. Selbstbeschuldigungen bieten psychische Erholung, d.h. sie kommen einer Entschuldigung nahe. Sich selbst Schuld aufzuladen ist eine Form der Sühne. Reglementierungen, Bevormundungen und Strafen können einverständlich als eine selbst auferlegte Buße akzeptiert werden. Auf B. bezogen kann über ein solches Muster die Schuld der Eltern (auch) reduziert werden (Ina Merkel, Was haben wir nur falsch gemacht; 244 f.).

„da ham wir im Internat gewohnt und das war och trübe.. da sah mer. in D. das Diakonissen is so 'n kleener Betrieb. in der Mitte is 'n riesen Schornstein und da tutete das früh und der Schornstein also es war ein trostloser Blick aus 'm Fenster da..“/6/12-14

Komplementär dazu vollzieht Sie eine deutliche persönliche Abgrenzung gegenüber dem Krankenschwesternberuf.

Bei der zum Ende der Schulzeit anstehenden Berufswahl wird eine väterliche Richtungszuweisung sichtbar. Ihr Vater orientiert auf eine weiterführende Schulausbildung. B. soll ein kirchliches Proseminar besuchen, um dort ihr Abitur abzulegen. Die väterlichen Vorstellungen über ihre berufliche Entwicklung bewegen sich ganz selbstverständlich im kirchlichen Rahmen, d.h. sie soll genau wie der Vater den Pfarrberuf ergreifen. In diesem Kontext markiert B. eine paradoxe berufliche Lenkungssituation. Einerseits lehnt der Vater weibliche Seelsorger prinzipiell ab, andererseits orientiert er bei ihr genau auf diesen Beruf. Diese für B. verwirrende Ambivalenz trägt möglicherweise auch zu einem gebrochen Arrangement gegenüber dieser Richtungszuweisung bei.

„,: äh nee.. mein Vater hat gesagt es muss auch welche geben, die lehren. und hat. hm gedacht ja, dass ich vielleicht och Pastorin werde. obwohl er. immer total gegen weibliche. Pfarrer war...ja.. das war en totaler Gegensatz' (lachend gesprochen) „/5/47-49

Elterliche Anregungen und Unterstützungsleistungen fehlen auch in dieser Situation.

„, nee also. von meinen Eltern hab ich keene Angebote und Anregungen gekriegt.“/5/49-50

Das interfamiliäre Beziehungsgefüge erscheint äußerst indifferent. Auch ihre Mutter bleibt in diesem Zusammenhang völlig stumm. In der Erinnerung fällt ihr jedenfalls keine mütterliche Meinungsäußerung zu diesem Thema ein.

„,das hab ich mir noch gar nich.. also ich weiß.. gar nich, ob die so gute Ideen dazu gehabt hätten ne //(lacht kurz) hm//.. so ja..“/6/5-6

Der in wichtigen Such- und Entscheidungsprozessen fehlende dialogische Austausch mit den Eltern wird kritisch bilanziert.

### 7.3.2 Persönliche Revolte in M.

Ihre schulischen Leistungen in der Polytechnischen Oberschule sind insgesamt sehr gut. Lediglich im Fach Sport hat Beate die Note 2, was sie darauf zurückführt, dass sie äußerst unsportlich ist<sup>13</sup>. Die Voraussetzungen für einen weiterführenden Schulabschluss sind optimal. B. schlägt den vom Vater ausgewiesenen Ausbildungspfad ein und besucht das Proseminar in M..

Dort kommt es zu einer für sie neuen Erfahrung. Die in den staatlichen Schulen zumeist eine Außenseiterposition einnehmenden Kinder aus klerikalen Elternhäusern sind nun in Rahmen des

---

<sup>13</sup> Die kuriose Leistungsabschwächung erscheint kokett, zumal in diesem Rahmen ein leistungsbezogener Ehrgeiz in der Gesamterzählung nicht explizit sichtbar wird.

kirchlichen Proseminars kollektiv vereint. Die erstaunliche Aufhebung des Minoritätenstatus führt aber nicht zu einer selbstverständlichen Solidarisierungserfahrung. Auch der neue soziale Rahmen in M. führt zu einer verhängnishaft wiederkehrenden Außenseitererfahrung. B. beschreibt erneut eine gebrochene Integration in den Klassenverband. Die Mitschüler werden als rhetorisch überlegene Gleichaltrige beschrieben, deren spitzen Zungen sie sich nicht gewachsen fühlt. Das spielerisch frotzelnde, z.T. auch derbe Vokabular ihrer männlichen Mitschüler verursacht Unbehagen. Das zahlenmäßige Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern führt auch zu einem asymmetrischen Machtgefüge. Aus ihrer Sicht werden die wenigen Mädchen der Klasse von den Jungen usurpiert. Ihre Vorstellungen von einem kavaleresken Umgang der zahlenmäßig überlegenen Jungenschar gegenüber den wenigen Mädchen erfüllen sich nicht. B. hatte das Gefühl, unangemessen dominiert bzw. an den Rand gedrängt zu werden. Die schematische Negativhaltung gegenüber den mächtigen männlichen Mitschülern wird an anderer Stelle durchbrochen. B. lernt ihren ersten Freund in M. kennen.

Sie deutet eine Verschiebung ihrer Interessen an. Ihre Aufmerksamkeit richtet sich stärker auf diese erste Liebesbeziehung. Auch ihr Freund hatte erhebliche Schwierigkeiten in M. Seine Schwierigkeiten hängen aber vorrangig mit schulischen Leistungsproblemen zusammen.

Aus diesen Gründen muss er die Schule verlassen. Die Beziehung löst sich allmählich auf („nich so dolle....der hatte nich geschrieben“/7/22-23). Ihre erste tiefergehende Liebeserfahrung endet unglücklich. Durch diesen Beziehungsabbruch erscheint ihre psychosoziale Situation bedrohlich und instabil. Ihre isolierte Stellung in M. verstärkt sich noch.

Diese Enttäuschung trägt möglicherweise zur negativ getönten Bewertung der männlichen Jugendlichen in ihrer Klasse bei. Gespeist durch solche Erfahrungen kommt es zu einer generalisierenden Negativeinschätzung Die Geschlechterbeziehungen zwischen Frau und Mann werden grundsätzlich problematisiert. B. möchte lieber mit Frauen als mit Männern zusammenarbeiten<sup>14</sup>.

Parallel dazu zeigt sie eine störrische und trotzig Haltung gegenüber den Lehrern. Es kommt zu widerständigen Verhaltensmustern, die auf erstaunliche Weise mit ihren bisherigen Ausweich- und Rückzugsstrategien kontrastieren. Das kompromisslose Aufbegehren ist Ausdruck einer eruptiv aus ihr herausbrechenden Entladung. Hier scheinen sich lang aufgestaute Spannungen und Stauungen Bahn zu brechen. Unmittelbar nachvollziehbare Auslösesituationen werden in der Erzählung nicht sichtbar. Ihre wütenden Angriffe gegenüber einer Gruppe von Lehrern bleiben rational unaufgeheilt. Die bisher unterbliebenen pubertären Reibereien (gegenüber den Eltern, Lehrern, Gleichaltrigen in Käthe) werden scheinbar überschießend nachgeholt. Es kommt zu einer breiten Streuung aggressiver Attacken und Konfrontationen. Ihre episodisch auftauchenden Normalisierungsbemühungen in Richtung eines versöhnenden Kompromisses bzw. nachgebenden Einlenkens bleiben die Ausnahme. Die Wucht dieser Entladung erscheint angesichts ihrer früheren Sanftmut und Stillheit brachial und destruktiv. Ihre aufgebrochenen Gefühlsschleusen lassen sich offensichtlich nicht mehr schließen. Auch Beates schulische Leistungen sinken zunehmend ab. Es kommt zu einer Kumulation negativer Erfahrungen, ohne dass auffangende Personen oder positiv gegensteuernde Momente sichtbar werden. Die Eltern sind „entsetzt“ (7/36) über ihre negativ auffallende Tochter. Ein wirklich tiefgreifender Konflikt bzw. eine offene Kontroverse mit den Eltern wird aber nicht erkennbar.

---

<sup>14</sup> Die hier sichtbaren Geschlechterstereotypen verbinden sie auf paradoxe Weise mit den schematischen Mustern des Vaters. Obwohl sie die patriarchalisch gefärbte Einstellung des Vaters zu Frauen problematisiert, tauchen diese, unter umgekehrten Vorzeichen stehenden Haltungen, nun (wiederkehrend) bei ihr selbst auch auf.

Der (äußerlich) negative Verlaufskurvensog setzt sich fort. Eine Veränderung ihrer Gefühlslage bzw. eine Umkehrentwicklung bleibt aus. Die sich über ein Jahr hinziehende, nebulös bleibende Konfliktsituation, ist für sie so gravierend, dass es zu einem Schulabbruch kommt. In der nachträglichen Plausibilisierung dieses Abbruchs bezieht sie sich auf die ohnehin schmalspurigen Studienmöglichkeiten, welche ihr mit einem kirchlichen Abitur in der DDR offen gestanden hätten. Die perspektivisch eingeengten beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten konstituieren eine brüchige Abbruchlogik. Ein anderes Motiv wird in diesem Zusammenhang wesentlich bedeutsamer. B. charakterisiert sich bis zum 17. Lebensjahr als ein sehr gehorsames Kind. Sie erscheint bis dahin als unauffällig und angepasst. Über den örtlichen Wechsel nach M. wird ein totaler Schnitt gegenüber den Eltern eingeleitet. Der Schulabbruch kann auch als ein symbolischer Bruch mit den Eltern verstanden werden. Die radikale und völlig unvermittelte familiäre Abwendung wird als lang aufgeschobener Abgrenzungsschritt deklariert. Dieses überhastet wirkende Emanzipationsbedürfnis gegenüber den Eltern hat etwas Überschießendes. B. bricht erstmals aus den vorgeprägten Bahnen aus. Das sichtbare Heraustreten aus dem zugewiesenen Weg scheint somit Ausdruck eines aufgestauten Emanzipationsbedürfnisses. Ihr in Bezug zu den elterlichen Erwartungen und Zuweisungen gegenläufiger Aktivismus stellt einen Ausbruchversuch dar. Die bis dahin selbstverständliche Einbindung in die klerikale Familie wird bewusst aufgehoben. Ihre weitreichende Verwobenheit mit diesem Milieu scheint für sie nicht mehr aushaltbar.

Das angedeutete, für sie äußerst bedeutsame Emanzipationsmotiv führt dazu, diese Abbrucherfahrung positiv in ihre Lebensgeschichte zu integrieren. Auf eine zugespitzte Art und Weise trifft sie eine für sich persönlich wichtige Entscheidung. Das vermeintlich negative Ereignis war für sie der Versuch, eine eigene Identität aufzubauen. Der Abbruch des Abiturs wird zu einem selbstbewussten Akt, durch den sie vorgeprägte Bahnen verlassen bzw. normative Verhaltenserwartungen beiseite schieben kann<sup>15</sup>.

Ein alternativer Entwurf verbindet sich mit diesem Ausstieg nicht. B. scheint in dieser für sie krisenhaften Situation orientierungslos. Im Vordergrund steht eher ein trotziges Aufbegehren bzw. das Ausbrechen aus einem bisher ganz selbstverständlich präformierten Entwicklungspfad. Die aus ihrer Sicht nihilistische Abkehr von bisherigen Anpassungsmustern wird zu einer existentiellen, für ihre Identitätsfindung basalen Erfahrung.

„...doch. ich hab gute Erinnerungen, weil das es 'einziges Mal' (betont gesprochen) war. dass ich bewusst gesagt hab, so das brech ich ab hier geh ich. sonst bin ich immer geblieben ne. ja.“/7/32-33

---

<sup>15</sup> Hinter der (scheinbar naiven) Sehnsucht nach Identität steht möglicherweise ein Begehren nach Anwesenheit. Dieser Wunsch wird in M. sichtbar schroff und unversöhnlich ausgedrückt. Das Begehren nach Identität, ohne erkennbare Möglichkeiten eines versöhnlichen Berührens, scheint paradox. Der Wunsch nach dem Ein- und Aufgehen eines -ich- in ein -wir- ist aber eben nicht frei von Paradoxien (F.Fühmann 1986; 464). In W. Hilbig's Gedichtband „Abwesenheit“ (1979) findet sich ein Gedicht, das diesem widersprüchlichen Gefühl (Abwesenheit/Anwesenheit) beredt Ausdruck gibt: „ihr habt mir geld aufgespart/lieber stehle ich././ ihr habt mir einen weg gebahnt/ich schlag mich/durchs gestrüpp seitlich des wegs././ sagtet ihr man soll allein gehn/würd ich gehn/mit euch“ (W.Hilbig 1979; 13). Ihre persönliche Revolte eröffnet B. -Ich- Räume. In dem für sie wichtigen Selbstbehauptungsschritt schwingt aber auch Ohnmacht mit. Ihre sich immer wieder manifestierende Außenseiterstellung bleibt biographisch schmerz- und leidvoll.

## 7.4 Berufliche Umorientierung auf den Krankenschwesternberuf

Beate beginnt eine konfessionelle Krankenschwesternausbildung in H. Ihre ablehnende Haltung gegenüber dem Pflegeberuf wird suspendiert. Die versöhnende Einstellung gegenüber dem Pflegeberuf wird von ihr als Verlegenheitslösung präsentiert. Sie betont ihre selbstständige Suche in diese Richtung, ohne dass eine besondere Affinität zum Schwesternberuf sichtbar wird.

„...am Anfang ja. nu war das och nich mein Traumberuf, ich dachte naja Krankenschwester werd ich allemal...“/8/19-20

Ihre scheinbar zufällig in diese Berufsrichtung gehenden Suchstrategien können nicht losgelöst von den für sie strukturell eingeschränkten Wahlmöglichkeiten betrachtet werden. Sie bewirbt sich bei mehreren konfessionellen Ausbildungskrankenhäusern und bekommt von drei Ausbildungsstätten in unterschiedlichen Städten eine positive Rückantwort.

Der darauf folgende Entscheidungsfindungsprozess für oder gegen einen Ausbildungsort ist ein Spiegelbild ihres damaligen Abgrenzungs- und Suchprozess. Die im Kontext einer Bewerbungszusage in O. parallel beigefügte Hausordnung wirkt wie ein rotes Tuch. Die aktuell vollzogene Suche nach individuellen Freiräumen scheint innerhalb eines solchen Ordnungsrahmens nicht möglich bzw. wird durch das beigelegte Regelwerk konterkariert.

Ihre Entscheidung für L. oder H. basiert auf einer impressionistischen, rational unbestimmten Vorstellung von diesen Orten. Beide Städte erhalten von ihr eine symbolische Farbgebung (grün, graublau). B. entscheidet sich für H. („graublau“ 7/42) eine in ihrer Vorstellung schönen Stadt („...vielleicht ganz schön...“/7/43). Beide Auswahlorte kennt sie nicht. Ihre malerischen Einschätzungen sind fiktiv. Das imaginäre Bild dieser Städte wird aufrechterhalten, d.h. sie sucht im Vorfeld diese Orte auch nicht auf, um sich einen direkten Eindruck zu verschaffen. Die koloristische Rahmung von H. scheint mit den gängigen Bildern über diesen Ort kaum vereinbar<sup>16</sup>. Die selbst getroffene Entscheidung führt kontrastiv zu den fremdgesteuerten, subjektiv nicht mitgetragenen Ortswechseln der Vergangenheit, zu einer positiveren Gestimmtheit. Beate findet in H. eine enge Freundin. Darüber hinaus lernt sie über die Pflegeausbildung auch ihren späteren Mann kennen. Durch diese verbindlichen Beziehungsstrukturen entspannt sich ihr privater sozialer Rahmen.

### 7.4.1 Ausbildungserfahrungen

Der Ausbildungsbeginn in einer fremden Stadt wird für Beate zu einer schwierigen Einstiegsphase. Diese Schwierigkeiten hängen auch mit der für sie ungewohnten praktischen Arbeit zusammen. Im ersten Jahr standen hauswirtschaftliche Ausbildungsinhalte und umfangreiche Reinigungsprozeduren („viel mit saubermachen“/8/9) im Vordergrund. Das Arrangement mit dieser sie überflutenden Fülle hauswirtschaftlicher Verrichtungen bleibt anfangs brüchig. Der handfeste über den Kopf („...das stieg mir völlig übern Kopf...“/8/21) wachsende Charakter der Arbeit konstituiert eine unbehagliche und stressige Arbeitssituation

---

<sup>16</sup> Es ist eine augenfällige Mischfarbe, d.h. eine uneindeutige Farbe, die nicht explizit auffällig wirkt. Das unspektakuläre und in der Tat (ehemals) graue Ambiente der „Diva in Grau“ (Paris, H. 1993) zieht sie an.

„dann war ich da in der Küche. und der Abwasch ohr die Massen. das das. (?) das stieg mir völlig übern Kopf.. und ehe ich dann nun eben überhaupt so das pack ich an das hat also. das hat. ganz schön lang gedauert. „/8/20-22

Die Ausübung der verschiedenen pflegerischen Tätigkeiten erfordert z.T. auch handwerkliches Geschick. Es scheinen Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig zu sein, für die sie sich anfangs nicht ausreichend gerüstet fühlt. Der Schwesternberuf erhält den Charakter eines handfesten Praxisberufes. Die Ausbildung wird rückblickend als „bodenständig“(8/9) eingeschätzt. Im Vergleich zu dem von ihr verlassenen Bildungspfad in M., an dessen Ende ein „kopflastiges“(8/10) Theologiestudium stehen sollte, wird der handfeste Charakter der Pflegearbeit zur beruflichen Gegenfolie<sup>17</sup>.

Die Diakonissenschwestern prägen den Charakter der Ausbildung maßgeblich. Die Kurzbeschreibung der Ausbildung entwirft ein verregelttes Regime, das im Rückblick kaum problematisiert wird. Ihre in M. sichtbare Revolte gegen Regeln und Lehrer löst sich auf. Beate passt sich nach anfänglichen Widerständen an diese Prozeduren an. Grundsätzliche Richtlinien bzw. berufsbezogene Hinweise der Diakonissen enthalten für sie sinnvolle (professionelle) Kerne, die sie problemlos aufnehmen und in ihr konzeptionelles Berufsverständnis integrieren kann.

„...dann. war das also so, dass die Diakonissen ja noch en großen Einfluss hatten und die auch. einem so grundlegende Sachen ja auch weitergegeben haben zum Beispiel dass da. wenn en Patient schläft, dass mer den nich weckt. dass der Schlaf für den Patienten ganz wichtig ist. dass äh nicht zwei gleichzeitig an 'nem Patienten. rumfummeln. das sind eigentlich die Sachen. die ich mir am meisten gemerkt hab. dass man. nie leer aus 'm Zimmer gehen soll. also bevor mer geht noch mal guckt, ob mer was mit rausnehmen soll. so das waren so (lacht kurz)“/8/10-16

Ihre Ausbildungszeit beschreibt sie als eine Zeit, in der sie für sich rauszufinden versuchte, was sie perspektivisch wirklich machen will.

Ihre diffusen beruflichen Umorientierungsbestrebungen bleiben latent erhalten. Der Zeitpunkt für eine berufliche Neuorientierung wird auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Das Arrangement mit dem Pflegeberuf erscheint oberflächlich und brüchig. Ihre Suche nach dem „richtig Guten“(1/33) führt zu keiner Ankunft. Sie bleibt bis in die Gegenwart unabgeschlossen. In diesem Sinne artikuliert sie ein ergebnissicherndes Fazit.

„...naja. so was richtig Gutes, was mich so richtig reizt is.. hab ich nie gefunden...“/1/33-34

## 7.4.2 Das bedeutsame Gespräch

Während ihrer Ausbildung ist sie auf verschiedenen Stationen im D.-Krankenhaus tätig. Im Rahmen dieser Praxiseinsätze kommt es zu einem Gespräch mit einer ihrer Vorgesetzten. Diese Unterredung erweist sich in Bezug auf ihr Arrangement mit dem Pflegeberuf als signifikant. Aus

---

<sup>17</sup> Diese von B. angerissenen Kontrastierungen (bodenständig/kopflastig) dienen möglicherweise auch dazu, die Abbrucherfahrung in M. als folgerichtige Entscheidung (nachträglich) zu legitimieren. Das sichtliche Bemühen eine sekundär passende Begründungslogik zu entwickeln, bleibt schematisch unbeholfen. Ihr kindlicher Wunschtraum Schriftstellerin zu werden rückt über diese deklassierende Kontrastierung ebenfalls in den Hintergrund. Die Betonung des bodenständigen Charakters der Ausbildung scheint ihren träumerischen Charakter nicht entgegenzukommen. Möglicherweise hat diese handfeste Wirklichkeit in einer fragilen Selbstfindungsphase aber auch etwas Sicherndes und Stabilisierendes.

ihrer Perspektive findet diese Stationschwester sowohl motivierende als auch kritische Worte. B. wird durch diese leitende Schwester „richtig eingestellt“ (8/29). Die für sie selbst problematischen Punkte, wie geringes Arbeitstempo und eingeschränkte Kritikfähigkeit können von der Vorgesetzten scheinbar problemlos angesprochen werden.

Die vermeintliche Vielschichtigkeit dieses Gesprächs löst sich bei genauerer Betrachtung zusehends auf. Der Charakter der Unterhaltung erweist sich als zwiespältig. Es zeigen sich deutlich bevormundende und reglementierende Züge. Letztendlich zielen die machtvollen Einschätzungen und Kommentare der Stationschwester auf eine weitreichende Anpassung und Ruhigstellung von B. Dabei werden wunde Punkte über vermeintlich kollektive Wahrnehmungen und Attributionen problematisiert. Über dieses Stigma werden mögliche Folgen angedeutet, falls B. ihre Verhaltensmuster nicht grundlegend ändert. Das darüber entfaltete Szenarium erzeugt eine Furcht, deren disziplinierende Wirkung möglicherweise strategisch einkalkuliert war. Der Preis dieser disziplinierenden Vorhaltungen scheint hoch. Ihre sich unbeholfenen, z.T. trotzig entfalten Emanzipationbestrebungen werden pragmatisch gebrochen. B's erwachendes Selbstbewusstsein wird wieder gebremst bzw. eingedämmt. In diesem Sinne werden von B. Bedeckungs- und Maskierungsstrategien erwartet, die biographisch gesehen ihren Tribut gefordert haben. Die konstitutiven, für ihr Selbstkonzept bedeutsamen Ausdruckformen und Widerstandsversuche werden negativ gerahmt. Streng genommen orientiert die Vorgesetzte auf ein unproblematisches, reflexiv reduziertes Tun. B. erhält einen schematischen psychischen Entlastungstipp („denken se nich so viel“/8/33) bei dessen Befolgung ein reibungsloses Funktionieren gewährleistet scheint. Die Vorhaltungen und Rahmungen der Vorgesetzten werden von ihr nicht zurückgewiesen.

„ja nu. und auch auf Kritik, dass mer nich immer wieder was sagen muss. was mer sich gedacht hat ja //hm// '(?)' (lachend gesprochen) denken se nich so viel (lacht) ja. dass mer das dann eben so macht und nicht zu allem en Kommentar och geben muss.“/8/32-34

Diese, von einer fraglosen Normalitätsschablone geprägten Attributionen werden bereitwillig aufgenommen. Tendenziell nimmt B. die ihr zugeschriebenen problematischen Auffälligkeiten selbstbeschuldigend auf<sup>18</sup>. Möglicherweise wird ihr unterschwellig klar, dass sie wieder in die Gefahr gerät zum problematischen Außenseiter zu werden, mit der keiner gerne zusammenarbeiten möchte.

„das war also.. da die hat ehmt gesacht, dass ehmt keener gerne mit mir arbeitet weil.. ja weil ich so langsam bin und Kritik nich annehme“/8/29-30

Der okupative Charakter dieser Unterhaltung wird positiv gewendet („...die Stationschwester mich da ganz schön. zur Brust genommen hat und das war gut.“/8/23-24).

---

<sup>18</sup> Um sich psychisch zu entlasten, nimmt sie die Schuld auf sich. Ihre Buße besteht darin, sich bereitwillig an normative Verhaltensstandards anzupassen. Über dieses Verhaltensmuster kann sie riskante Veränderungs- und Abbruchbestrebungen runterfahren (dazu u.a Maaz 1992).

### 7.4.3 Der Ehemann

B. lernt ihren späteren Ehemann in Rahmen der Krankenschwester/Krankenpflegerausbildung kennen. Er kommt wie sie auch aus einer Pfarrersfamilie. Ihre in der Ausbildungszeit beginnende Beziehung sollte nach außen hin möglichst unsichtbar bleiben. B. ist an einer exponierten Außenwahrnehmung nicht interessiert. Sie präferiert eine eher verdeckte und heimliche Liaison. Innerhalb des Krankenhauses treten sie nicht gemeinsam als Liebespaar auf. Ihre Befürchtungen, dass sie im besonderen Maße wahrgenommen werden, scheinen nicht unberechtigt.

Ihr Mann fällt ihr durch seine exotische Außenseiterstellung ins Auge. Er wird als „Liebling der Diakonie“ (9/1-2) bezeichnet, der sich einer übermäßig wohlwollenden Aufmerksamkeit von Seiten des Personals erfreute. Seine exponierte Stellung hängt auch mit seinem Status als Mann in einem weiblich dominierten Berufsfeld zusammen. Er ist der erste Pfleger, welcher im D.-Krankenhaus überhaupt ausgebildet worden ist<sup>19</sup>.

Das Paar bildet einen scheinbar seltsamen Kontrast. Während ihr Mann der extrovertierte und von allen wahrgenommene Paradiesvogel zu sein scheint, wirkt sie komplementär dazu unsichtbarer und introvertiert. Sie charakterisiert ihn als einen selbstbewussten und zielstrebigem Partner, der sich seinen „Traumwunsch“ (9/10)Schauspieler zu werden erfüllt hat. Er verkörpert eine Art Pendant zu ihr, d.h. er entwickelt einen beruflichen Entwurf, den er trotz Umwege und Hindernisse kontinuierlich aufrechterhält und letztendlich auch realisiert.

## 7.5 Berufseinstieg

Nach der Beendigung ihrer Krankenschwesternausbildung arbeitet sie ein Jahr lang auf einer internistischen Station. Diese Zeit erscheint im Rückblick als weitgehend ereignislos und unproblematisch. Der Unterschied zur Pflegearbeit während der Ausbildung und der täglichen Arbeit als examinierte Krankenschwester ist für sie nur gering gewesen. Die erhöhte Verantwortung als examinierte Schwester wird insbesondere dann problematisiert, wenn sie nicht auf mehrere Schultern verteilt werden kann. In diesem Sinne empfand sie die Arbeit an den Wochenenden als eine ungewohnte Situation, auf die sie nicht ausreichend vorbereitet war. Als einzige examinierte Schwester musste sie gegenüber den Auszubildenden eine koordinierende und anweisende Rolle einnehmen, damit der Gesamt Ablauf der Station gewährleistet ist.

„nöö das kann ich nich sagen. ar das war. das war so normal nur die Wochenenden das war. da.. da darauf war mer gar nich vorbereitet, dass mer dann plötzlich die die Verantwortung für die ganze Station hat. //hm// aber das ging dann auch..

... wo mer dann. //hm// die Station geführt hat und wo mer dann och sehen musste die vielen Schüler. //hm// dass da nich alles auseinander (geht)..“/9/18-25

---

<sup>19</sup> In Gegensatz zu M. dreht sich das Geschlechterverhältnis in H. um, d.h. Männer waren (sind) in diesem typischen Frauenberuf die absolute Ausnahme.

### 7.5.1 Wechsel in die kirchliche Gemeindepflege

B. fährt in der knappen, schlaglichtartigen Explikation lebensgeschichtlicher Ereignisse fort. Sie wird schwanger und es geht für sie in dieser Zeit ganz pragmatisch darum, eine ausreichend große Wohnung zu finden. Über die Familie ihres Ehemannes besteht die Möglichkeit eine kirchliche Gemeindeführung zu beziehen. Das Angebot scheint aber an eine Bedingung gebunden zu sein. Da die kirchliche Gemeindeführung in den Ruhestand wechselt, soll sie deren Stelle übernehmen. Trotz der Negativbewertung dieser Tätigkeit lässt sie sich auf dieses kombinierte Wohn- und Berufsangebot ein. Ausschlaggebend dafür sind primär extrinsische Motive, welche in anbetracht der anstehenden familiären Veränderungen stärker gewichtet werden als diffuse berufliche Vorbehalte und Widerstände gegenüber einem anders gegliederten pflegerischen Handlungsfeld.

B. schlittert unvorbereitet in diese neue berufliche Arbeit hinein<sup>20</sup>. Nach einer einmaligen Einführung in die kirchliche Gemeindeführungstätigkeit durch ihre Vorgängerin tritt B. die Stelle an. Eine wirkliche Begleitung bzw. Einarbeitung erfolgt somit nicht. Insgesamt wird ihre Arbeit als kirchliche Gemeindeführung wenig nachgefragt („... das war och nich mehr.. die ganze Arbeit hier ja.. ja...“/9/45). Der anfallende Arbeitsaufwand wird als relativ niedrig beschrieben. Lediglich die erheblichen Laufwege werden als zeitaufwendige Belastungen skizziert. Die Anzahl der von ihr betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen ist gering. In der Anfangszeit pflegt sie eine schwerpflegebedürftige MS-Patientin, bei der sie einmal am Tag eine Grundpflege durchführen muss. Darüber hinaus muss sie routinemäßig bei einigen Patienten Blutdruckkontrollen („Blutdruckbesuche“/1/48) durchführen<sup>21</sup>.

Neben den unproblematischen, routinemäßig durchgeführten Betreuungsbesuchen hatte sie phasenweise auch einige schwerere Hilfe- und Pflegebedürftige zu versorgen. In solchen Fällen fühlte sie sich als einzeln arbeitende Pflegekraft z.T. überfordert. Die alleinige Bewältigung komplexer Pflegesituation scheint unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen nur schwer möglich zu sein. Da sich B. beruflich unausgelastet fühlt, nimmt sie Kontakt zu der in der Region tätigen städtischen Gemeindeführung auf, um über sie an zusätzliche Stammpatienten zu kommen. Ihre Rekrutierungsbemühungen sind z.T. erfolgreich. B. kann nach entsprechender Absprache noch einige Diabetespatienten mitbetreuen. Der Aufbau eines kontinuierlich zu betreuenden Patientenstammes bleibt für sie aber unbefriedigend und mühselig. Ein gesicherter und organisierter Betreuungsrahmen kann scheinbar nur schwer aufrechterhalten werden.

Dieser Zustand hängt auch mit ihrer uneingebundenen Situation zusammen. Die institutionell ungefestigte Stellung als kirchliche Gemeindeführung wird schemenhaft ausgestaltet. In diesem Kontext wird ihre Zwischenstellung deutlich. B. stellt einen Bezug zum staatlichen Gemeindeführungssystem her. Die organisatorische Anbindung der staatlichen Gemeindeführungen an das poliklinische System steht im Gegensatz zur peripheren strukturellen Einbettung der kirchlichen Gemeindeführungen („... ja das war so in 'n 60er Jahren sind dann auch in den Polikliniken Gemeindeführungstationen entstanden. //hm//. und (räuspert sich) ja.. und sie ham das eigentlich hier och im Süden. //hm// gemanagt...“/9/29-31). Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ärzten und den staatlichen Gemeindeführungen war somit gesichert und bürokratisch unkompliziert.

<sup>20</sup> In der DDR gab es 1989 124 konfessionelle Einrichtungen (Evangelische Gemeindepflegestationen und Diakoniestationen), die ähnliche Aufgaben wie die städtischen Gemeindeführungstationen erfüllten. Diese Einrichtungen wurden aus dem Staatshaushalt mitfinanziert (B. Kleinstück et al; 13).

<sup>21</sup> Dieser hier sichtbare Tätigkeitsrahmen scheint primär medizinpflegerisch bestimmt.

Kontrastiv dazu beschreibt B. in ihrer Arbeit einen erhöhten Verhandlungsaufwand mit den ihre Patienten betreuenden Hausärzten. Es entwickelten sich keine verlässlichen Formen der Zusammenarbeit. Das provisorische Moment ihrer Arbeit wird (prädikativ) angedeutet.

„...also. da... schlecht.. ja die die wussten och nich so richtig was se mit mir anfangen sollten und ja. //hm// das hab ich in sehr ((unguter)) Erinnerung ja.“/10/25-26

Der ungesichertere Kooperationszusammenhang erzeugt eine für sie schwierige Einzelkämpfersituation.

Einen Einblick in die geordnete bzw. strukturell eingespielte Pflegearbeit der staatlichen Gemeindeschwestern gewinnt B. auch dadurch, dass sie sporadisch die Vertretung einer in ihrem Einzugsgebiet tätigen Schwester übernimmt.

„...hier ist 'ne Gemeindeschwester gewesen.. die sich auch jetzt privat gemacht hat, die hat ist oft gekommen wenn sie Vertretung brauchte, da hab ich deren. wohlgeordnetes Päckchen übernommen das hab ich eigentlich gerne gemacht..“/9/31-34

Das gemeinsame Einzugsgebiet ermöglicht ihr ein unproblematisches Einspringen. Da sich ihre Inanspruchnahme innerhalb der Kirchengemeinde in niedrigen Grenzen hält, war eine situative Übernahme des „wohlgeordneten“ (9/33) Patientenstammes problemlos möglich.

Der ungefestigte Charakter ihres Arbeitszusammenhanges wird ihr durch die damit verbundenen Eindrücke und Erfahrung verstärkt bewusst. Im Vergleich dazu erscheint B. die eigene Arbeit nahezu dilettantisch und (fachlich) rückständig. Der Bezug zur gefestigten häuslichen Pflege führt zu latenten Selbstbeschuldigungen. Sie hat das (deklassierende) Gefühl, nicht aktiv genug ein fachlich eigenständiges und institutionell gesichertes berufliches Handlungsfeld aufgebaut zu haben. Tendenziell schätzt sie ihr persönliches Engagement als unzureichend ein.

„ ja. so. //hä// so jetzt än.. 'ne neue Arbeit hier aufbauen.. 'das ist mir nicht gelungen' (sehr leise). so dass darin. nach neuen Maßstäben. was is nötig was müsste mer. machen. //hm// ja...“/9/34-36

Parallel zur der uneingebundenen Situation innerhalb des staatlichen Gesundheitswesens wird auch der berufliche Rückhalt durch die Kirchengemeinde als unzureichend beschrieben. Das allgemeine Wohlwollen gegenüber ihrer Person kontrastiert mit dem (scheinbaren) Desinteresse gegenüber ihrer pflegerischen Arbeit.

„...ja die Gemeinde is hier sehr.mir gegenüber auch sehr wohlwollend gewesen..aber es hat sich ge-überhaupt keener für die Arbeit interessiert...“/1/49-50

In Bezug auf ihr berufliches Wirken als Gemeindeschwester gab es kaum eine interessierte Rückkopplung, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne. Es wird weder ein besonderes Interesse noch eine explizite Kontrolle ihrer pflegerischen Arbeit sichtbar. Ihrer Tätigkeit wird innerhalb der Gemeinde eher peripher wahrgenommen.

Ihre unausgelastete Arbeitssituation macht sie gegenüber der Kirchengemeinde transparent. Es ist aber kein übermäßiger Druck erkennbar, dass sie weitere Hilfe- und Pflegebedürftige pflegen soll. Ihre Aufgabe besteht u.a. auch darin, bei situativ auftretenden Problemen und Krisen von Gemeindemitgliedern Unterstützungsleistungen anzubieten. In diesem Sinne ist sie eine potentiell

zur Verfügung stehende Gemeindeschwester, auf die im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann<sup>22</sup>. Ihre moderate Arbeitsbelastung eröffnet ihr berufliche Handlungsspielräume. B. verfügt über ausreichend freie Kapazitäten, um ergänzend zu ihrer pflegerischen Tätigkeit auch diakonische Aufgaben zu übernehmen<sup>23</sup>. In diesem Zusammenhang führt sie z.B. Gratulationsbesuche bei Jubilaren durch. Die hauswirtschaftlichen Verrichtungen werden vorrangig von einer kirchlichen Althelferin durchgeführt<sup>24</sup>. Darüber hinaus ist diese Mitarbeiterin auch für gemeinwesenorientierte, auf integrative Zusammenhänge zielende Angebote zuständig. In der täglichen Arbeit verwischt sich die theoretisch vorgesehene Arbeitsteilung zwischen den beiden kirchlichen Mitarbeiter/Innen. Aus den sich ergebenden Kooperationszusammenhängen und Tätigkeitsüberlappungen heraus werden abgrenzende Domänisierungen überflüssig. Obwohl B. primär für medizinpflegerische Tätigkeiten zuständig war („...für das medizinische da sein...“/10/8), arbeitet auch die kirchliche Althelferin phasenweise in der Pflege mit<sup>25</sup>.

Der situativ unproblematische Wechsel der Arbeitsfelder erweitert ganz selbstverständlich ihr Tätigkeitsspektrum. Eine starre Verengung auf rein grund- und behandlungspflegerische Aufgaben ist bei B. nun nicht mehr erkennbar.

Die Vermengung von restriktiv bedeutsamen Organisationsbedingungen, defizitärer beruflicher Anerkennung und dem grundsätzlich gebrochenen Arrangement mit dem Pflegeberuf erzeugen eine ambivalente Mixtur. In diesem Kontext bleiben ihre schuldhaften Selbstbezeichnungen oder

---

<sup>22</sup> Der von B. skizzierte Arbeitsrahmen bietet zeitlich entspannte Pufferzonen und Tätigkeitsspielräume. Ihre im Kontext einer industriell-technischen Logik bestehenden Überkapazitäten konstituieren positiv gesehen eine vorsorglich bereitgestellte Leistungsbereitschaft. Ein wesentliches Moment personenbezogener Dienstleistungen liegt in der potentiellen Verfügbarkeit von Leistungen, die dann in spezifischen Krisen- und Ausnahmesituationen rasch zur Anwendung gelangen können. Eine in Reserve gehaltene Dienstleistungs-Bereitschaft bietet präventive Möglichkeiten zur Risikoabwehr (Offe 1984; 238 f). Sie bemisst sich somit nicht nur am realisierten Output (z.B. Anzahl der „erfolgreich“ geheilten bzw. stabilisierten Hilfe- und Pflegebedürftigen (ebenda). Problematisch bleibt eine dauerhaft unausgenutzte Leistungsbereitschaft oder eine sich übermäßig verschiebende, in pflegefremde Handlungsdomänen abdriftende berufliche Arbeit (z.B. Dominanz bürokratischer Arbeiten, Reinigungsarbeiten, „Gratulationsbesuche“ etc.).

<sup>23</sup> Die bei ihr mitschwingende negative Selbsteinschätzung, nicht effizient genug zu pflegen scheint bezogen auf ein medizinpflegerisch ausgerichtetes Tätigkeitsverständnis verständlich. Das in diesem Raster verkehrsubliche Tätigkeitsspektrum führt tendenziell dazu, sozialpflegerische Bereiche aus dem Blick zu nehmen bzw. sie sogar als ineffiziente, Leerzeiten auffüllende Ersatz- und Verlegenheitstätigkeiten zu betrachten. Ob die pflegerische Arbeit als effektiv oder ineffektiv empfunden wird, hängt nicht zuletzt vom pflegerischen Grundverständnis ab (Offe 1984; 239).

<sup>24</sup> In der DDR bestand im Rahmen der ev. Kirchen die Möglichkeit, sich zur kirchlichen Althelferin zu qualifizieren. Kirchliche Mitarbeiter/Innen konnten diese Ausbildung berufsbegleitend absolvieren. Die einjährigen Lehrgänge wurden innerhalb des Diakonischen Werkes nicht einheitlich geregelt, d.h. die Anforderungen wurden von den Landeskirchen bzw. den Einrichtungen vor Ort modifiziert. Daneben bestand auch die Möglichkeit, eine zweijährige Geriatrie Ausbildung über die Hoffbauer-Stiftung zu Potsdam- Hermannswerder -Seminar für Geriatrie-Diakonie zu absolvieren. Die offizielle Berufsbezeichnung war „Diakonische Geriatrie-Pflegerin (bzw. Pfleger“. Diese Ausbildung war eine diakonische Ausbildung, die staatlich nicht anerkannt wurde. Eine Verbindung zu staatlich legitimierten Abschlüssen wurde dennoch hergestellt. Durch die Einbeziehung des (staatlichen) Lehrprogramms „Facharbeiter Krankenpflege“ konnte innerhalb dieser diakonischen Ausbildung auch der staatlich anerkannte Facharbeiterabschluss erworben werden (dazu u.a. unveröffentlichtes Informationspapier zur Geriatrie Qualifizierung (nur zum innerkirchlichen Gebrauch/09f378/ger.VI); 1-3).

<sup>25</sup> Die von B. angedeutete medizinpflegerische Ausrichtung deckt sich nicht mit dem Qualifizierungskonzept zur -Evangelischen Gemeindeschwester. Diese Ausbildung wurde vom Diakonischen Qualifizierungszentrum des Diakonischen Werkes-Innere Mission und Hilfswerk- der Evangelischen Kirchen in der DDR durchgeführt. In dem Fächerkanon tauchen u.a. solche Fächer wie -Gemeindediakonie- und -Soziale Einzelhilfe- auf. Aus diesen Ausbildungsinhalten lässt sich eine einseitig medizinpflegerische Ausrichtung nicht ableiten (lt. Qualifizierungsnachweis/Diakonisches Werk/Bruder R. 1987).

der subjektiv entlastende Verweis auf strukturell unzureichende Rahmenbedingungen wenig ausbalanciert<sup>26</sup>.

Das labile Arrangement mit ihrer beruflichen Tätigkeit erscheint unter diesen für sie unbefriedigenden Bedingungen noch brüchiger. In dieser berufsbiographischen Phase deuten sich prozesshaft verstärkende Ausstiegsorientierungen an.

## 7.5.2 Lustvolle Arbeit im Kindergarten

Ihre verdeckten beruflichen Ausstiegspläne bekommen eine unerwartet sichtbare Gestalt. In der von ihr insgesamt als unbefriedigend empfundenen Arbeitssituation als kirchliche Gemeindegemeinschaft wechselt sie in ein anderes berufliches Handlungsfeld<sup>27</sup>.

Ausgelöst durch eine angespannte Personalsituation, in dem von der Kirchengemeinde getragenen Kindergarten, vollzieht sie einen beruflichen Wechsel. Mehrere Kindergärtnerinnen werden „schlagartig“ (2/2) schwanger. Die dadurch entstehende Personallücke nutzt sie für einen sozial legitimierten Ausstieg aus der Gemeindegemeinschaftstätigkeit. Die Substitution der personellen Lücke im Kindergartenbereich scheint für die Gemeinde bedeutsamer als die unbedingte Aufrechterhaltung der kirchlichen Gemeindepflege. Ihre Tätigkeit im Kindergarten ist temporär befristet. Während die drei beurlaubten Mitarbeiterinnen des Kindergartens eine Babypause in Anspruch nehmen, kann B. vertretungsweise ein Jahr im Kindergarten arbeiten. Der Vertretungscharakter ihrer Arbeit konstituiert ein fragiles Arbeitsverhältnis. Grundsätzlich behält sie den beruflichen Status einer Gemeindegemeinschaft bei.

Gemeinsam mit den ebenfalls neu eingestiegenen Mitarbeiterinnen versucht sie sich in das neue berufliche Handlungsfeld einzuarbeiten. Der Sprung ins kalte Wasser mobilisiert und vitalisiert sie sehr stark. B. entwickelt in dieser Zeit geradezu kämpferische Qualitäten. Das neue berufliche Territorium muss offensiv erobert und behauptet werden.

Die kollektive Einarbeitungsphase wird als lustvolle Herausforderung empfunden. Es entwickelt sich ein produktiver Arbeitszusammenhang. Die drei unerfahrenen Mitarbeiterinnen versuchen gemeinsam sich auf die anstehenden Anforderungen einzustellen. B. skizziert eine angenehme Teamsituation („drei Neue. //hm// so.. das das war schön so so.“/10/39) in der sich die beruflichen Neueinsteiger konstruktiv „aneinander reiben“ (10/46), um ihre Arbeit „besser“ (10/47) zu gestalten. Die offene von diskursiven Aushandlungsprozessen begleitete Arbeitssituation ist für sie nicht mit starren Anpassungszwängen und hierarchischen Unterordnungen verbunden. Eine geschlossene, von Hierarchien bestimmte Zusammenarbeit mit dem „alten (Mitarbeiter-)Stamm“ wäre für sie problematisch gewesen<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Von einer unmittelbaren Abhängigkeit oder (linearen) Kausalität zwischen diesen unterschiedlichen Dimensionen kann nicht ausgegangen werden.

<sup>27</sup> Das schnelle, scheinbar unvorbereitete Wechseln in ein für sie fremdes berufliches Handlungsfeld zeigt eine auffällige Analogie zur Einstiegssituation als kirchliche Gemeindegemeinschaft. Der (äußerlich) abrupte Charakter der beruflichen Wechsel wird in ihrer Darstellung formal herausgestellt.

<sup>28</sup> B. entwirft einen imaginären (Generations-)Konflikt zwischen altem und neuem Mitarbeiterstamm. Der „alte Stamm“ steht assoziativ für eingefahrene Hierarchien, schematische Abläufe und Routinen, Deutungsmacht, Kompetenzgefälle.

B. entwickelt dieses (unterstellte) Szenarium möglicherweise vor dem Hintergrund eigener Sozialisierungserfahrungen (Eltern, Lehrer, Stationschwester u.a.). Der potentiell auf sie zukommende Druck, sich an stark vorstrukturierte institutionelle Abläufe anpassen zu müssen, verursacht schon im Vorfeld großes Unbehagen. Da sie für einen selbstbewussten Positionierungsprozess schlecht gerüstet scheint, schwingt die Furcht vor erneuten Deklassierungs- bzw. Außenseitererfahrungen unterschwellig mit.

„, wir kämpften wirklich ums Überleben.. weil wir alle nich so viel Erfahrung hatten. da ham mer uns also och sehr annander gerieben und äh immer wieder nach Möglichkeiten gesucht das besser zu machen. und jetzt mit dem alten Stamm. da hätt ich nich arbeiten wollen. also so so etwas wär auch nichts geworden. //hm//. ja“/10/45-48

Die von B. angedeuteten schwierigen Herausforderungen hängen mit situativen Durchsetzungsproblemen gegenüber den Kindern zusammen. Dieses für sie prinzipiell bedeutsame Grundproblem erweist sich in diesem Kontext als peripheres Konfliktfeld.

B. stellt einen Bezug zum Klientel in der häuslichen Pflege her. Die zu betreuenden Kinder sind im Vergleich zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen sehr spontan und ungebändigt.

„...ähm ja.. naja und dass Kinder.. ja äh sind eben. noch sprudelnder als alte Leute ja so irgendwie. so das ja.. aber och schwerer zu bändigen ja das also war manchmal ganz schön. schwierig ja. „/10/40-41

Es überwiegen deutlich die Positivaspekte der Arbeit. Die sichtbaren Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Arbeit mit Kindern waren für sie größer als in ihrer pflegerischen Arbeit als kirchliche Gemeindegeschwester. Der spielerische und offene Charakter der Arbeit mit Kindern wird lustvoll herausgestellt. Ihre expressiven Neigungen und Steckenpferde kann sie ganz selbstverständlich in die alltägliche Arbeit integrieren. B. nutzt erfolgreich die Möglichkeiten, die Phantasie der Kinder anzuregen („, das also... na dass mer ehmt ganz viel mit Phantasie. machen konnte.“/10/39-40). Bei ihrer Arbeit im Kindergarten wird eine innerliche Beteiligung deutlich, die sich von den (negativ) distanzierenden Betrachtungen gegenüber dem Schwesternberuf unterscheidet. Zufällig scheint sie in eine befriedigende Arbeit hineingelitten zu sein, mit der sie sich weitgehend identifizieren kann.

In einer ergebnissichernden Gesamtbewertung wird diese berufliche Zeit als die bisher schönste berufliche Tätigkeitsphase in ihrem Leben eingestuft. Sie erscheint als ein beruflicher Höhepunkt, der aus der davor- und dahinterliegenden beruflichen Arbeit herausragt.

„,und ich muss sagen das war. ä ähm de schönste Arbeit die ich jemals gemacht hab...“/11/3-4

### *7.5.2.1 Verhältnis zu ihren Kindern*

B. hat zwei Kinder, die in der Haupterzählung weitgehend unsichtbar bleiben. Namen und Geschlecht der Kinder werden nicht genannt. Das Verhältnis zu ihren Kindern bleibt narrativ unausgestaltet. Sie deutet eine unproblematische Parallelität von beruflicher Arbeit und familiärer Kinderbetreuung an („...von daher war das.nie en Problem.“/13/1). Als kirchliche Gemeindegeschwester arbeitet sie in der Regel verkürzt. Eine Vollzeitbeschäftigung bleibt in ihrer Berufsbiographie eher die Ausnahme („ja.also ich..nur ein Jahr mal acht Stunden gearbeitet.“/13/5). Darüber hinaus sind ihre Schwiegereltern im erheblichen Maße in die Fürsorge der Kinder involviert. Diese übernehmen bereits ein paar Monate nach der Geburt weitgehende Betreuungsaufgaben („, nee. ich war nur en Vierteljahr zu Hause und dann. konnt

---

Aus diesen negativen Bestimmungen und Abgrenzungen wird deutlich, dass sie solche Arbeitszusammenhänge grundsätzlich meiden will.

ich. ha- ham meine Schwiegereltern die Kinder genommen“/12/46-47). Die dafür ausschlaggebenden Gründe werden nicht deutlich. Ihr Mann bleibt in diesem Kontext unsichtbar. In Zusammenhang mit der für sie befriedigenden Arbeit im Kindergarten wird eine schuldhaftige Selbsteinschätzung angedeutet. Im Nachgang wird die aktive Begleitung der eigenen Kinder unterschwellig als unzureichend empfunden. Der aus diesem latenten Defizitgefühl heraus sichtbare Wunsch nach intensiverer Begleitung bzw. Beschäftigung ihrer Sprösslinge kann bezogen auf die ersten Kindheitsjahre nicht revidiert werden. Zeitversetzt bietet sich ihr die Möglichkeit, diesen (Betreuungs-)Impuls in die berufliche Arbeit als Kindererzieherin hineinzutragen („... das war auch das was das schöne im Kindergarten, dass da waren meine Kinder schon älter. und da konnt ich das, was ich eigentlich mit meinen Kindern machen wollte...“/12/42-43).

### 7.5.3 Wende und berufliche Umorientierung

Die -Wende- wird vorrangig aus ihrer beruflichen Situation heraus thematisiert. Es erfolgt auch für sie ein beruflicher Schnitt. Ihre Stelle als kirchliche Gemeindeschwester wird nicht weiterfinanziert. Dass sie ihre ohnehin nicht mehr ausgeübte Tätigkeit endgültig verliert, akzeptiert sie ohne Bedauern. Eine Fortsetzung der lieb gewonnenen Tätigkeit im Kindergarten scheint nicht möglich, da die beurlaubten Kindergärtnerinnen nach einem Jahr Erziehungsurlaub wieder in den Beruf einsteigen. B. erhält eine Anstellung bei der D.-Sozialstation. Der erneute Wechsel erfolgt übergangslos und ganz selbstverständlich. Diese Übergangssituation bleibt narrativ unausgestaltet. Der Wiedereinstieg in die häusliche Pflege zeigt eine auffällige Analogie zu ihrer uneingebundenen Situation als kirchliche Gemeindeschwester. Die Arbeit auf einer sich institutionell erst etablierenden Sozialstation trägt provisorische Züge. Es besteht noch kein ausreichend großer, kontinuierlich zu betreuender Patientenstamm („...also am Anfang warn och wenig Patienten, ich dachte ach du Schreck hoffentlich geht das jetzt nich so weiter..“/11/23-24). Die Schwestern werden je nach Bedarf eingesetzt. Es dominieren diskontinuierliche, mit Leerzeiten durchsetzte Betreuungsstrukturen („...und. der Arbeitsstil war och. naja da is mal da was und da mal hingehen. und so.. das.. das war in 'n ersten Wochen war das so..“/11/24-25). Mit der Einstellung von ehemals staatlichen Gemeindeschwestern verändert sich die Arbeitssituation. Die von den staatlichen Gemeindeschwestern aufgebauten wohlgeordneten Betreuungsstrukturen können z.T. (übernehmend) genutzt werden. Durch die Einstellung von freigesetzten staatlichen Gemeindeschwestern, die über einen gefestigten, regelmäßig zu betreuenden Patientenstamm verfügten, nimmt die Arbeit auf der Sozialstation geordnetere Bahnen an. B. empfindet die tendenzielle Auflösung der provisorischen Pflegearbeit als sehr angenehm.

“...dann wurden noch staatliche Schwestern übernommen. //hm//, die auch en ganz. en Päckchen Arbeit sozusagen mitbrachten, was so richtig gut eingeteilt war. und...das hat mir auch unheimlich Spaß gemacht.“/11/25-28

Im Gegensatz zur singulären Arbeit als kirchliche Gemeindeschwester wird die bestehende Einbindung in ein Mitarbeiterteam positiv herausgestellt.

Sie arbeitet in einem für sie gut überschaubaren, zentrumsnahen Einsatzgebiet, wo sie sich bequem zu Fuß bzw. mit dem Fahrrad fortbewegen kann. Die Kooperation mit den Ärzten erweist sich in der Nachwendezeit als unproblematisch („...die Ärzte die waren also.viel

zugänglicher.“/11/30) und niedrigschwellig („...mer konnte einfach reingehen ins Zimmer...“/11/31). Das kommunikative Klima scheint für sie damals deutlich besser gewesen zu sein als heute. Ihre motivationale Nähe zur Arbeit verbindet sich mit der lebendigen, kommunikativ stimulierenden Zeit nach der Wende. Sie attribuiert sich rückblickend als offene und neugierige Pflegekraft. Insgesamt wird diese berufliche Phase als schöne und interessante Zeit empfunden.

Im Vergleich zur stimulierenden Nachwendezeit auf der D.-Sozialstation deutet sie im weiteren Verlauf einen schleichenden Abstumpfungsprozess an. Die wiederkehrenden Geschichten von Hilfe- und Pflegebedürftigen, die mit routinemäßig wiederholenden Ablaufmustern verwoben sind, werden als sie weniger berührende Pflegesituationen empfunden. Der kontrastive Bezug zu damals und heute wird zum Indikator für eigene motivationale Einbrüche im Pflegeberuf. Erneut wird eine zunehmende Distanz zur Pflegearbeit angetippt.

#### 7.5.4 Berufliche Wünsche und Zukunftspläne

Ihre beruflichen Zukunftspläne bleiben vage. Sie denkt darüber nach, in den stationären Pflegebereich zu wechseln. Die Gründe für diese Umorientierung bleiben offen<sup>29</sup>. Sie markiert einen „Punkt“ (2/11), in der eine Veränderung des beruflichen Handlungsfeldes notwendig scheint. Ihre Ausstiegsgedanken bleiben allgemein bzw. sind von einem unklar bleibenden (gegensteuernden) Relativismus begleitet („eigentlich...müsste mir mal“/2/11-12).

Parallel dazu erwägt sie einen grundsätzlichen Wechsel des beruflichen Handlungsfeldes. Die mehrfach geäußerte Distanz zum Pflegeberuf wird über fundamentale Ausstiegsorientierungen deutlich.

Das selbstverständliche Eingebundensein in sich wiederholende Ablaufmuster erzeugt möglicherweise auch eine Neigung zum weitreichenden Rückzug. B. könnte sich vorstellen, ein Jahr im Ausland zu arbeiten. Dabei orientiert sie auf ein im Vergleich zu Deutschland kulturell sehr verschiedenes Land („nach Indien“/12/31). Ihr Bedürfnis nach „total extremen Situationen“ (12/32) verbindet sich möglicherweise mit der erwartungsvollen Suche nach spannenden, sie existentiell berührenden Lebenszusammenhängen. Persönliche Veränderungen und berufliche Ablöseprozesse scheinen nur über eine tiefere exotische Fremdheitserfahrung möglich zu sein.

Diese (phantastischen) Ausstiegsorientierungen werden über sie hier festhaltende Gründe in weite Ferne verbannt. Eine dieser Gründe ist die Betreuung ihrer pflegebedürftigen Schwiegermutter. Die verantwortliche Zuwendung gegenüber dieser Familienangehörigen wird auch damit begründet, dass die Schwiegereltern ihre eigenen Kinder immer betreut haben. Auf der Basis dieses (generativen) Verpflichtungsgrundsatzes relativiert sich ihr Wunsch nach einem ablösenden Weggang in die Fremde.

Ihre in andere Richtungen gehenden beruflichen Orientierungen werden gegenüber den Mitarbeiter/Innen bedeckt gehalten<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Der Wechsel in den stationären Pflegebereich erscheint vor dem Hintergrund problematischer Sozialisierungserfahrungen unplausibel. Die pflegerische Arbeit im Krankenhaus erscheint deutlich vorstrukturierter bzw. hierarchischer als in der häuslichen Pflege. Das in anderen Zusammenhängen sichtbare Unbehagen mit solchen organisatorischen Rahmungen wird in diesem Kontext ausgeblendet.

<sup>30</sup> Der individuelle Wunsch als Ausdruck eines gegenwirklichen Charakters wird verleugnet (vgl. Franke, M 1993; 571).

„... aber jetzt, so dass ich äh eigentlich gern was andres machen möchte, das sag ich natürlich auf Station nich...“/19/16-17

Ihren künstlerischen Interessen und Neigungen beruflich nachzugehen bleibt eine sie biographisch begleitende Sehnsucht. Trotz ihrer andersartig verlaufenden Berufsentwicklung schwingt diese Wunschvorstellung fortlaufend mit. Sie bleibt als gegenwirkliche Folie ständig im Hintergrund, ohne dass offensive Erfüllungsbemühungen deutlich werden.

Die Welt der Bücher fasziniert sie auch weiterhin sehr stark. Eine in diesem Bereich angesiedelte berufliche Beschäftigung würde sie reizen. Da ihr künstlerisch tätiger Mann u.a. auch mit Buchverlagen in Kontakt steht, kommt es zu episodischen Verstärkungen ihrer bisher unverwirklichten (expressiven) Berufsorientierung. In Zusammenhang mit einem Verlagsauftrag des Ehepartners werden bei ihr spezifische Überlegungen erkennbar, ein künstlerisch ausgerichtetes Studium aufzunehmen.

Neben der bereits angedeuteten Lust am Lesen und Fabulieren taucht ein weiteres Steckenpferd auf. B. zeichnet sehr gerne. Im Rahmen eines Zeichenzirkels findet sie eine institutionalisierte Form diesem Hobby zu frönen. Die kontinuierlich neben der beruflichen Arbeit gepflegten künstlerischen Aktivitäten werden nur phasenweise aufgegeben. Während ihrer Arbeit im Kindergarten fand sie nicht ausreichend Zeit, diesen Beschäftigungen nachzugehen.

Die alltägliche Arbeit mit den Kindern wird als anstrengende aber lustvolle Berufsphase skizziert. Ihre ganze Aufmerksamkeit und Kraft fließt in diese Tätigkeit ein. In den davor und danach liegenden beruflichen Phasen scheint B. dagegen genügend Zeit zur Verfügung zu stehen, um dieses Steckenpferd weiter zu reiten. Das Aussetzen ihrer außerberuflichen Beschäftigung mit Malerei und Zeichnen scheint nicht ganz zufällig. Sie kann ihre expressiven Neigungen und Begabungen ganz selbstverständlich in die alltägliche Arbeit integrieren. Der spielerische Umgang mit Kindern ermöglicht ihr kreative Entfaltungsmöglichkeiten.. Tendenziell nimmt in dieser Phase der Drang zu künstlerischen Freizeitaktivitäten ab.

Der von ihr regelmäßig besuchte Zeichenzirkel erweist sich als ein sozialer Ort, wo ein Teil der Teilnehmer/Innen systematisch auf ein künstlerisch ausgerichtetes Studium vorbereitet wird. Über diese Erfahrung werden ihre beruflichen Wunschvorstellungen wach gehalten. Gegenläufig dazu hat sie das Gefühl, für einen solchen Weg „total Veraltet“ (5/31) zu sein. Innerhalb des Zeichenzirkels ist B. eine der ältesten Teilnehmer/Innen. Der Durchlaufcharakter dieser Institution erzeugt wechselnde Gruppenzusammensetzungen und Verjüngungstendenzen.

Der Impuls, sich auf einen künstlerischen Ausbildungspfad einzulassen nimmt mit zunehmendem Alter ab. B. deutet eine Präferenzverschiebung an. Unabhängig von einer beruflichen Umorientierung geht es ihr um die persönliche Herstellung eines Kunstwerkes. In diesem Zusammenhang drückt sie den Wunsch aus, ein eigenes Buch herzustellen. Ein selbst geschriebenes und illustriertes Buch, das dann auch einer interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird, bleibt ein persönlicher Traum. Selbst- und Fremderbauung werden miteinander verzahnt<sup>31</sup>. Einzelne Fragmente zu diesem angestrebten Buchprojekt bestehen bereits. Die Schwierigkeiten diese Teile geschlossen zusammenzuführen werden von ihr angedeutet.

Bei der Darstellung ihrer latenten, nur im partnerschaftlichen Beziehungsrahmen geäußerten beruflichen Veränderungsvorstellungen wird deutlich, dass sie ihre künstlerische Profilierung nicht ausschließlich über den Zeichenzirkel weiterbetrieben hat. B. hat parallel zu ihrer Arbeit in

---

<sup>31</sup> Die interfamiliäre Erfahrung der Erzählerfolge („draufgehört haben“/5/27) soll möglicherweise in einen größeren Rahmen wiederholt werden.

der häuslichen Pflege ein Fernstudium im Bereich Werbegrafik abgeschlossen. B. ist sich selbst nicht klar darüber, welche Wertigkeit dieses Studium hat. Obwohl sie wiederholt eine Distanz zum Pflegeberuf andeutet und komplementär dazu eine ausgeprägte Neigung besteht künstlerisch arbeiten zu wollen, werden keine in diese Richtung gehenden Aktivitäten erkennbar.

Ihr künstlerisches Selbstbewusstsein scheint gering. Durch das (privatisierende) Bedeckthalten ihrer persönlichen Werke kann eine öffentliche Wahrnehmung auch nicht hergestellt werden. In diesem Sinne hat sie keine Erfahrung damit, wie ihre künstlerischen Arbeiten aufgenommen werden. Die in diesen Zusammenhang notwendigen Präsentations- bzw. Darstellungszwänge sind in ihrer Vorstellung so angstbesetzt, dass es zu blockierenden Unterlassungen kommt.

„so was würd ich schon gerne machen. aber. da muss mer sich immer wieder selber anbieten. also das. das ist für mich schrecklich. //hm//. das wollt ich nich machen“/12/24-25

Diese Blockaden hängen mit ihrem fragilen Selbstkonzept zusammen. Sie ist keine Frau, die sich persönlich darstellen kann. Ihr lebenslang sichtbarer Hang zum stillen Rückzug hat zu kommunikativen Blockaden beigetragen, die ihre beruflichen Intentionen und Selbstentfaltungsbestrebungen behindern. Die anhaltende Differenz zwischen der Arbeit in einem ungewollten Beruf und ihrer gegenläufigen künstlerischen Orientierung bleibt unaufgelöst. Ihre manifeste berufliche Fallensituation konsolidiert sich.

## **7.6 Berufsalltag in der Pflege. Konflikt und Problemsituationen in der ambulanten Altenpflege**

### **7.6.1 Nähe und Distanz**

*„Zu nahe sind wir gekommen, es nimmt uns den Atem, so darf es nicht sein. Engagement ist nicht unsere Sache, wengleich das nicht immer ganz leicht ist. Und wir hatten versprochen, uns kurz zu fassen, daran haben wir uns nicht gehalten. Wir ziehen uns zurück, das Auge braucht Abstand. Loslassen dürfen wir aber auch noch nicht, wir folgen aus der Ferne.“* (Noteboom, C 2001; 411).

Das gebrochene Arrangement mit dem Beruf kann bei der fallbezogenen Betrachtung der Nähe-Distanz Antinomie nicht vernachlässigt werden: Auf dieser Hintergrundfolie entsteht eine grundsätzlich spannungsgeladene (kognitive) Dissonanz<sup>32</sup>.

#### **7.6.1.1 Verhältnis zu Hilfe- und Pflegebedürftigen**

Beate ist an einem guten Verhältnis gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen interessiert. In diesem Sinne orientiert sie auf möglichst harmonische Interaktionsbeziehungen. Unangenehme

---

<sup>32</sup> In einer zusammenfassenden Darstellung der Anforderungen an die interaktiven Kompetenzen professioneller Helfer in Altenheimen weist C. Knobling (1993) auf das Problem der beruflichen Identifikation hin. In diesem Kontext geht sie u.a. auch auf den Begriff der Rollendistanz ein. Dazu merkt sie folgendes an: „Denn bevor das Bedürfnis aufkommt, sich von der Rolle zu distanzieren...wünscht man sich zunächst einmal, in die Rolle hineinzuwachsen und ihre spezifischen Klippen kennen und bewältigen zu lernen.“ (Knobling 1993; 270).

Pflegesituationen entstehen in Momenten, in denen sie sich taxiert bzw. aufmerksam beobachtet fühlt. Diese Blicke werden von ihr als unterschwellige Ablehnung empfunden. B. scheint auf das Wohlwollen und die Anerkennung der Patienten bzw. pflegenden Angehörigen angewiesen zu sein. Ablehnende Reaktionen und Stimmungsschwankungen irritieren sie.

„... schwierig. find. ich. Patienten. äh. ja auch oft Angehörige, die so... wo ich mich so taxiert fühle also so. na die... die einen vielleicht auch bissel ablehnen und nich so gut finden. //ja// das ja das. ja ist nich so einfach...“/15/23-25

Ihre Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz scheint in krisenhaften Situationen nur gering entwickelt zu sein<sup>33</sup>. Widerstreitende Gefühle und Bedürfnisse in der Pflegedyade nebeneinander stehen zu lassen bzw. auszuhalten erweist sich als ein Problem. Ihre persönlichen Grenzen werden ihr in konfliktuösen Interaktionszusammenhängen schmerzhaft bewusst. B. deutet in diesem Kontext wiederkehrende, sich fallenartig verengende Handlungsmuster an.

„... wenn mer sich dann als so 'ne.. Konflikt och so festhakt und immer wieder das is wie en Sog ziehts ein immer wieder dahin dann ja.“/15/30-31

In diesen anonym bleibenden Situationen beginnt ihr fragiles Selbstkonzept zu wackeln. Dieser in der Pflegearbeit aufbrechende Konflikt verweist auf biographische Spuren. Hier schwingen persönliche Verletzungsdispositionen mit. Das von ihr in diesen Situationen aufkeimende Distanzierungs Bemühen hat lebensgeschichtlich betrachtet Tradition. Eine gelungene Integration von widersprüchlichen Licht- und Schattenerfahrungen ist in der Gesamterzählung nicht erkennbar. B. verfällt wiederholt in regressives Rückzugsmuster. Ambivalente Gefühle (Beschuldigungen, Vorwürfen u.a.) gegenüber einer bzw. mehreren Personen auszuhalten zu können, bleibt ein lebensthematisch bedeutsames Thema. Das für sie schwierige umgehen mit Gefühlsschwankungen charakterisiert eine persönliche Beziehungsproblematik. Obwohl sie sich eine gute Beziehung zu anderen Menschen wünscht, kann sie diesen Anspruch kaum realisieren. Diese Diskrepanz ist ihr bewusst. Es gelingt B. aber nicht, diese Spannung in unmittelbarer interaktiver Nähe auszuhalten bzw. zu überwinden (vgl. Knobling 1993; 273 f).

#### ***7.6.1.1 Balance zwischen Einlassen und Abgrenzen***

Das nähere Einlassen auf einzelne Patienten erweist sich als durchaus riskant. Ein weniger distanzierteres Verhältnis zu einzelnen Personen kann mit enttäuschenden Krisenerfahrungen verbunden sein. Die Verarbeitung dieser Enttäuschungen bleibt ein für sie schwer auflösbares Problem.

In diesem Sinne hält sie beispielsweise die Unzufriedenheit von Hilfe- und Pflegebedürftigen nur schwer aus.

“... andre. Leute sin ja aggressiv, weil se durcheinander sind. //hm// das geht. aber. so Unzufriedenheit und so. wenn das dann plötzlich so dolle kommt.. da. naja. (?.) (sehr leise)...“/18/28-30

---

<sup>33</sup> Widersprüchliche Gefühle und Enttäuschungen im Kontakt mit anderen anzunehmen und Beziehungen nicht vorschnell abubrechen, sondern weiterführend zu vertiefen umreißt in etwa die Fähigkeit zur Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz (dazu u.a. Knobling 1993; 270). Wenn den Konflikten ausgewichen wird, kann von „Ambivalenzabwehr“ gesprochen werden (ebenda). Die gemischten Gefühle sind Ausdruck von objektiven und subjektiven Konflikten (Waldenfels 1986; 198)

Gerade in solchen Situationen kommt es bei ihr zu deutlichen Rückzugs- bzw. Distanzierungstendenzen.

„... also. mir is. schon wich- sehr wichtig en gutes Verhältnis. //hm//.. es gibt. so. dass mer zu manchen en besonderes Verhältnis hat. aber.. das ist dann auch immer. der erste Punkt wos wos kriselt oder wenn's da kriselt das ist dann ganz schön enttäuschend und damit kann ich eigentlich ziemlich schlecht umgehen.. ja. //hm// so.. ja.. deswegen also bemü ich mich mehr. um um mehr Abstand...“/14/12-16

Die situativ richtige Balance zwischen dem sich Einlassen und Abgrenzen zu finden bleibt ein wiederkehrendes Problem.

„...das war. fand ich schwierig weil ich mich da och nich abgegrenzt hab und.. och das äh ja wenn mer so mal. nich so. hat reinziehen lassen und. mich selber da. reingezogen habe. „ 15/34-35.

#### **7.6.1.1.2 Zurückweisung des Pflegemandats**

Bei der Behandlungspflege eines Patienten kommt es zu einer massiven Ablehnung ihres Pflegeeinsatzes („...und der wollte auch nicht, dass ich komme.“17/20). Unter der drastischen Zurückweisung ihres Mandats leidet sie sichtlich („.. das war schrecklich das hat also das hat mich richtig fertiggemacht..“17/22). Der Mann verweigert ihr gegenüber jegliche Kommunikation („.. der hat dann kein Wort. geredet“/18/2). Im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses möchte er nicht länger von B. betreut werden.

Diese massive, scheinbar aus dem Nichts heraus entstandene Ablehnung stellt für sie eine sehr verletzende Erfahrung dar. Sie bringt die deutliche Abgrenzung des Patienten in Relation zu dem vergleichsweise „läppischen“ Behandlungsakt („das war 'n. läppischer Verbandswechsel eigentlich..“/18/5). Das Maß der Ablehnung steht für sie in keinem Verhältnis zum unkomplizierten, scheinbar nur kurz andauernden Pflegeeinsatz. Da sie trotz dieser angespannten Pflegebeziehung zweimal am Tag bei dem Pflegebedürftigen eingesetzt wird, kommt es wiederholt zu extrem belastenden Situationen. Sie versucht die Pflegeeinsätze möglichst schnell hinter sich zu bringen. Über das von ihr explizierte Sprachbild der „hab-acht-Stellung“ (18/18) wird eine (angespannt) angstvolle Haltung deutlich. Die aus ihrer Sicht aggressive Ablehnung und Unzufriedenheit des pflegebedürftigen Mannes konstituiert eine tief greifende Verunsicherung.

„ ja sehr äh ich schätze total verängstigt war ich da un ja.. ja.. ja das war och en ganz extremer jetzt. so..“/18/27-28

Sie kann sich gegenüber dem Patienten nicht sicher abgrenzen. Ihre nicht weiter detaillierten Bemühungen das Verhältnis zu diesem Mann zu normalisieren zeigen keinen Erfolg<sup>34</sup>. B. vollzieht eine abstrakte, vom Einzelfall wegführende Generalisierung.

---

<sup>34</sup> B. wirkt in dieser zugespitzten Betreuungssituation (seltsam) stumm. Selbstbekundigungen bzw. kommunikative Auflösungsstrategien sind ihrerseits nicht erkennbar. Sie scheint ebenso blockiert wie der sich kommunikativ verweigernde Patient. Die möglicherweise auf beiden Seiten bestehende Stummheit begünstigt den unauflösbaren Charakter des festgefahrenen dyadischen Beziehungsmusters (dazu u.a. Habermas 1995; 42 f).

„ es gibt Leute die einen ablehnen, da kann mer machen was mer will. das och so. hinzunehmen. ja.. das is nich einfach //hm//.. aber das es bringt wirklich nichts mer kann versuchen was mer will. es ändert sich.. bei manchen. wirklich nicht.../18/22-25

Die ablehnende Haltung von Hilfe- und Pflegebedürftigen selbstbewusst auszuhalten bzw. eine nicht auflösbare Distanz in der dyadischen Beziehung zu akzeptieren scheint ihr kaum möglich. Erfolgreiche Auflösungs- und Vermittlungsversuche werden in dem von ihr angedeuteten Interaktionszusammenhängen nicht expliziert. Der Charakter dieser vermeintlichen Versuche bleibt nebulös.

### ***7.6.1.1.3 Zwischen umfassender Fremdpflege und aktivierender Pflege***

B. betreut eine Frau, die durch eine Immunschwächekrankheit auf Hilfe- und Pflege angewiesen ist. Der Frau geht es phasenweise so schlecht, dass sie nur eingeschränkt gehfähig ist. Es kommt zu einer weitreichenden Übernahme alltäglicher Verrichtungen, sowohl im grund- und behandlungspflegerischen als auch im hauswirtschaftlichen Bereich. Die stellvertretende Übernahme von bisher selbstständig ausgeübten Handlungen wird von der Frau bereitwillig akzeptiert. Sie scheint sich mit der Situation gut zu arrangieren. Im Zusammenhang mit den direkt notwendigen Pflgetätigkeiten werden bei ihr auch angenehme Zusatzmaßnahmen durchgeführt. Diese ergänzenden, z.T. prophylaktisch ausgeübten Verrichtungen konstituieren einen fürsorglichen Rahmen, der nicht ohne Einfluss auf die dyadische Pflegebeziehung bleibt. Es entsteht eine weniger abgegrenzte, mit persönlicher Nähe verbundene Betreuungssituation. Der Pflegezustand wird von der pflegebedürftigen Frau als etwas Dauerhaftes akzeptiert. Die unerwartete Besserung ihres Gesundheitszustandes stellt die eingespielten Fremdpflegemaßnahmen in Frage. Bisher selbstverständlich ausgeübte Hilfe- und Pflegemaßnahmen müssen nicht mehr einspringend von außen übernommen werden. Das sukzessive Zurückziehen aus einigen Bereichen erfordert eine stärkere Selbstpflege der Frau. Das Aufgeben und Zurückziehen von bisher routinemäßig ausgeübten Pflegemaßnahmen wird als ein für beide Seiten schwieriger Ablösungsprozess beschrieben. Die Frau scheint auf den sich institutionell eingespielten Pflegeablauf festgelegt und empfindet den begründeten Rückzug daraus als persönlichen Entzug von Aufmerksamkeit und Zuwendung. Komplementär dazu nimmt B. die Fixierung auf ein gewohnheitsmäßig praktiziertes Fürsorgemuster als Einengung wahr.

„...aber wenn mer dann so festgelegt wird, dass mer nach keiner Richtung mehr Bewegungsmöglichkeiten hat. das find ich belastend...ja also da fühlt ich mich so.so festgelegt.“/15/14-17

Mit der aktivierenden Aufforderung, bestimmte Alltagsverrichtungen wieder selbst auszuüben, kühlt sich die Beziehung zwischen der pflegebedürftigen Frau und B. zusehends ab. Eindrücklich sichtbar wird dieser Distanzierungsprozess durch eine Veränderung des Abschiedsrituals. Die Frau hat die Gewohnheit, B. beim Verlassen der Wohnung zuzuwinken und ihr aus dem Fenster nachzublicken. Diese Verbundenheit und Dankbarkeit ausdrückenden Gesten werden nach der Reduzierung des Pflegeumfangs nicht mehr sichtbar

„... und die hat auch immer noch an der Tür gewunken, dann isse ans Fenster gegangen hat gewunken //hm// und jetzt. winkt se nich mehr. aber ja.“/15/6-7

Die symbolisch sichtbare Distanz in der Pflegedyade bleibt für B. ambivalent. Einerseits ist von der Richtigkeit ihres die Patientin aktivierenden Rückzugs überzeugt und empfindet diese Entwicklung des Pflegeprozesses als etwas Befreiendes bzw. weniger abhängig machendes Pflegemuster, andererseits schwingt eine leise Trauer um den Verlust des lieb gewonnenen Abschiedszeremoniels mit.

„... ja. ich denke schon //ja (.?)// ja.. ja. und doch fühl ich mich wohler also es tut mir schon leid, dass se nich mehr winkt aber.. aber ich finds besser so... ja.“/15/9-10

Inwieweit der Fremdpflegeentzug und die aktivierende Selbstpflegeaufforderung vorbereitend kommuniziert wird oder nicht bleibt offen.

„...da ham mer. en Mülleimer mit rausgenommen. hab ich mich eigentlich auch.. ä sehr um die Frau gekümmert.. und. dann sind des Bein noch aufgegangen. Verbandswechsel. aber. die is so ganz einfach was war das bleibt. und der geht's jetzt wieder viel besser. //hm// dass also. der Mülleimer und alles was immer war das gehört dazu und da.. ja. und da mal zu sagen nee. das mach ich jetzt nich mehr jetzt könn ses wieder selber machen //hm//.. das is mir sehr schwer gefallen.. ja.. na auch. wenn ein Bein eingecremt wurde und das andre auch dann war das eben. dann wurden immer beide Beine eingecremt so. also mich da wieder abzusetzen...“/14/49-15/6

#### **7.6.1.1.4 Invasive Fremdpflege**

Die berufliche Arbeit in der Wohnung von Hilfe- und Pflegebedürftigen wird als z.T. schwierige Gratwanderung empfunden. Durch die eingeschränkte Mobilität vieler Hilfe- und Pflegebedürftigen sind stellvertretende Handlungen notwendig. Diese beziehen sich u.a. auf das Bringen oder Suchen von Gegenständen. Das zeitaufwendige mit z.T. aufwendigen Suchprozessen verbundene Agieren in der persönlichen Sphäre sorgt für ärgerliche Situationen. B. muss behutsam abwägen, ob sie die Geduld aufbringt, dass die zu betreuende Person selbstständig bestimmte Gegenstände bzw. Kleidungsstücke sucht bzw. auswählt oder sie advokatorisch als verlängerter Arm agiert. Der hintergründig mitschwingende Zeitdruck führt tendenziell zu stellvertretenden Übernahmen bzw. Abkürzungsstrategien. Diese werden als z. T. unerlaubte Invasionen empfunden. Das ziellose und mitunter irrtümliche Stöbern in der Identitätsausrüstung von Hilfe- und Pflegebedürftigen bleibt ein heikler Punkt. Ohne eine bewusst eingeholte Legitimation bleibt das zu selbstverständliche Bewegen in der häuslichen Domäne potentiell konfliktbeladen.

„... was manchmal schwierig ist. wo. wo mer.. was manchmal 'ne Gratwanderung is, dass die Leute wenn die irgendwas holen wollen oder zeigen wollen das dauert sehr lange... manche. findens gut wenn mer dann selber guckt. //hm// und. bei manchen also da.. die sind also wütend ja. //hm hm// also auch wenn mer dann vor allen Dingen auch noch das falsche erwischt...“/13/42-46

#### **7.6.1.1.5 Milieubezogene Behandlungspflege**

In Rahmen einer über lange Zeit durchgeführten Behandlungspflege<sup>35</sup> bei einem Patienten führt B. einen aufwendigen Verbandwechsel durch. Dieser Verbandwechsel erweist sich als eine professionelle Herausforderung, bei dem sie im Laufe der Zeit sehr viel gelernt hat.

„...also bei Verbandwechsel fällt mir jetzt hier Herr Müller ein. //hm// (lacht) ja. das war schon e 'ne dolle Herausforderung, da hab ich och 'ne ganze Menge gelernt...“ 17/3-5

Auf die gelungene Bewältigung dieser fachlich schwierigen Herausforderung scheint sie durchaus stolz zu sein. Die unterschiedliche Behandlung der Wundareale wird von ihr akribisch dokumentiert. Trotzdem der Erfolg der Behandlungspflege ausbleibt („...auch auch was mer erlebt hat ja mit dem was immer drauf kam. dass es zwar nie erfolgreich war. das.. ja...“/17/16) wird die Durchführung der Wundversorgung als insgesamt gut, d.h. fachlich korrekt eingeschätzt. In der Bilanz ist sie von der richtigen Durchführung des schwierigen Verbandwechsels überzeugt („...ich denk och wirklich das gut gemacht...“/17/12). Der Patient wird aufgrund eines nicht unmittelbar damit zusammenhängenden Bauchleidens stationär eingewiesen, wobei parallel dazu auch die Behandlungspflege fortgesetzt wird. Dabei kommt es zu einer überraschenden negativen Entdeckung. Unter dem Verband haben sich Parasiten („...und da drunter warn Maden.../17/19) angesiedelt. Es wird eine bedrohliche Wundinfektion sichtbar, welche die Gewissheit darüber, eine fachlich richtige Pflege durchgeführt zu haben, aufweicht<sup>36</sup>. B. deutet in diesem Zusammenhang persönliche Schuldgefühle an. Die Behandlungssituation wird andeutungsweise auf mögliche Fehlerquellen bzw. pflegerische Unterlassungen hin ausgelotet. Ausgelöst durch diese beklemmende Erfahrung werden bestimmte Verhaltensmuster des betroffenen Patienten sowie sein soziales Umfeld genauer in den Blick genommen. Die folgenschwere Wundinfektion des Patienten kann nicht nur über eine selektive Inblicknahme der medizinpflegerisch richtigen Durchführung des Verbandwechsels gedeutet werden. B. konstatiert selbstkritisch ein zu starkes Einlassen und Anpassen an das „Milieu“ (17/30) an.

„wir sind viel zu sehr auf ihn eingegangen auf das Milieu da hätte och (?.) (sehr leise), dass man sich dann. so einrichtet da va- zwar versucht das Beste zu machen, aber letztendlich. isses. isses ehmt verkehrt..“17/ 30-32

---

<sup>35</sup> Die Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V) bezieht sich auf die Mithilfe bei ärztlicher Therapie und Diagnostik bzw. spezielle Pflegemaßnahmen. Sie gehört nicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. Klie 1995; 37). Die damit verbundenen Tätigkeiten (z.B. Injektionen, Wundversorgungen, Vornahme von Funktionsprüfungen u.a.) bedürfen einer spezifischen ärztlichen Anordnung (vgl. Juchli 1993; 12).

<sup>36</sup> Eine einfach strukturierte Pflegesituation, wie z.B. das Anlegen eines Verbandes auf eine unproblematische Wunde oder die Durchführung einer Insulininjektion bei einem gut eingestellten Diabetiker, erfordert fachspezifische Fähigkeiten auf der Basis von Wissen und Erfahrungen. Fähigkeiten sind weniger kontextbezogen, eindeutiger interpretierbar und operationalisierbar. Das Für-sich-Stehen von einzelnen Pflegehandlungen ist am ehesten in Routinesituationen möglich. In diesen Situationen ist ein mechanisches oder rein methodisches Ausüben von Einzelhandlungen denkbar. Eine Herstellung von Bezügen außerhalb dieser Anwendungen scheint nicht erforderlich. Die Anwendungen sind also weder reflexiv noch transaktional. Je komplexer eine Pflegesituation ist (multiple Verletzungen, größere Operationen, schwere Pflegebedürftigkeit u.a.), um so umfassendere Kompetenzen sind notwendig. Einzelne Pflegehandlungen können dann nicht mehr isoliert als Einzelmaßnahme durchgeführt werden. Mit zunehmend vernetzten Bedingungen und relationalen Bezügen rücken Gesamtprozesse/Gesamtbetrachtungen in den Blickpunkt (Olbrich 1999; 96 f). In diesem Kontext erweist sich auch die z. T. scharfe Trennung zwischen Grund- und Behandlungspflege als bedenklich. Bei einer patientenorientierten Pflege erscheint eine Betreuungssituation deutlich komplexer als es eine funktionell zu stark aufgesplittete Pflege zulässt. Die sich durch verengte funktionelle Segmentierungen einschleichenden Pflegefehler sind im Kontext eines patientenorientierten Pflegemodells (synonym gebraucht als ganzheitliches Pflegeverständnis) unprofessionell.

In diesem Kontext war das unkritische Arrangement mit den örtlichen Gegebenheiten und Deutungen des Pflegebedürftigen fehlerhaft. Das Vermeiden von Interventionen bzw. einer therapeutischen Kritik gegenüber diesem Patienten erweist sich retrospektiv als unrichtig<sup>37</sup>. Das Pflegepersonal verfügte über Patienteninformationen, die auf bedenkliche Selbstpflegemuster hinwiesen. Der Patient hat grundlegende Hygienestandards im Umgang mit dem Verbandsmaterial nicht eingehalten. Die für den Verbandswchsel z.T. wieder verwendeten Verbandstoffe werden von dem Mann in der Kaffeemaschine gereinigt („...seine Binden hat er ja in der Kaffeemaschine ausgekocht/17/32;“...in der Kaffeemaschine ausgekocht und wieder aufgerollt./17/35-36) Warum der Mann dieses sich eingeschliffene Ritual beibehält, wird nicht erkennbar. Trotz der Wahrnehmung dieser bedenklichen Reinigungsprozedur werden in diesem Zusammenhang keine Interventions- bzw. professionellen Auflösungsstrategien erkennbar<sup>38</sup>. Die gefährliche Aufrechterhaltung bedenklicher Pflegemuster führt zu einer schematisch eingerichteten Pflege („...das man sich dann so einrichtet da.“/17/30). So lange sich der Zustand des Mannes nicht auffällig verschlechtert, läuft die alltägliche Behandlungspflege scheinbar routinemäßig weiter. Diese exemplarische Illustration eines nicht eingehaltenen hygienischen Mindeststandards bleibt in Anbetracht der ausbleibenden Besserung des Wundzustandes sowie der eingetretenen dramatischen Negativfolgen reflexiv bedeutsam. Hier wurde eine Grenze überschritten, wo eine rechtzeitige pflegerische Intervention im Interesse des Hilfe- und Pflegebedürftigen geboten scheint<sup>39</sup>. Die kategoriale Rahmung dieser Verhaltensmuster als „makaber“ (17/34) führt zu einer generalistischen, von der konkreten Pflegesituation wegführenden Betrachtung<sup>40</sup>.

„so also was is dann so `ne Grenze `zum Makabren...is is wirklich och in dem Beruf manchmal ganz schön. schnell...“/17/33-35

### 7.6.1.2 *Problematisches Verhältnis zu Angehörigen*

Sie neigt gegenüber den pflegenden Angehörigen zu einem aus ihrer Sicht überschießenden Entgegenkommen.

„... mein. Umgang mit Angehörigen ist oft so, dass mer den so wenig Mühe wie möglich machen will. „ bzw. „,: ja also. das muss jetzt laufen, ohne dass die.. dass die große Mühe haben. //hm// ja.“/15/10-12

---

<sup>37</sup> Die Folgen von Interventionen und professionellen Vorstrukturierungen können sowohl über eine professionelle Beobachterperspektive als auch aus der Teilnehmerperspektive heraus analysiert werden.

<sup>38</sup> Inwieweit die pflegerischen Interventionen bzw. Überzeugungsbemühungen u.a. auch an der Widerständigkeit des Patienten scheitern, wird in der nicht weiter detaillierten Darstellung dieses Falls nicht erkennbar.

<sup>39</sup> Das vorspringende Konzept einer professionellen Verantwortung zeichnet sich dadurch aus, dass es versucht zu überprüfen, inwieweit subjektive Bedürfnisse mit therapeutisch indizierten Maßnahmen kompatibel sind (Remmers 1998; 376). In dem von B. skizzierten Fallbeispiel kann von einer Kompatibilität nicht ausgegangen werden. Die flankierenden Pflegemaßnahmen des Patienten wirken den behandlungspflegerischen Maßnahmen entgegen. Ob diese Differenz bzw. Gegenläufigkeit in den pflegerischen Handlungen ernsthaft kommuniziert wurde, scheint angesichts der schuldhaft an ihr „knabbernden“ (17/29) Erfahrung fraglich („...also.. das is och noch ne Erfahrung, die mächtig an mir knabbert.“/17/28-29).

<sup>40</sup> Individuell Abweichendes wird gewissermaßen abstrakt anonymisiert (vgl. Sloterdijk 1983 (Bd1); 36).

Bestehende Beteiligungswünsche und Kooperationsmöglichkeiten der familiär Pflegenden werden von ihr nicht aufgegriffen.

In ihrer Darstellung entsteht ein wenig aufeinander bezogenes Nebeneinander von Fremdpflege- und Nächstenpflegetätigkeiten. Diese allgemein skizzierte Divergenz ohne konnotative kommunikative Anschlüsse konstituiert missverständliche und peinliche Situationen.

„... das ist bei einer Frau zum Beispiel. da. hat die. also. erst saß se auf Toilette, da kam nichts und dann beim Waschen, da hat se da auf 'n Stuhl gepinkelt und ins Bad also.. und da war keen Wischeimer, dann eben runter zu gehen und sagen en Wischeimer, da hat se ein gebracht aber ohne Wasser und al- da kommt mer och nich ans Wasser ran also.. //hä// noch mal. nach Wasser und.. und so ja..“/15/17-22

Die misslungene Kommunikation gegenüber den Angehörigen verhindert eine für alle Seiten befriedigende Zusammenarbeit.

Ihre Einschätzungen bewegen sich in einem fiktiven Rahmen, d.h. sie basieren auf z. T. stillen Beobachtungen bzw. atmosphärisch geprägten Wahrnehmungen.

„...äh was ich oft. denke was mehr der Frust der. der (?). Angehörigen. //ja ja//, dass ich mi-.... dass ich mir den einbilde oder so. //hm//. ja. so..“/15/48-49

Es kommt offensichtlich zu keinem offenen und dialogischen Austausch darüber, wie sowohl der andere als auch sie selbst, die Situation wahrnehmen. Ihre „Selbstverbergung“ korrespondiert mit unterlassenen „Selbstkundgaben“ (M.Blum, Störungen und Klärungen, in *Altenpflege* 6/97; 42 f). In diesem Handlungsschema kann sich eine vertrauensvolle Beziehung zu Angehörigen nur schwer entwickeln<sup>41</sup>. Die in diesem Kontext angedeuteten unguuten Gefühle („.. ha da fühl ich mich oft nich wohl also so das is. nich so. //hm//.. nich so dolle ja. „/16/4) bleiben ihr introspektiv unzugänglich.

In ihrer Vorstellung hat das „feste Auftreten“ (14/2) von Pflegekräften positive Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zu den Angehörigen. Ein partizipativer Umgang mit den Angehörigen scheint nur auf der Basis persönlicher Positionierungen der Pflegekraft denkbar.

„...das ja.. also. ich denke das Angehörige. von 'nem ganz festen Auftreten des Pflegers und dann äh so. dass die schon. das ganz gut finden und auch mit einbezogen werden.. wollen und können...“/14/ 2-4

Sie hat dabei einen Mitarbeiter vor Augen, der über diese Fähigkeiten verfügt. Diesem Pfleger gelingt es scheinbar problemlos eine Kooperation mit Angehörigen herzustellen, bei denen es kontrastiv dazu B. nicht gelingt eine befriedigende Interaktionsbeziehung aufzubauen. In

---

<sup>41</sup> Dieses sich in unterschiedlichen Zusammenhängen zeigende Muster der kommunikativen Blockade bzw. ausweichenden Selbstverbergung erweist sich trotz wiederholender Grenzerfahrungen als ausgesprochen veränderungsresistent. Unerwünschte ambivalente Gefühle und „alte Geschichten“ bilden möglicherweise einen brüchigen Unterboden. Auf diesem Belag können sich vertrauensvolle „Selbstbekundigungen“ nur schwer entwickeln. Das Bedeckthalten der eigenen Gefühle und Wahrnehmungen entspringt einem persönlichen Schutzbedürfnis. In der Plegedyade kann ein derartiges Kommunikationsmuster einen zwischenmenschlichen Teufelskreis auslösen. Unausgesprochene Schuldzuweisungen bzw. missverständliche, sich in einem fiktiven Rahmen bewegende Wahrnehmungen können sich ungebremst entfalten. Der fehlende Ausdruck des Wortes zur rechten Zeit erzeugt irritierende Formen des Miteinander-Agierens (Blum, M. (1997): Störungen und Klärungen, In: *Altenpflege* 97/6; 42 f).

spannungsgeladenen Situationen gelingt es diesem Pfleger, eine kommunikative Nähe aufrechtzuerhalten.

„wir wir ham och en Pfleger. Martin. der. ich glaub der kommt gut mit denen zurecht, der sacht was er denkt und. ja. //(?.)// einzufordern die mit dran teilzu- nehmen lassen an der Pflege ja. nicht die Tür zuzumachen. ja. /“/14/6-8

Ein selbstbewusstes Auftreten der Pflegekraft wird zu einem für sie wünschenswerten Persönlichkeitsmerkmal<sup>42</sup>.

### **7.6.1.2.1 Beziehungsverstrickung**

B. kommt als Fremdpflegekraft in eine interfamiliär angespannte Pflegesituation. Ein älteres pflegebedürftiges Ehepaar wird phasenweise in die Wohnung der Tochter aufgenommen. Die herzkrankte Mutter will sich im Haushalt der Tochter nützlich machen. Gegenläufig dazu neigt die Tochter zu einer deaktivierenden und überfürsorglichen Betreuung. Es kommt zu keinem beiderseitig befriedigenden Arrangement. Während sich der leicht verwirrte Vater scheinbar problemlos dirigieren lässt, drückt die Mutter selbstbewusst ihre Wünsche und Vorstellungen aus. Die mütterlichen Vorstellungen werden von der pflegenden Tochter z. T. ignoriert. Wider ihren Willen muss sie sich nach der unterstützt durchgeführten Grundpflege wieder ins Bett zurücklegen. In Zusammenhang mit den Pflegemaßnahmen werden deren selbstständige Handlungsimpulse von der Tochter gebremst. Es deuten sich aggressive Fürsorgemuster an.

Die Situation spitzt sich zu. B. versucht zu den einzelnen Familienmitgliedern ein unbefangenes gutes Verhältnis aufzubauen ( „...: so ich wollt es allen. rech machen ja.. na...“/14/34 ) obwohl die interfamiliären Konflikte einen atmosphärisch bedrückenden Pflegerahmen konstituieren. Die familiäre Figuration wird von ihr nicht als Ganzes aufgenommen. Die problematischen Entmündigungstendenzen der Eltern, durch die möglicherweise mit der Pflegesituation überforderten Tochter, werden als konfliktbeladen wahrgenommen. Eine sichtbare Positionierung bzw. kommunikative Bearbeitung des Konflikts ist bei B. nicht erkennbar. Die fehlerhaften Pflegestrategien der Tochter werden von ihr nicht kritisch aufgegriffen. Ihre Bemühungen, ein oberflächlich gutes Verhältnis zu allen Familienmitgliedern aufrechtzuerhalten wird im Nachgang als fauler Kompromiss eingeschätzt<sup>43</sup>. B. hadert damit, nicht selbstbewusst Stellung bezogen zu

<sup>42</sup> Der sehnsuchtsvolle Wunsch nach mehr Selbstbewusstsein führt zu einer leicht idealistischen Vorstellung darüber, was über ein erhöhtes Selbstbewusstsein alles möglich sein könnte. Das Darunter-leiden sich selbst nicht klar darstellen bzw. positionieren zu können, wird wiederholt selbstbeschuldigend zum Ausdruck gebracht. Ihre kommunikativen Blockaden sind Ausdruck eines unsicheren Selbstkonzeptes. Es kommt bei ihr zu einer „problematischen Selbsttypisierung“, die in der Gesamterzählung wiederholt sichtbar wird (Nittel/Marotzki 1997; 178). Die Quellen dieses sich verfestigten Defizitgefühls sind ihr reflexiv nicht zugänglich. Sie kann eine persönliche Schwäche, die wiederholt zu Einengungen bzw. Fallensituationen führt, nicht in ihr Selbstkonzept integrieren (Olbrich 1999; 66). Das sich zurückziehende Bedeckthalten in kritischen Situationen wird zur wiederkehrenden (biographische) Falle. In ihren Bemühen, es allen Beteiligten im Pflegeprozess recht zu machen, wird sie subjektiv immer unsichtbarer. Die Erfahrung, zu wenig Einfluss auf die Gestaltung von Pflegesituationen zu nehmen, und diesem sich wiederholenden Muster ohnmächtig ausgesetzt zu sein, bleibt schmerzhaft (vgl. Nittel/Marotzki 1997; 178 f). Eine reflexive Aufarbeitung bzw. Zugänglichkeit scheint ihr individuell kaum möglich.

<sup>43</sup> Der hier sichtbare Konflikt in der familiären Pflege erfordert eine selbstbewusste Positionierung, ohne die eine kommunikative Bearbeitung schwer möglich scheint. B. verfügt nicht über ein solches Selbstbewusstsein, was zu verschleiern den Vermeidungshaltungen beiträgt. Der Mutter-/Tochterkonflikt soll möglichst nicht in ihrem Beisein offen eskalieren, d.h. sie will möglichst unbeschadet aus der Pflegesituation herausgehen. Die problematische Entmündigung der pflegebedürftigen Frau nimmt sie kritisch wahr, ohne dass eine Intervention ihrerseits erfolgt. Das Aufrechterhalten eines „billigen Kompromisses“ verhindert den Versuch einer konstruktiven Konfliktbearbeitung (Knobling 1993; 270). B. entwirft fallbezogen eine Dilemmasituation. Es wird eben gerade das nicht angesprochen, was eigentlich bearbeitet werden müsste! (Schütze 1995;119).

haben. Der interfamiliär schwellenden Konflikt wird durch ihre Anpassungs- und Bedeckungsstrategien mitgestützt. Rückblickend betrachtet sie ihre übertriebene Interventionshemmung als schuldhaft.

„...ja also. das waren hier. die Eltern von 'ner Frau. die die sind einen Sommer lang hier in H. gewesen. damit die Kinder nich immer hin und her fahren mussten.. und. die. der Vater war 'n bisschen verwirrt. ah mit dem bin ich. sehr gut hingekommen und die Mutter war herzkrank. und.. wollte sich auch immer nützlich machen und das ist der Tochter ganz schön auf 'n Keks gegangen. also. da war dann auch so.. 'ne Verhinderung des Pflegeverständnisses also. die Mutter hätte mer gut aktivieren können, die hat och gesagt was se will. und die musste sich nach 'm Waschen immer erst noch mal hinlegen ins Bett. die wollte überhaupt nicht. und ja und ich hatte versucht mit allen. gutes Verhältnis zu haben.. bin mit dem. Vater sehr gut zurechtgekommen.. und. mit den andren eigentlich auch und hab mir eigentlich nich klargemacht, dass also die Luft total brennt. //ja// und. naja.. so so zu 'nem richtjen Zusammenstoß isses nich gekommen.. aber.. aber nachher is mir eigentlich bewusst geworden wie ich da. hin und her lanciert habe. statt mal klare Positionen zu be-... zu beziehen ja...“14/20-32

### *7.6.1.3 Arbeit im Team und das Verhältnis zur Pflegedienstleitung*

Die Zusammenarbeit mit den anderen Mitarbeiter/Innen der Sozialstation erscheint weitgehend unproblematisch. Unterschwellig bestehende Spannungen können teilweise auch im Rahmen einer Teamsupervision abgebaut werden. Offene Streitsituationen werden eher vermieden, was B. auf einen harmonieorientierten Kern von Mitarbeiter/Innen zurückführt. Diese scheinbar andere Pflegekräfte charakterisierende Einstellung („...oft...sehr harmoniebewusst eingestellt...“/19/23) kann auch als eine Selbstattribution verstanden werden. Sie ist tendenziell eine Mitarbeiterin, die offene Streitsituationen vermeidet. In einer bewertenden Einschätzung informeller Organisationsstrukturen konstatiert sie eine grundsätzliche Akzeptanz der Mitarbeiter/Innen untereinander

„...was ich.gut finde äh ich denk schon dass jeder erstmal och so genommen wird wie er ist.“/19/23-24

Das reziproke Loyalitätsverständnis der Mitarbeiter/Innen untereinander führt zu einem atmosphärisch ausgeglichenen Arbeitsklima. Auch das Verhältnis zur Pflegedienstleitung scheint entspannt zu sein. Die Leiterin der Sozialstation wird als eine kompetente, vorausplanende Frau charakterisiert. B. bewertet die konzeptionelle Linie ihrer Vorgesetzten als eine die alltägliche Pflege positiv rahmende Struktur. In diesem Sinn haben sich bestimmte Strukturelemente wie z.B. „Pflegezeitplanung“ (19/29) institutionell etabliert, d.h. werden von allen Mitarbeiter/Innen mitgetragen. Explizite Kontroll- bzw. Anweisungsmuster werden von der Pflegedienstleiterin vermieden. In diesem Sinne fühlt sich B. in ihrer Arbeit mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen weitgehend entscheidungsfrei.

„...also.die.für die normale Arbeit am Patienten fühle ich mich ziemlich entscheidungsfrei...“/19/38

Ihr individueller Handlungsspielraum ist relativ groß. Die Wertschätzung gegenüber dieser Frau wird auch in der emphatischen Wahrnehmung der weitreichenden Leitungsbelastungen deutlich. Sie entwickelt ein einfühlsames Gespür für die schwierigen Aufgabenbereiche, die bei der geschäftlichen Leitung der Sozialstation zu bewältigen sind. In diesem Kontext werden dramatische finanzielle Turbulenzen angedeutet, welche auf eine wirtschaftlich bedrohliche Situation des ambulanten Dienstes hinweisen. Die Pflegedienstleiterin verfällt trotz dieser problematischen Situation nicht in einen autoritären Führungsstil. Der Druck wird nicht linear nach unten weitergegeben. Das Krisenmanagement wird auf einer anderen Ebene vollzogen, d.h. die wirtschaftlichen Turbulenzen der Sozialstation werden nicht explizit in den Mitarbeiterstamm hineingetragen. Für B. ist das Vermeiden von vertikalen Kommunikationsmustern Ausdruck eines nichtautoritären Führungs- und Leitungsstils.

„...dass sie also da so wenig Druck macht weil ä ja, dass sie den Druck so alleine trägt, dass ä da staune ich wirklich...da gehört ja viel dazu...ja“/19/33-36

Das Ambivalente dieser von B. positiv empfundenen Auslagerung ökonomischer Schwierigkeiten besteht möglicherweise darin, dass sie auf eine diffuse Art und Weise allen Mitarbeiter/Innen bekannt zu sein scheinen. Die angedeutete Intransparenz der wirtschaftlich angespannten Lage bietet Raum für Spekulationen und Befürchtungen.

Spurenhaft schimmert eine respektvoll solidarische Haltung gegenüber den Mitarbeiter/Innen und der Pflegedienstleiterin durch<sup>44</sup>.

„... ja. also erstmal finde ich's sehr gut. dass Brigitte äh. doch ganz schön vorrausdenkt das merk ich dass viele Sachen //hm//. die äh Pflegezeitplanung die völlig fremd waren. die.. die für sie aber klar waren und wo jetzt och. eigentlich alle mitziehen und das. //hm// was och wichtig ist das. find ich auch gut.. was eben. en totaler Nachteil ist, dass sie viel überlastet ist. (.?.). was ja och. klar ist... was ich gut finde die Station steht ja finanziell bestimmt.. äh am Abgrund ja //hm// dass sie. also da. so wenig Druck macht weil ä. ja dass sie den Druck so alleine trägt, dass äh da da staune ich wirklich...“/19/28-34

#### 7.6.1.4 *Ökonomisierung von Pflege und Veränderung der Arbeitshaltung*

Beate deutet wachsende Ökonomisierungstendenzen im ambulanten Pflegebereich an. Die quantitative Zerlegung von pflegerischen Abläufen in immer kleinere Segmente wird von ihr negativ beurteilt.

„...was mir auffällt ist eben.dass die Arbeit immer.in kleinere Scheibchen geschnitten wird, die dann auch finanziert werden...das finde ich nicht so gut“/20/5-7

Hintergrund dieser Entwicklung ist die genaue Zuordnung in abrechenbare und nichtabrechenbare Leistungen. B. empfindet diese Kategorisierung als problematische Demarkationslinie. Ob eine Pflegeleistung erbracht wird oder nicht hängt von einem vertraglich gerahmten Leistungskatalog ab. Einzelne Hilfe- und Pflegemaßnahmen unterliegen einem zeitlichen Limit, das möglichst

---

<sup>44</sup> Eine problematische Außenseitererfahrung wird in ihrem aktuellen Berufszusammenhang nicht erkennbar. Ihre brüchige berufliche Identität wird möglicherweise durch die solidarischen Spuren innerhalb des Mitarbeiterteams stabilisiert.

nicht überschritten werden darf. Die Durchstrukturierung pflegerischer Abläufe und Verrichtungen ist nur schwer mit einem situativ anfallenden Pflegebedarf kompatibel. Eine intuitive, aus dem Bauch heraus gefällte Entscheidung darüber, ob sie bestimmte Hilfe- und Pflegemaßnahmen durchführt oder nicht, scheint kaum noch möglich.

„...ja wenn also jetzt Frühstück. machen noch mit dabei ist, was ja auch länger dauert. dann muss das eben der Vertrag noch mal geändert werden. so. wenn mer weniger aus 'm Bauch heraus arbeitet sachst könn mer doch machen müssen wir mal hier schnell noch mal das Zimmer durchwischen und das war ja früher so ja...“/20/7-11

Durch die strukturell starren Rahmenbedingungen haben sich subjektive Handlungsspielräume deutlich verringert. Eine Pflege nach dem Vertrag führt dazu, einem situativ anfallenden Bedarf nur schwer in diesen Rahmen integrieren zu können.

Das Dilemma, einerseits produktiv und effizient pflegen zu müssen und andererseits eine an den Erwartungen und Bedürfnissen des Einzelnen orientierte Pflege durchzuführen, ist kaum auflösbar.

Die über den vertraglich festgelegten Rahmen hinausgehenden Leistungen werden zu finanziell ungedeckelten Zusatzmaßnahmen.

Tendenziell gehen diese zu ihren Lasten, d.h. sind an eine weitreichende Überschussmotivation gebunden. Ihre Bereitschaft zur unbezahlten Mehrarbeit hat sich verringert („...vielmehr zurückhält überlegt das is mein Tag das nich da...“/20/11).

Aus ihrer Erfahrung heraus erweist sich das zusätzliche Einlassen auf den Patienten als durchaus riskant. Einen kontinuierlichen Mehraufwand zu gewährleisten ist nicht möglich. Gegenläufig dazu gehen die Erwartungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen aber genau in diese Richtung.

Hier deuten sich unterschiedliche Deutungsschemata in der Pflegedyade an. Was aus der Perspektive der Hilfe- und Pflegebedürftigen als eine bedarfsgerechte Pflege empfunden wird, ist angesichts der skizzierten Rahmenbedingungen eine über das notwendige Maß hinausgehende Pflege. Der restriktive Pflegerahmen erzeugt bei einigen Hilfe- und Pflegebedürftigen eine Unzufriedenheit, die für B. schwer aushaltbar ist<sup>45</sup>.

„... also. ich nehm mir auch mal mehr Zeit. aber die Gefahr ist ganz schnell, dass das dann so.. dann immer ist und da zu sagen nee. nicht. und wenn die dann. naja noch sagen ach Mensch Sie nehmen sich ja nie Zeit oder Sie ham ja nie Zeit obwohl mer immer...das. das ist frustrierend...“/20/24-27

---

<sup>45</sup> Die im Vergleich zur Vergangenheit verbesserten Pflegebedingungen, wie sie sich z.B. in ausreichendem und qualitativ gutem Pflegematerial bzw. veränderten Wohnstandards niederschlagen, werden von den langjährig beruflich Pflegenden zumeist positiv herausgestellt. In Relation zu den materiellen Mangelzuständen in der DDR werden die komfortableren Bedingungen in der Gegenwart von B. als wohltuende Erleichterungen empfunden. Auf dieser Basis entwickelt sich nicht unbedingt eine größere Arbeitszufriedenheit. Eine verlässliche (basale) Motivation für den Beruf baut sich nicht vordergründig durch entspanntere infrastrukturelle Rahmenbedingungen auf. Diese werden als selbstverständliche Grundvoraussetzungen für eine guten Pflege angesehen. Für die aktuell auf Hilfe und Pflege Angewiesenen erweist sich der Rekurs auf frühere Pflegezustände ohnehin als sekundär. Die sukzessive Zunahme von ökonomisch durchgerechneten Pflegeabläufen wird subjektiv stärker gewichtet. Im Rahmen dieser Entwicklung konstituieren sich scheinbar distanziertere bzw. oberflächlich bleibende Beziehungsmuster. Das möglicherweise damit zusammenhängende Verlust- bzw. Defizitgefühl prägt die persönliche Einschätzung von Pflege deutlicher als zufriedenstellende (gute) materielle Basisbedingungen („... also. was mir auffällt, ist die Verbesserung, die werden genommen. als wär es nichts und alle Verschlechterungen, die fallen. auch den Pflegebedürftigen sehr auf... /20/4-5).

Im Vergleich zu früheren Pflegemustern neigt sie zu deutlicheren Zurückhaltestrategien. Der Verlust einer intuitiv vollzogenen Pflege ohne explizites Nachdenken darüber, ob spezifische Handlungen kategorial gerahmt bzw. abrechenbar sind, wird andeutungsweise bedauert. Andererseits ist die genaue Beschreibung von notwendig zu erbringenden pflegerischen Dienstleistungen ein sicherer Arbeitsrahmen.

„...also einmal isse`ne Hilfe...ja so das äh.legt die Arbeit fest zum andern mal bedauer ich das auch sehr..ja...“/20/17-18

Er wird zu einer Art Arbeitsfolie, der vielleicht auch Abgrenzungen und Distanzierungen gegenüber überzogenen Hilfeansprüchen ermöglicht.

Die täglichen Arbeitsabläufe unterliegen aus ihrer Sicht einer totalen finanziellen Rahmung („...das is abrechenbar jeder Schritt...“/11/48)<sup>46</sup>. Diese Rahmung hat sie weitgehend internalisiert. Die von den Hilfe- und Pflegebedürftigen ausgedrückten Wünsche und Bedürfnisse werden z.T. an diese Logik angepasst<sup>47</sup>. Darüber hinausgehende nichtabrechenbare Leistungen überschreiten eine Grenze, die sie eher still markiert. B. fällt es sichtlich schwer, den begrenzten, finanziell eng gesteckten Pflegerahmen gegenüber den betreuenden Patienten kommunikativ offen zu legen. Die damit zusammenhängenden Fragen und Probleme legt sie bereitwillig in die Hände ihrer Pflegedienstleiterin („...die Entscheidungen mit finanziellen und so. das übergeb ich sehr gern an Brigitte...versuche ich möglichst...“/19/41-42). Die zensierende, den Pflegealltag durchdringende Kategorisierung, in abrechenbare und nichtabrechenbare Leistungen, wird ganz allgemein als problematisch empfunden. Das schleichende Einnehmen einer solchen Haltung bleibt für sie unterschwellig problematisch. Diese Haltung markiert eine tendenzielle Ablösung von sie prägenden wertrationalen Pflegeorientierungen, d.h. die Pflegearbeit wird von ihr anders wahrgenommen als in der Vergangenheit. Eine in diesem Sinne scheinbar vergangene gute Pflege ist mit der hier sichtbaren umfassenden ökonomischen Rahmung der Pflegearbeit schwer vereinbar.

## 7.6.2 Altersbefürchtungen

Beate entwickelt ambivalente persönliche Alterserwartungen. Sie hat die Befürchtung ein hochbetagtes Alter zu erreichen. Einige ihrer Familienmitglieder sind z.T. sehr alt geworden. Die Vorstellung im Alter an Krebs bzw. einer anderen unheilbaren Krankheit zu leiden führt zu einer grundsätzlichen Überlegung darüber, wann das Leben persönlich noch lebenswert ist. Ihre Befürchtungen beziehen sich auf einen körperlichen Zustand, der nicht losgelöst von der psychosozialen Situation betrachtet werden kann. Die mit dem hohen Alter möglicherweise verbundenen körperlichen Einschränkungen und Krankheiten werden parallel dazu mit seelischen

---

<sup>46</sup> Im PVG unterliegen die versicherungsrechtlichen Leistungen gegenüber den Pflegebedürftigen einem strengen Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Leistungen sind nicht zwangsläufig bedarfsdeckend und dürfen im Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift „...das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.“ (§29 SGB XI). Die durch das Prinzip der Kostendeckelung begrenzten Abrechnungsmöglichkeiten der Leistungsanbieter im Pflegesektor erzeugen einen Effizienzdruck. Dadurch entsteht eine Tendenz zur Rekord- und Hauruckpflege.

<sup>47</sup> Das Einpassen bestehender Wünsche und Bedürfnisse in einen strukturell vorgegeben Rahmen schiebt sich übermäßig stark in den Vordergrund. Eine zu starke Rahmung und Interpretation des Pflegebedarfs über marktwirtschaftliche Kategorien stellt eine überschießende Versachlichung von Pflege dar, die ethisch betrachtet bedenklich ist (vgl. Schwerdt 1998; 317). Die von M. Buber entwickelte Vorstellung der nachrangigen Es-Welt (als Struktur) gegenüber dem Dialog wird tendenziell umgedreht.

Veränderungen in Beziehung gebracht. Auch hier wird eine familiäre Disposition eingespielt. Die depressiven Stimmungen der hochbetagten Großmutter nähren die Befürchtung ebenfalls von solchen Stimmungen eingeholt zu werden („...naja meine Großmutter ist auch so alt geworden und war dann och so depressiv...“/17/3-4).

Darüber hinaus werden altersbezogene Isolations- und Einsamkeitsbefürchtungen sichtbar. In einer existentiellen Grenzsituation allein zu sein, d.h. mit niemandem kommunizieren zu können, ist für sie eine bedrückende Altersvorstellung<sup>48</sup>. In diesem Zusammenhang schließt sie einen Freitod als persönliche Möglichkeit prinzipiell aus. Dieses von ihr angedeutete Tabu hängt mit ihrer religiösen Sozialisation zusammen.

„... da ist das das stimmt und also meine Befürchtung sehr alt zu werden. ist. ist schon. also so das hab ich so direkt im Blut und wenn ich jetzt angenommen ich krieg mal Krebs oder irgendwie so 'ne Krankheit //hm// würde mir dann dafür das erspart das weiß ich auch. //hm//... weiß nich ob mer. wies is ar da ist auch me- meine religiöse Erziehung. das a- also wenn mer sacht also jetzt isses Leben für mich nich mehr lebenswert dass man sich einfach das Leben nimmt ja //hm//.. das äh... ja. so überleg ich manchmal so. wie. wie das dann läuft. naja un wenn mer so alleine.. dann is und. keiner mehr mit einem redet ja. //hm// das ist schon nich einfach..“/16/42-49

### 7.6.3 Sterben und Tod

Beate entfaltet im Zusammenhang mit diesem Thema ein für sie eindrückliches Erlebnis aus ihrem Pflegealltag. Bei einer von ihr längere Zeit betreuten Frau verschlechtert sich ganz plötzlich deren Gesundheitszustand. Schon kurze Zeit nachdem sie bettlägerig geworden war, verstirbt sie. Frau B. beschreibt diese allein stehende Patientin als eine kachektische, in ihrer Haltung äußerst gefasste, betont aufrecht gehende Frau.

Diese für sie beeindruckend kontrolliert wirkende Frau zeigt unerwartet ganz weiche Züge. Als sie deren „eiskalten Hände“ (16/25) wärmend in ihre Hände legt, schmiegt sich diese Frau überraschenderweise an sie. Der Wunsch nach Geborgenheit und Tröstung zeigt sich hier ganz unvermittelt. Die körperliche Rückantwort dieser Frau berührt sie sehr tief<sup>49</sup>.

Ihre sowohl funktional-physiologische als auch vertrauensbildend-emphatische Berührungseinsatz (Kompensationsberührung) hat eine emotional öffnende Wirkung (vgl. Remmers 1998; 357)<sup>50</sup>. In der Erinnerung wird diese Situation zu einer Art Abschiedsritual, bei

<sup>48</sup> In persönlichen Krisen auf sich allein gestellt zu sein bzw. nur mit sich selbst kommunizieren zu können, stellt für sie ein negatives Altersszenarium dar. Ihre auf das Alter bezogenen Isolations- bzw. Einsamkeitsbefürchtungen knüpfen nicht nur an berufliche Erfahrungen an. In der eigenen Lebensgeschichte werden wiederholt Außenseitererfahrungen sichtbar, die mit problematischen Desintegrationserfahrungen verbunden sind. Aus diesen lebensgeschichtlich gewachsenen Erfahrungen entwickelt sich eine spezifische, auf solche Zustände bezogene Kontextsensibilität.

<sup>49</sup> Die affektive Erfahrung dessen „was mir nahe geht“ konstituiert eine personale Struktur von Subjektivität, im Sinne eines „ich bin betroffen“ (Schütze 1995; 27). Berührungen werden zu einem Interaktionsmedium, in dem die Subjektivität der Akteure angesprochen bzw. erfahrbar wird. In der „...spontanen Gegenseitigkeit von empfindender und empfundener Hand...“ entwickeln sich Verfahrensweisen, die einen Dialog über die Sinne möglich machen (Remmers 1998; 186).

<sup>50</sup> Der Umgang mit körperlichen Berührungen und Zuwendungen scheint für sie unproblematisch zu sein. Diese Haltung hat sich aber erst allmählich entwickelt. Während sie in ihrer beruflichen Anfangszeit körperliche Zuwendungen („...mich das früher total gestört hat och.ja..wenn mich Leute gedrückt haben.“/18/41-42) als unangenehm bzw. störend empfunden hat, verbinden sich damit jetzt auch schöne Erfahrungen („...das finde ich och schön...“/18/36). Der Impuls muss für sie im Anderen erkennbar sein, d.h. stets von den Hilfe- und Pflegebedürftigen ausgehen („...ich würde nie jemand von mir aus drücken so...nee das mach ich nich...“/18/43-44). Eine fürsorgliche körperliche Zuwendung ihrerseits erfolgt somit eher als Rückantwort.

dem ohne viele Worte ein zwischenmenschlich bewegender Moment geschehen ist. Angesichts des nahen Todes dieser Frau wird die körpersprachliche Interaktion zwischen Beate und ihr zu einem Akt mit hoher symbolischer Bedeutung.

„...also. da hatt ich jetzt mal en ganz dolles Erlebnis von 'ner Frau. //hm// die.. die war. die war eigentlich wie so 'n General, die lief so nach hinten, war klapperdürri und da war mer erst nur zum Blutdruck messen, die war gut auf 'n Beinen und plötzlich war se pflegebedürftig. und wollte zu Hause sterben. lag dann im Bett hat. also.. äh war total klar bis zum Schluss. hat auch diese. diese Zeit die se al-. die war viel alleine al- das. hat sie überhaupt nicht belastet. //hm// und. die die also die Hände die warn eisekalt und (?) ohr ich wärm ihnen noch mal Ihre Hände und hat sich so angekuscht, also das war so rührend //hä//. das ja (lacht kurz) ja. das hat mich. sehr beeindruckt. wie die. gestorben ist...“/16/20-27

Grundsätzlich ist sie gegen eine Tabuisierung von Sterben und Tod. Bei der Betreuung von krebserkrankten Menschen erlebt sie die Nichtaufklärung von Hilfe- und Pflegebedürftigen als quälenden Sterbeprozess. Das verschwörerische Schweigen und Ausblenden des infausten Zustandes der Betroffenen, auch innerhalb der Familie, konstituiert einen Pflegerahmen, in dem eine Auseinandersetzung mit Sterben und Tod verhindert wird. Diese Ausblendungen und Verdrängungen führen zu einem entmündigenden, von faulen Kompromissen durchsetzten Lebensende.

„... ja.. schlimm isses mit Leuten, die Krebs haben, nich drüber reden, also war och mal en Ehepaar in T., wo der Mann ohr der is jämmerlich zugrunde jegangen un. mer merkte richtig das Ehepaar. hat nich drüber geredet so.../16/29-31

Die bewusste Wahrnehmung des Lebensendes kann zu einer wahrhaftigen Sterbebegleitung beitragen. In diesem Prozess hat die Pflege von sterbenden Patienten eine begleitende Funktion, bei der es darum gehen sollte, es den Betroffenen „so angenehm wie möglich (zu) machen“ (21/30-31). Die zunehmende Hilfebedürftigkeit bzw. Abhängigkeit kann möglicherweise auch eine stärkere Fremdhilfe notwendig machen. Ein solcher Verlauf kann als ein schwieriger (doppelter) Umorientierungsprozess gedeutet werden<sup>51</sup>.

Beate markiert einen „Punkt“ (21/29), wo das Erkennen eines Sterbeprozesses eine bewusste Annahme des unausweichlichen Todes zur Folge haben kann. Aus ihren bruchstückhaften Kommentierungen bezieht sich das Erkennen einer existentiellen Grenzsituation nicht nur auf den Betroffenen selbst. Auch die beruflich Pflegenden sollen den Prozess des Sterbens erkennen, um pflegerisch darauf eingehen zu können. Das Rezipieren des nahe bevorstehenden Todes scheint an kognitive Selbstvergewisserungen gebunden, die eine ablösende bzw. begleitende Pflege möglich macht. Im Kontext der von ihr angedeuteten Nichtaufklärung von todkranken Patienten konstituiert sich die (idealtypische) Vorstellung einer wechselseitig (an-)erkannten existentiellen

---

<sup>51</sup> Eine aktivierende Unterstützung von Hilfe- und Pflegebedürftigen, die auf ein Zurückgewinnen bzw. Erhalten von Selbstpflegepotentialen zielt, relativiert sich in diesem Zusammenhang. Eine optimistische Gesundheitsorientierung verbietet sich bzw. hat bei nichtaufgeklärten Hilfe- und Pflegebedürftigen etwas Verschleiendes. Die Richtung des Pflegeprozesses verändert sich, d.h. sowohl der sterbende Patient als auch die Pflegekraft müssen möglicherweise andere Bedürfnisse und Ziele aushandeln und umsetzen. In der Blickwendung zum unausweichlichen letzten Ziel rücken Ablöseprozesse stärker in den Vordergrund als offensive Gesundheits- und Autonomieorientierungen (vgl. Vogel 1990; 35 f).

Lebenssituation, eine Vorstellung von guter Pflege, wie sie im Pflegealltag möglicherweise nur in Ausnahmefällen zum Tragen kommt<sup>52</sup>.

„...er so selbständig wie möglich sein kann. aber. wenn der Punkt ist. wo was zum Sterben geht. dass mer das auch erkennt und dann. es eben auch so angenehm wie möglich macht...“/21/29-31

#### 7.6.4 Vorstellungen von guter Pflege

Beate entwickelt ein für sie persönlich lustvolles Verständnis einer guten Pflegearbeit. Dabei kommt ein komplexes Aufgabenverständnis zum Ausdruck. Die Pflege von Hilfe- und Pflegebedürftigen wird als ein Prozess verstanden, in dem man die betreuende Person von Anfang an begleitet. Ein sie befriedigendes pflegerisches Handeln umfasst sowohl die strukturierende Planung als auch die Durchführung pflegerischer Hilfeleistungen. Insbesondere das eigenständige Planen und Umsetzen von aktivierenden Pflegemaßnahmen gegenüber den Patienten („...wieder aus`m Bett raus die Aktivierung und so. das so in de Hand nehmen..“/17/12-13) wird als eine befriedigende Aufgabe empfunden. Diese mit Selbstpflegeaufforderungen verbundenen Pflegehandlungen werden aus ihrer Erfahrung heraus positiv aufgenommen. Aus einem engagiert geplanten Pflegeprozess können sich sichtbare Erfolge entwickeln. Übergeordnetes Ziel dieser Mobilisierungsstrategien bleibt die Autonomie bzw. weitgehende Selbstständigkeit von Hilfe- und Pflegebedürftigen („er (der Patient) so selbständig wie möglich sein kann“/21/29)<sup>53</sup>.

Ihre engagierte Haltung bei aktivierenden Pflegemaßnahmen spiegelt sich auch in den von ihr gewählten Weiterbildungsschwerpunkten wider. B. interessiert sich für mobilisierende Maßnahmen bei Schwerstpflegebedürftigen und hat in diesem Zusammenhang auch Weiterbildungen besucht.

Exemplarisch deutet sie beispielsweise die professionellen Anforderungen bei der aktivierenden Pflege von Parkinsonpatienten an. Das „Herausreißen“ aus „festgewachsenen“ Krankheitszuständen wird als fachliche und persönliche Herausforderung empfunden. Bei spezifischen Krankheitsbildern sind therapeutischen Pflegemaßnahmen („therapeutische Pflege“/21/2) erforderlich, die sich von einer „Hausfrauenpflege“ (21/3) unterscheiden.

„...das ist ja auch ganz interessant therapeutisch pflegen //hm hm// ja. das is noch mal en Punkt weiter also nich nur so. //ja// wie so 'ne Hausfrau (lacht).. „/21/1-3

Diese von ihr vorgenommene Differenzierung konstituiert sich auf dem Boden fachlicher Kenntnisse über spezifische Krankheitsbilder und damit verbundene Veränderungen im körperlichen und psychischen Bereich<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> Das Erkennen eines existentiell unausweichlichen Ereignisses in Verbindung mit einer begleitenden bzw. ablöseorientierten Pflege geht von anspruchsvollen (kognitiven) Selbstvergewisserungen aus, die für Altersdemente bzw. auch mit individuell erprobten Selbstauseinandersetzungen wenig erfahreneren alten Menschen eine Überforderung darstellen können (vgl. Vogel 1990; 35-38).

<sup>53</sup> Eine aktivierende, an der Selbstständigkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen orientierte Pflege spiegelt sich in den Pflegezielen des SGB XI explizit wider. (§ 2/Abs.1; §§ 3; 6/Abs.1 u. 2; § 11/Abs.1; §14 Abs.3; §28/Abs. 1 u.a. in Klie 1995). Eine Überlappung bzw. Deckung von normativ angestrebten und subjektiven Leitbildern wird sichtbar.

<sup>54</sup> Das forsche Auftreten gegenüber Parkinsonpatienten, die auch unter depressiven Verstimmungen leiden, bietet andeutungsweise einen Einblick in ihr pflegestrategisches Handlungsrepertoire. Der dabei sichtbare Schematismus knüpft möglicherweise an den für sie schwierigen Umgang mit kommunikativ sich verweigernden bzw. ablehnend reagierenden Hilfe- und Pflegebedürftigen

Gegenüber inaktiven Hilfe- und Pflegebedürftigen (z.B. Parkinson- und Schlaganfallpatienten) entwickelt B. eine Schwung („...ach wenn ich dann einmal drin bin. richtigen Schwung habe...“/21/13-14) der sie selbstbewusst hervortreten lässt. Eine aktivierende Pflege ist für sie auch mit psychischen Mobilisierungen verbunden. Die schematische Explikation von selbstbewusst vollzogenen Interventionen und Pflegestrategien gegenüber schwerstkranken Patienten erscheint ungewöhnlich machtvoll<sup>55</sup>.

„...doch. das also mit dem Parkinson.. das war. total also, dass mer Parkinsonpatienten. rausreißen muss ä. aus. dem was da (?) festgewachsen sind ja. //hm//. und zu 'nem depressiven da kann mer nich so.. äh so also, dass mer da bissel auch sich en Kommandoton angewöhnen muss.

I.: liegt Ihnen das (.?.)

B.: nee eigentlich nich, da muss ich mich och rausrappeln aber. ach wenn ich dann einmal drin bin. richtigen Schwung habe...“/21/8-14

In diesem hier angedeuteten komplexen Aufgabenverständnis wird ein expliziter Wertebezug erkennbar. Sie orientiert auf eine planvolle, an den Selbstpflegemöglichkeiten von Hilfe- und Pflegebedürftigen ausgerichteten Pflege. Die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegemaßnahmen werden ansatzweise miteinander verknüpft. Das fragmentarisch skizzierte gesamthafte Pflegeverständnis unterscheidet sich von einer funktional segmentierten Pflegearbeit.

„...so dass die die Pflege ist wie so 'n Kranker eben den Tag übersteht, was noch alles 'ne Rolle spielt. wie er liegt. was er sieht. wie wies mit 'm Schlucken geht und mit 'm Essen wie so.. ja.. das äh find ich eigentlich ganz wichtig..“/21/37-40

Inwieweit auch unter Zeitdruck und unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit eine solche Orientierung umgesetzt werden kann, bleibt offen. B deutet die Schwierigkeiten an, einen an den Aktivitäten des täglichen Lebens orientierten Pflegeprozess unter den bestehenden Rahmenbedingungen umzusetzen. Eine umfassend geplante Pflege unter Zeitdruck zu realisieren bleibt ein Dilemma („also wie mer das dann am schnellsten und am zeitunaufwendigsten alles anwendet. das klappt noch nich so ganz“). Im Pflegealltag arbeitet sie mit dem ATL/AEDL Modell, d.h. es wird bei der Pflegeprozessplanung explizit angewandt<sup>56</sup>.

---

an. Über die Zuschreibung „krank“ und „depressiv“ ist ihr scheinbar eine kategoriale Rahmung möglich, die es ihr erleichtert souverän zu reagieren, ohne persönliche Irritationen bzw. Ablehnungsgefühle zu entwickeln. Die dabei sichtbaren eindeutigen Handlungsstrategien deuten auf eine schematische Einordnung von Pflegesituationen hin, mit deren Hilfe eine Gewissheit darüber hergestellt werden kann, wie man bei spezifischen Krankheitszuständen adäquat reagiert. Ein solches Vorgehen wird möglicherweise nicht der Vielschichtigkeit des Falls gerecht, d. h. der hier sichtbare pflegerische Blick hat etwas Einverleibendes bzw. Schuldhaftes. In der Orientierung auf eine aktivierende oder aus ihrer Sicht „herausreißende“ Pflege werden Handlungsmuster angewendet, die reflexiv bedeutsam sind. Interventionen, ob im psychischen oder somatischen Bereich, bleiben zu einem gewissen Grade immer schuldhaft, da sie sich an einem zur Anwendung gelangenden Orientierungsraster bewegt. Entscheidend bleibt die individuell sichtbare Reflexion gegenüber der Schuldhaftigkeit pflegerischer Wahrnehmungen und zielorientierten Handlungsstrategien (vgl. Kreis, N. 2000; 8).

<sup>55</sup> Ungewöhnlich deshalb, weil der schwungvolle und laute Kommunikationsstil sich nur schwer in ihre stillen bzw. bedeckten Kommunikationsmuster integrieren lässt. Es entsteht ein assoziativ fremdartiges Bild. Die schwachen und stillen Hilfe- und Pflegebedürftigen lösen bei ihr eine (situativ) schwungvolle, „militärisch“ laute Reaktion aus.

<sup>56</sup> Bei ihren Vorstellungen über eine alltägliche gute Pflege wird ein komplexes Aufgabenverständnis sichtbar. Der Kern pflegerischer Aufgaben liegt in Anlehnung an die KDA- Stellenbeschreibung für Pflegefachkräfte in der individuellen Begleitung und Steuerung des Pflegeprozesses bei einem einzelnen Menschen. Der Pflegeprozess umfasst solche Bereiche wie Diagnostik, Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen sowie Qualitätskontrolle. Nach den Erfahrungen des KDA besteht ein großes Problem im Hinblick auf die sach- und fachkundige, umfassende und geplante Pflege. Diese soll schon während der

Über das ATL (Juchli 19193)/ AEDL Modell (Krohwinkel 1993) werden offensichtlich pflegerische Maßnahmen geplant, die in personenbezogene Dienstleistungen übersetzt dann auch entsprechend zur Anwendung gelangen sollen<sup>57</sup>.

Um diese anspruchsvollen Pflegemodelle besser umzusetzen ist für B. u. a. eine größere Schnelligkeit bei der täglichen Pflege notwendig. Komplementär dazu wird die stärkere Kooperation und Einbeziehung von Hilfe- und Pflegebedürftigen angestrebt. Die Durchführung von Pflegemaßnahmen lässt sich aus ihrer Sicht nur in Zusammenarbeit mit dem älteren Menschen realisieren. Das von ihr herausgestellte Kooperationsverständnis bezieht sich vorrangig auf die unmittelbar auf Hilfe und Pflege Angewiesenen.

Primär entscheidend scheinen für sie die geglückten Arrangements mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen zu sein. Beate erfährt eine Resonanz auf ihre paternalistisch („...das so in de Hand zu nehmen.“/17/13) gesteuerten Aktivierungsstrategien. In der asymmetrischen Beziehungsstruktur zwischen Pflegekraft und Betroffenen entwickelt B. möglicherweise ein stärkeres Selbstbewusstsein als gegenüber den z. T. mächtigeren, fordernd auftretenden pflegenden Angehörigen.

Die Kooperation mit den auf Hilfe und Pflege angewiesenen Patienten scheint unkomplizierter zu sein als mit den Angehörigen.

„...und.. was ich gern mache och irgendwo 'ne Pflege anzufangen, da so bissel was zu strukturieren und //hm// wieder aus 'm Bett raus die Aktivierung und so. das so in de Hand zu nehmen. und.. tja und ich muss sagen, dass da. die die Leute die Betroffenen die Patienten och gut mitziehen, das macht denen och Spaß //hm// so. dass sie sich selber an die Wand drehen und. ja.. na. das mach ich gerne.“/17/11-15

Bei der Kurzdarstellung einer subjektiv als gut gerahmten Pflege kommt es zu einer weitgehenden Aussparung von Nächstenpflegesystemen. Der Kooperationsbezug zu pflegenden Angehörigen wird nicht explizit aufgenommen. Möglicherweise führen die ambivalenten Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen zu einer zu vermeidenden Inblicknahme bzw. Vernachlässigung dieses, für eine gute Pflege wesentlichen Handlungsfeldes.

---

Ausbildung laufend, auch unter Zeitdruck und unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit, trainiert werden (dazu u.a. Sowinski; C./ Behr, R. 2002). Im Vergleich zu ihrer Arbeit als kirchliche Gemeindegeschwester oder auch der Anfangszeit auf der Sozialstation haben Effizienzdruck und Managementaufgaben in der täglichen Arbeit tendenziell zugenommen. In diesem Sinne war das Arbeiten unter Zeitdruck eher im stationären Bereich ein Konfliktfeld. Während ihrer Ausbildungszeit wurde ihr geringes Arbeitstempo („Langsamkeit“) problematisiert.

<sup>57</sup> Der von B. im Zusammenhang mit der Pflegeprozessplanung eingespielte Begriff: -Aktivitäten des täglichen Lebens- (ATL) ist von der Ordensschwester und Pflegeethikerin R. Juchli theoretisch entwickelt worden. Das von ihr ausdifferenzierte Pflegemodell umfasst unterschiedliche Bedürfnisbereiche auf der Basis eines ganzheitlichen Menschenbildes. Diese Betrachtung schließt auch eine transzendente (religiöse) Dimension ein. Für die Pflege alter Menschen bestehen weitere, daran anschließende (bedürfnisorientierte) Pflegemodelle.

Hier ist vor allem das Modell von M. Krohwinkel interessant („Die 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)“). Ausgangspunkt ihres für die Altenpflege interessanten Schlüsselkonzeptes ist eine fördernde Pflege. Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten von Hilfe- und Pflegebedürftigen werden insgesamt, d.h. in ihren Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden betrachtet. In Anlehnung an andere Pflegekonzepte, z.B. Henderson, V. (1977), Juchli, L. (1993), unterscheidet Krohwinkel (1993) in ihrem Pflegemodell dreizehn Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL). Die hier an dieser Stelle nicht weiter entfaltenen Bedürfniskategorien werden in der Pflege formal weitgehend anerkannt. Bei der Anwendung und Durchführung von individuell geplanten Pflegeprozessen über das ATL/AEDL Modell bestehen unterschiedliche Schwerpunkte und Vorgehensweisen (vgl. U.Koch- Straube 1997; 277).

## 7.6.5 Wünsche und Bedürfnisse von Hilfe- und Pflegebedürftigen

Die Vermeidung einer aus der häuslichen Sphäre herausreissenden Betreuung stellt eine wesentliche Orientierung von Hilfe- und Pflegebedürftigen dar („also die erwarten erstmal, dass es ihnen ermöglicht, zu Hause zu bleiben. //hm// äh, dass nich so en grundlegender Wechsel. geschieht“/13/26-27). In diesem Sinne dient die häusliche Pflege der Sicherung des Status quo. Gegenüber der Pflegekraft besteht ein umfassender Hilfeanspruch. Die von den Pflegekräften erbrachten Leistungen sollen weitreichend und möglichst kostenneutral sein („...die erwarten bestimmt auch, dass alles mit dem Pflegegeld abgegolten wird //hm//. es möglichst nichts zusätzlich kostet.“/13/27-29).

Es bestehen z.T. Betreuungserwartungen, die im Rahmen des SGB XI finanziell nicht abgesichert werden können. Die damit verbundenen Finanzierungsmodalitäten und Selbstbeteiligungszwänge führen zu Irritationen bzw. enttäuschten Erwartungen.

„was auch manchmal ist, dass noch nicht so ganz klar der Rahmen der Arbeit, wie groß der ist und wie das dann eben wie die Finanzierung läuft das ist ja am Anfang und oft nicht klar. //hm// und so unsichere Sachen, die ich ungern, sind natürlich entsetzt.“/13/46-49

In diesem Sinne wird für Beate eine erhebliche Differenz zwischen umfassenden Betreuungsansprüchen und eingeschränkten Pflegemöglichkeiten im Rahmen des PVG wiederholt sichtbar. Das balancierende Auffangen und Ausgleichen dieser Enttäuschungen wird zur professionellen Herausforderung.

Eine unter dem Begriff der „Allroundbetreuung“ (30/31) gefasste Pflege beinhaltet sowohl medizinpflegerische Aspekte als auch seelsorgerische - und sozialpflegerische Aspekte.

Die Wahrnehmung und Behandlung funktioneller Einschränkungen reicht situativ nicht aus. Aus ihrer Sicht besteht auch ein Bedürfnis nach Kommunikation. Eine vertrauensvolle dyadische Pflegebeziehung ist sowohl von einer fachlich guten Pflege als auch vom sozialen Kapital der Pflegekräfte abhängig.

„...die erwarten, dass mer freundlich is.. ja, und fachlich Ahnung hat.... ja, dass sie auch manchmal noch erwarten, dass mer wie so.. 'ne Allroundbetreuerin noch, ihnen zu Verfügung steht das denk ich ist auch manchmal.. dass mer mehr als nur diese.. diese Schwester ist die kommt //ja hm// ja.... ja, dass sie auch ihre Sorgen und Probleme sagen können.“/13/29-33

Die von Beate dargestellten Patientenerwartungen skizzieren auch ihr persönliches Arbeitsverständnis. Ihr anfänglich eher medizinpflegerisch ausgerichtetes Arbeitsverständnis hat sich durch die darüber hinausgehenden Bedürfnisse der Hilfe- und Pflegebedürftigen verändert. In Rahmen der kirchlichen Gemeindepflege war die diakonische Begleitung von Patienten selbstverständlicher Bestandteil ihrer Arbeit.

## 8. Falldarstellung Renate

„... und, was och für mich es höchste is. äh dass ich einlich so ähm.. das Menschliche das ehmt muss ich sagen das ehmt das durch die Krankheiten. hat mich das ehmt men- äh mächtig jepägt. //hm// un ich bin froh, dass is 'ne Gabe, die hat och nich jeder. //hm// das Menschliche..“/10/8-10

### 8.1 Kurzüberblick und äußerer biographischer Verlauf

Renate wurde 1959 als Jüngste von insgesamt drei Geschwistern geboren. Im Alter von fünf Jahren erkrankte sie an einer lebensbedrohlichen Blutkrankheit. Sie musste vier Monate stationär behandelt werden. Weitere stationäre Kurzaufenthalte und engmaschige ambulante Kontrolluntersuchungen begleiteten sie bis zum Ende ihrer Schulzeit. Parallel dazu erfolgte eine Dauermedikation, durch die sich ihr Äußeres deutlich veränderte. Darüber hinaus wurden weitere Nebenwirkungen der Therapie sichtbar. Ihre Hörfähigkeit war phasenweise drastisch eingeschränkt. Es kam zu schulischen Leistungsabbrüchen, die u.a. auch zu einer Klassenumsetzung führten.

Die Auswirkungen der medikamentösen Therapie blieben die ganze Schulzeit über sichtbar. Nach Abschluss der zehnten Klasse absolvierte Renate eine Lehre als Chemiefacharbeiter. In dieser Zeit lernte sie auch ihren späteren Mann kennen. Sie heiratete und zog mit ihrem Mann nach Guben. Der Umzug war auch mit einer beruflichen Umorientierung verknüpft. Renate fing als Ungelernte in einer Kinderkrippe an. Über eine berufsbegleitende Ausbildung holte sie den Abschluss als Krippenerzieherin nach. Renate bekam in dieser Zeit einen Sohn. Eine längere berufliche Auszeit erfolgte nicht. Sie konnte über ihre Kindereinrichtung den Sohn mitbetreuen. Bedingt durch einen sich zuspitzenden Dauerkonflikt mit der Leiterin der Kinderkrippe vollzog Renate nach acht Jahren einen beruflichen Wechsel. Sie begann eine berufliche Tätigkeit in einem handwerklich ausgerichteten Produktionsbetrieb. Durch die mit der „Wende“ verbundenen strukturellen Veränderungen kam es zum wirtschaftlichen Zusammenbruch. Der Betrieb musste schließen und Renate wurde arbeitslos. Nach etwa zwei Monaten erhielt sie eine ABM-Stelle als Hauswirtschaftshilfe beim Arbeiter-Samariterbund (ASB). Über das Arbeitsamt wurde Renate auf den Pflegeberuf umgelenkt. Sie absolvierte eine Umschulung zur Altenpflegerin. Nach Beendigung der Ausbildung trat sie eine Stelle bei der Caritas-Sozialstation an. Die Beschäftigung erfolgte zwei Jahre lang auf ABM-Basis. Danach erhielt sie eine unbefristete Festanstellung. Renate arbeitet jetzt seit über sechs Jahren in der Caritas-Sozialstation. Sie ist mit ihrer Arbeit sehr zufrieden. Es bestehen bei ihr keine Ausstiegsphantasien bzw. beruflichen Umorientierungspläne.

### 8.2 Krankheit als Lebensthema

Renate beginnt ihre Erzählung mit einer negativen Kindheitseinschätzung („war nich sehr schön“ 1/1/10). Als Grund dafür nennt sie eine frühkindliche Bluterkrankung („nich Leukämie...so ne Abart“ 1/13-14) die einschneidende Auswirkungen auf ihr weiteres Leben hat.

Die Krankheit wird somit als lebensprägendes Motiv eingeführt. Hochdetailliert werden von Renate die Anfänge ihrer Blutkrankheit beschrieben. Die ersten Krankheitssymptome zeigen sich bereits in der Kindergartenzeit. Durch die plötzliche Zunahme der sich ohne äußere Einwirkungen entwickelnden „Hämatome“ (1/18) kommt es zu einer sofortigen stationären Behandlung.

Alles entwickelt sich ganz schnell. Zwischen der ersten ärztlichen Diagnose und der daran anschließenden klinischen Einweisung vergehen nur wenige Stunden. Es kommt zu einer abrupten Verschiebung ihres sozialen Ortes, d. h. sie muss knapp vier Monate stationär behandelt werden.

Die existentiell bedrohliche Erkrankung wird zu einem dramatischen Schlag, der zu einer die Kindheit überschattenden Erleidenskurve führt.

Ihre jahrelang anhaltende, mit stationären Aufenthalten verbundene Behandlung bleibt lebensgeschichtlich bedeutsam. Das Krankenhaus wird zu einer sie prägenden sozialen Welt<sup>1</sup>.

„also ich war als Kind einlich sehr viel im Krankenhaus ...widder.und dann immer widder so äh das.was mich dann och immer so bisschen.naja ich sachs mal wirklich gea-kraass angekotzt hat.“/9/17-19

### 8.2.1 Traumatische Einweisung ins Krankenhaus

Der Ersteindruck von der Kinderklinik in H. hat sich bildhaft eingefräst und wird über genaue Detaillierungsbeschreibungen rekapituliert. Die Dramatik der Situation spitzt sich durch das von ihr aufgeschnappte Statement des einweisenden Arztes zu. In ihrem Beisein wird die Mutter auf den lebensgefährlichen Zustand aufmerksam gemacht.

Ihre sich überlagernden Erlebnisse mit Ärzten, die in ihrer Gegenwart unbedacht auf existentielle Risiken bzw. irreversible Folgeschäden hinweisen, wird zu einer einschneidenden Wiederholungserfahrung. Das fehlerhafte Aufklärungsverhalten der Ärzte erzeugt eine für sie unabschätzbare Furcht vor möglichen Folgen<sup>2</sup>. Die Einweisungssituation verdichtet sich zu einem traumatischen Ereignis.

„und ich stande ja och äh äh ich verjesse och nie ä. also einlich hat die Krankheit so anjefangen. mit lauter blauen Flecken...ja. ich bin im Kindergarten äh jegangen und äh. wie wie das so is mer hat ja ma da 'n Hämatom und dort 'n Hämatom //hm//. so. und. dann bin ich äh. zu Hause un meine Mutti naja die hat das dann och aber. da warn ehmt immer mal ab und zu. und da wa- war nachher fast schon. äh kann mer sagen überall am Körper //hm//. so und im Kinder- und dann hatte meine Mutti jesacht ja äh was macht die denn hier und so. Frau H. die hat sich hier nich

---

<sup>1</sup> Der Begriff -Soziale Welt- kann folgendermaßen charakterisiert werden: "Ein Bündel von gemeinsamen oder verbundenen Aktivitäten oder Interessen, die untereinander durch ein Netzwerk von Kommunikation verbunden sind" (Strauss 1978; 26)

<sup>2</sup> Möglicherweise wird die furchteinflößende Wirkung der zusammenhangslos aufgenommenen Negativszenarien von den Erwachsenen unterschätzt. Dass über den Kopf von R. hinweg Einschätzungen ihres Gesundheitszustandes getroffen werden, ohne sie auf irgendeine im Interview sichtbare Art und Weise einzubeziehen, scheint fehlerhaft.. Bezogen auf ihr damaliges Alter (zwischen fünf und 6 Jahren) kann davon ausgegangen werden, dass auch Kinder in diesem Alter Erklärungen und Begründungen z.T. verstehen können. Auf klinische Behandlungssituationen übertragen weist Oster darauf hin: „Für den Aufenthalt von Kindern im Krankenhaus gibt es noch folgendes zu bedenken: Man sollte sich mindestens ab dem 5. Lebensjahr geduldig bemühen, die Notwendigkeit bestimmter pflegerischer oder ärztlicher Eingriffe in verständlicher Form zu erläutern. Es ist immer wieder erstaunlich, wie dann auch schmerzhaft Eingriffe gut toleriert werden. Viele Kinder schreien und wehren sich nur aus Angst vor dem Unbekannten.“ (Oster 1987; 73).

jestoßen wirklich nich un so. und dann wurde das ehmt noch mehr und da ham die jesacht jehn Se doch mal zum Arzt und da sind wir zum äh. Arzt in B. jejang und da musst ich 'sofort' (betont gesprochen) nach H.. so und dann sin mer hier in de in de Uni in de Kinderklinik das war so hinten so'n Flachbau. das weeiß ich och noch da war so 'n Bild so 'n Pilz drinne. //hm// äh da kann ich mich. das sind so Dinger die ich mich halt einjeprägt ham. und wir sind da hin un da war das Schlimmste für mich ich musste sofort dort bleim. //hm//. sofort of de Station ich hab jebrüllt ich hab jepläkt. und hab ehmt bloß jehört wie se noch zu meiner Mutti. das fand ich immer nich so toll. is genau wie damals wie bei dem Ohrnarzt der hätte da ja sagen könn du gehst mal raus. //hm// und ich war ehmt ofte bei den Jesprächen dabei und was ehmt so äh eintreten kann un so. naja un da hamse och jesacht so zu 90 %. stehtste schon so. es //hm// sieht sehr schlecht aus“/10/8-28

### 8.2.2 Familiäre Betreuung im Krankenhaus

Renate wird von ihren Eltern regelmäßig besucht. Ihr Vater kommt jeden Tag ins Krankenhaus und ihre Mutter am Wochenende sowie an einem Tag in der Woche. Ihre Geschwister dürfen sie in dieser Zeit nicht direkt auf der Station besuchen. Die elterliche Fürsorge scheint in dieser Zeit sehr gut. Diese familiäre Anbindung bildet einen sie absichernden emotionalen Rahmen. Der Kontakt zur Welt außerhalb des Krankenhauses wird über die Eltern intensiv aufrechterhalten. Abwechslung bietet in diesem Kontext auch das Spielen im Park, ganz unmittelbar in Kliniksnähe. Die begrenzten Permutationsmöglichkeiten des stationären Alltags werden durch den episodischen Wechsel nach draußen aufgebrochen.

Im Vergleich zu den anderen Familienmitgliedern sind für sie die Besuche der Mutter in besonderer Erinnerung. In der Erzählung kommt es zu affektiv unterlegten Thematisierungstümpfen, in denen unterschwellig die Anspannungen und Belastungen der Mutter angedeutet werden.

„...da war nur Mittwoch und Wochenende immer. immer. und da sin wir och immer in den Park da jegangen der gleich an der Uni is. und das is ja och das Schöne jewesen. äh wir durften och raus....und. äh konnten denn och draußen spielen un meine Mutti is wirklich Mittwoch und Sonntag jede- oder äh mein Vati. jeden Tag. bloß ehmt ich weeiß noch wie ich hab ich sehe meine Mutti och noch immer jedes Mal wenn die kam..war wurd-war ja immer mehr. aber die hat ja. nie an-...“/11/29-37

### 8.2.3 Relativierungen und aktives Arrangement mit der Patientinnenrolle

Das für sie plötzliche Hineingestoßen werden in die soziale Welt des Krankenhauses führt zu vergleichenden, ihre bedrohliche Situation relativierenden Einschätzungen. Andere Kinder auf der Station sind z.T. noch schwerer erkrankt als sie. Renate macht die Erfahrung, dass leukämiekrankte Kinder auch sterben können. Der Tod von unheilbar erkrankten Kindern wird von ihr nicht bewusst aufgenommen. Ihre Mutter klärt sie erst später darüber auf, dass ein Mädchen mit der Renate häufig gespielt hat, verstorben ist. Die Todesnachricht dieses Mädchens wird zu einem sie prägenden Ereignis.

„...und irgendwann konnt ich nich mehr mit ihr spielen, aber das wurde mir nich jesacht un meine Mutti hat mir das später dann mal jesacht, dass die dann verstorm is. so. und das muss ich sagen das hat mich unwahrscheinlich jeprägt.“/10/37-40

Über die bei diesem Kind erfolglos bleibende Therapie werden für sie die Grenzen medizinischer Behandlung sichtbar. Während bei ihr die Arzneimittel eine, wenn auch mit erheblichen Nebenfolgen verbundene gesundheitliche Stabilisierung bewirken, können sie bei anderen Kindern keine Heilung unterstützen. Im Laufe ihrer längeren stationären Aufenthalte entwickelt sie sich zur aufmerksamen Beobachterin therapeutischer Settings ( „...weil die Ärzte die warn so ich hab das dann och so beobachtet...“/11/5). Neben der Aufnahme ärztlicher Statements und Behandlungsmaßnahmen, überwacht sie z.T. auch die Befolgung ärztlicher Anordnungen. Bei einem kranken Jungen beobachtet Renate einen Arzneimittelboykott, der von den Ärzten und Schwestern nicht erkannt wird. Sie nimmt etwas wahr, was von anderen nicht bemerkt wird. Obwohl bei der Reinigung des Patientenzimmers die nicht eingenommenen Medikamente entdeckt werden, gelangt diese aufhellende Information nicht an die richtige Adresse. Nach abwägenden Überlegungen, ob sie ein konspiratives Schweigen beibehalten soll oder nicht, entscheidet sie sich für eine Offenlegung des Medikamentenboykotts. Die retrospektive Darstellung dieser Episode zeigt sie als vielschichtig agierende Patientin mit vernünftigem therapeutischem Augenmaß<sup>3</sup>. Der „Verrat“ gegenüber dem anderen Kind löst, bei dieser für sie richtigen Initiative, kein Schuldgefühl aus. Der Sympathieentzug des Jungen („der war denn war halt schlecht of mich.“/10/46-47) wird in ihrer abwägenden Bilanzierung zu einem sekundären Faktor.

## 8.2.4 Identifikation mit den Krankenschwestern

Der lange Krankenhausaufenthalt im Alter von fünf Jahren war für sie sehr prägend. Das Verhältnis zum Pflegepersonal wird insgesamt als gut beschrieben. Sie selbst erlebt sich zudem nicht als vollständig abhängig oder hilflos, sondern wird spielerisch als Helferin in die tägliche Pflegearbeit mit einbezogen. Dass sie in einer für sie schwierigen Situation in die Pflege einbezogen wird, hat positive Auswirkungen auf ihr Selbstbild. Sie erlebt sich in Relation zu anderen kranken Kindern als weniger hilflos. Die Schwestern nehmen eine (berufliche) Vorbildfunktion ein, mit denen Renate sich spielerisch identifiziert. Ihr erster längerer Krankenhausaufenthalt wird von ihr als Auslöser betrachtet, beruflich mit Menschen zu arbeiten. Hier wird so etwas wie ein Ursprungs- bzw. Wiegenmotiv angedeutet.

### 8.2.4.1 Die geeignete und die ungeeignete Krankenschwester

Renate beschreibt knapp ihre Eindrücke in Zusammenhang mit klinischen Unterbringungssituationen.

Parallel dazu werden alltägliche Pflegeabläufe sichtbar die für sie mit unterschiedlichen, emotiv prägenden Erlebnissen verwoben sind.

---

<sup>3</sup> Vergegenwärtigt man sich ihr Alter (ca. 5 Jahre) erscheint sie in dieser Situation deutlich reifer (Zimbardo, P.G./ Gerrig, R. 1999;462 ff). Ihre (vernünftigen) Aufklärungsaktivitäten hängen möglicherweise auch mit spielerischen Krankenschwesternidentifikationen zusammen. Ihre aufmerksamen „Krankenbeobachtungen“ verschaffen ihr möglicherweise auch Anerkennung.

In diesem Zusammenhang werden beschämende Pflegesituationen expliziert. In Rahmen ihrer stationären Aufenthalte werden u.a. engmaschige Gewichtskontrollen durchgeführt, wo sie wiederkehrend mit ihrem Übergewicht konfrontiert wird („...jedes Mal...musste of de Waage..“/9/19-20).

Die Transparenz der durchlässigen Wände; auch im Inneren der Station, löst bei ihr unbehagliche Gefühle aus. Der Mangel an intimen Rückzugsmöglichkeiten verbindet sich für sie mit einem Schutzbedürfnis. Sie möchte in ihrer für sie entstellenden „Fülle“ (11/2) nicht immer im Spiegel anderer Blicke stehen. Ihre Schamgrenzen werden insbesondere bei Baderitualen deutlich. Sie möchte sich nicht vor anderen entblößen<sup>4</sup>.

„...das warn ja nun Zimmer. wo mer von vorne bis hinten durchgucken konnte //hm//. und ich durch meine Fülle nachher. da war ich irgendwie s- äh ich hab. ich hab da sollte mer ehmt halt baden. und da hab ich immer jesacht nee ich bade nich da gucken die und da gucken die. „/10/1-4

Das Pflegepersonal geht unterschiedlich mit dieser Situation um. Eine Krankenschwester reagiert besonders sensibel auf ihre Scham-Angst. Sie installiert im Bad eine Schamwand, hinter der sie unbeobachtet baden kann. Das einlassende Vorgehen der Krankenschwester wird von ihr sehr dankbar aufgenommen.

„, dass die Krankenschwester da nich jesacht hat 'und die steck ich jetzt einfach in de Wanne' (betont gesprochen) nee die hat en Bettlaken jeholt hat mir das zujehang'. also die hat das akzeptiert. das fand ich dann immer so toll.“/10/5-8

Kontrastiv dazu wird von ihr eine ungeeignete Schwester beschrieben, die affektiv unausgeglichen und okupativ über die Bedürfnisse der kranken Kinder hinweg geht.

„also die war ja nich für mich selber als Krankenschwester nich jeeignet“/11/9-10

Diese unterschiedlichen Erfahrungen mit dem Pflegepersonal sind mit Positiv- und Negativerlebnissen verwoben, die zu einem differenzierten Schwesternbild beigetragen haben. Aus ihrem eigenen reichhaltigen Erfahrungsfundus als Patientin entwickelt sie für sich eine Vorstellung davon, wer für den Pflegeberuf geeignet bzw. weniger geeignet scheint.

## 8.2.5 Das teuflische Medikament

Parallel zu den existentiell bedrohlichen Krankheitsrisiken wird die beginnende Medikamententherapie markiert. Die Bedeutung dieser sie veränderten Therapie wird durch wörtliche Reden unterlegt. Der behandelnde Arzt legt die Nebenwirkungen des Medikamentes offen<sup>5</sup>. Diese werden auch in Verbindung mit den verschiedenen Herstellungsländern in Ost- und

---

<sup>4</sup> Entwicklungspsychologisch gesehen entwickeln sich spätestens mit dem Beginn der Schulzeit Schamgefühle. Bezogen auf das Krankenhaus gilt es, diese Gefühle nicht unberücksichtigt zu lassen. In einem pflegebezogenen Lehrbuch der Kinderheilkunde (Oster 1987) findet sich dazu folgende Passage: „Freilich werden Kinder wohl selten protestieren, wenn sie sich vollständig entkleiden müssen. Dem aufmerksamen Beobachter wird es nicht entgehen, wie schwer es manchen Kind fällt. Jeder muss deshalb darauf Rücksicht nehmen“ (Oster 1987; 72).

<sup>5</sup> Obwohl Renate eine genaue Nennung des Medikamentes vermeidet, scheint es sich um eine flankierende Cortisonbehandlung zu handeln. Die darin enthaltenen Glucocorticoide sind Hormone der Nebennierenrinde. Sie erhöhen u.a. die Glycogenbildung

West(-europa) gebracht. Strukturell typische Mangelsituationen führen möglicherweise zu einer nachteiligeren Behandlungsvariante. Das mit weniger Nebenwirkungen verbundene Medikament kann ihr nicht verabreicht werden. Auch hier wird der behandelnde Arzt als ungeschickter Aufklärer dargestellt. Einerseits deutet er alternative, weniger folgenreichere Therapieformen an, andererseits scheinen die aufgezeigten Vermeidungsalternativen de facto eher gering zu sein. Aus dieser Thantalussituation (die bessere Möglichkeit vor Augen) werden die Behandlungsmedikamente zu teuflischen Agenzien, welche sie entstellend verändern. Die Zweitklassigkeit der medikamentösen Behandlung wird von ihr subjektiv stärker gewichtet als die möglicherweise schützenden und heilenden Wirkungen des Arzneimittels.

### 8.2.6 Traumatische Verwandlung

Bis zu ihrem fünften Lebensjahr beschreibt sie sich als sehr zierliches Kind. Durch die während der stationären Erstbehandlung erfolgte Medikation mit Glukokortikoiden verändert sich ihr Äußeres deutlich. Die Verwandlung ihres Körpers wird zu einer narzisstischen, für sie unbegreifbar bleibenden Kränkung, welche massive Schamgefühle auslöst.

Ihre körperlichen Veränderungen werden im Spiegel fremder Blicke und Reaktionen auf für sie leidvolle Weise sichtbar. In diesem Kontext kommt es zu einem einschneidenden Ereignis. Durch ihre plötzliche physische Wandlung ist ihre Bekleidung nutzlos geworden. Das Neueinkleiden wird zur beschämenden, bildhaft im Gedächtnis eingefrästen Prozedur.

„ich verjesse och nie wie ich aus 'm Krankenhaus jekomm bin aus der Universitätsklinik. aus der Kinderklinik da. wie wir äh ich bin ja so reinjejangen wirklich so. meine Mutti die musste es Kleedchen ofschneiden. da ham mer so 'ne Jacke noch drüberjezogen da sin wir dort in ins Kinderkaufhaus am Marcht.. un wir brauchten ja neue Sachen wie die Verkäuferin ich sehe das Bild noch. die hat en Mund jar nich widder zujukricht. das war //(?)// da. das is alles hier drinne.“/12/3-8

Sie kann sich mit ihrer plötzlichen Metamorphose nicht arrangieren. Ihr Selbstbild, das sich in ihrem Alter noch nicht verlässlich aufbauen konnte, erscheint in dieser Situation äußerst instabil. Die Reaktion der anderen Kinder in Renates Umfeld spiegeln ihre eigene Verstörung wider. Selbst- und Fremdbildwahrnehmung gehen scheinbar unentwirrbar ineinander über. So wie sie sich selbst nicht wieder erkennt, wird sie auch von den anderen nicht erkannt.

„die erkenn“ mich nich wieder un so war's och ich bin raus.nee das is nich Renate ham se jesacht“/2/11-12

Auf dem Boden eines noch ungestigten Selbstwertgefühles entwickeln sich Irritationen und blockierende Schamgefühle. In diesem fragilen Zustand kommt es zu sich aufschichtenden Kränkungs- und Ausschlusserfahrungen, die zu frühen Rückzugsbewegungen beitragen. Renate beschreibt eine Hemmschwelle das geschützte Zuhause, wo man den äußeren Blicken verborgen

---

in der Leber, steigern den Eiweißabbau im Muskel, und erhöhen die Lypolyse im Fettgewebe. Diesen eher negativen Folgen stehen die für die Therapie wesentlichen Positivwirkungen gegenüber, wie z.B. die Unterdrückung von Antikörpern (bei Transplantationen und Chemotherapie bedeutsam) sowie eine Verminderung der eosinophilen Granulocyten im Blut (Reuter 2000; 816).

bleiben kann, zu verlassen. Die kindlich ungefilterten, z.T. gnadenlosen Fremdstigmatisierungen verdichten sich zu einer prägenden Verletzungsdisposition.

„Kinders. die sagen immer de Wahrheit und ich hab se doller jekricht.wie dicker fetter Pfannekuchen und du machst nich mit“ 1/24-26

Solidarische Erfahrungen von Seiten der Erwachsenen werden an dieser Stelle nicht eingeblendet<sup>6</sup>.

### 8.3 Schulzeit

Die Negativeinschätzung ihrer Schulzeit („einlich´ne schlechte ich sage immer ich sehne mich nich so nach meiner Schulzeit zurück“/14/ 47-48) korrespondiert mit ihren Kindheitseinschätzungen („war nich sehr schön“ 1/1/10).

Innerhalb dieses Bewertungsrahmens wird die Schulzeit primär über den Beziehungsaspekt zu anderen Gleichaltrigen, Geschwistern, Mitschüler/Innen und Lehrern und betrachtet.

#### 8.3.1 Die laute Unterschichtklasse

Sie besucht anfangs eine Klasse, wo es turbulent zugeht. Einige Mitschüler zeigen im Rahmen des Unterrichts deutlich abweichende Verhaltensstandards. Renate wird von einem dieser Mitschüler empfindlich gekränkt. Diese Missachtungserfahrungen tragen möglicherweise auch zu ihrer deklassierenden Etikettierung der Regeldurchbrecher als „Asozial“ (13/8) bei<sup>7</sup>. Deren Entwicklungslaufbahn scheint aus ihrer Sicht konditionell vorgezeichnet, was sich auch in generalistischen Rahmungen widerspiegelt. Da sie sich ihr gegenüber unsolidarisch verhalten, kommt es zu einem deutlichen Loyalitätsentzug. Ihre Mitschüler/Innen werden über eine schematische Unterschichtklassifikation gerahmt und für ihre Leistungs- und Integrationsprobleme mitverantwortlich gemacht. Ihre schulischen Leistungen verschlechtern sich. Dadurch dass Renates Hörfähigkeit eingeschränkt ist, kommt es zu einer verminderten Aufnahmefähigkeit.

„...und zwar ich war erst in der eins a. und da warn ehmt sehr viele Kinder drinne.. von von Familie sch- so schwache oder asoziale oder wies ehmt halt //hm// und da war’s sehr laut drinne. //hm// und dadurch dass ich schlecht gehört hab und da- dadurch dass die Klasse sehr unruhig war. ähm. sin meine Leistung noch ehmt...“/13/7-10

---

<sup>6</sup> Neben den Anerkennungsformen, wie Liebe und Recht, ist eine Anteilnahme über den Wert der Solidarität denkbar.. Der moralisch gesehen höhere Wert der Solidarität stellt eine höherstufige „formal intellektuelle Operation“ dar, d.h. sie basiert auch auf kognitiver Einsicht, die sich mit emotionaler Bindung und Fürsorge verbinden kann. Aus dieser theoretischen Position heraus wird Solidarität eher zu einem Wert der Erwachsenen, denen eine kognitive und eben nicht nur affektive (kindliche) Strukturierung ihres Wertesystems unterstellt werden kann. Die Dominanz negativer Gefühle auf der Basis von Hänseleien und frühen Ausgrenzungserfahrungen ohne eine an dieser Stelle sichtbaren komplementären positiven Gefühlserfahrung haben möglicherweise zu Verarbeitungen und Zuordnungen geführt, die sich zu einem relativ stabilen „affektiv-kognitiven Bezugssystem“ entwickeln konnten? (Ciompi 1988; 194 f).

<sup>7</sup> Der Begriff „asozial“ war ein in der DDR häufig gebrauchter Begriff. Unterschiedslos wurden damit alle möglichen sozialen Problemlagen bzw. Formen von soziokultureller Auffälligkeit gerahmt (vgl. Wensierski 1994; 383).

Renates sozial uneingebundene Stellung innerhalb der Klasse trägt möglicherweise mit zu motivationalen Einbrüchen bei, die sich negativ auf schulische Leistungen auswirken. Dass sie diese Deutung vehement abzuschwächen versucht, verstärkt diesen Verdacht.

„Jehänsel wurde ich och bestimmt..of jeden Fall.aber das war jetzt nich der Auslöser.das war nich der Auslöser der Auslöser war wirklich.weil das wirklich ´ne sehr laute Klasse war un ich hatte schon Schwierigkeiten“13/45-48

### 8.3.2 Die ruhige Oberschichtklasse

Über die Schule erfolgt ein formeller Problemlösungsversuch, ohne dass alternative pädagogische Kompensationsbemühungen deutlich werden. Sie wird in die Parallelklasse umgesetzt, weil dort ein für sie ruhigeres Umfeld vorausgesetzt wird. Der Eintritt in die neue Schulklasse führt zu einer erneuten Stigmatisierungserfahrung. Diese beziehen sich weniger auf ihr körperliches Äußere als auf ihre vermeintlich ungenügenden schulischen Leistungen. Die neuen Mitschüler/Innen stufen sie als „Sitzenbleiberin“ (14/13) ein, die Motive des Klassenwechsels werden vorbereitend scheinbar nicht ausreichend kommuniziert. Auch hier wiederholen sich für sie Missachtungserlebnisse, die durch den Klassenwechsel minimiert bzw. aufgelöst werden sollten. Die Erwartung einer größeren sozialen Sensibilität bzw. Rücksichtnahme erfüllt sich nur bedingt.

„...und da ham se versucht äh nachher in in da wurd ich umjesetzt in de b-Klasse weil die ruhiger war und ehmt halt so. und da ham die andern nachher jedacht ich bin sitzenjebliem aber ich bin wirklich bloß von der Klaase. versetzt wurden //hm// damit ich e ruhigeres Umfeld hab..“/14/3-5

### 8.3.3 Schematische Milieu- und Klassentheorie

Ihre in Bezug auf die unterschiedlichen Klassenverbände aufrechterhaltenen vertikalen oben - unten Schemata dienen auch dazu, den Klassenwechsel argumentativ plausibel zu gestalten. R. entfaltet ein widersprüchliches und mehrdeutiges Begründungsschema.

Auffällige Verhaltensmuster ihrer Mitschüler/Innen sind für sie milieuspezifisch. Die „lauten“ („ne sehr laute Klasse“/13/47) Mitschüler/Innen sind zumeist Unterschichtkinder, d.h. Kinder, die aus ihrer Sicht tendenziell vernachlässigt werden. Als Indikator für diese soziale Vernachlässigung dient für sie der Hortbesuch. Dort wo die Eltern keine Zeit für die Kinder haben, werden sie nachmittags über den an die Schule angegliederten Hort betreut. Der Mangel an Zeit begünstigt für sie soziale Verhaltensauffälligkeiten<sup>8</sup>. Kontrastiv dazu kommt sie in eine Klasse von Mittelschichtkindern („... es warn viele Ärztekinder mit drinne also es war. für mich

---

<sup>8</sup> Soziales Kapital (Bourdieu 1987) kann nur über an Zeit gebundene Beziehungsarbeit reproduziert werden. Das Schenken von Zeit verbindet sich für sie mit verlässlichen Beziehungsmustern, die eine sozial ausgleichende Wirkung auf den Einzelnen entfalten können. Die fehlende Zeit der Eltern für ihre Kinder begünstigt aus Renates Sicht soziale Fehlentwicklungen. Hier deutet sie indirekt auch eigene Mangelserfahrungen an. Dass ihre Eltern auf entspannte Weise freie Zeit mit den Kindern verbringen, bleibt auch für sie ein seltener Moment. Das Gespür für eine notwendigerweise zu leistende zeitaufwendige Beziehungsarbeit ist bei ihr ausgeprägt entwickelt. Es braucht Zeit, um vertrauensvoll in Beziehung treten zu können. Dieser wiederholt auftauchende Aspekt basiert auf biographischen Erfahrungen, die auch für ihren Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigen ein wesentliches Referenzsystem darstellen.

damals sag ich das so mehr für so 'ne jehomne Klasse jehommne Klasse“/14/9-10), wo die Kinder nicht den Hort besuchen müssen<sup>9</sup>.

Ihr eigene Unterschichtplatzierung („ich musste och in Hort jehn“/14/12) wird über diese schematische Milieu- und Klassentheorie mit expliziert. Sowohl sie als auch ihre Geschwister werden aufgrund nicht weiter detaillierter Schwierigkeiten vom Hortbesuch entbunden. Renate führt das auf eine familiäre Stigmatisierung zurück, die durch die institutionelle Entbettung pragmatisch aufgelöst wird. Die Herausnahme der Kinder wird aber nicht über eine stärkere elterliche Fürsorgeverantwortung ausgeglichen, d.h. die Geschwister bleiben sich weitgehend selbst überlassen. Die soziale Platzierung der Familie bleibt im Kontext des vorab entfaltenen oben-unten Schemas indifferent.

### 8.3.4 Unfaire Lehrer

Die Schulzeit wird als eine Phase von unablässigen Kränkungen und Schwierigkeiten skizziert. Von Seiten der Lehrerschaft werden keine individuell entwicklungsbezogenen Unterstützungsangebote oder kompensatorische Ausgleichsbemühungen sichtbar. Wohlwollende Mentoren bzw. Identifikationsvorbilder fehlen. Die nachteiligen Auswirkungen ihrer Blutkrankheit werden über schematische Lösungsstrategien fehlerhaft bearbeitet. Der Entstehungshintergrund ihrer Schwierigkeiten wird weitgehend ausgeblendet. Die Lehrer reagieren nicht sensibel genug auf ihre krankheitsbedingten körperlichen Veränderungen. Im Vergleich zu anderen Mitschülern fühlt sie sich grundsätzlich benachteiligt.

In diesem Zusammenhang werden nachträgliche Rachephantasien gegenüber den ehemaligen Lehrern sichtbar („...Schulzeit nur so mitmachen, um de Lehrer ma so richtig zu ärgern“/16/5). Diese werden kollektiv als inauthentisch etikettiert. Renate illustriert unterschiedliche Deklassierungserfahrungen, in denen einschneidende Negativerlebnisse mit den Lehrern erkennbarer werden.

So beschreibt sie beispielhaft eine Kränkungserfahrung im Fach Sport. Obwohl sie eine ärztlich attestierte körperliche Einschränkung hat, ist sie nicht vollständig vom Sportunterricht entbunden. Es kommt erneut zu Misserfolgserlebnissen. Sie muss an Turnübungen teilnehmen, die mit negativen Leistungseinschätzungen verbunden sind.

Trotz ihrer Bemühungen scheint sie unentrinnbar auf das Stigma der unsportlichen Dicken festgelegt. Eine andere Schülerin bekommt dagegen die Chance, ihre schlechten Sportnoten zu revidieren. Ihr wird das Potential zugetraut, bessere sportliche Leistungen zu erreichen. Dass R. dieses Möglichkeit nicht zugebilligt wird, scheint die eigentliche Kränkung darzustellen. Sie bleibt in einem konditionalen Bewertungsschema hängen.

Ausgleichende Erfolgserlebnisse sind eher die Ausnahme, werden aber auf z.T. verhängnisvolle Weise aufgehoben. Als sie in einer Klassenarbeit im Fach Geschichte ein sehr gutes Ergebnis erzielt, entwickelt der argwöhnisch gewordene Geschichtslehrer umfassendes Überprüfungsverfahren. Ein leistungsbezogenes Vertrauen wird ihr scheinbar nicht entgegengebracht. Sie gerät in den Verdacht, von ihrem leistungsstarken Banknachbarn Friedrich abgeschrieben zu haben. In einer mündlichen Kontrollüberprüfung vor dem Klassenverband kann sie ihre sehr guten Leistungen nicht bestätigen, was dazu führt, dass die Benotung herabgesetzt wird. Aus dem mühsam errungen Erfolgserlebnis entwickelt sich ein tiefgehendes

---

<sup>9</sup> Die soziale Herkunft bzw. Bildung der Eltern werden als soziale Differenzierungsmerkmale eingeführt und mit schematischen Ungleichheitslinien bzw. Oben-Untenschemata verbunden (dazu u.a. Kreckel 1992).

Kränkungsereignis. Diese von R. detailliert skizzierte Deklassierungssituation wiederholt sich in modifizierter Form auch bei anderen Leistungsüberprüfungen<sup>10</sup>.

Im Gegensatz zu den Vorzugsbehandlungen des leistungsstarken Peers illustriert Renate Situationen, die sie in beschämender Art und Weise auf Leistungsdefizite hinweisen. Ihre z.T. negativen Selbsteinschätzungen verstärken sich durch unfaire Leistungs- und Selektionskriterien<sup>11</sup>. Der schicksalhafte Charakter dieser Ereignisse verdichtet sich zu einem manifestierenden Benachteiligungsgefühl. Ihr sich kumulativ aufschichtender Leidensdruck führt wiederholt dazu, dass ihr Vater gegenüber den Lehrern interveniert. Die väterlichen Drohgebärden gegenüber den Lehrern werden z.T. beschwichtigend abgewehrt und bleiben weitgehend wirkungslos. Trotz seiner Bemühungen kommt es zu keiner wirklichen Entspannung.

„...un mein Vati muss ich sagen meine Eltern. ham sich wirklich viel. einjersetzt un mein Vati is och immer sehr viel hinjejang un hat immer jesacht. wenn das hier nich ofhört hat e jesacht dann tu ich mich an Schulrat von Bi. wenden //hm// 'ach Herr H.' (betont gesprochen) das wolln mer doch nich (?) so äh. das wolln wir doch nich 'so' (betont gesprochen) sehn und. wurde dann ehmt halt jesacht. und da hat er ehmt halt jesacht äh das kanns doch nich sein un wenn se das noch ausühm an meiner Tochter. „, 15/45-51

Aus solchen Verletzungserfahrungen nähren sich möglicherweise ihre kollektiven Negativurteile über die Lehrerschaft bzw. die schematischen Oberschichtklassifikationen von Mitschüler/Innen. Das von Renate entwickelte Schulszenarium ist von Kränkungerfahrungen durchzogen die biographisch kaum verarbeitet sind.

Gegensteuernd dazu lässt sich ein hartnäckiges Bemühen erkennen, diese Attributionen nicht einfach überzustreifen. Renates zählebiges Defizitbewusstsein wird durch situativ trotziges Aufbegehren bzw. Rachephantasien aufgebrochen.

Innerhalb des schulischen Rahmens kann sie für sich aber kaum biographische Handlungs- und Entwicklungsspielräume entfalten. In diesem Sinne wird die Schule als identitätsvermittelnde Instanz desavouiert. Der einzige Gewinn dieser Zeit scheint das erfolgreiche Ringen um eine gleichaltrige Freundin.

---

<sup>10</sup> Inwieweit sie tatsächlich regeldurchbrechende Versuche unternimmt, ihre Leistungen zu verbessern bleibt spekulativ. Auffällig ist das hohe Maß an Misstrauen und sozialer Kontrolle in Zusammenhang mit ihrem „unerwartet“ guten Klausurergebnis

<sup>11</sup> Fairnessregeln scheinen für R. eine signifikante Bedeutung zu haben. Was die gleichberechtigte Behandlung bzw. Ungleichbehandlung betrifft, ist sie aus ihren biographischen Erfahrungen heraus hochsensibilisiert. Egalitäre Prämissen konstituieren einen wohltuenden Maßstab, „...vor dem auch die mit Gütern und Vorrechten des Geistes Überhäuftten“ ihr gleichstehen. (Nietzsche 1999; 110). In diesem Sinne ist sie für Werte sensibilisiert, die sie schmerzlich vermisst hat. Solche Elemente von Gleichheit werden insbesondere in der Pflege von abhängig Hilfe- und Pflegebedürftigen aktiviert. Die dahinter stehende Idee der Gerechtigkeit lässt sich als „objektive Wahrheit“ kaum fassen (ebenda). In diesem Sinne geht es nicht um einen situativ unabhängigen „egalitären Radikalismus“ (ebenda; 111). Stellt man einen Bezug zu den Lebenslagen von Subjekten und deren Deutungen her, geht es nicht nur um die ungleiche Verteilung von (materiellen) Ressourcen oder ungleich verteilter Verfügungsgewalt. Auch dort, wo Macht willkürlich eingesetzt oder individuelle Befindlichkeiten, lebensgeschichtlich gewachsene Verletzungen bzw. soziale Verortungen diskreditiert oder sogar zerstört werden, kann man von Ungerechtigkeit bzw. Unfairness sprechen. Die Fairness gegenüber spezifischen Lebenslagen bildet einen Kontrast zu deindividualisierten Leistungsnormen. Solche Normen lassen im Einzelfall wenig Entwicklungsspielräume (vgl. Müller/Thiersch 1990; 43 f).

### 8.3.5 Kampf um die Freundin

In der neuen Klasse befindet sich ihre spätere Freundin Ute. Obwohl sie mit diesem Mädchen Haus an Haus wohnt, kommt es zu einem intensiveren Kontakt erst im Rahmen der Schule.

In einer Hintergrundkonstruktion wird diese Entwicklung nachgezeichnet. Das herantastende Werben um dieses Mädchen erweist sich als mühsamer Prozess. Die hartnäckig Umworbene hat bereits eine intime Freundin (Steffi). Sie erweist sich als wenig berechenbare Bezugsperson. Mal lässt sich Ute auf Renate und dann wieder einmal auf Steffi ein. Sie bewegt sich in einer belastenden Konkurrenzsituation. Sie will die Freundin ganz allein für sich gewinnen. Hier schwingt die Sehnsucht nach kontinuierlicher Zuwendung und Akzeptanz mit (1/27-34). Sie versucht die unmittelbare Nachbarschaft zu nutzen, indem sie die begehrte (Freundschafts-) Kandidatin regelmäßig abholt, um mit ihr gemeinsam zur Schule zu gehen. Ihre auf diesem Weg sichtbaren Smalltalk-Versuche dienen der vorsichtigen Annäherung, werden aber z.T. trotzig abgewiesen. Das Interesse an einer gemeinsamen Beziehung scheint bei Ute erst einmal sehr gering<sup>12</sup>. Ihre Freundschaftsbemühungen werden von den Eltern des umkämpften Mädchens anfeuernd honoriert. Sie schafft es die abweisenden Distanzierungsmuster von Ute auszuhalten, ohne sich selbst resignativ zurückzuziehen. Ihr offensives und ausdauerndes Werbeverhalten ist Ausdruck eines starken Beziehungswunsches, der durch die Verwendung des Kampfbegriffes deutlich angespannt wirkt. Dieser Charakter löst sich durch das sukzessive freundschaftliche Einlassen Utes allmählich auf. Ihre Bemühungen werden erwidert und es entwickelt sich eine kontinuierliche, für Renate geschwisterlich anmutende Mädchenfreundschaft. Gegenläufig zu der unberechenbareren Akzeptanz der anderen Mitschüler/Innen entwickelt sich eine stabile soziale Bindung. Die Beziehung zu der erkämpften Freundin wird retrospektiv als verlässlich und solidarisch eingeschätzt. Das Aufbegehren gegen ihre Außenseiter- und Ersatzradposition wird durch die errungene Freundschaft partiell belohnt.

„.. und da war ehmt die Nachbarfreundin drinne und die hatte ja aber nun schon e Freundin. obwohl mer uns och schon halt kannten. und die war ehmt damals en Einzelkind und Einzelkinder sin ja nich so einfach och früher schon nich jewesen und sie hatte ehmt immer so den Charakter jehabt. äh naja se hat sich ehmt och ihre Situation ausjesucht. wenn se ehmt halt mit Steffi dann war die und dann war ich ehmt halt nich un wenn ehmt Steffi nichts war dann war ich ehmt halt. und das hab ich nich verkräftet, das wollt ich nich. zum Beispiel wenn ich die früh wir sin ja och zusammen zur Schule jejang es war ja. günstig wir ham ja zu- fast zusammen jewohnt //hm//. so. und da hab ich die abjeholt un wenn ich dann sage ohr heute is schönes Wetter

---

<sup>12</sup> Thomas Mann beschreibt in seiner Erzählung „Tonio Kröger“ eine atmosphärisch ähnliche Schulwegsituation. Tonio, der Hauptheld der Erzählung, will mit seinem umworbene, von allen geliebten Schulfreund Hans, gemeinsam nach Hause gehen. Der gemeinsame Gang ist aufgrund einer Verabredung beschlossen und die Vorfreude darauf bei Tonio groß. Er ist in der Klasse eher der stille Außenseiter, während Hans von allen Seiten, einschließlich der Lehrerschaft, umworben wird. Ein gegensätzlicheres Paar kann man sich auf dem ersten Blick kaum vorstellen. Das freundschaftliche Einlassen auf den Außenseiter, scheint ein Balanceakt, da sich Hans widerstrebend aus der aufeinander eingespielten peer-group herausreißen muss. Für Tonio ist es dagegen ein besonderer Moment, den Freund ungeteilt für sich beanspruchen zu können. Aus dieser Skizze heraus ein kurzer Auszug: „Kommst du endlich, Hans?“ sagte Tonio Kröger, der lange auf dem Fahrdamm gewartet hatte; lächelnd trat er dem Freunde entgegen, der im Gespräch mit anderen Kameraden aus der Pforte kam. Und schon im Begriff war, mit ihnen davonzugehen...., Wieso? fragte er und sah Tonio an...“ Ja das ist wahr ! Nun gehen wir noch ein bißchen.“ Tonio verstummte, und seine Augen trübten sich. Hatte Hans es vergessen, fiel es ihm erst jetzt wieder ein, daß sie heute mittag ein wenig spazieren wollten? Und er selbst hatte sich seit der Verabredung beinahe unausgesetzt darauf gefreut ! „Ja adieu, ihr ,“ sagte Hans Hansen zu den Kameraden. „Dann gehe ich noch ein bißchen mit Kröger.“- Und die beiden wandten sich nach links, indes die anderen nach rechts schlenderten.“ (Mann, T. 1993; 98).

un. da hat mer schon. 'scheen heute is kalt' (betont gesprochen) so is die denn ehmt halt runterjekomm //hm// also es war nich einfach und ich äh. und ihre Eltern ham immer jesacht äh ich war ja och viel ohm bei-. Renate du hast es nich einfach mit Ute also die ham das schon jemerkt aber sa- ham se immer jesacht das find mer jut wie du da ehmt. so weiterkämpfst. un ich hab dann och jekämpft. äh die konnte ja immer mit Steffi ich hab da nischt dajegen aber irgendwie is dann das nachher. äh doch nich mehr so jewesen un dann warn mer. und dann warn wir noch mal wie Jeschwister da hab ich immer jesacht du müßtdest meine Schwester sin. //hm// so dann sin die Eltern in Urlaub jefahrn (?) zehnte Klasse. und da hab ich schon jeguckt am Fenster ob se fort sin und dann si- bin ich da mit hinjzogen die zehn Tage durft ich von de Eltern aus und so //ja//. das war wirklich nachher wie so Jesch- also. wirklich Fremde sin immer besser als wie de eijnen Jeschwister.“/12/29-13/10

Die gewonnene Freundschaft bildet einen Bezugsrahmen, entlang dessen sie ihre sozialen Defiziterfahrungen markiert. Auf der Basis dieser elementaren Reziprozitätserfahrung kommt es zu einer Durchbrechung von Fremd- und Selbststigmatisierungen. Das letztendlich erfolgreiche Ringen um einen signifikanten Anderen stellt eine prägende Beziehungserfahrung dar, die zu einer Stabilisierung ihres fragilen Selbstkonzeptes beiträgt. Hier wird möglicherweise eine biographische Lernstrategie sichtbar<sup>13</sup>.

### 8.3.6 Medikamentöse Nebenwirkungen als fortlaufendes Handicap

Ihre Schulzeit ist stark mit dem Krankheitsaspekt und den Nebenfolgen der Medikamententherapie verwoben. Die für den Klassenwechsel bedeutsamen Auslösebedingungen bleiben auch in dem ruhigeren Umfeld des neuen Klassenverbandes relevant. Ihre Hörfähigkeit bleibt weiterhin eingeschränkt, sodass es zu wiederkehrenden Problemsituationen kommt. Die kompensatorische Versetzung in ein für sie günstigeres Lernumfeld bleibt unzureichend. Durch ständige Mittelohrinfektionen kommt es zu einer sukzessiv zunehmenden Verschlechterung ihrer Aufnahmefähigkeiten. Aus dieser leistungsmindernden Handicapsituation heraus wird ihr Wechsel an die Gehörlosenschule erwogen. Diese Vorstellung löst bei ihr massive Ängste aus. Ihre mühsam errungene Teilintegration in die Klasse, insbesondere durch die für sie bedeutsame Freundschaft zu einer Mitschülerin, scheint aufs neue gefährdet. Das mit einer Umschulung verbundene neue Umfeld, mit wieder fremden Kindern, löst massive Vermeidungsängste aus. Darüber hinaus schimmert ein latentes Unbehagen durch, das sich mit dem stigmatisierenden Gefühl verbindet, in eine Behindertenschule gehen zu müssen. Die Vorstellung endgültig gehandicapt bzw. behindert zu sein, verstärkt sich noch durch die Risiken eines geplanten operativen Eingriffes. Der potentiell drohende Verlust der Hörfähigkeit verdichtet sich zu einer bedrohlichen Situation. Aus diesem Konglomerat von diffusen Ängsten und konkreten Befürchtungen entwickeln sich Widerstände und Abwehrhaltungen. Eindringlich versucht Renate die Mutter davon abzubringen, sie sowohl operieren zu lassen als auch einen Schulwechsel zu vollziehen. Durch die gefühlsmäßigen Irritationen und Widerstände ihrer Tochter wird möglicherweise den Eltern der gefahrvolle Charakter geplanter Interventionen deutlicher bewusst. Die elterlichen Zweifel an der Notwendigkeit dieser Maßnahmen verstärken sich, sodass die gefürchteten Ereignisse zurückgestellt werden.

---

<sup>13</sup> Es braucht Zeit, um endlich anerkannt zu werden.

Das Medikament wird dann abgesetzt, wobei der Zeitpunkt relativ unklar bleibt. Mit der Beendigung der medikamentösen Dauertherapie nimmt auch der Druck zu, körperlich abzunehmen. Die mit dem Medikament zusammenhängenden Nebenfolgen müssten theoretisch verschwinden. Diese einfache (medizinische) Rechnung geht nur partiell auf. Die akustischen Beeinträchtigungen gehen zwar zurück, Renate bleibt aber weiterhin übergewichtig. Da sie nicht an Gewicht verliert, wird von außen auf eine bewusstere Ernährung gedrängt. Dass Renate auch nach Absetzung des Medikamentes wieder Verzicht üben soll, d.h. sich nicht wie die anderen Kinder ernähren darf, scheint ihr in dieser Situation nur schwer vermittelbar. Der Verzicht auf Süßigkeiten wird von Renate trotz mütterlicher Zurechtweisungen und Schimpftriaten nicht kontinuierlich eingehalten. Es kommt zu sinusförmigen körperlichen Ab- und Zunahmeverläufen. Ob der Genuss von Süßigkeiten auch ein liebgewordener Kompensationsmechanismus ist, um Kränkungen auszugleichen, kann nur vermutet werden. Im weiteren Prozessverlauf verzichtet die Mutter darauf, verbalen Druck auf sie auszuüben.

### 8.3.7 Leibliche Integrität und soziale Scham

Trotz der Aufforderung ihrer Freundin sich auch mit anderen Gleichaltrigen zu vergnügen, scheut sie den öffentlichen Blick. Renate deutet kumulativ sich aufschichtende Schamgefühle an. Das Meiden von Gruppenzusammenhängen bzw. kollektiven Vergnügungen wird mit potentiell immer wieder auftretenden Beschämungen begründet. Diese werden bildhaft vorweggenommen und szenisch durchgespielt.

Die präventive Vermeidung von Kränkungen führt zu Ausweich- und Rückzugsmanövern, in welche die Mutter strategisch mit einbezogen wird. Diese sie sozial isolierenden Verhaltensmuster setzen sich bis in die Zeit ihrer Berufsschulbildung fort.

Tendenziell will sie nicht unter Rechtfertigungs- und Erklärungsdruck geraten und auf die eigentlichen Ursachen ihrer körperlichen Deformierung hinweisen.

Es entsteht das Szenarium einer gnadenlosen Umwelt, die sie unwissend auf ihr adipöses Aussehen reduziert. Ihr Eigenanteil an dieser (selbststigmatisierenden) Etikettierung wird reflexiv ausgeblendet. Es dominiert der entlastende Blick auf die anderen. Die einseitige Spiegelung als dick und aufgeschwemmt wird als Verkennung ihres eigentlichen Selbst empfunden. Die von ihr konstruierten Fremdbildwahrnehmungen, im Kontext vermeintlich eindimensionaler Etikettierungen ihrer Person, scheint aber auch ein Indikator für eigene Spiegelungen zu sein. Sie narrt sich in gewisserweise selbst, d.h. identifiziert sich (einseitig) mit dem Bild der hässlichen Dicken. Sich selbst so sehen und von anderen so Gesehen werden fließen scheinbar unentwirrbar zusammen, ohne dass eine deutliche Differenz zwischen diesen unterschiedlichen Blickwinkeln markierbar ist.

Ein fortdauerndes Bemühen Kränkungserfahrungen zu reduzieren wird sichtbar. Durch die Explikation von schuldhaften Selbstbezeichnungen ehemaliger Mitschüler/Innen und Spielgefährten kommt es zu einer Abmilderung von negativ aufgeschichteten Gefühlslagen. Die in diesem Kontext eingeblendete kollektive Entschuldigungsformel ist für sie Ausdruck eines verspäteten (Schuld-)Geständnis.

„...Renate wir ham di ja alle so unrecht jetan. du bist einlich so e juter Kerl un alles so.“/8/30-31

Die damaligen Täter werden zu entlastenden Zeugen für die ihr ungerechtfertigt zugefügten Verletzungen moralischer Normen<sup>14</sup>.

Die Einschätzungen über ihre Person verschieben sich. In diesem Sinne werden die für sie verzerrten Fremdbildrahmungen gerade gerückt. Das Aufweichen bzw. Revidieren der (vermeintlich) einseitigen körperbezogenen Wahrnehmungen kommt ihrem Wunsch entgegen, sie stärker auf ihre „inneren Werte“ hin zu betrachten. Das Aufbrechen von leibbezogenen Missachtungen durch die verspätete Aufwertung von Renates positiven Verhaltens- und Charakterqualitäten kann die erfahrenen Missachtungserlebnisse nicht einfach auslöschen. Trotz der für sie genugtuenden Zurücknahme bzw. Relativierung kindlicher Kränkungen bleiben die Verletzungen der Kinder- und Jugendzeit unaufhebbar und lebenssthematisch virulent.

### 8.3.7.1 *Spiel der Geschlechter*

In der biographischen Bilanzierung wird der Übergang von der Kindheit in die Jugendphase als schwierige Zeit eingestuft. Die Jugendweihe wird von ihr als Statuspassage markiert, in dessen Folge sich erste sexuelle Kontakte zwischen den Geschlechtern entwickeln<sup>15</sup>.

„in der Kindheit denk ich mal so äh. ab.. vierzehn Jahre, wo mer.. da- das (druckst) will ich e mal so sagen is ja klar. wo nachher so Jugendweihe wo 's dann anfängt mit Freu- ä mit Freund und so.  
„/27/42-44

Insbesondere in diesem Zeitraum ist ihr körperliches Selbstbild so negativ, dass sie sich ein attraktiveres Aussehen wünscht, um vom anderen Geschlecht umworben zu werden.

„da hatt ich mir manmal so vorjestellt och ma so.. //hm// die Fijur zu ham...wer will mich denn haben //hm// keiner. das is das war so un das is och so jewesen //hm//. und 'da' (betont gesprochen) muss ich sagen, das das is der Punkt wo ich da hätt ich mal 'ne andre Haut schlüpfen möchten..“/27/48-51

Im Vergleich zu ihrer Freundin sowie den anderen Mitschülerinnen kommt es zu keinen Kontaktversuchen mit männlichen Jugendlichen. Die im Rahmen adoleszenter Lebensmuster „normale(n) Bedürfnisse“(28/1) kann sie nicht spielerisch ausprobieren. Ihre erwachenden sexuellen Bedürfnisse und Wünsche bleiben ungesättigt. Diese ungemachten Erfahrungen hinterlassen ein schmerzhaftes Defizitgefühl. Ihre zweitälteste Schwester verstärkt dieses Empfinden noch durch zusätzlich veletzende „Sticheleien“ (28/3). Durch diese Aufschichtungen entzieht sie sich dem Spiel der Geschlechter. Die Beendigung dieses asketischen Rückzuges erfolgt erst nachdem sie ihren ersten Mann kennen gelernt hat.

---

<sup>14</sup> Diese Übertretungen beziehen sich m.E. auf den nicht eingehaltenen Anspruch der gegenseitigen Achtungsbereitschaft.

<sup>15</sup> Die im Alter von 14 Jahren von der Mehrzahl der Jugendlichen vollzogene Jugendweihe, die als „mystisch-dunkles Initiationsritual“ Jugendliche in den Kreis der Erwachsenen hinaufhieven sollte, wird von R. eher als Hintergrundereignis angeheftet, um ihre erwachenden Bedürfnisse gegenüber dem anderen Geschlecht zeitlich einzubetten (Wensierski 1994; 37). In diesem Zusammenhang wird das kollektiv vollzogene Ritual primär nicht in seiner politisch-ideologischen Bedeutung expliziert.

### 8.3.7.2 Die Schwester als Stigmatisierungsagentin

Ihre zweitälteste Schwester verhält sich aus ihrer Sicht nicht loyal. Es wird eine deutliche Spannung zwischen den nur ein Jahr auseinander liegenden Schwestern sichtbar.

Die namenlos bleibende Schwester transportiert die feindliche und stigmatisierende Außenwelt in den familiären Raum hinein.

„...du brauchst ja nicht zur Disco zu gehen.äh da sagen sie gleich die Fette was willst du.“/8/14-16

Ihre verletzlichen Seiten werden schonungslos offengelegt bzw. immer wieder attackiert. Durch die verletzenden Äußerungen der Schwester kommt es zu einer krisenhaften, bis in den familiären Rahmen reichenden, Missachtungserfahrung<sup>16</sup>.

Renates implizite Schutzerwartung, dass sie aufgrund ihrer krankheitsbedingten körperlichen Aufschwemmung zumindest interfamiliär nicht stigmatisiert wird, erfüllt sich so nicht.

Die private Sphäre wird nicht zu einem (kompensatorischen) Schutzraum, in dem sie sich sicher und geborgen fühlen kann. Dass sie z.T. auch innerhalb des familiären Rahmens entwürdigt bzw. beleidigt wird, stellt einen unerwarteten Verlust an sozialer Wertschätzung dar. Die stigmatisierende Bloßstellung des eigenen Körpers führt zu Rückstoßerlebnissen, die zu einer tiefgehenden Senkung des eigenen Selbstwertgefühls beitragen. Ihre sich bereits abzeichnenden Rückzugstendenzen und Selbstabkapselungen verstärken sich.

Renate bemüht sich vergeblich um die Gunst ihrer Schwester. Trotz wiederkehrender Annäherungsversuche entwickelt sich kein solidarisches Verhältnis zwischen den Geschwistern. Es kommt auch weiterhin zu Kränkungs- und Enttäuschungserfahrungen. Die Schwester erscheint gegenüber Renate als böse Macht, gegen die sie sich kaum wehren kann. Ihre intrigante Schlaueit bleibt für sie bis in die Gegenwart hinein bedrohlich.

„ehr ich einmal überleht hab da bin ich schon dreimal sach ich mal.überrumpelt“10/7-8

Eine gegensteuernde familiäre Ermutigung bzw. Gruppensolidarität wird in diesen Zusammenhängen nicht sichtbar. Die erkämpfte Freundschaftsbeziehung zu Ute kann den Mangel an Anerkennung nur bedingt ausgleichen. Die sie fortlaufend Begleitenden außer- und interfamiliären Anspielungen in Bezug auf ihre Beleidigung haben eine tendenziell identitätsaushöhlende Wirkung<sup>17</sup>. Ihre leibliche Integrität wird nachhaltig missachtet. Die stigmatisierenden Betrachtungen ihres Körpers konstituieren einen fragilen Selbstbezug. Der eigene Körper wird ihr fremd. Leibliche Qualitäten werden zu weitgehend unintegrierten Bestandteilen ihres Selbstkonzeptes. Diese Entwicklung führt zu einer Art sozialer Scham, einem Gefühl, das sich negativ auf ihr Selbstvertrauen ausgewirkt hat.

---

<sup>16</sup> Aus der Verschränkung von Individualisierung und Anerkennung ergeben sich Verwehrbarkeiten, die mit dem Begriff der „Missachtung“ bezeichnet werden können. Mit der Erfahrung von Missachtung entstehen Verletzungsdispositionen, welche die personale Identität zum Zusammenbruch bringen können (Honneth 1992; 219).

<sup>17</sup> Die Sicherung der Identität kann über drei Dimensionen näher aufgeschlüsselt werden:

- a) Regulierung der Nähen und Distanzen, die in der Interaktion zwischen den Beteiligten eingehalten werden.
- b) Die Verteilung der Chancen unter den Mitgliedern, Initiativen zu ergreifen bzw. die Aktivitäten der anderen bloß zu erleiden
- c) Grad der Konvergenzen und Verschiedenheiten, die zwischen den normativen Orientierungen, insbesondere zwischen den intersubjektiv anerkannten Selbstbildern besteht (Habermas 1995; 261).

### 8.3.8 Ambulante Betreuung in der Schulzeit

Im Anschluss an ihren ersten längeren Klinikaufenthalt muss R. zu täglichen Blutuntersuchungen in eine ambulante Einrichtung. Diese Prozeduren begleiten sie während ihrer gesamten Schulzeit. Auf deutliche Weise signalisiert sie ihr Unbehagen gegenüber diesen engmaschigen diagnostischen Kontrollen. Es wird nicht ganz klar, ob diese Kontrollen im weiteren Verlauf weitmaschiger erfolgen bzw. sogar ganz eingestellt werden können.

„...immer zur zur äh Ambulanz. //hä hä// immer. un was mich dann och immer so sach ich mal ehmt im Stillen so 'n bisschen anjekotzt hat. ich musste je- jeden jeden Tag äh Blut abziehn aus 'm Ohr oder aus 'm Finger. und jeden zweete Tag hier. und. ständige Blut- äh kontrolle war das und das ohr da da da is mer och schon mit 'n Hass ranjejang'.“/11/4-8

Der Heilerfolg bleibt eher brüchig. Die sich institutionalisierenden Verfahren sind ein ernstzunehmender Indikator für ihre potentiellen Krankheitsgefährdungen. Der bedrohliche Charakter ihrer Blutkrankheit bleibt weiterhin erhalten. Darauf deuten auch morphologisch sichtbare Hautveränderungen hin. Die in diesem Zusammenhang eingeleiteten Behandlungsmethoden erzeugen angstbesetzte Vorstellungen. Der invasive Charakter dieser Maßnahmen wird über das symbolische Bild des in sie eindringenden Bohrers sichtbar gemacht.

„...und dann hatt ich irjendwie hier son gelben Fleck. //hm// kann ich nur noch so nachvollziehn. un den ham se mir irjendwie mit son Jerät wegjemacht. da de- da weeß ich och noch wie ich so of die Liege lie- hier und das müssen irjendwelche Strahlen ach für mich war das eh als ob der Bohrer sich da reinjedreht. also das Bild seh ich och noch aber. jetzt sag ich mir nei- //hm// das kann keen Bohrer jewesen sin //hm// sie kann ja nich durch. aber dann war das nachher weg. ne.. „/13/17-23

Die soziale Welt des Krankenhauses bleibt ihr vertraut. Ihre in Zusammenhang mit Kontrollen und Therapiemaßnahmen notwendigen Besuche der Uniklinik in H. nutzt sie auch, um den Kontakt mit den ihr vertrauten Krankenschwestern auf der Station aufzufrischen. Die Station wird zu einer Art Homepage (Heimat), zu der sie episodisch immer wieder zurückkehrt. Hier wird sie herzlich empfangen und als für die Schwestern sichtbarer Heilerfolg gefeiert.

„...und ich muss och sagen de Anfangszeit. nachher hat sich das ja jelecht, weil ich denke da sin och viele Schwester widder jewechselt. jedes Mal wenn wir dort warn bin ich immer of Station zurückjejang un hab hab meine hab ehmt meine Schwestern besucht....die warn immer so nett und so freund- die ham sich och jefreut und so //hm// und ich denke die sind ja och froh, wenn se jedes Kind so. einjermaßen jeheilt ham. ähm und die ham och immer jesacht Renate kommste uns widder besuchen und das hab ich och jemacht. „/12/13-22

Renate findet dort eine Akzeptanz, die mit den leidvollen Anerkennungsschwierigkeiten und Missachtungserlebnissen innerhalb ihrer peer-Group kontrastieren. Die erholsamen Anerkennungserlebnisse auf der Station verweisen somit auch auf die belastenden Schwierigkeiten außerhalb des Krankenhauses.

„, ehmt wie jesacht ich hatte och meine meine Kindheit och sehr schön jetzt hier so. mit Schulfreu- aber ehmt. das äh nachher wenn se ehmt halt Wut oder wenn Zank. dann is das ehmt hochjekomm „/12/23-25

Dass sie diese Erlebnisse aktiv sucht, weist auch auf soziale Kompetenzen hin, die mit ihren sonstigen sozialen Rückzugs- und Bedeckungsstrategien kontrastieren. Der Aufenthalt im Krankenhaus wird unter diesem Aspekt zu einer positiven Gegenerfahrung. Ihr sozialer Status scheint hier deutlich höher als in Schule oder Familie

## 8.4 Familienfiguration

Die Beziehungen zu Eltern und Geschwistern werden bruchstückhaft in die Haupterzählung eingestreut. Aus diesem Puzzle entsteht ein zerrissenes, von Ambivalenzen durchdrungenes Familiengeflecht. Die wenigen schönen Familiensituationen werden auf paradoxe Weise markiert.

### 8.4.1 Schöne Zusammenkunft

Die ganze Familie erkrankt an Ruhr und wird kollektiv ins Krankenhaus eingewiesen. Sie beschreibt diese durch die Infektionskrankheit ausgelöste Zusammenfindung der Familie als schönen Moment. Die kaum ausgestaltete Episode wird zu einem außergewöhnlichen Ereignis ihrer Kindheit.

Ihre Geschwister und Eltern leben kurzzeitig in einer ihr vertrauten sozialen Welt. Die gemeinsam geteilte Erfahrung löst ihren durch Krankheit und langwierige Behandlungen sichtbaren familiären Sonderstatus temporär auf.

Möglicherweise wird das gemeinsame Zusammensein in der Klinik als Kontrapunkt zum alltäglichen familiären Rahmen empfunden. Das Entbundensein der einzelnen Familienmitglieder von den verschiedenen Alltagsaufgaben (beruflichen, hauswirtschaftliche, schulischen u.a. Aufgaben) konstituiert eine urlaubsähnliche Situation. Trotz der Erkrankung deutet sie eine entspannte Familiensituation an. In diesem Sinne werden implizit über diese Episode auch interfamiliäre soziale Defizite ausgedrückt.

„,...und dann hab ich noch so'n schönes Erlebnis. im Kindergarten.. da ham wir irjendwie de ru- da war de Ruhr. //hm// und da ham wir alle dreie de Ruhr jekricht. un meine Eltern dann och und dann sin wir alle fünfe ma im Krankehaus jewesen. also die janze Familie das kann- das hats ja wirklich je- also. selten is das. und da ham mer ja och nischt jemisst 'da warn ja alle da' (lachend gesprochen)“/8/49-9/7

### 8.4.2 Die strafende Mutter

Die Mutter wird als zumeist angespannte Bezugsperson beschrieben („immer mächtig jereizt“/6/4). Die Erinnerung an die Mutter ist ambivalent. Renate bemüht sich sensibel darum die Belastungen der Mutter nachzuzeichnen und ihre emotionalen Verhärtungen zu verstehen. Die lange Arbeits- und Wegezeit der Mutter sowie die Anforderungen der Kindererziehung und

Haushaltsführung werden als Mehrfachbelastungen gesehen, die für den angespannten Zustand der Mutter mitverantwortlich sind. In diesen Rahmen fallen für sie auch die mit ihrer Krankheit verbundenen zusätzlichen Erschwernisse hinein. Die fehlenden Selbstpflegemöglichkeiten der Mutter werden verständnisvoll reflektiert. Trotz dieser einführenden Perspektivenübernahme bleibt der wenig liebevolle und strafende Erziehungsstil der Mutter in unguter Erinnerung. Insbesondere Situationen, in denen sie körperlich gestraft wurde, sind bei ihr haften geblieben („immer so ma paar hinter de Löffeln jekricht hab oder so“/6/7). In solchen Momenten entwickelt sie gegenüber ihrer Mutter Hass und Tötungsphantasien („ohr wenn die tot wäre“ 6/9). Der Vater bleibt weitgehend unsichtbar und scheint in den familiären Alltag nur peripher eingebunden. Der Schichtdienst des Vaters reduziert möglicherweise die zeitlichen Spielräume für die Familie. Die affektuelle Bindung und Reibung zur Mutter ist intensiver („spielte sich ja alles..mit meiner Mutti ab“ 6/18). Im Gegensatz zu ihr wird aber der Vater als weniger hart und strafend empfunden. Die körperlichen Sanktionierungen der Kinder werden von ihm nicht akzeptiert. Es kommt deshalb zu verdeckten Streitsituationen zwischen den Eltern. Die Kinder spüren diesen Dissens und suchen insbesondere dann (ausgleichenden) Schutz beim Vater, wenn die Mutter zu gewaltsamen Interventionen greift.

#### 8.4.3 Verletzungsdispositionen des Vaters

Die ablehnende Haltung des Vaters gegenüber körperlichen Bestrafungen wird über dessen eigene Kindheitserlebnisse plausibilisiert. Er hat als Kind selbst prägende Misshandlungserfahrungen erleiden müssen. Seine Verletzungsdispositionen führen zu aktiven Vermeidungsstrategien, d.h. körperliche Disziplinierungen werden als Erziehungsmittel gegenüber den Kindern ganz bewusst abgelehnt.

In einer Hintergrundserzählung wird die schwierige Kindheit ihres Vaters skizziert. Der frühe Tod seiner Mutter, als er erst ein Jahr alt war, wird zum traumatischen Ereignis. Sein Vater heiratet erneut. Die Stiefmutter greift gegenüber dem Jungen zu körperlichen Züchtigungen. Kontrastiv dazu behandelt sie ihre eigenen Kinder sehr liebevoll. Die Konflikte zwischen der Stiefmutter und ihm verschärfen sich offensichtlich so sehr, dass er aus der Familie herausgenommen werden muss. Ihr Vater kommt in eine Pflegefamilie, wo sich seine Lebenssituation entspannt. Die Kindheit des Vaters erscheint insgesamt lieblos, was sich aus ihrer Sicht in der Schwierigkeit widerspiegelt, seine Gefühle offen ausdrücken zu können.

#### 8.4.4 Entthronisierungserlebnis

Die elterliche Beziehung wird als verlässlich und gut eingeschätzt („alles janz jut“/7/43). Konflikte und Kontroversen werden auf der Vorderbühne eher nicht vor den Kindern ausgetragen. Die Eltern präsentieren sich gegenüber ihren Töchtern als eingespieltes harmonisches Paar, die sich wechselseitig nicht offen attackieren. Dadurch, dass Renate aufgrund der beengten familiären Wohnsituation zeitweise im elterlichen Schlafzimmer nächtigen muss, wird diese Fassade aufgebrochen<sup>18</sup>. Als sie etwa sechs Jahre alt ist, erinnert sie sich an eine

---

<sup>18</sup> Der für seine psychologisch tiefsinnigen Filme gerühmte schwedische Regisseur Ingmar Bergmann erzählt in seiner autobiographisch gefärbten Erzählung „Sonntagskinder“ (1996) von einem ähnlichen Schlafzimererlebnis. Die überraschende Erfahrung wird auf eindruckliche Weise beschrieben. Vermischt mit einem fiktiven Dialog seiner Eltern, in dem erfundenes, erratenes und rekonstruiertes auf unentwirrbare Weise zusammenfließen. Hier ist es der nach außen hin starke, aufgrund seiner

Situation, wo sich beide Elternteile über die unterschiedlichen Erziehungs- bzw. Sanktionierungsvorstellungen gegenüber den Kindern streiten. Ihre Mutter wirft emotional äußerst aufgewühlt dem Vater mangelnde Rückendeckung bzw. Loyalität im Zusammenhang mit ihren körperlichen Züchtigungsversuchen vor. Das Bild der weinenden Mutter bleibt eine sie sehr bewegende Hinterbühnenerfahrung. Ihre Mutter erscheint in dieser Situation ungewohnt schwach und hilfebedürftig. Renates kindlicher Blick auf die Mutter verändert sich. Die vordergründige Strenge und Gereiztheit der Mutter wird durch diese überraschende Erfahrung aufgeweicht. Durch dieses Erlebnis wird die Mutter gewissermaßen entthronisiert. Ausgelöst durch dieses Ereignis entwickelt sich ihr gegenüber ein verwirrendes Geflecht von fürsorglichen Impulsen und persönlichen Schuldgefühlen. Selbstbeschuldigend macht sie sich und ihre Geschwister dafür verantwortlich, dass die Mutter situativ entgleist. Renate versucht die vermeintlichen Erwartungen der Mutter umzusetzen, ohne dass eine klare Antizipation des wünschenswerten Verhaltens überhaupt möglich scheint. Trotz ihrer Bemühungen kommt es auch weiterhin zu aggressiven Attacken gegenüber den Kindern. In Bezug auf die Mutter entwickelt sich ein ambivalentes Gefühlskonglomerat von Hass, Mitleid und Dankbarkeit. Eine emotional verlässliche Bindung zwischen Mutter und Tochter entwickelt sich nicht.

#### 8.4.5 Unausgehandeltes Geschwisterverhältnis

Die Beziehung zu den älteren Schwestern wird rückblickend als weniger gut („war nicht so“ 5/39) eingeschätzt. Sie werden in abgestuften Rahmungen als sehr dominant erlebt. Hier deutet sich eine selbstverständliche Hierarchie unter den Geschwistern an, in der sie als Jüngste ganz unten steht.

Die mittlere Schwester wird als egoistische und rechthaberische Person charakterisiert. Über diese Rahmung wird die Unterschiedlichkeit des Empfindens bzw. des Charakters zwischen ihr und der Schwester markiert. Kontrastiv dazu stellt Renate bei ihrer ältesten Schwester eine Ähnlichkeit des Charakters heraus.

„...meine große Schwester vom Charakter ist die einlich so ähnlich wie ich.“/9/35

Ihr gegenüber wird eine freundschaftlichere bzw. solidarischere Beziehung angedeutet. Das potentiell konfliktbeladene Verhältnis zu den älteren Geschwistern wird mit der Überlastungssituation der Eltern in Beziehung gesetzt. Die Berufstätigkeit der Eltern erzeugt eine Situation, in der sich die Geschwister häufig selbst überlassen sind.

„...und irjendwo musst mer uns ja unternander selbst erziehen.“/6/5-6

---

cholerischen Ausfälle aber auch gefürchtete Vater ,der in einer vom Sohn heimlich wahrgenommen Eheszene überraschend Ängstlichkeit und tiefe Zweifel offenbart. Dieses irritierende Ereignis wird als eine Art entzaubernder Wendepunkt markiert, der nicht ohne Einfluss auf die Identität des Sohnes bleibt. Der sichere Rahmen seiner Kindheit löst sich auf. Die Eltern erscheinen in einem ganz anderen Licht: „ Vater sitzt auf einem weißen Stuhl mit hoher Rückenlehne....Pu meint, er würde direkt durch ihn hindurchstarrten, aber die Augen sind blicklos, vermutlich sieht er nichts anderes als seine eigene Betrübnis....Ich erinnere mich an das Bild. Ich kann es jetzt sehen oder wann immer ich will, ich erinnere mich an das Erschrecken, über den Abstand und die Starrheit. Der Augenblick, der ein tödlicher Schlag gegen Pus kontrolliertes Weltbild war, worin sogar Gespenster und Bestrafungen den Beweis für eine von Pu selbstbeherrschte Wirklichkeit darstellen. Es zerfiel oder löste sich auf, nichts blieb zurück. Ein König wurde entthront und gezwungen, sein Königreich zu verlassen, und als der Kleinste und Erbärmliche aller Kleinen und Erbärmlichen mußte Pu nun das Land erforschen, das man ihm geraubt hatte und das zu seinem Entsetzen keine Grenzen hatte.“ ( Bergman 1996; 80 f)

Darüber hinaus erfolgen frühe funktionelle Aufgabenübertragungen im Haushalt. Die Zuweisung und Aushandlung der Haushaltspflichten bleibt den Kindern selbst überlassen. Häufig entsteht eine Koalition der älteren Geschwister, wodurch Renate zum Aschenputtel wird, d.h. sie muss die anfallenden hauswirtschaftlichen Aufgaben allein übernehmen. Auch wenn episodisch ein Bündnis mit der großen Schwester erfolgt, bleibt die Beziehungskonstellation spannungsgeladen. Dabei wird die mittlere Schwester zum Zünglein an der Waage. Sie wird als signifikante Stigmatisierungsagentin eingeführt. Mit ihr verbindet Renate ein sehr angespanntes Geschwisterverhältnis. Im weiteren Verlauf der Erzählung wird sie episodisch immer wieder eingespielt. Dabei werden zugespitzte Konfliktsituationen angedeutet, in denen die Schwester als intrigant und ausbeuterisch skizziert wird („die hat uns ehmt immer nur ausjenutzt“/13/33). Die z.T. heftigen, im Erwachsenenalter offen aufbrechenden Spannungen werden auch in Bezug zu ihrer, sie lange begleitenden Blutkrankheit gesetzt. Die mit ihrem Zustand verbundenen Veränderungen und Einschränkungen sind mit einem System von Rücksichtsnahmen und Aufmerksamkeiten verbunden, die möglicherweise bei den Geschwistern auch aggressive Impulse bzw. Neid auslösen. Die ohnehin knappen elterlichen Zuwendungen werden phasenweise stärker auf Renate fokussiert. Die möglicherweise damit verbundenen Zuwendungsdefizite gegenüber den gesunden Geschwistern erzeugen Eifersucht bzw. Rachegefühle, die in Abwesenheit der Eltern unzensiert ausgelebt werden können. Auf dieser Folie kann auch die unerwartete Durchbrechung von Reziprozitätsgrundsätzen verortet werden. Die Gratifikationsbalancen unter den Mitgliedern der Familie scheinen gestört. Renate geht davon aus, dass ihre Bereitschaft zum Teilen bzw. Verschenken auch von den Geschwistern praktiziert wird. Die Nichterfüllung dieser Erwartungen führt zu prägenden Rückstoßerlebnissen<sup>19</sup>.

Als Jüngste in der Geschwisterkonstellation ist Renate um ein gutes Verhältnis bemüht. Tendenziell beklagt sie sich gegenüber den Eltern nicht über ihre Geschwister. Ihr fragiles Selbstbewusstsein sowie ihr Bedürfnis nach akzeptierenden und verlässlichen Beziehungen führen zu (stillen) Zurückhaltungen und Selbststigmatisierungen. Es fehlt die elterliche Moderation, um diese Konflikte und Hierarchien aufzuweichen<sup>20</sup>.

Erst im Erwachsenenalter kommt es zu einem eruptiv ausbrechenden Widerstandsversuch. Ohne dass ein genau zu markierender Auslöser in der Erzählung sichtbar wird, schlägt Renate ihre hochschwängere Schwester. Ihr affektiver Ausbruch deutet auf die subjektiv tiefgehende Verankerung von Missachtungserfahrungen hin. Der aggressive Widerstand gegenüber ihrer mittleren Schwester wird zu einem verspäteten Kampf um Anerkennung<sup>21</sup>. Ventilartig brechen

---

<sup>19</sup> Insbesondere Rückstoßerlebnisse sind der Schlüssel für die handlungstheoretische Konzeption menschlicher Gefühle. Negative Gefühle lenken die Aufmerksamkeit auf die eigene Erwartungshaltung in einer bestimmten Situation bzw. Augenblick. Falls der geplante Anschluss auf eine vollzogene Handlung ausbleibt oder nicht gefunden werden kann, konstituieren sich spannungsgeladene Erregungszustände (Honneth 1992; 221).

<sup>20</sup> Die asymmetrische interfamiliäre Machtverteilung, mit illustrativ eingeblendeten Dominanzbeziehungen und Koalitionsbildungen, entsprechenden Konfliktspannungen, diskrepante Erwartungen, reziproke Abwertungen usw. sind u.a. Kennzeichen von Symptomfamilien (Habermas 1995; 261).

<sup>21</sup> In Anbindung an die pragmatistische Psychologie können subjektiv erlebte Gefühle in Abhängigkeit von Handlungsvollzügen betrachtet werden. Als leibgebundene Erregungszustände begleiten sie die Erfahrung von geglückten oder misslungenen Handlungserlebnissen. In diesem Verständnis stellen Gefühle affektive Reaktionen, im Rückstoß des Erfolgs oder Misserfolgs unserer Handlungsabsichten, dar (Honneth 1992; 221). Interessant scheint in diesem Zusammenhang die von Honneth entwickelte Deutung von Anerkennungsaktivitäten: „...denn die negativen Gefühlsreaktionen (z.B. Scham, Wut, Empörung, Trauer), die die Erfahrung von Missachtung physisch begleiten, können genau die affektive Antriebsbasis darstellen, in denen der Kampf um Anerkennung motivational verankert ist.“ (ebenda; 219). Ihr aggressiv aufbrechendes Aufbegehren gegenüber jahrelangen Missachtungserfahrungen erscheint destruktiv überzogen. Die aggressive Entladung ist für sie aber wohltuend. Die

jahrelang aufgestaute Frustrationen auf. In einer Situation in der ihre Schwester wenig wehrhaft erscheint, kommt es zu einer körperlichen Attacke<sup>22</sup>.

Die anwesende Mutter versucht den Konflikt zu schlichten, wobei gegenüber R. deutliche Zurechtweisungen und verbale Drohungen fallen. Das Einmischen der Mutter wird als einseitiges Eintreten für die gehasste Schwester empfunden. Dass diese in einer Situation interveniert, wo sie endlich ihre durch die Schwester erlittenen Kränkungen rächen kann, führt zu einer Verstärkung von negativen Gefühlen<sup>23</sup>.

Die Attacken richten sich nun in abgeschwächerter Form auch gegen die Mutter<sup>24</sup>. Auch ihr gegenüber werden lang unterdrückte Aggressionen sichtbar. Die von thematischen Abbrüchen begleitete Darstellung des eskalierenden Geschwisterkonfliktes weitet sich zum Mutter-Tochterkonflikt aus.

Die nachträgliche Versöhnung mit der Schwester bleibt labil. Ihr angestregtes Bemühen eine erneute Eskalation des Geschwisterkonfliktes zu vermeiden, deutet auf ein fragiles Beziehungsgleichgewicht hin. Das Verhältnis bleibt angespannt und vom wechselseitigen Misstrauen geprägt („es is keen jutes Verhältnis“/10/6-7). Das rivalisierende Moment zwischen den Schwestern bleibt erhalten. Renate befindet sich gegenüber der Schwester in einem wehrhaften Dauerclinch („und das versucht se ehmt, aber heute kommt se da nicht mehr mit dajegen an“/13/35). Der Kampfplatz verlagert sich auf den Wohnraum, wo ein Wettbewerb in Bezug auf Ordnungs- und Sauberkeitsstandards sichtbar wird.

Eine kognitive Vergewisserung über den Charakter der immer wieder auftretenden Spannungen und Reibungen wird nur in Ansätzen erkennbar. Trotz ihrer (ergebnisichernden) Beteuerung, dass ihr die reflexive Aufhellung des Schwesternkonfliktes gelungen ist („wie gesacht.jetzt bin ich och schlau“/10/12), bleibt der Konflikt zwischen den Schwestern virulent.

---

von ihr eingespielten Anerkennungsdefizite haben zu einer weitreichenden Sensibilität gegenüber unfairen Deklassierungen bzw. Missachtungstendenzen beigetragen. Ihr Bedürfnis nach positiven Rückmeldungen spiegelt sich auch im beruflichen Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigen wider. In diesem Sinne stellt die Dankbarkeit des Patienten auch eine für sie wichtige Anerkennungserfahrung dar. Eine wesentliche Quelle ihrer beruflichen Motivation lässt sich möglicherweise über die hier angedeuteten Verletzungsdispositionen rekonstruieren.

<sup>22</sup> Der Zustand der hochschwangeren Schwester assoziiert eher Schutzbedürfnis und Rücksichtnahme. Dass gerade in dieser Phase eine für die Schwester gefährvolle körperliche Attacke erfolgt, spricht für die Virulenz unverarbeiteter Kränkungen, die über eine späte Rache gesühnt werden sollen.

<sup>23</sup> Eine aus meiner Sicht treffende Annäherung an den Begriff der Rache findet sich bei M.Heidegger (1992). In seinem aus einzelnen Vorlesungen (Wintersemester 1951/52) zusammengeführten Text wird dieser im Kontext von Zeitdimensionen expliziert: „Rache ist des Willens Widerwille gegen das Vergehen und sein Vergangenes, gegen die Zeit und ihr „Es war“. Der Widerwille geht nicht gegen das bloße Vergehen, sondern gegen das Vergehen, insofern es das Vergangene nur noch vergangen sein, es in die Erstarrung dieses Endgültigen einfrieren lässt....Der Widerwille der Rache richtet sich nicht gegen das bloße Gehen der Zeit, sondern gegen ihr Vergehenlassen des Gehens im Vergangenen, gegen das „Es war“. An dieses „Es war“, bleibt der Widerwille der Rache gekettet; so wie auch in allem Haß sich die abgründigste Abhängigkeit von dem verbirgt, wovon der Haß sich im Grunde ständig unabhängig machen möchte, was er jedoch nie kann und immer weniger kann und immer weniger kann, je mehr er haßt.“ (Heidegger 1992; 64 f).

<sup>24</sup> Auch ihr werden unterschwellig fehlende Ermutigungs- und Anerkennungsbemühungen vorgeworfen. Hier agiert sie aber deutlich vorsichtiger. Ihre Attacke gegenüber der Mutter bleibt schon in den Anfängen stecken. Obwohl R. in bezug auf sie ambivalente Erfahrungen andeutet, nimmt sie zaghafte Schuldzuweisungen tendenziell wieder zurück. Dieses Muster wird gerade in der hier skizzierten Situation exemplarisch sichtbar.

## 8.5 Beruflicher Werdegang

### 8.5.1 Lehrzeit

Nach Abschluss der zehnten Klasse beginnt Renate eine Lehre als Chemiefacharbeiter. Ihre intentional angestrebten beruflichen Wünsche wie Krippenerzieherin oder Krankenschwester („einlich wollt ich immer Krippenerzieherin oder ehmt halt Krankenschwester //hm// das war mein. das hab ich mir wirklich damals so in Kopp jesetzt. „/16/16-17) kann sie aufgrund ihrer schulischen Leistungen nicht realisieren. Im Gegensatz zum wiederholt geäußerten Wunsch Krankenschwester zu werden, taucht die berufliche Orientierung zur Krippenerzieherin ganz unvermittelt und narrativ unausgestaltet in der Haupterzählung auf. In einem anderen Kontext werden diesbezügliche Fundierungen sichtbar. Bei der Darstellung des interfamiliären Beziehungsgeflechtes wird beiläufig angedeutet, dass sie und ihre Geschwister auch Kindermädchendienste bei anderen Familien geleistet haben. Schon sehr früh übernimmt Renate Aufsichtspflichten gegenüber kleineren Kindern. Der Hintergrund dieser frühen Fürsorgeaufgaben bleibt undeutlich, scheint aber innerhalb ihres familiären Rahmens ganz selbstverständlich gewesen zu sein („das war damals so“/13/15). Das sporadische Übernehmen dieser Dienste ist auch mit Belohnungen verknüpft. Sie übernimmt diese Aufgaben sehr gerne.

„was wir was ich selbst als Kind halt och gerne jemacht ha- ich habe selbst. Kindermädchen immer jerne jemacht. das war ja damals so. äh. das hab ich sehr jerne jemacht“/13/13-15

Der durchschnittliche Schulabschluss wird über ihre eingeschränkte Hörfähigkeit plausibilisiert. In diesem Sinne kann sie ihre beruflichen Ausbildungsorientierungen nicht direkt realisieren. Auch der berufliche Werdegang wird entscheidend von den Auswirkungen und Prägungen ihrer Krankheit beeinflusst. Sie muss das nehmen was übrig bleibt. Die beruflichen Vermeidungsalternativen sind gering. Die Entscheidung für den Beruf des Chemiefacharbeiters wird zur unmotivierten Notlösung („weil ich wollte das nich wern Facharbeiter für Chemische Produktion“/16/6).

Der Wechsel des sozialen Ortes erzeugt vorausseilende Befürchtungen. Trotz ihrer ambivalenten Schulerfahrungen wird das Einlassen auf ein neues Umfeld und Beziehungen widerstrebend vollzogen („„äh das warn wieder andre ähm naja Schüler..“/16/36-37). Der bevorstehende Eintritt in den ungewollten Beruf führt zu konsensuellen Bewertungsschemata über einige ihrer Mitschüler/Innen.

„...aber die ich kannte da wurd ich immer anerkannt, also das kann ich jetzt nich sagen, dass die jetzt jesacht ham. mache der weg oder hau ab und du spielst nich mit oder so. das nich. es sin zwar immer mal paar Schimpfwörter jekomm is ja logisch. äh weil ich jetzt Wut of den hab oder irjendwas. dann sagt mer ja och mal. mache der weg oder oder hau ab oder so aber. nee das kann ich einlich also anerkannt bin ich einlich immer von den jeworden.“/16/45-50

Ihre nachträglichen Glättungen und Harmonisierungsbemühungen deuten auf die mit dem Wechsel verbundenen Widerstände und Vermeidungen hin<sup>25</sup>. Fast zwangsläufig nimmt Renate in dem neuen Ausbildungszusammenhang eine randständige Position ein

„, aber ehmt. so das. das Fremde. //hm// da nich //warn Se nich so// das war ja och in der Lehre dadurch dass ich mich erstmal so abjekapselt hab //hm// ich muss mich da erstmal rantasten. „/16/51-17/2

Sie kapselt sich präventiv gegenüber den neuen Mitschüler/Innen ab. Es wiederholen sich stigmatisierende Zuweisungen aus ihrer Schulzeit. Sie gerät unter Diebstahlsverdacht. Ihre periphere soziale Gruppeneinbindung begünstigt die Devianzunterstellung. Renate verteidigt sich massiv gegen diese Zuschreibung. Ihr Aufbegehren hat Erfolg und sie kann den Verdacht entkräften. Renate verstärkt ihre kämpferischen Integrationsbemühungen und findet eine neue Freundin, mit der sie noch heute Kontakt hält. Analog zu den Erfahrungen mit ihrer hart umkämpften Schulfreundin benötigt sie Zeit, um eine intensivere Bindung aufzubauen<sup>26</sup>. Die Beziehung zu ihrer Freundin Ute löst sich dagegen allmählich auf. Auflösung und Neuanbindung werden prozessual nebeneinander gestellt.

Die eintönige Fließbandarbeit in der chemischen Produktion bietet kaum Abwechslung.

„, äh das war denn so 'ne 'ne 'ne Straße da is e- da sin mer mal am Rundfüller jekomm wo mer ehmt die Flaschen draufstellt das war de (?)maschine. dann is mer an Verpackung un dann is mer mal am Container..“/16/11-13

Trotz gruppenbezogener Einbettungen mit gleichaltrigen Arbeitskollegen entwickelt sich für sie kein befriedigender Arbeitszusammenhang.

Das Bemühen, dieses ungewollte berufliche Arrangement positiv zu wenden, misslingt. Ihre in diesem Zusammenhang eingespielten Harmonisierungsfloskeln („, ich muss sagen äh das hat mir zwar och so. äh Spaß jemacht „/16/8) bleiben schematisch und werden an anderen Stellen gegenläufig aufgebrochen.

Sie behält ihre eigentlichen beruflichen Wünsche im Blick. Kurz nach Beendigung der Lehrzeit gibt sie die Arbeit als Chemiefacharbeiterin bereits wieder auf. Hintergrund dieser Entscheidung ist eine freie Stelle als Krippenerzieherin, die sie trotz fehlender Qualifikation antreten kann. Über Umwege gelangt sie doch noch in dem von ihr präferierten Beruf.

## 8.5.2 Arbeit als Krippenerzieherin

Während ihrer Lehrzeit lernt sie ihren Mann kennen. Sie heiraten, was sie mit eher pragmatischen Argumenten begründet („weil mer zu Ostzeiten keene Wohnung jekricht hat“ (2/24-25). Sie zieht mit ihrem Mann nach G. Der Umzug ist für sie darüber hinaus mit einer beruflichen

---

<sup>25</sup> Möglicherweise haben die empfindlichen Attacken gegenüber ihr zum Ende der Schulzeit auch abgenommen. In diesem Sinne deuten sich verspätete Akzeptanzschübe der Mitschüler/Innen an.

<sup>26</sup> Auch hier wird die Bedeutung des gemeinsamen Fahrtweges sichtbar. Die Wegezeit wird zu einem wiederkehrenden, die Beziehung fördernden Ritual („und wir sin och //hm// zusamm dorthin jefahrn immer hier. in in in den Betrieb un so. 's war och 'ne janz. dicke Freundschaft..“/16/21-23)

Umorientierung verknüpft. Die knappe Aneinanderreihung von signifikanten Lebensereignissen (Heirat, Umzug, Berufswechsel) bleibt narrativ unausgestaltet.

Das geglückte Arrangement mit dem von ihr u.a. angestrebten Erzieher/Innenberuf wird nicht weiter detailliert. Sie nutzt eine günstige Gelegenheit, um aus dem konditional vorgeprägten Berufsweg auszubrechen.

Der berufliche Wechsel stellt zugleich auch einen Kontrast zur Arbeit mit unbelebten Objekten dar. Über Umwege gelangt sie in einen von ihr ursprünglich angestrebten Beruf. Sie fängt als „Ungelernte“(2/29) in einer Kindergrippe an. Über eine berufsbegleitende Ausbildung holt sie den Abschluss als Krippenerzieherin nach<sup>27</sup>.

Ihre Berufsbildvorstellungen sind mit atmosphärischen Skizzen unterlegt, die sich beim Eintauchen in das neue berufliche Handlungsfeld relativieren.

„ Ich muss mal sagen. mer hat sich einlich en bisschen in dem Berufsbild. och en bisschen so äh verguckt in dem Moment. dass mer sieht jetzt wie wie wie die Erzieh mit den Kindern spaziernjehn. //hm// so. mer sieht aber nich das andre. aber wenn mer denn erstmal so richtig reinguckt..“/3/5-7

Die Arbeit mit Kindern erweist sich auf den zweiten Blick als körperlich anstrengende Tätigkeit. Neben den lustvollen Momenten der neuen Arbeit werden auch die Belastungen der Arbeit deutlich. Es kommt zu erheblichen Stressreaktionen. R. beschreibt die aufreibende Geräuschkulisse in der Kindergrippe, wo sie z.T. Kleinkinder im Alter von knapp einem Jahr betreuen muss. Gerade diese Kinder zeigen Affektschwankungen, die möglicherweise durch die frühe institutionelle Unterbringung verstärkt werden. Das „Rumgequäke“ (3/25) der Säuglinge und Kleinkinder erzeugt ein ausgleichendes Ruhebedürfnis.

„, aber 'da is mir' (betont gesprochen) erstmal bewusst jeworden. äh dass es doch nich alles so schön hier von wejen spaziernjehn. es is sehr viel schwere körperliche Arbeit //hm// und och ehmt halt äh. naja so. geistig und ehmt das Abschalten, ich konnte wenn ich nach Hause jekomm bin keen Radio mehr hörn. //hm// weil mir immer das je- das rumje- äh Jequänge oder Rumjequäke und so //hm//. mer hat ja nich immer die Großen jehabt mer hat ja och immer mal ab und zu. die grade jetzt so es Jahr jewesen //hm// sin. so also da war für mich Radio tabu.. so. und dann äh muss ich sagen. mit den Kindern das hat mir ja unwahrscheinlich viel Spaß jemacht.“/3/21-29

Renate skizziert knapp die strukturellen Rahmenbedingungen der Kinderkrippe. Sie wird als kleinere Einrichtung mit insgesamt 18 Kindern beschrieben, in der aufgrund der knappen Personalsituation keine strenge Aufteilung der Kinder in Gruppen erfolgt.

Der Mitarbeiter/Innenstamm besteht nur aus drei Beschäftigten. Der überschaubare Arbeitsrahmen konstituiert ein familiäres Arbeitsklima.

„wo ich jearbeitet hab und wir warn ene k- äh 'ne kleine Einrichtung, wir hatten nur 18 Kinder 's war ehmt. das fand ich och sehr schön //hm//. in so 'ner großen. da jehts ja nun so gruppenweise un bei uns isses so mehr familiär also wir ham. viel zusamm jemacht och mit den größren. das ging ja och gar nich anders weil manchmal bloß zweie da warn. „/3/5-8

---

<sup>27</sup> Auch ihre späteren (berufsbegleitenden) Ausbildungen zur Hauswirtschaftshilfe und zur Altenpflegerin erfolgen unter gesellschaftlich veränderten Rahmenbedingungen (22/29-34). In diesem Sinne wird ein kontinuierliches berufliches Ablaufmuster sichtbar. Über Umwege gelangt sie in die von ihr intentional angestrebten Berufe.

Insgesamt wird aber die Arbeit in der Kindergruppe als lustvoll und befriedigend erlebt. In einem bilanzierenden Kommentar wird die berufliche Veränderung als richtige und nicht zu bereuende Entscheidung eingeschätzt.

„.. äh ich wollte das ja und ich bereue das auch nicht, dass ich das gemacht hab“/4/16

### 8.5.2.1 Überzogene Elternerwartungen und ausbleibende Honorierung

Die Interaktionsbeziehungen zwischen ihr und den Eltern der Kinder erscheinen tendenziell angespannt und kooperativ unausgehandelt. Renate drückt ihre moralische Empörung über die Eltern der ihr anvertrauten Kinder aus. Über eine generalistische Etikettierung wird diesen ein überzogenes Anspruchsdenken attestiert<sup>28</sup>. Die weitreichenden Betreuungserwartungen der Eltern führen zu einem Mangel an zeitlicher Zuwendung. Renate beschreibt die daraus sich entwickelnden Divergenzen. Sie avanciert zum Anwalt kindlicher Bedürfnisse. Aus dieser Position heraus werden einige Mütter von ihr als „Lügner“ etikettiert, weil sie trotz zeitlicher Ressourcen (z.B. im Urlaub) ihre Kinder in die Krippe „abschieben“ (4/8). Die Stellung der Eltern scheint aus ihrer Perspektive machtvoll, d.h. sie können auf weitreichende Betreuungsrechte pochen<sup>29</sup>. Ihre Entrüstung über die Verlogenheit der Eltern wird wiederholt ausgedrückt. Verstärkt wird diese Empörung auch dadurch, dass die Eltern einen unangemessenen Dienstleistungsanspruch entwickeln.

Renate beschreibt eine Situation, wo eine Frau trotz sichtbarer Vernachlässigung ihres Kindes ein moralisches Unternehmertum entfaltet<sup>30</sup>. Diese stilisiert sich als fürsorgliche Mutter und insistiert auf eine engagiertere Betreuung der Krippenerzieherinnen. In diesem Kontext wird ihnen auch eine Vernachlässigung der Fürsorgepflichten vorgeworfen. Die bei kindlichen Gruppenspielen nur schwer ausschließbaren episodischen Pläsuren (kleinere Schürf- und Kratzwunden, Prellungen und Hämatome) werden den Erzieherinnen schuldhaft angelastet. Solche Schuldzuweisungen werden von Renate als undankbar und verletzend empfunden. Die Kommunikation zwischen den Erziehern und den Eltern ist insgesamt defizitär. Ein reziprok vertrauensvoller Informationstransfer erfolgt nicht. Tendenziell wird erst in Zusammenhang mit

---

<sup>28</sup> Indirekt werden die Schatten der DDR-Gesellschaft mitthematisiert. Die gesellschaftlichen Erwartungen, dass sowohl Männer als auch Frauen möglichst voll berufstätig sein sollten, waren mit vollmundigen Fürsorgeversprechungen unterlegt (von der erwerbsfähigen weiblichen Bevölkerung waren 82,2 % berufstätig). Diese Ideologie hat mit zu einem massiven Sog in die Betreuungsinstitutionen beigetragen (Maaz 1992; 31 f).

In den Kindergruppen der DDR wurden Kinder vom sechsten Lebensmonat an bis zum vollendeten dritten Lebensjahr in Gruppen betreut. Von 1000 Kindern dieser Altersgruppe besuchten 799 Kinder eine Tagesgruppe. Rein quantitativ lässt sich das Ausmaß der frühen Trennung zwischen Mutter und Kind an dieser Zahl ablesen. Der offizielle Betreuungsschlüssel lag bei ca. sechs Kindern pro Krippenerzieherin. In der Regel wurden aber bis zu 15-18 Kinder betreut (Maaz 1992; 26). Es überwog eine streng geplante, an festen Tagesrhythmen orientierte Betreuung. Die Kinder wurden zu festgelegten Zeiten zum Schlafen „genötigt“ und auf bestimmte Toilettenzeiten getrimmt (Maaz 1992; 30). Die sozialen Kosten dieser institutionalisierten Unterbringung werden von R. angedeutet. Die komplementär dazu auftretende Abgabe- und Anspruchsmoralität der aus ihrer Sicht z.T. lieblosen Eltern empört sie. Wie bereits in ihren bewertenden Stellungnahmen zu den „lauten Unterschichtkindern“ in ihrer Schulzeit, wird die fehlende Zeit der Eltern für ihre Kinder problematisiert. Die sozialen Kompetenzen einiger Eltern werden von R. deutlich in Frage gestellt.

<sup>29</sup> Allgemein hatten Eltern in der Regel wenig Mitspracherechte darüber, wie ihre Kinder betreut werden sollen (Maaz 1992; 26).

<sup>30</sup> Die selbstgerechte Stimme der Mutter, die auf in ihrem Sinne richtige Regeln insistiert und die Krippenerzieherinnen als potentielle Regelverletzer etikettiert, steht ganz im Zeichen eines moralischen Unternehmertums (Becker 1960; 133).

Missgeschicken, und dann vorwurfsvoll und konfrontativ, Kontakt aufgenommen. In diesem Sinne wird sie als Betreuerin der Kinder nur reduziert wahrgenommen. Ihr berufliches Verständnis kollidiert mit dem aus ihrer Sicht instrumentellen Dienstleistungsanspruch der Eltern<sup>31</sup>. Die ausbleibende Honorierung (Dankbarkeit) der Arbeit durch die Eltern ist ein sie belastendes Defizit.

### *8.5.2.2 Konflikt mit der Leiterin in der Kinderkrippe*

Die insgesamt als befriedigend eingeschätzte Arbeit in der Kinderkrippe wird durch die Darstellung der problematischen Beziehung zu ihrer Kinderkrippenleiterin überlagert. Ihre divergierenden Haltungen und Handlungsstrategien werden exemplarisch sichtbar gemacht. Ihr Sohn Tino wird auch in dieser Krippe betreut. Diese scheinbar praktische Überlappung von beruflicher und familiärer Kinderbetreuung erweist sich als konfliktuös. Renate ist mit sich vermischenden Erwartungen konfrontiert. Einerseits soll sie die Kinder gleichberechtigt behandeln und andererseits hat sie eine besondere Beziehung zu ihrem Kind, aus der heraus sich emotiv engagiertere Fürsorgeimpulse entwickeln. Die Ausbalancierung dieses Dilemmas stellt für Renate einen erheblichen Kraftakt dar. Obwohl ihr die Orientierung an egalitären Grundsätzen in diesem Fall sichtbar schwer fällt vermeidet sie es, gegenüber ihrem Sohn Ausnahmeregeln durchzusetzen<sup>32</sup>. Renate beschreibt Situationen, wo sie für den Sohn zwar sichtbar ist, sie sich aber nicht explizit um ihn kümmern kann. Die unterschiedlichen Regeln zwischen Krippe und häuslicher Sphäre führen bei ihrem nur knapp über ein Jahr alten Sohn zu deutlichen Irritationen. Die Kinderkrippenleiterin befindet sich in einer ähnlichen Situation. Ihr Enkelkind wird auch in der Einrichtung betreut. Sie dagegen neigt zur privilegierten Behandlung des kleinen Mädchens. In der von Renate skizzierten gewaltsam durchgesetzten Ruhesituation nimmt die Leiterin ihr Enkelkind aus dem Bett, während die anderen Kinder liegen bleiben müssen. Die „kleine Lady“ (20/36) genießt Freiräume, die mit den Verhaltensstandards der Einrichtung kollidieren. Die offensichtliche Vermengung von beruflicher und familiärer Rolle wird auch deshalb als schmerzhaft erlebt, weil ihr eigenes Kind in der mittäglichen Schlafpause gewaltsam ans Bett fixiert wird, um ein vorzeitiges Aufstehen zu verhindern. Obwohl sie diese Ungleichbehandlung empört, vermeidet sie eine offene Auseinandersetzung mit der Leiterin. Das von der Leiterin bevorzugte Kind entwickelt sich vor der Zeit zu einer mächtigen Figur. Unter Berufung auf ihre Großmutter verweigert das kleine Mädchen direkte Verhaltensaufforderungen der beiden Krippenerzieherinnen. Die Situation bleibt nicht ohne Auswirkung auf das Mitarbeiterklima.

### *8.5.2.3 Der Gewaltvorwurf*

Eine eskalierende Verschärfung des Konfliktes zwischen der Leiterin und ihr erfolgt in Zusammenhang mit einem gegen sie erhobenen Gewaltvorwurf. Renate beschreibt eine Geburtstagsfeier der Kinder, wo sie eine Auseinandersetzung mit dem mächtigen Enkelkind ihrer Vorgesetzten hat. Das Kind beschuldigt sie vor den Geburtstagsgästen der körperlichen

---

<sup>31</sup> Ihr spezifisches Handlungsverständnis bleibt im Raster bewertender Stellungnahmen eher vage.

<sup>32</sup> Besondere Zuwendungen und Zärtlichkeiten waren untersagt, um nicht den Neid der anderen Kinder hervorzurufen (Maaz 1992; 30). Dieses deindividualisierte und schematisch überzogene egalitäre Fürsorgeverständnis wird in der von R. beschriebenen Dilemmasituation eindrücklich deutlich.

Misshandlung. Die Leiterin greift diesen Vorwurf auf. Es kommt zu einer massiven moralischen Abrechnung, die ihr berufliches Selbstbild tiefgreifend erschüttert.

„und da hab ich ja och so 'n tolles Erlebnis. da hatten wir mal so 'ne Jeburtstagsfeier. und weil der Kinderjarten gleich äh.. nehman war, ham wir immer so 'ne große Tafel und einer war dann immer un hat Kontrolle jemacht, damit de Kinder wirklich keene Dummheiten machen. nun war ich ehmt halt dran und die Katrin, die wollte schon raus. weil ses ja immer so jewohnt war. naja jedenfalls hat sie schon bei den andern jebüllt und ich bin dann hin, bei mir hat se sich dann jesteigert und dann is dann ihre Oma rein und dann hat sie jesacht. äh hätten anjeblich zwei andre Kinder. och im Alter von drei Jahre. Tante Renate Katrin mit 'm Kopp an de Wand jeklatscht //hm// so. naja und da. wurd ich sehr rund jemacht und da hab ich jesacht. also das lass ich mir nich nachsagen ich sage //hm// wenn ich sowas mache. bin ich nich fähig, hier den Beruf auszuführn //hm// ich sage ich mach das nich mit den andern Kindern und ich sache und an 'ihrer' (betont gesprochen). weil mer ja wussten, dass die uns schon sa-. da vergreif ich mich gleich jar nich //hm// so. ha-. und da hab ich jesacht das äh. musst ich erstmal verarbeiten./20/5-17

Renate wehrt sich offensiv gegen diesen Gewaltverdacht. Nach Gesprächen mit ihrem Mann und einer sie entlastenden Kinderärztin zieht die Leiterin ihre Vorwürfe zurück. Renate erscheint in dieser unangenehmen Situation nicht nur verletzt, sondern auch selbstbewusst. Sie geht aus diesem Ereignis auch gestärkt hervor.

„ nee da muss ich alleene durch //hm//. ich sache du jehst da hin und du drehst 'n Rücken und dann haut die mich zur Bank ich sage was is was bin ich da. so hab ich das immer ehmt jelernt, mich selbst ehmt zu verteidjen und zu kämpfen „/21/8-10

Das „schlechte Erlebnis“ (21/38) hinterlässt aber Spuren. Die Beziehung zwischen der Vorgesetzten und ihr bleibt angespannt. Das ambivalente Verhältnis zur Leiterin der Einrichtung verursacht eine spannungsgeladene Arbeitsatmosphäre.

Intrigante und loyalitätsentziehende Kommunikationsmuster führen zu einer polarisierenden Mitarbeiterkonstellationen.

Durch den Weggang der anderen Mitarbeiterin muss Renate alleine mit ihrer Vorgesetzten weiterarbeiten. Solidarisierungen und personale Ausweichmanöver sind nicht mehr möglich. Die phasenweise entlastende Koalition gegenüber der Leiterin bricht weg. Das unmittelbare Herr- und Knechtsverhältnis führt zu motivationalen Einbrüchen und Fluktuationstendenzen<sup>33</sup>. Es kommt zu verbal aus dem Gleis laufenden Reaktionen, die das Angriffs- und Verteidigungsmuster zwischen der Vorgesetzten und ihr verdeutlichen. Argumentative Kommunikationsschemata lösen sich tendenziell auf.

Die intervenierenden Unterstützungsangebote des Ehemannes werden selbstbewusst zurückgewiesen. Trotz dieses emanzipatorischen Motivs hat der schwellende Dauerkonflikt seine Kosten. Renate behauptet sich nur mühsam in dieser kämpferischen Auseinandersetzung. Eine Rückkehr zu affektiv entspannten Interaktionsbeziehungen scheint nicht mehr möglich<sup>34</sup>. In

---

<sup>33</sup> Die hierarchisch ungebrochene Konfrontation zwischen der Leiterin und ihr wirkt fast paradox, da keine weiteren (untergeordneten) Mitarbeiter/Innen sichtbar werden. Obwohl die Notwendigkeit einer kooperativ ausgewogenen Interaktionsbeziehung wächst, entwickelt sich kein versöhnendes Arrangement.

<sup>34</sup> Das idealtypische Gegenbild zu der aus dem Ruder gelaufenen Interaktionsbeziehung wäre das Modell einer kooperativen Interaktion. Der „Normalfall“ der Interaktion zehrt von kooperativen Orientierungskernen (Schütze 2000; 46). In Anlehnung

diesem dauerhaft angespannten Zustand stellen sich bei Renate psychosomatische Reaktionen ein, die dann auch endgültiger Auslöser für eine berufliche Veränderung sind

„ja ja das könnt ich so vereinbarn, bis ofs letzte nachher da.. hatt ich zu hohen Blutdruck. //hm// da hab ich dann äh musst ich da raus. ja 's könnt ich.“/22/7

Der nach acht Jahren vollzogene Wechsel in ein beruflich ganz anderes Tätigkeitsfeld, das an ihre Arbeit mit Kindern nicht sichtbar anknüpft, erscheint als einschneidender beruflicher Bruch.

### 8.5.3 Arbeit in der Bürstenfabrik

Der berufliche Neueinstieg ist anfänglich mit Unbehagen und Versagensängsten verbunden<sup>35</sup>. Sie fängt in einem kleineren handwerklich ausgerichteten Produktionsbetrieb an. Ein Handwerksbetrieb, der die Vorarbeit bei der Herstellung von Bürsten sicherstellt. Die Endmontage dieser Produkte wird von Sehgeschädigten durchgeführt, mit denen Renate selbst aber keinen Kontakt hat.

„wir hatten nur die //ach so// Vorarbeit jemacht //ach so// dann wurde das verladen. das wurde mir nur so jesacht und die ham dann die Säcke. mit den mit den Hölzern nach Hause jekricht und die ham die Bürsten angezogen.“ /24/2-4

Die unsichtbare Integration von Sehgeschädigten verleiht dem Betrieb einen vagen sozialen Anstrich, über den der segmentierte Charakter der Arbeit sinnhaft aufgeladen werden kann. Diese Vorstellung trägt möglicherweise zu einem motivationalen Unterboden bei, der das positive Arrangement mit der fremden Tätigkeit verstärkt. Renates berufliche Position innerhalb der Mitarbeiterschaft scheint formal betrachtet ambivalent. Sie ist für die leistungsbezogene Abrechnung der Produktionsarbeiter zuständig und rechnet aus, wie viel jeder am Monatsende in seiner Lohntüte hat.

Aus dem Blickwinkel der Arbeiter ist sie „oben“(23/14) auf der Chefetage tätig<sup>36</sup>. Die bürokratische Arbeit erweist sich als relativ einsame und stille Tätigkeit. Da ihr Vorgesetzter kurz vor der Pensionierung steht und sich bereits sukzessiv aus dem betrieblichen Umfeld zurückzieht, entwickelt sie offensive Interaktionsbemühungen, um den Kontakt zu den unmittelbar in der Produktion Tätigen auszubauen.

„, und ich hatte ja nun den Chef, ich meene der war schon äh. gloobe der war schon kurz vor de Rente, da kann mer sie ja och nich so 'n janzen Tag. der hat andre Intressen oder ehmt halt //hm//. und ich hab immer für die so. die ham ja nach Leistung gearbeitet, ich musste denn immer so. was die jetzt äh was weeiß ich fürs Holz säjen jabs soundsoviel Minuten und da gibt's soundsoviel Geld. und das musst ich dann immer für die so ausrechnen und dann ehmt ehmt ihre Stunden und

---

an die symbolisch-interaktionistische Theorie liegen die Voraussetzungen für diesen Normalfall in einer „...grundsätzlich kooperative(n), wechselseitig interaktive(n) Handlungsorientierung der beteiligten Akteure, die durch gegenseitige Perspektivenübernahmen und durch die Ausrichtung auf gemeinsame Aufgabengestaltung geprägt ist.“ (Schütze 2000; 47).

<sup>35</sup> Das Einlassen auf neue Menschen und Orte kollidiert mit ihrem Bedürfnis nach Beziehungskontinuität. Vertrauen und Sicherheit sind für sie eng an gewohnte Orte bzw. bekannte Personen gebunden.

<sup>36</sup> Dieses hier sichtbare oben-unten Schemata zieht sich wie ein roter Faden durch die Gesamterzählung.

ihrn Lohn und halt so. //hm// am Anfang hab ich och so jedacht das pack ich nich. aber dann. dann jing das das is 'ne Jewohnheitssache is ehmt halt alles 'ne Jewohnheitssa-. und dann bin ich halt immer mal runter.“/23/20-26

Diese Strategie unterscheidet sich von früheren Rückzugs- und Abkapselungstendenzen. Ihre problematischen Rückzugserlebnisse haben zu einem veränderten Verhaltensmuster beigetragen. Die damit verbundenen Negativerfahrungen führen möglicherweise zu gegensteuernden Handlungsstrategien. Diesmal wird der Kontakt zu den neuen Mitarbeiter/Innen aktiv gesucht. Ihre in diesem Kontext entfaltenen offensiven Interaktionsbemühungen zeigen eine konzeptionelle Umorientierung, die auch als biographische Lernerfahrung markiert werden kann. Ihre Bemühungen zahlen sich aus, d. h. es entwickeln sich gute Beziehungen zu den Produktionsarbeitern. Das kooperative Interaktionsgeflecht trägt zum positiven Arbeitsarrangement bei.

Renate kann ihr berufliches Profil z.T. mitgestalten. Durch die zunehmende Abwesenheit ihres Vorgesetzten und der scheinbar moderaten Arbeitsbelastung arbeitet sie phasenweise in der Bürstenproduktion mit. Durch die ihr zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume kreierte sie sich einen akzeptablen Tätigkeitscocktail, in dem sozial befriedigende Elemente integriert werden können.

Der Charakter ihrer neuen Tätigkeit lässt wenig relationale Bezüge zu vorherigen beruflichen Handlungsfeldern zu. Im Vergleich zur hochtechnologisierten Arbeit als Chemiefacharbeiterin ist diese nicht unmittelbar maschinenorientiert. Analog dazu lässt sich ein direkter Anschluss an ihre sozialpflegerische Arbeit in der Kindergruppe nicht konstruieren. In diesem weit auseinander liegenden beruflichen Erfahrungsräumen nimmt die neue berufliche Tätigkeit eine Art Zwischenstellung ein. Diese intermediäre Verortung stellt darüber hinaus auch einen Bezug zu ihrer sozialen Zwischenstellung her. Die Nähe bzw. Entfernung zur Produktion kann als sozialer Markierer verstanden werden, über den sich Gleichheits- bzw. Ungleichheitskategorisierungen konstituieren lassen. In diesem unterschwellig bedeutsamen sozialen Differenzierungsrahmen konstituieren die episodischen Ausflüge in die Produktion eine Akzeptanz, die sich in der aufrechterhaltenen Distanz der bürokratischen Arbeit kaum hergestellt hätte<sup>37</sup>.

### *8.5.3.1 Advokatorische Integrationsbemühungen für einen Verfemten*

Ihr referentielles Bezugssystem wird über eine kontextbezogene Fallschilderung illustrativ sichtbar. Renate bemüht sich um die Integration eines neuen Mitarbeiters. Da dieser berufliche Quereinsteiger einer bei den meisten Arbeitern verhassten staatlichen Überwachungsinstitution (Ministerium für Staatssicherheit) angehörte, findet keine integrative Einbettung in das Arbeitskollektiv statt. Der Neue wird zum stigmatisierten Außenseiter, der aufgrund seiner früheren Tätigkeit bei der Staatssicherheit mit allgemeinem Misstrauen und Verachtung belegt wird. Die korrumpierende Nähe zur Macht wird zu einem sozialen Ausschlusskriterium. Renate begegnet diesem Mann weitgehend vorurteilsfrei und ist nicht bereit, ihn aufgrund seiner dubiosen Vergangenheit zu meiden. Sie betrachtet verständnisvoll seinen (noch vor dem Zusammenbruch der DDR) scheinbar freiwilligen Ausstieg aus dem funktionalen Überwachungs- und Unterdrückungsapparat. Aus ihrer Perspektive hat er durch den beruflichen „Abstieg“ in die

---

<sup>37</sup> Da sie tendenziell zu Ober- und Unterschichtzuweisungen bzw. klassifizierenden Einteilungen neigt, bleibt die hier angedeutete Differenzierungslinie, sowohl unter dem Aspekt von Gleichheit und Ungleichheit als auch unter dem Blickwinkel von Nähe und Distanzstrategien bedeutsam.

Produktion eine Selbstbestrafung vollzogen, die nicht noch zusätzlich durch eine soziale Ächtung verstärkt werden sollte<sup>38</sup>. Das dauerhafte Tragen eines Kainsmals kollidiert mit ihrem Verständnis von Fairnessregeln. Für diesen Mann muss die Chance eines persönlichen Neuanfangs erhalten bleiben. Die Ächtungserfahrung des Mannes ist für sie ein exemplarisches Beispiel dafür, dass jeder Mensch in schuldhaft Zusammenhänge verstrickt werden kann, prinzipiell aber Umkehrbewegungen bzw. Entwicklungsräume möglich sein sollten.

Eine unauflösbare Negativetikettierung ist etwas, was sie aus ihren persönlichen Stigmatisierungserfahrungen heraus nicht akzeptieren will.

Das Konstituieren einer natalen Situation, über die eine biographische Revision bzw. perspektivische Veränderung potentiell offen gehalten wird, stellt für sie eine Überzeugung dar, die sie offen gegenüber den Arbeitern vertritt<sup>39</sup>. Ihr engagiertes Eintreten für den Verfeimten führt zu keinen sichtbaren Integrationserfolg. Renates gegensteuernde Rehabilitierungsbemühungen können die verhärteten Etikettierungen nicht aufweichen.

### *8.5.3.2 Zusammenbruch der Bürstenproduktion*

Die Wende wird vorrangig als Ereignis dargestellt, das zu einem rasanten wirtschaftlichen Strukturwandel führt. Die handwerklich ausgerichtete Bürstenproduktion bricht zusammen und der Betrieb muss schließen. Der Abwicklungsprozess wird von ihr kritisch kommentiert. Über marktwirtschaftlich geprägte Einschätzungen deutet sie allgemeine Strategien an, mit deren Hilfe der Fortbestand der Produktion möglich gewesen wäre. Der Verlust des eigenen Arbeitsplatzes wird nur peripher angedeutet. Einschneidender ist der Wegfall des absichernden Arbeitszusammenhanges für die an der Produktion beteiligten Blinden- und Sehschwachen. In der Abwägung von fremder und eigener Arbeitslosigkeit erscheint die Freisetzung der körperlich gehandicapten Menschen schmerzhafter.

Ein engagiertes Bemühen um den Erhalt, der insbesondere für diese Beschäftigten sozial absichernden Arbeitsstruktur, ist nicht erkennbar. Das aus ihrer Sicht passive Warten auf eine von außen stützende, die Existenz des Betriebes sichernde Instanz, erscheint aus ihrer Sicht wenig verantwortlich, ja fast schuldhaft.

Durch den Zusammenbruch des handwerklichen Produktionsbetriebes wird R. arbeitslos. Nach etwa zwei Monaten erhält sie eine ABM-Stelle als Hauswirtschaftshilfe beim ASB (Arbeiter-Samariterbund). Sie beschreibt diese Zeit als Übergangsphase, in der die Weichen für eine berufliche Neuorientierung gestellt werden konnten.

---

<sup>38</sup> Implizit verfällt sie auch hier wieder in eine Ober- und Unterschichtklassifikation. Die Nähe zur Macht korrespondiert mit einer Entfernung zur Produktion. In diesem Raster wird der Mann zum (ehemaligen) Mitglied sozial privilegierten Schichten (vgl. Kreckel 1992; 122 ff).

<sup>39</sup> Prinzipiell muss ein Handlungsbeginn (Natalität) und ein Beenden bzw. Loslassen von Konflikten möglich sein. Wäre ein solcher Prozess des Beginnens nicht möglich, erstarren Handlungen in einem „...in sich geschlossenen Werden...“ (H. Ahrend 1967; 242). Die Modifizierung eines in sich geschlossenen Kreislaufes scheint durch Verzeihen und Versprechen möglich. Kognitiv lässt sich dieser Mechanismus schwer nachzeichnen. Verzeihen bleibt etwas Kurioses, weil es automatische, durchaus nachvollziehbare, Rachegefühle und Ächtungen durchbricht. Es entstehen dadurch zusätzliche Handlungsmöglichkeiten. Das Aufbrechen festgelegter Handlungsmuster wird wieder möglich. Der dafür notwendige Vertrauensvorschuss ist ein Überschuss, der Raum für zukünftige individuelle Entwicklungen bzw. Veränderungen lässt (ebenda; 242 f).

#### 8.5.4 Berufliche Neuorientierung und Ausbildung zur Altenpflegerin

Über die Kontakte mit dem Arbeitsamt stellt sich die grundsätzliche Frage nach ihrer weiteren beruflichen Orientierung. Entlang ihrer grundsätzlichen Ausrichtung an einer sozialpflegerischen Arbeit wird sie auf den Pflegeberuf umgelenkt. Die ihr in diese Richtung vom Arbeitsamt angebotene Umschulung zur Altenpflegerin entfernt sich von ihrer ursprünglichen, bisher unerfüllt gebliebenen Intention Krankenschwester zu werden. Das Einlassen auf diese Verschiebung stellt für sie aber einen akzeptablen Kompromiss dar. Eine von ihr präferierte berufsbegleitende Umschulung lässt sich nicht umsetzen. Eine Parallelität von Umschulung und ihrer Tätigkeit als Hauswirtschaftshilfe wird vom Träger nicht zugelassen. Renate deutet in diesem Zusammenhang Probleme mit dem Geschäftsführer des ASB an. Es entsteht eine Dilemmasituation, d.h. sie muss sich entscheiden, ob sie die Umschulung zur Altenpflegerin antritt oder auf der befristeten ABM-Stelle beim ASB weiterarbeitet. In Abwägung ihrer fragilen Arbeitssituation sowie der perspektivischen Berufsmöglichkeiten entscheidet sie sich für die Umschulung. Diese Wahl wird auch dadurch begünstigt, dass es zu einer partiellen Anerkennung ihrer medizinpflegerischen Vorkenntnisse kommt. Ihr Abschluss als Krippenerzieherin wird in diesem Rahmen mit berücksichtigt. Sie kann eine um ein Jahr verkürzte zweijährige Ausbildung absolvieren<sup>40</sup>. Rückblickend schätzt sie ihre Entscheidung als richtig ein. Die grundsätzlich hohe Bedeutung von verwertbaren Berufsabschlüssen wird kontextuell angedeutet.

##### 8.5.4.1 Einschätzung der Altenpflegeausbildung

Eine inhaltliche Einschätzung der Umschulung zur Altenpflegerin wird von ihr nicht vollzogen. Sie bezieht sich vorrangig auf ihre spezifischen in-group Erfahrungen in der Ausbildungsklasse. Sie beschreibt ihre Mitschüler/Innen als in der Mehrzahl älter und sehr ehrgeizig („unwahrscheinlichen Ehrgeiz“<sup>22/42</sup>). Die ausgeprägte Leistungsorientierung der älteren Umschüler/Innen verweist auf Motivlagen, die nicht losgelöst von potentiell schlechter werdenden Arbeitsmarktchancen betrachtet werden können. Die Konkurrenz innerhalb der Ausbildungsklasse scheint aber moderat, d.h. tendenziell überwiegen kooperative Interaktionsmuster. Spurenhaft wird eine klassenbezogene Identität sichtbar. Dafür sprechen auch die nach dem Ausbildungsabschluss regelmäßig stattfindenden Klassentreffen und informellen Austauschprozesse untereinander.

Kontrastiv stellt sie sich als nicht explizit ehrgeizig dar. In der biographischen Ersterzählung kommt zum Ausdruck, dass sie eher eine mittelmäßige Schülerin war. Diese Erfahrungen haben zu einer (brüchigen) Frustrationstoleranz beigetragen. Durchschnittliche Leistungen führen im Gegensatz zu anderen, möglicherweise erfolgsverwöhnteren Umschüler/Innen, zu affektiv abgeschwächteren Erschütterungen. In diesem Kontext entsteht für sie ein leistungsbezogener Sogeffekt. Durch die Erfolgsorientierung der anderen wird auch bei ihr eine Fahrstuhlerfahrung sichtbar. Sie, die sich lange mit der Etikettierung als leistungsmäßig durchschnittliche Schülerin arrangieren musste, absolviert die Umschulung mit guten Ergebnissen<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Die Verkürzung der Ausbildungsdauer ist berufsrechtlich geregelt. Die Kriterien für eine Ausbildungsverkürzung um zwei bzw. ein Jahr sind im §7 (1) Altenpflegegesetz -AltPflG- dargestellt (Altenpflegegesetz/Stand: Beschlüsse des Bundesrates vom 10.03.1995/ Bundesrat Drucksache 1082/94 u. vom 20.05.1994 (Bundesrat Drucksache 379/94, In: Klie, T. (Hrsg.). Recht der Altenhilfe. Die wichtigsten Gesetze und Vorschriften.; 231-232).

<sup>41</sup> Das Ende der Umschulung wird über eine exakte Datumsangabe expliziert (9.09.1992). Die genaue Zeitpunktmarkierung signalisiert auch die signifikante Bedeutung der erfolgreich beendeten Ausbildung zur Altenpflegerin.

#### 8.5.4.2 Ambivalente Praktikumserfahrungen

Renate absolviert verschiedene Praktika während ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin. Diese sind ausschließlich im stationären Bereich angesiedelt. Ein Einsatz auf der Sozialstation ist aufgrund ihrer beruflichen Vorerfahrung beim ASB nicht zwingend notwendig. Ihr Praktikumseinsatz im Pflegeheim X. wird rückblickend als positive Praxiserfahrung evaluiert. Vorrangig wird auf das kooperative Verhältnis der Mitarbeiter/Innen untereinander verwiesen. Dabei rückt die Bewertung pflegerischer Abläufe und Verrichtungen sowie die Erfahrungen mit den betreuten Heimbewohnern in den Hintergrund. Ihre Einbettung in das Mitarbeiterteam erscheint unproblematisch. Die gelungene Integration erscheint nicht selbstverständlich. Andere Praktikant/Innen machen gegenteilige Erfahrungen. Obwohl sie verstärkt in den arbeitsintensivsten Schichten (Frühdienst) eingesetzt wird, problematisiert sie diese Arbeitszeitregelung nur am Rande. Aufgrund ihres zeitlich befristeten Praktikumseinsatzes ist sie zu weitgehenden Anpassungsleistungen bereit.

Die Arbeit im Heim ist mit wiederkehrenden Abläufen und Wegen verknüpft, die einen für sie überschaubaren und vertrauensvollen Arbeitszusammenhang konstituieren. Dieser positiv herausgestellte Aspekt deutet auch auf latent bleibende Vermeidungshaltungen hin. Die Vorstellung, sich auf neue Orte und Personen einlassen zu müssen, erzeugt Unlust<sup>42</sup>. Das Rantasten an fremde Situationen, die mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden sind, erfordert Energien und Anpassungsleistungen, die potentiell auch zu Zurückweisungen führen können. In diesem Sinne bleiben neue soziale Kontexte bzw. Handlungsfelder besonders riskant und werden vor dem Hintergrund biographischer Verletzungsdispositionen eher gemieden.

Das offensive Ringen um Sympathie und Anerkennung, innerhalb eines für sie fremden Beziehungssystems wird zu einem für sie bedeutsamen Interaktionsmuster. Die angestrengte Vermeidung einer z.T. traumatisch erfahrenen Außenseiterrolle trägt möglicherweise zu einem erhöhten Intergrationsbedürfnis bei<sup>43</sup>. Das Einfügen in bestehende Abläufe und Arbeitszeitregelungen wird durch die tätigkeitsbezogenen Handlungsspielräume erleichtert. Ihre über den eigentlichen Verantwortungsbereich einer Praktikantin bzw. Altenpflegerin hinausgehende Übernahme von Aufgaben bezieht sich u.a. auf behandlungspflegerische Maßnahmen. Diese in Relation zu anderen Praktikant/Innen privillegierte Situation wird von ihr als Anerkennung bzw. Akzeptanz ihrer Person und Arbeit interpretiert<sup>44</sup>.

Ihr gutes Verhältnis zu den Pflegekräften wird durch ambivalente Erfahrungen mit den Leitungskräften des Pflegeheims getrübt. Eine Wohnbereichsleiterin neigt zu willkürlichen Attacken gegenüber den Praktikant/Innen. Es kommt zu unberechenbaren Ab- und Aufwertungsmustern, die unspezifisch jeden der Praktikant/Innen treffen können. Dieser indifferente, schwer aufhellbare Interaktionsstress erzeugt Irritationen. Die launischen

---

<sup>42</sup> In diesem Kontext können auch die anfangs angstbesetzten Autofahrten zur Praktikumsstelle gesehen werden. Die örtliche Orientierung in H. fällt ihr schwer und ist mit deutlichen Irritationen verbunden.

<sup>43</sup> Das ausgeprägte Bedürfnis nach Akzeptanz verführt zu eindeutig loyalen Verhaltensmustern. Die Regeln und Muster der fremden Umwelt schnell aufzunehmen und umzusetzen, verhindert potentielle Sanktionen bzw. das argwöhnische Überwachen übertragener Aufgaben. Ihre möglicherweise auch für eine Anfängerin überschießende Loyalität erscheint in diesem Kontext weniger riskant. Soziale Entbettungen bzw. ein misstrauisches Nicht-aus-dem-Blick-lassen würden ihr Selbstkonzept gefährlich unterminieren (Nagel, U 1997; 152).

<sup>44</sup> Renate gehörte mit zur ersten Praktikant/Innengeneration, die überhaupt eine Altenpfleger/Innenausbildung in den neuen Bundesländern absolviert haben. Die beruflichen Vorerfahrungen und das gegenüber direkt ausgebildeten Krankenschwestern höhere Durchschnittsalter erzeugt möglicherweise eine Bereitschaft, mit dieser untypischen Praktikantengeneration behutsamer umzugehen.

Machtspielchen bewegen sich aber in einem für sie aushaltbaren Rahmen. Durch den vertrauensvollen Umgang mit den anderen Mitarbeiter/Innen kann sie diese Willkürmomente gut kompensieren. Die solidarische Einbettung im Mitarbeiterteam wird als verlässlicher Unterboden empfunden, der Renate relativ souveräne Bewältigungsstrategien ermöglicht. Sie kann zufällige Attacken z.T. über humorvolle Distanzierungen auflösen. Deutlich angespannter erscheint die Beziehung zur übergeordneten Pflegedienstleitung. Die Unaufrichtigkeit und Intriganz der PDL werden zur einschneidenden Negativerfahrung. Andeutungsweise werden unfaire Deklassierungserfahrungen beschrieben.

Die von der leitenden Pflegekraft provokativ eingespielten Stimuli werden mit Positionierungsaufforderungen gegenüber den Mitarbeiter/Innen und Praktikant/Innen verknüpft. Die bedenklichen Einspielungen entlocken von den so Attackierten Stellungnahmen, die dann situativ als verbale Fallstricke eingesetzt werden. Diese unfairen Überführungen werden von ihr durchschaut und abgewehrt. Sie lässt sich auf keine Kommentierungen ein, d.h. sie reduziert ihre Kommunikation gegenüber der PDL auf Grußformeln und verknappte Antworten. Die vertrauensaushöhrenden kommunikativen Hinterbühnenstrukturen werden insgesamt als inadäquat und verächtlich eingestuft. Parallel dazu werden unangenehme Überwachungs- und Kontrollstrukturen beschrieben, welche für Renate z.T. kränkend sind. Im hierarchischen Gefüge des Pflegeheims dominieren vertikale Kommunikationsstrukturen, die an das bereits in anderen Zusammenhängen von ihr problematisierte Oben-Untenschemata andocken. Aus dieser Erfahrung entwickeln sich polarisierende Einschätzungen. Während die Loyalität gegenüber den anderen Mitarbeiter/Innen der Belegschaft bekräftigt wird, kommt es zu einem Loyalitätsentzug gegenüber der PDL. Die Anbindung an das Mitarbeiterteam ist mit reziproken Anerkennungsmustern verbunden. Auf dieser Basis entwickelt sie Vertrauen und Sicherheit, die tendenziell stärker wiegen als die willkürlichen Angriffe und Missachtungsversuche von Seiten der leitenden Pflegekräfte. In diesem Sinne bleibt die Einschätzung des Praktikums in der Gesamtbilanz positiv. Trotz ihrer ambivalenten Erfahrungen kann sich Renate eine an die Ausbildung anschließende berufliche Tätigkeit in dieser stationären Altenpflegeeinrichtung vorstellen.

Obwohl ihr von Seiten der PDL mündliche Versprechungen gemacht wurden, dass eine dauerhafte Anstellung im Pflegeheim möglich ist, erfüllen sich die geweckten beruflichen Erwartungen nicht. Es kommt zu einem enttäuschenden Vertrauensbruch. Bestehende Abmachungen werden von der Pflegedienstleiterin nicht eingehalten. Sie fühlt sich betrogen und ausgenutzt. Ihr Mann drängt sie zu ersten Bewerbungsaktivitäten. Diese Motivierung erlebt sie eher als Drucksituation. Sie will erst die Ausbildung erfolgreich beenden. Widerstrebend lässt sie sich auf vorauseilende Bewerbungsaktivitäten ein, ohne dass ein Erfolg bzw. Misserfolg sichtbar wird. Ihre gebremsten Bewerbungsaktivitäten werden nicht weiter detailliert. Unmittelbar nach dem Ausbildungsende erhält sie auch Anstellungsangebote vom Arbeitsamt. Diese beziehen sich primär auf den ambulanten Pflegebereich.

## **8.6 Anstellung in der ambulanten Pflege**

Sie erhält eine Anstellungsofferte von der Caritas-Sozialstation. Nach einer Probeweche, in der sie mit den anderen Mitarbeiter/Innen und dem Umfeld ansatzweise vertraut wird, tritt Renate die Stelle an. Obwohl die Einstellung brüchig erscheint, d.h. erst einmal auf ABM-Basis erfolgt, werden weitere Stellenzusagen nicht weiter ausgelotet. Die Entscheidung für diesen ambulanten

Pflegedienst hängt mit gelungenen Anfangssituationen zusammen. Kontrastiv dazu werden Erfahrungen sichtbar, die mit misslungenen Bewerbungsaktivitäten verbunden sind. Diese stehen u.a. in Zusammenhang mit Trägererwartungen, die sich auf spezifische konfessionelle Mitgliedschaften bzw. christliche Glaubenszugehörigkeit beziehen.

Während ihre fehlende Kirchengenossenschaft für den katholischen Arbeitgeber kein Einstellungshindernis gewesen ist, macht sie gegenläufig dazu auch andere Erfahrungen<sup>45</sup>. In einem Bewerbungsgespräch bei der Diakonie wird ihre konfessionelle Entbettung zu einem restriktiv bedeutsamen Einstellungskriterium. Renate spürt schon im Verlauf des Gesprächs, wie sich ihr gegenüber eine ablehnende Haltung aufbaut. Das erfolglose Vorstellungsgespräch wird als Gesinnungstest empfunden. Renate empfindet die Befragung durch einen von ihr als Pfarrer markierten Gesprächsführer als ausgrenzende Prozedur. Die Einstellungskriterien orientieren sich scheinbar nicht an einen fachlichen und menschlichen Eindruck. Sie erhält aus ihrer Sicht keine Chance, ihre Eignungen bzw. menschlichen Qualitäten im Rahmen einer Probezeit unter Beweis zu stellen<sup>46</sup>. In diesem Sinne wird sie reduziert wahrgenommen. Die verwehrte Chance wird somit zu einer kränkenden Deklassierungserfahrung. Dieses Vorgehen erinnert sie an ideologische Schließungsmechanismen in der DDR. Auf direkte Art und Weise hat sie mit solchen Ausgrenzungsformen keine Erfahrung gemacht. In diesem Sinne wird sie unerwartet mit scheinbar vergangenen Schließungsmustern konfrontiert.

„, ich hatt' das schon mal jehabt und zwar hatt' ich och mal von der Diakonie was jekricht damals //hm//. un da fand ich das ehmt für mich selber äh. sach ich mal schlecht.. hat da hat och alles na und dann war de zweite Frage nachher, ob ich irjend- ene. Religion habe un da hab ich jesacht nein. und da merkt ich wie derjenje. ich weeß nich, ob das en Pfarrer schon mit war der da Einfluss hatte oder so. da merkte ich wirklich bei dem Vorstellungsgespräch, dass die Stimmung un ich wusste genau //ja// dass ich den Job nich kriege //hä// und das fand ich furchtbar //hä//. weil de- früher war's ehmt so. biste in der Partei. so kam mir das hoch und da war's ehmt bist nich evangelisch kristes nich //hm//. der weeß jar nich, was was mer jetzt f- äh selbst an Qualitäten oder was mer hat dann hätt' er immer noch sagen können. nee die. nach der Probezeit. die behalt' mer nich. aber da war's wichtig ob ich evangelisch bin..“/50/38-50

Dass bei dem nachfolgenden Bewerbungsgespräch bei der Caritas ein solche Gesinnungsprozedur nicht erfolgt, wird dankbar aufgenommen. Unterschwellig deutet sie Befürchtungen an, dass auch bei diesem konfessionellen Träger eine obligatorische Zugehörigkeit bzw. ein klares Bekenntnis zur katholischen Kirche erwartet wird. Die unerwartete Auflösung dieser Befürchtungen führt zu

---

<sup>45</sup> Im Kontext einer gegenwartsbezogenen Leitbilddebatte der Caritas lassen sich sehr weit gefasste Auslegungen eines pflegebezogenen Dienstes gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen rekonstruieren. Die Bereitschaft zum Dienst gegenüber dem Hilfebedürftigen wird unabhängig von unterschiedlichen Rollenauffassungen vorausgesetzt. Ein engagierter Einsatz für die - Nächst- und Geringsten- wird als Grundsatz aufrechterhalten. Woher die Motivation zu dieser unbezahlbaren Bereitschaft kommt, ob nun aus dem christlichen Glauben oder einem allgemeinen Humanismus, bleibt eine individuelle Entscheidung (Ebertz 1994; 41).

<sup>46</sup> Das Orientieren an formalen, gewissermaßen äußerlichen Merkmalen, stellt assoziativ einen Bezug zu körperbezogenen Stigmatisierungserfahrungen dar. Die Kränkungs- und Ausschluss-erlebnisse, in Zusammenhang mit ihrer medikamentös ausgelösten körperlichen Aufschwemmung, wertet sie auch als ungerechtfertigte Verkennung ihres eigentlichen Selbst („...Renate wir ham di ja alle so unrecht jetan. du bist einlich so e juter Kerl un alles so.“/8/30-31). Die an äußeren Gesinnungs- und Glaubensmerkmalen orientierte Einschätzung ihrer beruflichen Eignung erscheint in diesem Zusammenhang überbetont. Ihre menschlichen Qualitäten werden durch eine eindimensionale Betrachtung äußerer Merkmale übersehen. Ihre inneren Werte werden zu sekundären Tugenden, die öffentlich nicht ausreichend beachtet und honoriert werden.

einer entspannten Anfangssituation, die sie in besonderer Weise motiviert. Unabhängig von einem explizit christlichen Bekenntnis wird eine positive Gestimmtheit gegenüber dem kirchlichen Träger sichtbar. Dass diese unorthodoxe Haltung nicht repräsentativ für den Gesamtverband ist, wird ihr möglicherweise erst über den zufälligen Kontakt mit einem Caritasmitarbeiter aus München bewusst.

„, und das fand ich ehmt so doll und das hab ich och gleich beim Caritas, dann bin ich och gleich anders ran ich sache ich bin aber nich katholisch un nich evan-. und die hatten jesacht das das macht nichts. //das war keen Thema// das war keen Thema. //hä// aber ich hab dann mal jemand of 'ner Goethe- äh in der Goethestraße of dem Hof jemanden gesehn das war. ich gloobe von München oder so hier unten. der war och bei der Caritas un der hatte mich dann och mal jefracht. un da hatt ich den aber dieselbe Antwort jejem un der hat aber jesacht unten in München wär es nich möglich //da is das och Einstellungs-. bedingung so// also Mü- un München //(?)// isses ehmt so da muss mer katholisch sin und sonst kricht mer da nischt //hä// un da hab ich jesacht na dadrof hab ich jesacht na das kanns ja wohl nich sein. „/50/50-51/9

Über die an die Caritas-Sozialstation angebundene Gemeinde werden niedrigschwellige Kontaktangebote initiiert, die den konfessionell ungebundenen Mitarbeiter/Innen helfen sollen, die potentielle Fremdheit zur Kirche abzubauen. Diese Impulse werden mit offenen Gesprächsangeboten verknüpft, ohne dass ein normativer Druck zur Inanspruchnahme erkennbar wird. Aus solchen Erfahrungen konstituiert sich bei ihr eine entspannte Haltung gegenüber religiösen Einbettungen.

### 8.6.1 Gelungene Einarbeitungsphase

Ihre anfängliche Orientierungsunsicherheit löst sich nur langsam auf. Die unvertrauten Wege erzeugen Irritationen. In dieser schwierigen Einarbeitungszeit wird sie insbesondere von Schwester D. unterstützt. Deren einfühlsame Begleitung und Zuspruch führen zu einem gelungenen Übergang von der Ausbildung in den Beruf. Das prozessuale Hineingleiten-können in ein neues Handlungsfeld führt zu einer befriedigenden beruflichen Einmündungsphase. Für Renate ist dieser wohltuend geregelte berufliche Anfang auch ein Indikator für das allgemein menschliche Klima bei der Caritas.

Der Einarbeitungsdruck scheint moderat. Sie hat Zeit, sich auf die institutionellen Regeln und Abläufe einzustellen. In diesem Sinne halten sich Überforderungen in Grenzen. Renate hat die Möglichkeit mit anderen Mitarbeiter/Innen mitzufahren und selbst zu entscheiden, wo sie sich schon ganz gut orientieren und somit auch selbstständig eingesetzt werden kann. Die Rückversicherungs- und Selbstbestimmungsspielräume erscheinen im pädagogischen Sinne gelungen<sup>47</sup>. Darüber hinaus wird sie entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt.

Aus diesen insgesamt positiven Anfangserfahrungen wird die Entscheidung für eine Tätigkeit bei der Caritas evaluativ als richtig und sinnvoll eingeschätzt.

---

<sup>47</sup> Neuanfänge bleiben potentiell riskant. Eintrittssituationen sind von geregelten und unregelmäßigen Strukturen durchdrungen. In diesem Spannungsfeld scheinen experimentelle Erprobungen notwendig, um sich tastend an die eigene berufliche Rolle anzunähern. Ungeregelte Momente bergen die Gefahr von individuellen Überforderungen. In diesem Sinne erscheint das unbegleitete Hineinwerfen in ein fremdes Feld riskanter als eine begleitende Einführung des Anfängers durch erfahrene Mitarbeiter (vgl. u.a. Sünkel 1996; 301-307; Waldenfels 1994; 131).

Das positive Arrangement mit ihrer beruflichen Situation wird auch durch ihren gesicherten familiären Hintergrund begünstigt. Ihr Sohn T. bedarf aus ihrer Sicht nicht mehr so stark der mütterlichen Präsenz. Komplementär dazu übernimmt ihr Ehemann ebenfalls Familienaufgaben.

### 8.6.2 Vom fragilen zum festen Arbeitsverhältnis bei der Caritas

Durch die vom Arbeitsamt unterstützte Arbeit auf ABM-Basis bleibt ihr Arbeitsverhältnis perspektivisch unsicher. Die Option einer Festanstellung wird nicht offen ausgesprochen. Ihr Arbeitgeber will die bestehenden Förderungsmöglichkeiten möglichst voll ausnutzen.

Im Vergleich mit den festangestellten (examinierten) Mitarbeiter/Innen der Sozialstation verdient sie weniger, obwohl sie die gleiche Arbeit ausübt. Dass der Arbeitgeber finanziell weitgehend von ihren Lohnkosten entbunden wird, sie dagegen aber weniger als andere Mitarbeiter/Innen verdient, wird zunehmend als ungerechte Schere empfunden.

„weil wie jesacht ich muss och dieselbe Arbeit und mer is ja dann immer weil das is ja och so. wie nennt sich 'n das äh äh. nich Arbeitslosen-. jeld das nennt sich ja dann och widder an- naja. das is wird ja vom Arbeitsamt jefördert //hm// das das da entstehn so den Caritas nich so 'ne Kosten //jaja hä// und da wollt ich nich mehr mitmachen.“/26/32-36

Die Beschäftigung auf ABM-Basis wird von ihr nach zwei Jahren nicht länger akzeptiert. Als Renate im dritten Jahr weiter auf dieser Grundlage beschäftigt werden soll, interveniert sie. Mittlerweile hat sie sich beruflich etabliert und erhält auch Angebote von privaten Pflegediensten. In diesem Kontext erscheint ihre Verhandlungsposition gestärkt. Prinzipiell möchte sie ihr bisheriges Berufsumfeld nicht verändern. Sie kennt die anderen Mitarbeiter/Innen und weiß mit Ihnen umzugehen. Das Aufrechterhalten vertrauter Beziehungsmuster ist für sie evident. Vor diesem Hintergrund vermeidet Renate bei der Verhandlung um eine Festanstellung eine zu offensive, mit juristischen Argumentationen unterlegte Diskursstrategie. Einerseits deutete sie selbstbewusst ihren Marktwert an, andererseits signalisiert sie aber auch, dass sie auch weiterhin gerne bei der Caritas arbeiten möchte. Ihre moderate Verhandlungstaktik geht auf und sie erhält endlich eine unbefristete Festanstellung.

„...und ich sage immer sachlich und ruhig und jetzt nich nur ofs Recht pochen, aber versuchen kann mers ja..und das hab ich och hinjekricht“/5/36-38

### 8.6.3 Positive Identifikation mit dem gemeinnützigen Träger

Die Arbeit auf der Sozialstation ist für sie ein „Glückslos“/6/12. In einer Gegensatzkonstruktion wird der härtere Stil bei privaten Pflegediensten herausgestellt. Während sie in einem gemeinnützigen Verein angestellt ist, wo es ihr möglich ist kritische Punkte der Arbeit offen auszusprechen, vermutet Renate bei den privaten Anbietern einen stärkeren Anpassungsdruck.

„...da muss ich mal so sagen in e Verein. is immer besser zu arbeiten, wenn mer das hat. kann mer sagen hat mer och e kleenes Glückslos jewonnen. //hm// weil in e Verein ja zum Beispiel wie ich kann das jetzt nur mal so sagen vom Caritas. in e Verein kann ich immer mal en Mund ofmachen bei 'ner Privatschwester nich, da steck ich da muss ich das wegstecken was die sacht un wenn ich nich spure, dann sacht die wissen se was wir könn' uns och trennen.“/6/16-21

Die Hierarchie zwischen der Pflegedienstleiterin und ihren Mitarbeiter/Innen wird als gering eingestuft, da alle Angestellte des Vereins sind. In diesem Sinne ist die Vorgesetzte nicht zugleich die private Unternehmerin der Einrichtung. Da die Profitorientierung bei den privaten Diensten deutlicher für sie hervortritt, werden dort größere Leistungszwänge und verengere zeitliche Spielräume vermutet.

„...un bei der priv- und dann sach ich immer bei de private. is der Leistungsdruck vielleicht noch höher. ich hab noch nich so gearbeitet, aber ich stell mir das vor. weil die will ja Profit schlagen...“/6/27-28

Das Mitarbeiterklima erscheint im Rahmen dieser Organisationsstrukturen angespannter<sup>48</sup>. Der stressige Charakter der Arbeit produziert aus ihrer Sicht ein fragiles Arrangement mit dem privat geführten Unternehmen. Es gibt scheinbar nur ein Entweder-Oder, d.h. entweder man versucht diese nervenaufreibende Arbeit durchzustehen oder auszusteigen („ un wer das dann nich äh. nervlich durchhält.. der sacht dann ehmt Tschuß..“/6/2).

Ihre fiktiven, ohne unmittelbare Erfahrungen unterlegten Ausgestaltungen werden exemplarisch untermauert. Stellvertretend wird eine ihr bekannte Pflegekraft, die bei einem privaten Pflegedienst beschäftigt ist, zur Plausibilisierung trickreicher Ausbeutungsmechanismen eingeschleppt. Sie beschreibt Mechanismen, welche für Renate schwer aushaltbar wären. In dieses Szenarium fallen beispielsweise ausufernde Einzugsgebiete, die zu langen Fahrtwegen bzw. wechselnden (unvertraut bleibenden) Orten führen.

„...denn ich hab hier unten jemanden.. und die hat mir das grade so erzählt. und mit der machen se nämlich Pferdchen en bisschen die is in G. einjersetzt hat aber nich of 'n Arbeitsvertrag jeguckt ich sage da hättste naja. mer wird immer schlauer, wenn mer eenma den Fehler jemacht hat //hä// ich sage da hättste ma drofgucken müssen un wenn ses dann Bereich G. aber da steht nur ehmt drof. H. ham die och noch. da schickt die die von H. schickt die, die hier raus un die von. sach ich jetzt hier draußen wohnen die schickt se nach H...“/6/30-35

Die generalistische Negativeinschätzung privat organisierter Pflegeeinrichtungen rückt die vermeintlich positiveren Arbeitsbedingungen bei gemeinnützigen Vereinen/Trägern in den Vordergrund<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> Pflegeeinrichtungen können sowohl als formelle als auch informelle Organisationen beschrieben werden. Formale Strukturen stellen primär funktionale Aspekte der Organisation in den Vordergrund, die der Erreichung eines Ziels/mehrerer Ziele dienen. Nicht formale Strukturen lassen sich sowohl berufsethisch als auch ökonomisch betrachten. Aus ganzheitlicher Sicht werden sie vorrangig nicht auf ihre ökonomische "Brauchbarkeit" hin betrachtet (Etzioni 1996; 310). Die "human relations" sind Ausdruck einer humanen Intention (ebenda; 272). Der Wert einer therapeutischen Gemeinschaft, eines angenehmen Betriebsklimas, eines respektvollen und widersprüchlichen Umgangs untereinander, wird primär nicht über eine betriebsinterne Logik konstituiert. Eine konkurrenzorientierte Organisation der Arbeit, die widerspruchsfrei akzeptiert werden muss, schafft ein unangenehmes, weitgehend beziehungsarmes Mitarbeiterklima, welches nicht ohne Einfluss auf die Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen bleiben kann.

<sup>49</sup> Insbesondere in städtischen Ballungszentren kann sogar von einem Überangebot an Diensten ausgegangen werden. Der stärkste Zuwachs ist bei den privatwirtschaftlich getragenen Einrichtungen zu verzeichnen. Mehr als die Hälfte aller Pflegeanbieter können diesem Bereich zugeordnet werden. Hier zeichnet sich eine Trägerverschiebung an. War in den alten Bundesländern die überwiegende Zahl der ambulanten Dienste in der Hand freigemeinnütziger Träger, scheint sich diese Entwicklung zu Gunsten des privatwirtschaftlich organisierten Bereiches zu verschieben (vgl. Eisenbart 2000; 62). Diese Entwicklung setzt die

„...und unsereins wir wolln zwar äh müssen och unser Geld ar bei uns isses ja immer plus minus Null //ja// wir dürfen ja nich zu viel erwirtschaften, sonst jehts dann sowieso an de Steuer oder was.und dadurch muss ich mal so sagen. ham wir och mal ehmt Zeit mit unsern Patienten //hm// sich zu unterhalten un nich ständig den Stress un das find ich schon ma jut..“/7/3-6

Ihre besser-schlechter Klassifikation zeigt, dass sie sich beruflich am richtigen Platz verortet hat<sup>50</sup>. Die binäre Schematisierung stellt darüber hinaus auch einen Bezug zu Renates lebensgeschichtlich gewachsener Unlust her, Orte und Beziehungen zu wechseln. Das Bedürfnis nach Kontinuität befördert die Identifikation mit dem gemeinnützigen Träger. Es bestehen keine institutionellen Ausstiegsphantasien bzw. beruflichen Umorientierungspläne. In einem evaluativ absichernden Kommentar wird ihre Arbeitsplatzzufriedenheit sichtbar.

„...und deswegen muss ich sagen. bin ich jetzt nich. so dass ich sagen muss, ich bin an dem Punkt anje-. äh. Jelangt, wo ich sage ich schmeiß den Scheiß jetzt hier hin und die können mich mal. kann ich nich sagen...“/7/10

## 8.7 Biografische Bilanz und perspektivischer Ausblick

### 8.7.1 Bilanzierung des beruflichen Werdegangs

Da ihre durchschnittlichen schulischen Leistungen als Zugangsvoraussetzungen nicht ausreichend waren, konnte sie ihre intentional angestrebten beruflichen Orientierungen nicht auf direktem Weg verwirklichen. Über Umwege und berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen gelangt sie z.T. in die von ihr präferierten Berufsfelder.

Die schulähnlichen Ausbildungs- und Weiterbildungserfahrungen sind unterschwellig auch mit Widerständen und Versagensängsten unterlegt. Diese werden noch von außen verstärkt. Ihr Ehemann weist sie episodisch darauf hin, dass sie ihre Qualifizierungen nicht erfolgreich abschließen wird. Seine unterminierenden Prophezeiungen erfüllen sich nicht. Stolz bilanziert Renate ihre bisher erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildungen. Ihre beruflichen Intentionen hat sie modifiziert realisiert, ohne dass eine übermäßig ehrgeizige Zielorientierung erkennbar

---

freigemeinnützigen Träger unter Druck, d.h. die wachsende Konkurrenz erzeugt eine stärkere Effizienz- bzw. Marktorientierung, welche die internen Bedingungen und Arbeitsabläufe verändert. Das Rechnen mit der Zeit hat auch bei den gemeinnützigen Trägern deutlich zugenommen.

<sup>50</sup> Die Bindung bzw. Identifikation an die Organisation und deren wertunterlegten Pflegezielen begünstigen eine besondere Motivation des Personals. Die Verbundenheit und Identifikation mit der Einrichtung kann auch über ein Gemeinschaftsgefühl entstehen, welches eher durch informelle Kontakte der Mitarbeiter/Innen untereinander gewachsen ist. Neben diesem, eher subjektiven Gemeinschaftsgefühl, bestehen auch objektive Gemeinsamkeiten (Arbeitsfeld, Aufgaben- und Tätigkeitsbereich, Qualifikation u.a.). Aus diesem Konglomerat entwickelt sich für Renate eine berechenbare Vertrauensbasis, die sie nicht gegen eine neue Arbeitssituation eintauschen will. Darüber hinaus besteht eine lebensgeschichtlich gewachsene Unlust, Orte und Beziehungen zu wechseln, was die Identifikation mit dem gemeinnützigen Träger maßgeblich befördert.

wird<sup>51</sup>. Ausgeprägte Aufopferungs- bzw. Selbstverwirklichungsmetaphern sind explizit nicht erkennbar. Ihre berufliche Entwicklung verweist auf sich ergebende Chancen und Spielräume, die auch noch nachholend die Erreichung von Zielen ermöglichten. Der damit verbundene erhöhte Zeitaufwand wird nicht problematisiert. Verzögerungen, wie sie beispielsweise durch Leistungseinbrüche eintreten können, müssen nicht zwangsläufig zum endgültigen Abbruch einer Schullaufbahn- bzw. einer beruflichen Qualifizierungsrichtung führen. Sie macht die Erfahrung, dass man trotz schulischer Misserfolgserlebnisse Chancen geboten bekommt, die man aktiv für sich nutzen kann. Berufliche Umwege und Wiederholungsversuche sind kein Stigma. Ihr langer Qualifizierungsweg zeigt, dass zum Schluss erfolgreiche Zieleinläufe möglich sind. Über diese Erfolge hat sie gelernt sich selbstbewusster durchzusetzen. Das sich phasenweise mehr oder weniger stark durch ihre Biographie durchziehende Defizitbewusstsein löst sich stückweise auf<sup>52</sup>. Diese biographischen Lernerfahrungen spiegeln sich auch in ihren Grundeinstellungen wider. Renate grenzt sich gegenüber der älteren Generation ab, die aus ihrer Sicht vielfach zu einer eindimensionalen Betrachtung von beruflichen Verzögerungs- und Abbruchsituationen tendieren. Sie selbst übt auf ihren Sohn keinen übermäßigen Leistungsdruck aus, d.h. begleitet verständnisvoll seine sporadischen schulischen Misserfolge, um ihn dann zu erneuten Lernversuchen und Leistungsverbesserungen zu motivieren.

## 8.7.2 Lebensbilanzierung und Lebensphilosophie

Renate verdeutlicht in ihrem lebensgeschichtlichen Überblick Entwicklungen, die sie als vom Leben geprägte Frau zeigen, die ihren sozialen Ort gefunden hat. In der lebensgeschichtlichen Bilanzierung wird die existentielle Dimension ihrer sie lebensprägenden Blutkrankheit noch einmal herausgestellt. Ihre anfangs noch unentdeckte Blutkrankheit hat zu Gefährdungen geführt, die sie schicksalhaft überlebt. Renate versteht dieses Überleben als göttliche Fügung. Obwohl sie darauf verweist nicht explizit gläubig zu sein, ist es für sie ein Wunder noch am Leben zu sein. Vor dem Hintergrund ihrer leidvollen Erfahrungen bleibt das Leben für sie ein Geschenk.

„... äh wenn's och manmal nich immer leichte bei muss ich sagen. freu ich mich ehmt halt, dass ich noch lebe. //hm// weil ich wirklich ähm. mehrmals der Schippe entsprungen bin....und da muss ich einlich sagen wenn ich och nich jetzt so äh einlich äh. en Glauben habe aber. der liebe Gott hat ehmt halt jesacht. es is noch nich soweit. //hm// also da muss ich sagen, dass is für mich 's einlich es höchste... und das is einlich für mich es allerhöchste...“/8/12-15

Aus diesen Prägungen heraus hat sich bei ihr die „Gabe“ der Menschlichkeit entwickelt<sup>53</sup>. Diese Gabe zeichnet sie gegenüber anderen aus. Sie wird zum wesentlichen Unterboden ihrer Identität.

---

<sup>51</sup> Ihr Understatement hat möglicherweise auch eine protektive Funktion. Es reduziert Aufmerksamkeit, führt zu niedrigeren Erwartungen und weniger einschneidenden Enttäuschungserfahrungen. Der Kampf um Anerkennung bleibt aber m.E. Motor dieser Erfolge (Honneth 1992).

<sup>52</sup> Die selbstreflexiv wahrgenommenen Veränderungen ihrer Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten haben zu einem veränderten Ich- und Weltbezug beigetragen. Dieser in der Bilanzierung sichtbare Zug kann in Anlehnung an die Prozessstrukturen des Lebenslaufes als -Wandlungsmuster der Selbstidentität- verstanden werden (Nittel 1997; 13).

<sup>53</sup> Der Gabenbegriff ist theologisch vielschichtig. Zu ihrem Wesen gehört, dass sie nur empfangen werden können. In diesem Sinne bleiben Gaben reine Geschenke in der Gnade Gottes: „Was hast du, das du nicht empfangen hättest? Hast du es aber empfangen, was rühmst du dich, als hättest du es nicht empfangen!“ (1.Kor 4,7). Ihre Krankheit wird zu einer Art Sakrament, das sie dazu befähigt, menschlich gegenüber anderen (z.B. Hilfe- und Pflegebedürftigen) zu sein. In dieser Konstruktion ist ihre

Die sich damit verbindenden Tugenden wie Versöhnungsbereitschaft und besondere Kontextsensibilität werden selbstattributierend als persönliche Stärken angesehen, die ihr auch in der sozialpflegerischen Arbeit maßgeblich zugute kommen.

„... und. was och für mich es höchste is. äh dass ich einlich so ähm.. das Menschliche das ehmt muss ich sagen das ehmt das durch die Krankheiten. hat mich das ehmt men- äh mächtig jeprägt. //hm// un ich bin froh, dass is 'ne Gabe die hat och nich jeder. //hm// das Menschliche. un ich bin och nich nachtragend un ich hab einlich. durch. die vielen Berufe mit Menschen so jetzt zusammen viel jelernt. „/10/8-12

In der Zusammenfassung ihres bisherigen Lebens werden religiöse Überzeugungen ausgedrückt, die von kognitiv schwer greifbaren Überschüssen geprägt sind. Trotz gegenteiliger Beteuerungen schimmern hier Prinzipien wie Glauben und Hoffnung durch, die als transzendente Kategorien zu wesentlichen Ankeren ihrer Existenz werden. In diesem Sinn entwickelt sie gegenüber ihren Freunden einen beinahe missionarischen Anspruch. Ihre einlassende und akzeptierende Haltung gegenüber anderen wird zu einer Art Lebensmaxime verdichtet:

„Du musst nich immer nach mir oder nach den anderen jehn. du musst erstmal versuchen was du willst“/28/3

Dieses Credo stellt für sie kein sozial entbindendes Autonomieideal dar<sup>54</sup>. Renate betont ihre verlässliche Einbettung im Freundeskreis. Letztendlich muss für sie jeder selbst entscheiden, was richtig oder falsch ist. Der erfahrungsgesättigte Gehalt dieser Werteüberzeugungen speist sich aus Renates Krankheitsverlaufskurve sowie ihren sozialpflegerischen Berufszusammenhängen. Die Lernerfahrungen beim beruflichen Umgang mit anderen Menschen werden als Gewinn betrachtet. Sie nimmt etwas aus ihrer Arbeit mit, was für sie selbst auch stabilisierend ist. Diese allgemein bleibenden Quellen sind mit Entlohnungen verknüpft, deren Charakter über einem Bezug zu ihrer früheren Kinderrippen tätigkeit deutlicher werden. Die über einen Vergleich der unterschiedlichen Handlungsfelder markierten Anerkennungsdefizite bzw. Anerkennungsgewinne legen die motivbildenden Wurzeln ihrer Arbeit frei. In der Arbeit als Altenpflegerin erfährt sie als Lohn für ihre Arbeit authentische Dankbarkeit.<sup>55</sup> In einer ergebnissichernden Kommentierung

---

Krankheit nicht nur mit Einschränkungen und Stigmatisierungen verbunden. Die Blutkrankheit wird zu einem schicksalhaften Zeichen. Der eingeschlagene Berufspfad ist eng mit ihren existentiell prägenden Erleidenserfahrungen verwoben (vgl. Ebeling 1986; 117 f).

<sup>54</sup> Ihre Maxime knüpft m.E. an dem von I. Kant geprägten aufklärerrischen Begriff der Mündigkeit an: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen....Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! „ (Kant, I. 1999; 22).

<sup>55</sup> Komplementär zu einer notwendigen monetären Anerkennung wird bei Renate ein unbezahlbares Honorarverständnis sichtbar. Das Ehren ihrer Tätigkeit über Vertrauen und Dankbarkeit ist für sie e notwendiger Überschuss. Die eigentliche Entlohnung erfolgt über diese Form des ungemünzten Honorars. Es schimmert eine Art Notwendigkeit durch, diese Formen der Anerkennung einzusetzen. Ihr eigenes Wohlergehen hängt davon in gewisser Weise ab. In diesem Sinne entsteht ein wechselseitiger Mechanismus des sich gegenseitigen Beschenkens. Wesentlich scheint in diesem Zusammenhang, dass es weniger um eine Gier nach voller Entsprechung des Geschenkten geht.. Es ist ein sich aus biographischen Bedürfnissen speisendes Verlangen nach Anerkennung und Respekt. Ihr pflegerisches Engagement ist auf diese indirekten Stimuli angewiesen, um die Arbeit motiviert ausüben zu können. In Gewisserweise wird, komplementär zur monetären Anerkennung, auch der Hilfe- und Pflegbedürftige in die Pflicht genommen, ihre Arbeit ehrenhaft zu honorieren (vgl. Watson 1996; 58-63). Das Fundament sozialer Dienstleistungen stützt sich auf diese Überschüsse. Eine übermäßige Einengung auf starr definierte Dienstleistungen ist mit ihrem (professionellen) Arbeits- bzw. Rollenverständnis schwer vereinbar. Das Ausbleiben dieses Honorars führt zu

stellt sie diesen Positivaspekt bei der Arbeit mit alten Menschen explizit heraus. Das - ungemünzte Honorar - stellt ein maßgebliches Fundament für die berufliche Pflegearbeit dar.

„, un das un da hab ich immer so jedacht jetzt für mich persönlich. ich hab sehr gerne mit Kindern gearbeitet. aber ich bin jetzt froh, dass ich Altenpfleger und ich habe gesacht ich würde nie widder tauschen. weil 'das' (betont gesprochen) is der Unterschied. äh das hat jetzt nischt mit 'n Kindern hat wirklich nur mit den Großen //hä//. äh die Ältren jetzt, die ich jetzt helfe un so die sin sehr dankbar was von den Eltern kommt kenne //hm// kommt keine richtje Dankbarkeit rüber...“/27/30-34

### 8.7.3 Zukunftsvorstellungen

Renate hat sich mit ihrem Beruf positiv arrangiert. Falls es ihr körperlicher Zustand erlaubt, will sie ihre Arbeit in der häuslichen Pflege auch weiterhin ausüben. Implizit werden die Kosten der physisch anstrengenden Arbeit thematisiert („...wenn ich's körperlich äh aushalte. äh sach ich jetzt mal. möchte ich das einlich och bis zum Schluss machen.“/28/31).

Gegenläufig zu diesen absichernden, an gewachsene Anbindungen anknüpfenden Orientierungen, könnte sie sich perspektivisch auch noch eine Pfl egetätigkeit im Ausland vorstellen. Dieser Rahmen wird mit Extremsituationen verknüpft, in denen sie sich als Helferin offensiv beweisen kann. Der befristete Ausstieg in ein „armes Land“ (28/21), wo sie dann beispielsweise sterbende Menschen in Slums betreuen könnte, fasziniert sie. Diese in die Ferne schweifenden Gedanken sind eher flüchtiger Natur. Sie tauchen episodisch im Zusammenhang mit dokumentarischen Berichten bzw. Fernsehnachrichten auf. Die Differenz zwischen den Fernsehbildern und den unmittelbaren Eindrücken vor Ort wird angedeutet. Ihre vagen Ausbruchsintentionen werden an einen Bedingungsrahmen gebunden, der Einarbeitungs- und Schnupperphasen zulässt. Unproblematischen Rückbewegungen in die ihr vertrauten Arbeits- und Lebensräume sollten optional möglich bleiben. Der Ausstiegswunsch stellt einen deutlichen Kontrast zu ihren typischen Verankerungen (Commitments), an vertrauten Einbettungen orientierten Handlungsstrategien dar. Die möglichen Kosten solcher Entscheidungen werden höher gewichtet als die guten Gründe für eine Veränderung. Die fiktional durchgespielten Belastungen einer solchen Arbeit führen zu Verunsicherungen die weitere Bemühungen in diese Richtung dämpfen.

„, was ich mir och noch so vorstellen könnte, aber das is schwer da irjendwie reinzukommen ich weeß och nich- //hm//. ich würde och so Schwache in äh so arme Länder. das würd ich och machen. //mal ins Ausland gehen so'n bisschen// so äh da so ehmt in. in den Slum oder so //hm// wie wie das so manche machen so aussteigen und.. aber jetzt hab ich ja erstmal noch meinen Sohn, aber und wenn der das schon hört wir ham da uns schon mal unterhalten und so.. das würd ich also das würd ich och jerne machen. oder. was vielleicht. ehmt so in der Hospiz //hm// oder so Sterbende oder so das. trau- würd ich mir och zutrauen. //hm// ehmt so hil- immer mit Menschen und so. ehmt Hilfebedürftige.. sowas na //hm//. das würd ich. das hab ich och schon mal so also das is och manchmal so mein Jedanke.. so wo es ehmt wie was weeß ich Indien un wos da

---

interaktiven Barrieren bzw. Vertrauenseinbrüchen. Das Paradoxe an diesem engen Dienstleistungsverständnis ist, dass man genau dann an Reputation verliert, wenn ein segmentiertes Verständnis von (Pflege-)Arbeit konsequent umgesetzt wird. Pflegeleistungen können nicht nur als vertraglich vereinbarte Tauschleistungen betrachtet werden. In der Pflege wird Unbezahlabares geleistet (R.Schwerdt 1998; 318 f). Die moralische Dimension des Berufes verweist auf zwischenmenschliche Bereiche, die durch eine Tauschwert- und Konsumtionslogik nicht erfasst werden können.

überall. mer die sieht. jut. es is mein Jedanke. aber mer müsste da och erstmal. sach ich persönlich leicht ma so 'n Vierteljahr och rinschnupern. //(?)// weil äh.. wenn mer das ich äh guck mir ja jerne och so 'ne Berichte an un wenn die dann sagen es is anders, wenn mer dort is un es das glaub ich auch //hm//. weil hm mer sieht das jetzt mal 'ne Stunde. un dann isses weg. sind die Bilder verschwunden.“/28/20-28

## 8.8 Berufsalltag in der Pflege. Konflikt und Problemsituationen in der ambulanten Altenpflege

### 8.8.1 Beziehungs- und Kontraktarbeit

Die Beziehung zu den Patienten wird von Renate als emotional sehr eng beschrieben. In einem emphatischen Kommentar wird die Nähe zu dem von ihr betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen herausgestellt

“ich liebe och meine äh sach ich jetz mal meine Patienten”/29/39

Die besonderen dyadischen Beziehungen basieren auf einem Engagement, das über den vorgeschriebenen beruflichen Rahmen hinausgeht. Sie ist auch in ihrer Freizeit bereit, stellvertretend für die Patienten “kleinere Wege” (29/40) durchzuführen. Das bereitwillige Übernehmen von zusätzlichen Dienstleistungen stiftet emotional tragfähige Beziehungsgeflechte. Dabei erweist sie sich als zuverlässige Partnerin, bei dem die Patienten darauf vertrauen können, dass sie die übernommenen Aufträge verbindlich erledigt

Renate bietet ganz selbstverständlich entlastende Hilfen an, die z.T. auch auf die pflegenden Angehörigen ausgeweitet werden. Ihr exklusiver, im Vergleich zu anderen Mitarbeiter/Innen deutlich hinausgehender beruflicher Aktivismus ist ihr bewusst. Die in diesem Kontext sichtbare Überschussmotivation lohnt sich aber auch für sie. Die Dankbarkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen ist für sie ein befriedigendes Honorar. Komplementär dazu beschreibt Renate die Wiedersehensfreude ihrer Stammpatienten, wenn sie aufgrund veränderter Patientenrunden, eine Zeitlang nicht bei Ihnen war. Renate entwickelt offene und direkt auf die Situation bezogene Kommunikationsmuster.

“...und ich mach och kleene Wege für die un wennis in meine Freizeit is //hä// und das wissen die och //hä// un wenn ich äh wir ham ja immer so Touren un wenn ich verschie- paarmal. paar Wochen da nich da war.. da freuen die sich so. warum warn sen hier nich hinten ich sage na ich hab die und die Tour jekricht und so. weil äh. die könn' och nich mit allen jetzt so mal 'ne Kleenigkeit weil ich mir immer sage mensch die ham nischt und ich fahre da vorbei und dort vorbei. und jeder macht das nich. und die a- die freuen sich wirklich mal. bloß. die Kinder traun se sichs dann manmal nich zu sagen oder weil se keene Zeit ham oder so //hm//. meine Güte ich. und dann sach ich ehmt halt na klar. ich sach dann aber halt och.. ich weeß nich obs heute klappt aber. morjen dann //hm// sie kriejen das und das wissen die och..” /29/40-46

Die zum Teil unausgesprochenen Wünsche und Hilfeansprüche werden von ihr kommunikativ gekonnt aufgegriffen und soweit wie möglich in regulative Hilfsangebote übersetzt. Renate erscheint in diesem Zusammenhang souverän und von den Patienten und Angehörigen geachtet. Einfühlsam vollzieht sie situativ entkrampfende Perspektivübernahmen. Auf eine verblüffend einfache Weise gelingt es ihr, die mit einer unterstützenden Fremdpflege verbundenen

Belastungen und Peinlichkeiten zu normalisieren. Die Beziehung zwischen den auf Fremdhilfe angewiesenen Patienten und ihr wird über eine gelungene Kontraktbildung ausbalanciert. In diesem Kontext gelingt es ihr, die dyadische Beziehung in einen selbstverständlichen Dienstleistungsrahmen zu stellen.

“...und da. äh sach ich och immer den Satz und das baut die dann immer ab ich sage wissen se was. //hm// wenn wir keene Patienten hätten, hätt' ich keene Arbeit un wenn wenn äh. sie uns nich hätten. hätten se keene Hilfe ich sage das is immer beidseitig, sie müssen das mal so sehn. ich bin froh, dass mer sie ham un sie sind froh, dass se Hilfe ham //hm// naja und dann sind die das halt...”/38/7-9

Durch ihre kunstvolle Kontraktarbeit gelingt es ihr, bestehende Schuld- und Schamgefühle von Hilfe- und Pflegebedürftigen abzubauen<sup>56</sup>.

Die in Rahmen der Intimpflege wiederkehrenden Verrichtungen sind für die z.T. bettlägerigen Patienten peinliche Prozeduren<sup>57</sup>. Der Wechsel von Inkontinenzmaterialien führt bei vielen pflegebedürftigen Patienten zu schambeladenen Entschuldigungen über unkontrolliert ablaufende Selbstbeschmutzungen. Das Gefühl von Abhängigkeit und Ohnmacht wird von Renate ganz selbstverständlich als ein normaler physiologischer Vorgang eingestuft. In diesem Sinne sind die damit verknüpften Pflegeverrichtungen ein ganz selbstverständlicher Bestandteil ihrer pflegerischen Arbeit. Dieses Gefühl kann sie offensichtlich auch den Hilfe- und Pflegebedürftigen vermitteln. Über somatisierende Befunde versucht Renate schambehaftete Intimpflegesituationen zu normalisieren, indem sie auf vergleichsweise unangenehmere gesundheitliche Auswirkungen (z.B. Obstipation) verweist. Durch das strategische Herausstellen von wiederkehrenden physiologischen Abläufen und den potentiell damit verbundenen Störungen versucht sie die Wahrnehmung der Patienten umzulenken bzw. zu verändern. Über diese selbstverständlichen Rahmungen peinlicher Pflegemomente gelingt es Renate, entkrampfende Pflegearrangements herzustellen. Dass sie in diesen Situationen nicht sprachlos bleibt, d.h. kommunikativ einfühlsam begleitet, trägt maßgeblich zu diesen Entspannungen bei. Ihre freundlichen Kommentare und Deutungsangebote konstituieren einen positiven Beziehungsrahmen, der zur Normalisierung der Intimpflege beiträgt.

“...die ham immer so bisschen das schlechte Jewissen. wejen uns müssen se am Wochenende kommen //hm//. und so bring ich das ehmt halt rüber. oder. wie viele schämen sich, wenn se nachher bettlägerig sind müssen se windeln. ach so 'ne Schweinerei un jetzt hab ich groß gemacht. und da versuch ich ehmt och anders äh immer of die drof einzujehn und dann sach ich 'meine Güte' (betont gesprochen) is doch viel besser wens so in de Windel kommt, stelln se sich mal vor wir müssten jeden Tag oder jeden zweeten Tag e Einlauf ich sage das is erst 'ne Schweinerei das raus ich sage da würd-. ich sage un so. das mach mer weg un heute ji-. da ham da baun die erstmal ihre Angst ab //hm//. so versuch ich das den halt rüberzubringen. //hm// freilich

---

<sup>56</sup> Die gelungene Bearbeitung von angespannten Pflegesituationen ist m.E. kunstvoll. Die Kunst in der Pflege besteht darin, zwischen den unterschiedlichen Handlungsformen-, anforderungen und -zwängen sinnvoll zu vermitteln. Dieses an verstehende und vermittelnde Kompetenzen geknüpfte Verständnis unterscheidet sich von den “Regeln der Künste” (Sowinski 2002), d.h. ein an den “allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen” orientierten Handlungsverständnis (Klie 1995; 61).

<sup>57</sup> Intimpflege umschreibt als pflegerischen Terminus die auf den Intimbereich bezogene Körperpflege (vgl. Juchli 1993; 115 f). In der hier vollzogenen Verwendung bezieht er sich auch auf die Hilfestellung bei der Verrichtung der Notdurft.

wer macht schon wer macht schon jerne in de Windel.. aber das is ehmt halt wenn ich esse. muss ichs och widder ausscheiden //hm// und da versuch ich das wirklich so in den Maßen. rüberzubringen.. //hm// und dann dann bauen die da och erstmal ihre Angst en bisschen ab.. na..”/30/9-16

Ihre biographischen Erfahrungen mit schambeladenen bzw. peinlichen Pflegesituationen haben möglicherweise zu einer Kontextsensibilität beigetragen, die das Erkennen solcher Befindlichkeiten befördert<sup>58</sup>. Diese Ressource kann sie im Rahmen pflegerischer Handlungen situationsbezogen wirksam aktivieren.<sup>59</sup>

### 8.8.2 Zuwendungen und Zärtlichkeiten

Maßgeblich für ihr berufliches Handlungsverständnis bleibt der subjektiv sichtbare Leidensdruck der Betroffenen. Spürt sie eine massive Verstimmung bzw. Verschlechterung der Befindlichkeit, versucht sie auch über körperliche Zuwendungen oder symbolische Geschenke gegenzusteuern. Da wo das Sprechen nicht mehr sinnvoll scheint, kann sie auch auf andere Interaktionsmuster zurückgreifen. Diese situativ angepassten Handlungsstrategien erwiesen sich als erfolgreich. Die sichtbaren Stimmungsaufhellungen der Hilfe- und Pflegebedürftigen sind auch für sie ein Geschenk.

“.. und streicheln und. wenn ich sehe.. dass es jemand jetzt janz arg schlecht jeht also das hab ich schon öfters jemacht. dann hab ich einfach e Blumenstrauß von mir mitjenomm //hm// und dann freuen die sich, dann is der Tach erstmal hier so.. lustig und nich lustig aber schön e Lächeln kommt da rüber und //hm//. das is. so 'n kleener Blumenstraus oder eene. eene Rose oder was. das kann so viel bewirken //hm hm// unwahrscheinlich viel...”/30/21-24

Über diese Positivverfahren entwickelt Renate neue pflegerische Handlungskonzepte, die für sie biographisch gesehen eher unangenehm waren.

“.. äh als ich selbst als Kind. ich wollte das immer nich so ham das Drücken und so. aber das hab ich och. äh jetzt jelernt..”/8/12-13

---

<sup>58</sup> In Bezug auf die paradigmatische Ausrichtung an den jeweiligen Kontext und der individuellen Angemessenheit pflegerischer Handlungen wird auf eine Verknüpfung von kognitiven und emotiven Leistungen orientiert. Eine dekontextualisierte Verantwortungsethik der Fürsorge kann sich mit emotiven Verpflichtungsgefühlen treffen. Aus der diskursethischen Perspektive wird auf eine reziproke Rollenübernahme bzw. Perspektivenverschränkung orientiert, in der die solidarische Einfühlung in die Lage des anderen mit eingeschlossen ist. Ein kognitives Erkennen im anderen verweist auf eine affektive Sensibilisierung und Einfühlung, aus der heraus eine engagierte moralische Haltung entstehen kann. Grundlage eines “verantwortungsethischen Kontextualismus” ist die Inblicknahme konkreter Handlungen und der damit verbundenen empirischen Folgen (Remmers 1998; 192 f).

<sup>59</sup> Diese professionelle Kompetenz, sensibel auf Befindlichkeiten von Patienten zu reagieren, d.h. diese kommunikativ geschickt aufzugreifen und nach Möglichkeit zu normalisieren, verweist auf das Professionelle des Nicht-Professionellen-. Hier werden emotiv unterlegte Kompetenzen sichtbar, die über Ausbildungszusammenhänge möglicherweise nur schwer konturiert und vermittelt werden können. Renate entwickelt erfolgreiche Handlungsstrategien, die nicht losgelöst von ihren persönlichen Erfahrungen betrachtet werden können. Möglicherweise haben persönliche Verletzungs- und Erleidenserfahrungen zu einer intuitiven Wahrnehmung beigetragen, die es ihr z.T. ermöglichen, gegenüber den Patienten genau die richtigen Worte zu finden. Renates persönliche Erleidensprozesse konstituieren einen Resonanzboden, der zu einer besonders motivierten und emphatischen Pflege beiträgt. Die bei ihr ausgeprägt sichtbare Empathiefähigkeit bildet den konstitutiven Unterboden für eine besondere dyadische Pflegebeziehung (vgl. Olbrich 1999, 77 f; vgl. Knobling 1993; 269 ff).

Tendenziell hat sie in ihrer Kindheit körperliche Zuwendungen bzw. Zärtlichkeiten durch familiäre Bezugspersonen eher abgewehrt<sup>60</sup>.

“..ich selber will das nich, hab das weder mit meinen Omas. oder mit mein O- mit meinen Eltern jemacht //ja// das war immer der Punkt wo mein Vati mich immer als Kind hochgezogen hat. mit sechs siem Jahrn hab ich immer jesacht nee dich drück ich nich mehr. da war ich ehmt halt so. und. das hat mich och nich so irjendwie, dass mich das jefehlt hat..”/8/26-30

Da für sie ihr eigener Körper fremd blieb, hat Renate als Kind leibbezogene Zärtlichkeiten nicht positiv aufnehmen können. Trotz ihrer unterschwellig weiter bestehenden Widerstände gegenüber fürsorglichen Berührungen kann sie sich situativ darauf einlassen. Auch hier bildet das Zuwendungsbedürfnis der Patienten den Maßstab für ihre einlassenden Handlungsmuster. Eine Abwehr leiblicher Gesten und Wünsche wird als Abgrenzungsstrategie ausgeschlossen.

“aber ich kann se nich wegstoßen.. aber das hab ich jetzt hier jelernt, ich kann se ja nich abweisen. //hm// nee komm se mal weg.”/31/4-5

Hier deuten sich Balancierungsprobleme an. Das beziehungsfördernde Nähegebot gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen führt sie im körperlichen Interaktionsbereich auch an Grenzen.

“das merkt mer ofte, die wolln viel drücken //hm// und och mal ehmt.. ja die een die küssen dann een immer so gleich, das is och nich so meine Welt..”/31/11-12

Exemplarisch zeigt sich dieses Unbehagen bei einer von ihr betreuten Patientin. Sie wird als gläubige und lebenswürdige Frau beschrieben, die zu überschießenden Zärtlichkeiten neigt. Renate betet gemeinsam mit dieser Frau, wobei es im Anschluss daran zu emotional überwältigenden Annäherungen kommt. Trotz der für sie tendenziell unangenehmen Lippenberührungen kann sie sich diesen Gesichtskontakten nicht entziehen<sup>61</sup>.

“...vor allem ham mer eine äh die is sehr liebebedürftig, die küsst dann immer jerne, sie is och sehr katholisch und und und //hm// ich bete für sie und so. und dann kommt die und küsst. naja dann mach ich das ehmt halt..”/32/5-6

In dieser Situation führt das fehlende Markieren von Demarkationslinien zum ungewollten Empfang von Zärtlichkeiten<sup>62</sup>. Es kommt zu einer unerkannten Kollision zwischen eigenen und fremden Bedürfnissen. Ihre sonst sehr geschickten und vielschichtigen Interaktionsstrategien, die in unterschiedlichen Situationen intuitiv richtig zur Anwendung gelangen, greifen hier nicht.

---

<sup>60</sup> Das Abwehren von zärtlichen Berührungen hängt möglicherweise auch mit ihrer körperlichen Verwandlung zusammen. Ihr gestörtes Körper selbstbild hat sich auch in körperlichen Kontaktverweigerungen niedergeschlagen.

<sup>61</sup> Das Unbehagen nimmt insbesondere bei Gesichtsbearührungen mit dem Mund zu. In diesem Sinne wird von der Patientin (unzulässig) eine Schamschranke überschritten (vgl. Koch-Straube 1997; 211).

<sup>62</sup> Für Renate ist die enge Beziehung zu Hilfe- und Pflegebedürftigen ein persönlicher Anspruch. Ihre Grundsatzentscheidung für eine Beziehung zur engeren Mitwelt suspendiert im Sinne von Buber entfremdete Ich-Es-Relationen (Buber 1984; 344; Schwerdt 1999; 271). Das Einlassen auf intensive Beziehungen stellt eine Demarkationslinie dar. Die Förderung der Beziehungskraft kann situativ überfordern, d.h. individuell sinnvolle Rückzüge und Abgrenzungen notwendig machen.

Durch das weitreichende Nähebedürfnis der Patienten kommt es zu einer subjektiven Überbeanspruchung, die zu abnehmenden Handlungsspielräumen führt. Renate verliert tendenziell die Regie über den pflegerischen Handlungsrahmen. Ihr zaghaft anklingendes Bedürfnis nach körperlicher Abgrenzung kann sie handlungsstrategisch nicht realisieren.

### 8.8.3 Funktionell unpersönliche Pflege im Krankenhaus

Das schwer zu markierende Feld zwischen einer patientenorientierten Pflege und einer unpersönlichen Funktionspflege wird skizzenhaft abgesteckt. Die medizinpflegerisch ausgerichtete Welt des Krankenhauses wird von Renate vielschichtig eingefangen. Ihre krankenhausesbezogenen Erfahrungen speisen sich aus unterschiedlichen Erlebnisperspektiven. Die Wahrnehmung der Krankenschwesterntätigkeit erfolgt sowohl aus dem Blickwinkel eines im Rahmen der Altenpflegeausbildung vollzogenen Praktikums als auch aus der Perspektive eigener Patientenerfahrungen. Die perspektivischen Wechsel werden situationsbezogen einfühlsam vorgenommen.

In einem allgemein gehaltenen Statement markiert sie bei einer Vielzahl von Krankenschwestern eine tendenzielle Vernachlässigung des "Pflegerischen" (34/7) zugunsten medizinischer Verrichtungen.

"...aber was ich selbst äh. persönlich äh so sagen würde. es gibt Krankenschwestern, die sehen nur es medizinische, die ham absolut für de pflegerische. die ham für das pflegerische nichts. äh übrig.." /34/7-8

Renate beobachtet bei dem Pflegepersonal im Krankenhaus eine ausgeprägte Affinität zu behandlungspflegerischen Maßnahmen, welche zu Lasten von grund- und sozialpflegerischen Tätigkeitsfeldern realisiert werden

"... was ich in den. im Krankenhaus erlebt hab. ähm.. die machen zwar jetzt hier so Blut abzieh und ehmt alles drum und dran. aber so.. wie soll ich mal sagen... also das hat mich damals so sehtre jestört.." /34/17-19

Die Hierarchisierung von Tätigkeiten im Raster von behandlungs- bzw. grundpflegerischen Maßnahmen führt zu arbeitsorganisatorischen Umverteilungen. Tendenziell werden "Drecksarbeiten", wie z.B. die hygienische Aufbereitung von Pflegehilfsmitteln, vom Fachpersonal auf berufliche Neueinsteiger bzw. episodisch eingebundene Praktikant/Innen abgewälzt.

Von diesen eingefahrenen Arbeitsmechanismen bleibt sie scheinbar verschont. Das Stammpersonal stuft sie nicht als typische Praktikantin ein. Ihr im Vergleich zu anderen Auszubildenden höheres Alter schützt sie möglicherweise vor deklassierenden Zuweisungspraktiken.

"...dadurch dass ich ja schon älter war sach ich mal so mit mir ham ses ja nich so gemacht aber da warn ja och so ähm. Schüler drinne, die so von der zehnten Klasse Kranken-. also Schieber un so äh waschen.. äh Grundpflege und so das mussten immer. wenn Praktikanten ehmt Schüler da

warn, mussten die das machen, da hat sich de Schwester nich mehr. //hm// sach ich mal de Hände so. dreckig jemacht..”/34/30-35

Die Hierarchisierung und Domänisierung von Tätigkeiten koorrespondiert mit mehr oder weniger offenen Distanzierungs- und Abwertungsmustern von Auszubildenden und Patienten. Im Zusammenhang mit dem täglichen Frühstück auf der Station erlebt sie, dass Schwestern und Ärzte wiederholt abwertende Bemerkungen über einzelne Patienten machen. Diese möglicherweise entlastende Hinterbühnenkommunikation, im Rahmen von Pausenritualen, empfindet sie als unangemessen. Es entsteht das Bild eines atmosphärisch unangenehmen Organisationsgefüges, das strukturell wenig team- und patientenorientiert ausgerichtet ist.

“.. un da wird ja ausgiebig jefrühstückt. wies heute is das weeiß ich nich 's //hm// ändert sich ja och de Zeit //ja//. un dann wird einlich an dem Tisch. muss ich mal so sagen ehmt och über jeden Patient jehechelt. //hm// och de Ärzte machen da mit. das hat mich persönlich nich so jefallen..”/44/39-43

Obwohl explizit keine Bedürfnisse artikuliert werden, geht sie aktiv auf die Patienten zu und erkundigt sich nach potentiellen Wünschen bzw. Hilfestellungen. Auch hier wird so etwas wie eine vertrauensfördernde Beziehungsarbeit sichtbar<sup>63</sup>.

“.. na ich bin ja dann öfters mal so in in de Zimmer reinjejangen hab jefracht ob se irjendwelche -. un da ham mich och welche ma jefracht, was es denn heut zu essen jibt und so und äh da hab ich jesacht das weiß ich nich, aber ich gucke ma vor.”/45/2-4

Die von ihr vollzogenen kleineren Gefälligkeiten bzw. Zusatzleistungen zeichnen sie scheinbar gegenüber dem Stammpersonal aus.

Diese wehren die Fragen und Bitten von Patienten tendenziell eher ab.

“...un Schwestern. sin da ehmt so ranjejangen. 'das kann ich ihn nich sagen, dann stehn se ma auf un gucken se ma nach vorne' (betont gesprochen) //hm// so ob die jetzt so richtig laufen konnte oder nich oder so. “/45/5-6

Renate versetzt sich in die persönliche Situation der Bittsteller und empfindet diese Abweisungen als z.T. unangemessene Distanzierungsstrategien. Die Reduktion auf eine funktionell korrekt durchgeführte Pflege wird als unpersönlich beschrieben. Über das von ihr eingespielte Bild der gesichtslos im Bett liegenden Perücke wird der -Nobody-Charakter- von Pflege symbolisch kenntlich gemacht<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> Renate berichtet in diesem Zusammenhang von “extra miles”, die eine wesentliche Kategorie beim Aufbau vertrauensvoller Beziehungen sein können (Fosbinder 1994; 1089). In der Wahrnehmung von Patienten können diese Zusatzleistungen großen Eindruck hinterlassen. In einer qualitativ ausgerichteten Studie zur Patientenzufriedenheit stellt Fosbinder (1994) heraus, dass der auch von Renate praktizierte Interaktionsstil auf die Patienten sehr vertrauensfördernd wirkt. Die Patienten empfinden solche freiwilligen Zusatzleistungen als mütterlich, freundschaftlich und sorgend. Die Empfänglichkeit gegenüber solchen Strategien kann sich auch in einer besonderen Dankbarkeit der Patienten ausdrücken. In diesem Sinne beschreibt Fosbinder, dass Patienten als Antwort auf diese “extra miles” die Pflegenden zu sich nach Hause einladen (Fosbinder 1994; 1089).

<sup>64</sup> Der Objektcharakter von Pflege wird explizit herausgestellt. In diesem Bereich sind distanzierte Pflegemomente erfasst, in denen sich Patienten als Objekte bzw. als ein „Nobody“ fühlten (Olbrich 1999; 32 f).

“... und ich hab immer jesacht wenn ich eene Perücke ins Bette jelecht. kä- es hätte keiner jemerkt, ob sie drinne sin oder nich..”45/32-33

#### 8.8.4 Distanz gegenüber unzufriedenen Patienten

Renate betont, dass sie zu jedem Patienten eine Beziehung aufbaut. (“...äh mer baut zu jeden Beziehung of ”/46/10). Einschränkend verweist sie aber auch auf Patienten, zu denen ein distanzierterer Kontakt besteht. Die trotz engagierter pflegerischer Betreuung ausbleibende Zufriedenheit von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist für sie schwer aushaltbar. In diesem Rahmen kommt es zu oberflächlicheren, formalisiert ablaufenden Betreuungsmustern. Die als “Sticheleien” empfundenen, die Pflegehandlungen unterminierenden Kommentare unzufriedener Patienten dämpfen ihr pflegerisches Engagement. In solchen Situationen baut sie eine nette und freundliche Fassade auf und versucht, die Pflegesituation nicht länger als notwendig auszudehnen. Das Ausbleiben von Dankbarkeit und Anerkennung von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist für Renate unbefriedigend.

“...es jibts welche. wo mer nich so die Beziehung ofbaut, weil die mit nichts zufrieden sind immer unzufrieden //hm// und mer macht wirklich och alles un versucht och Kleenigkeiten, aber se is is ehmt. und äh dann wird immer noch so rumjestichelt, wo ich mir dann sage ohr die halbe Stunde hier im Haus. nett und freundlich. und die halbe Stunde und raus.”/46/20-24

#### 8.8.5 Beziehungspflege bei Lieblingspatienten

Kontrastiv zu den undankbaren Hilfe- und Pflegebedürftigen werden von Renate Näheverhältnisse zu einzelnen Lieblingspatienten skizziert, bei denen durch ihren aktiven persönlichen Einsatz ein Erfolg sichtbar wird.

In diesem Rahmen beschreibt sie exemplarisch den prozessualen Aufbau besonderer Beziehungsmuster zu zwei abhängig Pflegebedürftigen. Die Pflegesituation erscheint komplex. Beide werden als bettlegerige, mit schwerwiegenden Alkoholproblemen kämpfende Patienten markiert. In der weiteren Darstellung wird klar, dass es sich um ein zusammenlebendes Paar handelt.

Durch exzessiven Alkoholkonsum kommt es zu einem Sturzunfall der Frau, der durch verspätete Inanspruchnahme von Hilfemaßnahmen zu komplikationsreichen Nachwirkungen führt. Die sozial angespannte Situation der beiden suchtkranken Lebenspartner führt zu einer schwierigen Betreuungssituation, in der sich unterschiedliche Problemlagen überlagern. Der pflegerische Aufwand scheint weitreichend. Die sichtbaren Verwahrlosungstendenzen führen bei ihren Mitarbeiter/Innen zu widerstrebend ausgeführten Pflegeeinsätzen. Tendenziell kommt es zu kollektiven, sich manifestierenden Betreuungsvermeidungen. Diese Distanzierungsmechanismen führen dazu, sie als primäre Bezugspflegekraft einzusetzen. Die Pflegedienstleiterin bittet Renate um die Übernahme des Pflegemandats. Sie hält Renate für geeignet, diese Patienten engagiert zu betreuen. Auf die sie (erwählende) Aufforderung reagiert sie positiv.

“...und dann hab ich ehmt ja jut ich hab vielleicht sach ich jetzt mal so zwee Lieblingspatienten. //hm// weil ich die aus 'm. aus 'n Dreck rausjeholt hab //hm//. und zwar warn die alle beede bettlägerisch.. muss ich mal so sagen.. einlich warn se bettlägerisch weil äh. se vie- sehr viel

Alkohol jetrunken ham. sie äh hat sich damals äh ehmt alles jebrochen und der der hat nich gleich de Schnelle Hilfe angerufen zu spät, dann is se ins Jipsbette un so. ich kenns nich von Anfang an. jedenfalls ka- äh. wie ich dort anfangen hab. bin ich dort immer hin mit Schwester Gabi am Anfang. und die und der Mann konnte aber noch laufen un hat immer was jeholt un jeder hats jewusst. //hm// das. un mer is schon früh hinjekommen, da war die dann jebrochen der jing so einjernaßen, weil er ja laufen konnte. und keener wollte die Patienten so unbedingt jerne machen naja wos schnuddlig und dreckig un wo's viel is will keener machen. 'und' (gedehnt gesprchen) naja und da hat Dorit immer jesacht willst Renate machst du die zwee ich sage ja is jut."/43/21-30

Insbesondere zu der pflegebedürftigen Frau entwickelt sie eine enge Beziehung. Die Alkoholproblematik wird anfangs stillschweigend ausgeblendet. Trotz des schamvollen Verbergens ihres Alkoholkonsums nimmt Renate den Geruch wahr. In einer Gesprächssituation, wo die Patientin über ihren Zustand klagt, kommt es zu einem offensiven Aktivierungsappell, in dem Renate das konspirative Zudecken der problematischen Gesamtsituation aufgibt. In diesem Kontext verweigert sie ein adaptierendes Einlassen. Durch die gewachsene dyadische Vertrautheit der von ihr prädikativ als "nett" eingestuften Frau drängt es sie, problematische Punkte des Pflegesettings offen zu legen. Ihr in diesem Zusammenhang sichtbarer Ausbruch stellt eine überraschende Auflösung des verfälschenden Pflegearrangements dar. Ihre Reaktion deckt eingefahrene billige Kompromisslösungen auf. Es kommt zu einer veränderten Pflegesituation. Durch die heuristische Entfaltung eines Negativszenariums versucht sie, eine mitmachende Aktivierung der Frau auszulösen. Die riskante Aktivierungsstrategie scheint in diesem Fall erfolgreich. Das fatalistische Hineintreiben in Erleidens- und Krankheitsprozesse wird überraschend durchbrochen. Sie kann die negative Verlaufskurvenentwicklung der Patientin stoppen. Die konditionalen Reaktionsmuster werden durch ein Szenarium der Hoffnungslosigkeit aufgeweicht. Dass dieses Anti-Finale ("...komm sie nie widder ausm Bette.."/46/11) intentionale Impulse auslöst, zeigt dass die Hoffnung auf ein selbstständigeres Leben noch nicht verloren gegangen ist. Dass die Furcht vor einem perspektivlosen Leben zu verändernden Aktivitäten beitragen kann, wird deutlich. Ob dieser Veränderungsprozess an Bedingungen geknüpft wird, ist nicht klar erkennbar. Der Alkoholmissbrauch wird zwar deutlich als Problemauslöser bzw. Problemverstärker markiert, eine imperative Aufforderung zur Abstinenz erfolgt aber offensichtlich nicht. Ein abruptes Einfordern von Totalabstinenz scheint angesichts der Alkoholabhängigkeit ohnehin unrealistisch. In diesem Sinne wird die Furcht vor dauerhafter Bettlägerigkeit zum "primum movens" vernünftiger Selbstopflegeaktivitäten (ebenda). Der Kontrakt zwischen der pflegebedürftigen Frau und ihr kommt durch den intentional sichtbaren Wunsch nach Mobilität und Selbstständigkeit zustande. In Kombination mit physiotherapeutischen Maßnahmen gelingt ein stufenweiser Mobilitätszuwachs. Selbst- und Fremdpflegeaktivitäten greifen erfolgreich ineinander. Parallel dazu wird das Wohnumfeld der Frau umgestaltet. Renate organisiert die Teilrenovierung der Wohnung. Ihre trotz zaghafter Vorbehalte der Frau paternalistisch verfügte Milieugestaltung wird dankbar aufgenommen. Es kommt zu eindrucklichen Verschränkungseffekten. Als sie nach erfolgreicher Mobilisierung, das erste Mal nach zwei Jahren in ihr neu gestaltetes Wohnzimmer tritt, kommt es zu einem freudvollen Überraschungsmoment. Parallel zur Verbesserung ihres körperlichen Allgemeinzustandes hat sich auch ihre Wohnung positiv verändert. Die stärkere Hinwendung zu ihrem Wohnbereich scheint Ausdruck eines veränderten Erlebnis- und Wahrnehmungshorizontes. Die symbolträchtige Präsentation des neu gestalteten Wohnzimmers gegenüber der wieder gehfähigen Frau wirkt motivierend. Durch eine "mächtige Nachzahlung"(47/3) können auch neue

Möbel angeschafft werden. Der Geldsegen führt zu einer sinnlich erfahrbaren Veränderung des Wohnumfeldes. Renate gestaltet den Wandlungsprozess aktiv mit. Ihre paternalistischen Fürsorgemuster sind mal mehr und mal weniger offensiv sichtbar<sup>65</sup>. Innerhalb der Wohnung kann sich die ehemals bettlägerige Frau nun weitgehend selbst versorgen. In diesem Sinne konstatiert sie einen sukzessiven Rückzug der Fremdpflegekräfte. In einem (evaluativ) absichernden Kommentar wird das Herausheben aus einer problematischen Lebenslage positiv bilanziert<sup>66</sup>.

„...die kann jetzt alleine sich widder waschen. die kann äh laufen. die kann runterjehn of de Straße mit de Physiotherapie noch weil se ehmt //hm// die jehn och mal alleene spazieren. also mir brauchen jetzt nur noch Medikamentengabe machen und äh.. so de Schnitten, weil sie sie kann. sie aber zur Not, wens jetzt mal wirklich macht se das och noch //hm// aber wirklich das is so der Punkt, wo mer dann sacht das is mal was, wo mer jemanden rausjeholt hat.“/47/17-21

### 8.8.5.1 *Familär-dyadische Pflegebeziehung*

In Zusammenhang mit der Darstellung intensiverer dyadischer Beziehungsstrukturen wird von Renate eine familiäre Rahmung vollzogen. Die dyadische Pflegebeziehung wird in eine Großmutter-Tochterbeziehung überführt. Der relationale Bezug scheint nicht nur dem formalen Altersunterschied geschuldet. Aus der sich über einen längeren Zeitraum aufgebauten Beziehung entwickelt sich eine intensive emotionale Verbundenheit. Die dankbare Zuwendung und Offenheit der von ihr betreuten Frau macht eigene emotionale Defizite bzw. Wünsche sichtbar. Die pflegebedürftige Frau wird zu einer (Ersatz-)Großmutter, wie sie selbst als Kind es nicht erfahren hat (“ich hatte nie `ne richtje Oma”/34/10)<sup>67</sup>. Die besondere Nähe wird darüber hinaus auch noch über einen Körpervergleich deutlich. Sie wird als übergewichtige, mit einer ähnlichen körperlichen Konstitution versehene Frau beschrieben.

Die wiederkehrende Dankbarkeit gegenüber Renates sozialpflegerischem Engagement führt zur weiteren Ausweitung ihrer Hilfebemühungen. Sie fährt ihre Lieblingspatienten z.T. auch in der Freizeit durch H. bzw. in einem nahe gelegenen großen Einkaufspark, damit für diese, die in den letzten Jahren unsichtbar gebliebenen Veränderungen der Außenwelt, sichtbarer werden. Darüber hinaus übernimmt sie auch mobile Hilfeleistungen, d.h. stellt sich für Fahrdienste zur Verfügung, um eine Teilnahme bei interfamiliären Treffen sicherzustellen. Die Nächstenpflegepersonen der beiden Hilfe- und Pflegebedürftigen treten eher in den Hintergrund. Ihr exponierter, über die berufliche Dienstzeit hinausgehender Einsatz, ist etwas, was sie nicht nur für Lieblingspatienten tun würde.

---

<sup>65</sup> Die von Renate vollzogenen Überschussleistungen lassen sich eher über den Begriff „Care“ als über den Pflegebegriff beschreiben (dazu u.a. Arndt 1996; Käppli 2001). Es ist keine Pflege nach Vorschrift, im Kontext einer eng ausgelegten Übernahme dekompenzierten Selbstpflegevermögens. Der englische Begriff Care umfasst auch Aspekte des sich-Kümmerns, des sich-Sorgens und der Fürsorge, die in der deutschen Fassung von Pflege eher peripher sichtbar werden (dazu u.a. Käppli 2001).

<sup>66</sup> Unklar bleibt, was aus dem Partner der Frau geworden ist. Er verschwindet in diesem Fallbeispiel vollständig. Auch was die weitere Entwicklung der Alkoholproblematik betrifft, finden sich keine weiteren Erzählhinweise.

<sup>67</sup> Auf die Ambivalenz einer Familialisierung beruflicher Tätigkeiten wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur wiederholt hingewiesen (dazu u.a. Koch-Straube 1997; 366 f.). Auffällig bleibt in der von Renate vorgenommenen Rahmung, dass die Generationsabfolgen nicht auf dem Kopf gestellt werden (Mutter-Kindverhältnis). Auch bei ihr schimmern liebevolle Bevormundungen durch, ohne dass sie aber die Orientierung an den subjektiven Bedürfnissen und Wünschen der von ihr betreuten Menschen aus dem Blick verliert. Eine offensive Mütterlichkeit und damit verbundene Infantilisierung der Hilfe- und Pflegebedürftigen wird explizit nicht sichtbar. Gegen diesen (einladenden) Verdacht sprechen auch die eingetretenen Mitmach- und Aktivierungserfolge, die sich von dem gefährlichen Bild des schwach und gefügig gemachten Pflegebedürftigen unterscheiden.

Im Kontext ihres prinzipiell egalitären (pflegerischen) Beziehungsverständnisses versucht sie den exklusiven Betreuungsaufwand gegenüber diesen Hilfe- und Pflegebedürftigen abzuschwächen. Sie will nicht den Eindruck privilegiierter Pflegearrangements vermitteln.

“...würd ich aber och für jeden andern. jetzt. ich meine jut, das sin schon meine Liebli- und das is so wie mein. aber wenn jetzt ehmt 'ne andre Frau kommt und sacht ich äh würde mal, da dann würd' ich se och einsacken un hinfahrn //hm//. würd ich och machen also.. da bin ich einlich nich so, dass ich jetzt da so abwerte oder nee die nich und die och nich..”/34/34-38

Auslöser für ihre freiwilligen Zusatzleistungen sind tendenziell enge Pflegebeziehungen, die darauf basieren, dass Patienten ihre Überschüsse ehren<sup>68</sup>.

## 8.9 Kunden- und Dienstleistungsorientierung. Zwischen Angehörigen -und Patientenerwartungen

Der Einfluss von Hilfe- und Pflegebedürftige hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Über die Angehörigen werden Dienstleistungsanforderungen artikuliert, die nicht unbedingt den Willen des Patienten ausdrücken. Das Insistieren auf rechtlich abgesicherte Dienstleistungen spiegelt aus ihrer Sicht nicht zwangsläufig die Bedürfnisse der Hilfe- und Pflegebedürftigen wider. Renate erlebt z.T. den Zwiespalt der Patienten, die sowohl auf die Stimmen ihrer Angehörigen hören wollen, andererseits aber auch den guten Kontakt zur Pflegekraft nicht aufs Spiel setzen möchten. Die (doppelte) Abhängigkeitssituation von Patienten wird exemplarisch sichtbar. Sukzessiv zunehmende Verfügungsansprüche führen Renate in unzumutbare Bereiche, die sie grenzziehend regulieren muss<sup>69</sup>.

“...und äh sie wern och sehr be- viel beeinflusst von von von den Angehörigen. ich muss manmal sagen die Patienten.. die sin einlich einlich so, aber die 'Angehörigen' (betont gesprochen). die sin einlich. diejenen die einlich unmöglich die och den Patienten dann nachher. wo mer manchmal nich versteht wieso is 'n der jetzt so. aber. dann kriejen die irjend von den Kindern oder. ja von Kindern isses ja meistens. irjendwas jesacht und das ist dein Recht und so. und die wolln das jar nich so, aber die sin dann och in 'nem Zwiespalt. die Kinder ham das jesacht und die Schwester is doch jar nich so. und da muss mer manchmal so sagen, also da is mer och en bisschen enttäuscht da sacht mer ma halt Stopp. mer muss och ofpassen. wenn ehmt kleener Finger janze Hand.. mer

---

<sup>68</sup> In der soziologisch geprägten Professionsforschung werden solche Elemente wie Ehrungen und Anerkennungen tendenziell eher vernachlässigt. Unbezahltes wird möglicherweise zu schnell als Selbstausbeutung, übermäßig bescheiden, neurotisches Helfersyndrom, traditioneller Ballast etc. diskreditiert. Die dahinterliegenden Gründe für diese Abwertungstendenzen sind im Kontext eines „professionel war“, in dem es um Macht und Verantwortung geht, durchaus plausibel (dazu u.a. Nittel 2000; Rabe-Kleberg 1993). Dass die bescheidenen Intentionen und unbezahlbaren Elemente innerhalb bescheidener (semiprofessioneller) Professionen das Besondere und Stolz des Berufes ausmachen bzw. das Wesen des Berufes charakterisieren, scheint mir somit ein tragender Gedanke. Dieses Moment der Arbeit selbstbewusst zu stärken, könnte zu einer Bewertungsverschiebung traditionell (belasteter) Tugenden beitragen. Nimmt man den religiös belegten Berufsbegriff in dieser Akzentuierung auf (“...ein jeglicher, wie ihn der Herr berufen hat, also wandle er...Ein jeglicher bleibe in dem Beruf in dem er berufen ist.” (1. Kor. 7, v.17-20), relativieren sich die Grenzziehungen zwischen stolzen bzw. bescheidenen Berufen. Die (traditionell) ethische Färbung der Arbeit könnte möglicherweise wieder unbefangener aufleuchten..

<sup>69</sup> Das offensive Einfordern von Dienstleistungen vermittelt den Pflegekräften, dass sie nicht mehr als nur -Dienstboten- sind. Gegenüber diesem reduzierenden Verfügungsanspruch wird Widerstand sichtbar (vgl. Koch-Straube 1997; 292).

macht schon Kleinigkeiten aber dann. wird das immer mehr, weil die Kinder un ich muss das nich immer machen.. //hm hm// un dann muss mer ehmt halt de Notbremse ziehn..."/35/14-25

In diesem Sinne werden instrumentelle Verfügungen abgewehrt. Hier deutet sie unangemessene Einbindungen und Verpflichtungstendenzen an, die mit den Entpflichtungsbestrebungen der Angehörigen korrespondieren<sup>70</sup>.

### 8.9.1 Wahrnehmung interfamiliärer Rollenverschiebungen

Renate skizziert ganz allgemein die Veränderung interfamiliärer Rollen im Alter. Bei zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kommt es zu kritischen Beziehungsverschiebungen. Die wachsenden Einschränkungen führen zu einem schleichenden Anerkennungsentzug. Tendenziell haben die Kinder weniger Zeit für ihre Eltern. Der hektische Charakter der modernen Zeit lässt aus ihrer Sicht wenig Raum für entspannte Begegnungen und selbstverständliche familiäre Hilfearrangements. Über diese generalistischen Rahmungen wird ihre berufliche Rolle deutlicher. Sie rückt z.T. in die Rolle der Vertrauten, der die familiären Lebensgeschichten aus unterschiedlichen Blickwinkeln mitgeteilt werden. Die dabei sichtbaren Konflikte zwischen den Generationen scheinen durch die funktionellen Inanspruchnahmen in der sich veränderten Lebenslage verstärkt aufzubrechen. Durch die Aufnahme der generativ unterschiedlichen Familienperspektiven wird sie mit subjektiv brisanten Details konfrontiert. Renate lässt sich in diese Konflikte nicht hineinziehen. Sie versucht behutsam den problematischen Kern der angespannten Familienbeziehungen zu verstehen, ohne explizit Partei für jemanden zu ergreifen. Ihr diskreter Umgang mit diesen Informationen macht sie zu einer

---

<sup>70</sup> Ihr berufliches Verständnis ist mit einem instrumentellen Dienstleistungsanspruch schwer in Übereinstimmung zu bringen. Auf reduzierte Anliegen und Verfügungen reagiert sie eher mit Abwehr. Auffällig scheinen die intergenerativen Nuancierungen. Bei den von ihr betreuten Kindern bzw. den älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen kann sie tendenziell authentische Beziehungen aufbauen. Über diese asymmetrischen Betreuungsverhältnisse bekommt Renate das von ihr gewünschte Honorar. Tendenziell problematisch bleiben dagegen die Beziehungen zu den (mächtigeren) Eltern der Kinder bzw. den Angehörigen der Patienten. Je selbstbewusster und fordernder ihr diese gegenüberreten, um so mehr zieht sie sich zurück. Kommt es zu einer oberflächlichen, auf selektive Aufgabenzuweisungen reduzierte Interaktionsbeziehung, wirkt sie demotiviert bzw. fühlt sich nicht als professionell Pflegende eingesetzt. Positive Rückmeldungen (Dankbarkeit, Anerkennung) haben eine katalysierende Wirkung. Über sie werden die Grundlagen für eine engagierte Pflege besiegelt. Es entsteht scheinbar ein Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen. Immaterielle Gegenleistungen, wie sie sich über Lob, Dankbarkeit, Mithilfe, (Wiedersehens-)freude ausdrücken, werden als Bestätigung engagierter Arbeit empfunden. Das Honorieren von personenbezogenen Dienstleistungen über Worte und Gesten relativiert den selbstverständlichen Charakter von Hilfe und Pflege. Das Abhängigsein von der Hilfe anderer kann auch Tabuisierung bzw. Widerstände auslösen. Eine nahe gehende Pflege ist eine Gratwanderung, welche möglicherweise durch eine vertrauensvolle dyadische Pflegebeziehung weniger riskant erscheint. Das Angewiesensein auf anerkennende Gesten und Reaktionen zeigt, dass die schwere Arbeit mit zumeist älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen ohne honorierende Erleichterungen kaum durchzuhalten ist. Entscheidend für Renates berufliches Selbstverständnis bzw. Selbstvertrauen bleibt der Grad der Beziehungs- und Kontaktaufnahme zu den von ihr betreuten Patienten. U.K-Straube (1997) deutet die schwierige Grenzziehung zwischen immateriellen und materiellen Gratifikationen an. Die Gefahr eines sich einschleichenden Abhängigkeitsmechanismus, der dadurch entsteht, daß Geld- und Sachgeschenke zur Absicherung von Aufmerksamkeit und Zuwendung eingesetzt werden, kann nicht unberücksichtigt bleiben. Möglicherweise wird dieses Abhängigkeitsszenarium aber auch überbetont. Bei einer situativ eingesetzten Gratifikation kann nicht gleich von einer bedenklichen Abhängigkeit ausgegangen werden. Sie stellt ein legitimes Ausdrucksmittel dar, das generationspezifisch verankert sein kann.. Sie wollen das, was für sie zusätzlich getan wird, über eine Gegenleistung abgelten. Die z.T. rational von Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht mehr nachvollziehbaren Abrechnungen von Dienstleistungen, die auch nicht mehr ohne weiters sinnlich spürbar sind, sie sehen keine Rechnung mehr, zahlen nicht auf die Hand der Pflegekräfte, lösen einen Impuls zur persönlich rückbettenden Gegenleistung aus. Bedenklich bleibt aber das selbstverständliche Muss von Gratifikationen, um einzelne Dienstleistungen überhaupt noch zu erhalten (vgl. Koch-Straube 1997; 132 u. 292 ff).

vertrauenswürdigen Bezugsperson<sup>71</sup>. Persönliche Einordnungen und Bewertungen vollzieht sie still für sich selbst.

"...zuhörn.. man hört sehr viel äh. Jeschichten von der Familie //hm//. und ehmt ähm. bis zu bestimmten Alter. sind se viel anerkannt un ab, wenn se dann wahrscheinlich nachher nich mehr können. und die heutje Zeit ehmt die hektische Zeit da es hat keiner mehr Zeit für die Eltern //hm//. und dann sind se froh also wa- was wir so an Familienjeschichten wissen //hm//. und äh und das wirklich och für sich zu behalten weil //hm// se ham ehmt och Angst, dass da mer irjendwie was sagen. wenn jetzt de Schwester un ich hab das un das. also davor ham se och mächtje Angst und das macht mer ja och nich //hm hm// und widderum.. muss ich sagen de Kinder erzähl dann widder wie schlecht ehmt de Eltern oder de Oma oder der Opa oder ehmt der Vater oder de Mutter war. also es sind sehr viel Lehmsjeschichten wo mer manchmal sacht. viel manchmal denk ich o-. ehmt halt och. wejen so 'ne Kleinigkeiten spieln die sich da of //hm// aber.. (klatscht) es is is ehmt halt so..."/ /40/-22-30

Renate steigt offensichtlich nicht zu tief in aufgeschichtete Familiengeschichten ein. Über intuitiv geschickt praktizierte Small-Talk-Strategien kann sie eine relativ sichere Distanz Aufrecht erhalten, ohne dass die Beziehung zu den Patienten bzw. deren Angehörigen inauthentisch bzw. oberflächlich wird.

## 8.9.2 Distanz gegenüber unzufriedenen Angehörigen

Der interaktive Umgang mit den Angehörigen wird im Gegensatz zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen als potentiell problematischer eingeschätzt. Die damit verbunden Wechselwirkungen auf das Pflegesetting werden fallbezogen deutlicher. Bei einer aus ihrer Sicht pflegerisch gut versorgten Patientin (" die Mutter hat kein äh Leiden, also die wird jut jepflegt von uns "/44/30) kommt es zu einem Konflikt mit den pflegenden Angehörigen. Der Sohn ist mit der Pflege seiner Mutter insgesamt unzufrieden. Seine allgemeine Kritik gegenüber den Schwestern bleibt scheinbar ungezielt. Einige problematische Punkte werden von Renate angedeutet, ohne sie aber als möglichen Nährboden für die Unzufriedenheit des Angehörigen zu markieren. Diese beziehen sich u.a. auf den häufigen Wechsel der Pflegekräfte, welche die an zunehmender Gedächtnisschwäche leidende Frau irritiert. Darüber hinaus scheint die aktivierende Mobilisierung der bettlägerigen Frau nicht ausreichend abgesichert. Durch die phasenweise nur singular durchgeführten Fremdpflegeeinsätze kann die schwergewichtige Frau nicht ohne weiteres aus dem Bett gehoben werden. In diesem Sinne hat die Unzufriedenheit mit den pflegerischen Handlungsrahmen einen z.T. rational nachvollziehbaren Kern. Die von Renate als gut eingeschätzte Pflegesituation bleibt unter dem Blickwinkel eines Bezugspflegemodell bzw. einer aktivierenden Pflege unbefriedigend.

Der riskante Charakter einer nur durch eine Pflegekraft abgesicherten Mobilisierung wird deutlich. Die bei einem Sturz des Patienten eintretenden Folgen will auch sie nicht verantworten. Neben der potentiellen körperlichen Gefährdung der Patientin wird auch das eigene Schutzbedürfnis deutlich. In Zusammenhang mit misslungenen Hebe- und Tragetechniken bei der pflegerischen Betreuung dieser Frau treten bei ihr körperliche Beschwerden auf.

---

<sup>71</sup> Es wird von Renate keine Konfliktsituation expliziert, wo ihre ausbalancierende und akzeptierende Grundhaltung zum Dilemma gerät.

“...ich hab mir deswejen war ich ja krank, weil ich mich bei ihr verhoben hab un da warn mer zu zweit //ja// da hab ich mir en Ischiasnerv verhobn. weil. die andre hat ofs Kommando nich so jehört ich sage pass of ich sage es Kommando und die war aber zu schnell un ich habe ja nun oben das. und da hats Knack jemacht und das wars dann.”/45/3-7

Aufgrund dieser Erfahrung vermeidet sie eine physisch überfordernde Mobilisierung. Die in diesem Kontext angedeuteten Kosten und Risiken von körperlich anstrengenden Pflegeverrichtungen werden auch gegenüber den Angehörigen ausgedrückt. Dabei erweist sich die kausale Verknüpfung zwischen der bei ihr eingetretenen Ischiasnervenklemmung und der misslungenen Hebetechnik bei dieser Frau als strategisch ungeschickt. Ein verständnisvolles Aufnehmen dieser Belastungen wird durch den Angehörigen verweigert. Er stellt vielmehr die berufliche Eignung von Renate in Frage.

“.. so un da wenn wenn mer den das jetzt sagt wejen wejen ihrer Mutter wa-. also müssen sich en andern Beruf so 'ne Antwort kriegen se da.”/45/20-22

Es kommt zu keiner gelungenen Kooperation. Die wechselseitigen Verschanzungen hinter dem berechtigten Anspruch auf aktivierende Pflegemaßnahmen bzw. den arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen führt zu einem misslungenen Pflegearrangement<sup>72</sup>.

“so un irjendwo ham wir ja och en Arbeitsschutz //hm// so un wa- was Heben. und äh da war 'ne Schwester vor mir und die hat das nich jemacht. weil se ehmt jesacht hat wir ham e Arbeitsschutz un wenn nachher was mit der Mutter passiert un so. und das muss er ja nun jeden sagen und da hab ich ehmt halt och jesacht ehmt meine Meinung ich sage. wenn ihrer Mutter was passiert oder ehmt wir ham och e Arbeitsschutz...”/45/3-8

Beide Positionen, sowohl die des Sohnes als auch der Pflegekräfte, sind argumentativ nachvollziehbar. Arbeitsorganisatorische Schwierigkeiten bzw. einengende strukturelle Rahmenbedingungen werden tendenziell heruntergespielt bzw. ausgeblendet<sup>73</sup>. Konfliktuös bleibt der kommunikative Stil zwischen der Nächstenpflegeperson und den beruflich Pflegenden. Das Problem wird über verfälschende Beschwerde- bzw. Drohszenarien auf eine Ebene verlagert, wo eine diskursive Einigung unmöglich scheint<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> In Bezug auf den für sie motivbildenden Beziehungsaspekt in der Pflege kommt es in dieser Situation zu frustrierend unpersönlichen Interaktionsmustern. Die Unzufriedenheit des Angehörigen führt bei ihr zu kommunikativen Verhärtungen. Das ausbleibende ungemünzte Honorar (z.B. Dankbarkeit) trägt auch hier zu Abkürzungs- und Distanzierungsstrategien bei.

<sup>73</sup> Die Scheinwerfer der Aufmerksamkeit fokussieren sich auf das interaktive Geflecht zwischen Patient-Pflegekraft-Angehörige. Durch diese emotional überhitzte Blickrichtung geraten andere, die Situation prägende Determinanten, aus dem Blick.

<sup>74</sup> Die über den Kopf der Patientin ausgedrückten Bedürfnisse, Befindlichkeiten und Ziele des Angehörigen treffen sich nicht mehr mit dem der Fremdpflegekräfte. Der misslungene Akt der Verständigung scheint Ausdruck einer unausgehandelten Situationsdefinition. Die (advokatorische) Orientierung am Wohl des Patienten könnte den kämpferisch zugespitzten Charakter der Auseinandersetzung abschwächen. Der intrigante und im Ton beleidigende kommunikative Stil des pflegenden Angehörigen erzeugt bei R. Widerstände bzw. absichernde Rückzugsstrategien. Dieser Verlauf ist mit einem kommunikativen Handlungsverständnis nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen, da elementare Reziprozitätsregeln (z.B. Aufgabe egozentrischer Erfolgskalküle, gleichberechtigte Sprechersituation usw.) missachtet werden (vgl. Habermas 1995; 385).

“.. un da hat er dann gleich je sacht er hat bei der A- AOK anjerufen hat sich beschwert.. und die AOK hat jesacht äh naja wenn der Caritas nich fähig is so 'ne Leute solln se doch die entlassen und da hab ich dann gleich jesacht ich sage na das sin mir och de Richtjen, die am Schreibtisch sitzen //hm//. ich sage so 'ne Äußerungen ich sage die solln doch mal hier rauskommen //hm// hab ich och gleich ich sage wissen se. die am Bürotisch, die können viel erzähl'n ich sage solln se doch mal hier rauskommen. naja jedenfalls war ich da och so 'n (?) 's jing ja nich um mich es jing ja um 'ne andre Schwester ich hab das zu Dorit jesacht //hä// ' und' (gedehnt gesprochen) ähm Dorit dann bei der AOK anjerufen un da sacht de AOK so 'ne Äuße- äh also so 'ne Bemerkung ham se nie rausjem und der hat och nich anjerufen, da kann mer doch mal sehen.” /32/15-26

Der weitreichende Legitimationsentzug durch den Angehörigen konstituiert einen fragilen Fremdpflegerahmen ohne gesichertes Mandat. Der Mann versucht das Personal gegeneinander auszuspielen. Seine als intrigant eingestuften Deklassierungsbemühungen werden von ihr und den anderen Lohnpflegekräften nicht aufgegriffen.

“.. wie schlecht der einlich un wie der uns da mit unternander ausspieln will ja un mit der brauch ich sowieso nich zu diskutiern mit der Schwester, da kann ich glei- mit 'm Fernseher sprechen. //hm// so. und dann na- weil ich aber nich of seins drof einjejangen bin, ich meene hab das wirklich so ruhig rüberjebracht. und dann hat er jesacht naja sie decken sich ja sowieso unternander.. //hm// na solln wir uns jetzt je- vielleicht jejen de Bank haun”/32/ 30-35

Die berufliche Solidarisierung mit den anderen Mitarbeiter/Innen führt zu dem Angebot, das brüchige Pflegemandat vollends niederzulegen<sup>75</sup>.

“und äh letztens hat er dann mich widder anjehaun. und da hab ich dann och schon mal jesacht ich sache wissen se was, wenn se mit uns nicht zufrieden sind, müssen sich 'ne andre Sozialstation suchen //hm//. na da hab ich ja was jesacht. 'das jibts doch wohl nich, das hat Schwester Martina schon jesacht' (betont gesprochen) al- und wenn sie das jetzt auch sagen, da möchte ich das von ihnen schriftlich ham...da hab ich mir so im Stillen jedacht, bloß so für mich. du kannst mich mal, du krichst von mir nischt schriftliches “/36/7-13

### 8.9.3 Selbstbestimmung versus beherrschtes Helfen

Das Kennen der Hilfe- und Pflegebedürftigen führt zu flexiblen Situationseinschätzungen. Sichtbare Stimmungsschwankungen und persönliche Angriffe kann sie ausgleichend aufnehmen und einordnen. In diesem Sinne entwickelt sie eine erfahrungsgesättigte Frustrationstoleranz, die grundsätzlich deeskalierend wirkt. Festgefahrene dyadische Konfliktmuster sind eher die Ausnahme und hängen mit kontinuierlicher Unzufriedenheit bzw. immer wieder auftretenden Attacken von Patienten zusammen. Das Einlassen auf den Willen und die gewachsenen

---

<sup>75</sup> Für die pflegenden Angehörigen bzw. souveräne Hilfe- und Pflegebedürftige scheint es theoretisch einfacher zu sein, den Pflegedienst zu wechseln. Beruflich Pflegende können das Pflegeverhältnis nicht ohne triftige Gründe aufheben. Da sie in Konkurrenz mit anderen Pflegediensten stehen, d.h. auf “Kunden” angewiesen sind, ist die Macht des Angehörigen relativ groß. Komplementär dazu neigen beruflich Pflegende dazu, unfaire Anschuldigungen zu schlucken, ohne offen zu intervenieren bzw. klare Grenzen setzen zu können. In diesem Kontext wird Renates angedrohte Aufkündigung des Pflegeverhältnisses durch die returnartige(rückschmetternde) Aufforderung (“da möchte ich das von ihnen schriftlich ham”/36/11) zum Verstummen gebracht.

Gewohnheiten des Patienten führt dazu, dass sie spezifische Pflegestandards modifizieren kann. So bewährt sich beispielsweise das machtvolle Insistieren auf hygienische Standards aus ihrer Sicht nicht. Auftretende Widerstände versucht Renate verstehend nachzuzeichnen. Das Durchsetzen notwendiger Pflegearrangements wird diskursiv vorbereitet. Der Respekt gegenüber den privaten Standards wird zur maßgeblichen Handlungsorientierung. Das vorsichtige Hinlenken auf notwendige Pflegemaßnahmen kann zu konsensuell legitimierten Entscheidungen und Interventionen führen. Notwendige Ziele werden über diplomatische Verfahren anvisiert. Diese Strategie unterscheidet sich von den imperativen Durchführungsbestimmungen einiger ihrer Mitarbeiter/Innen. Die offensive und z.T. unausgehandelte Durchsetzung von Fremdpflegestandards führen zu misslungenen Pflegearrangements. Dass machtvolle Deutungen und Pflegeinterventionen eher scheitern, wird über damit verbundene Abwehrreaktionen sichtbar. Einzelne Hilfe- und Pflegebedürftige signalisieren Renate ihr deutliches Unbehagen gegenüber sehr dominant agierenden Pflegefachkräften. Die fraglose Deutungs- und Durchsetzungskompetenz von beruflich Pflegenden wird mehr oder weniger offen problematisiert<sup>76</sup>. Die aufgenommenen Botschaften bewegen sie dazu, die okupativ agierenden Pflegekräfte zu einem weniger beherrschten Helfen zu ermuntern.

“..also da muss ich einlich sagen so äh äh die Konflikte und so äh... äh ich muss einlich sagen, so tolle hab ich das noch nich, weil ich mir immer sache.. ich bin da diplomatisch //hm// 'wenn jetzt' (betont gesprochen) der Patient schlechte Laune hat. //hm// und greift mich immer an. hn.. dann lass ich en den Tag.. weil weil ich kenne die Patienten un die sin nich immer so.. und dann lech ich jetzt nich so ä Wert draufs dass ich jetzt so 'ne Konflikte mit den da hab. //ja// äh. in a- ä solltes länger sin, dann zieh ich schon de Notbremse, aber ich muss jetzt sagen, dass ich da jetzt so schlecht irjendwie. //hm// fällt mir jetzt einlich. vielleicht fällt mir jetzt. ich hab schon mal so, aber das fällt mir jetzt einlich jar nich so //hä// weil ich immer der Moment.. äh ich hab och das lernt mer ja och ä mer kann nich äh den Menschen dazu zwingen irjendwas was ich oder. was einlich sein mu- müsste zum Beispiel frische Wäsche al- ältere Leute ziehn nich jerne. jeden Tag frische Wäsche an, weil se Angst ham wer soll das waschen. //hm// so und da jibts ehmt halt och Schwestern, die sagen und sie ziehn heute an und schon is mer durch. //hm// und das sagen die een och ja wer kommten morjen ach die. so. und ich sa- ich sag dann och immer halt diejenje die das is ich sage du darfst nich immer das so machen, ich sage du musst das diplomatisch machen ich machs ja dann och also, aber morjen war morjen ziehn wir frisch //hm//. gucken se mal sie ham den de janze Nacht an un so un so.. //hm// kricht mer die kricht mer och dorthin. aber wenn ich ständig mein Willen ja dann ham se nur Konflikte.”/35/25-45

Ein erzieherischer Anspruch gegenüber den zumeist älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen verbietet sich für sie. Die kognitive Resistenz gegenüber spezifischen Erwartungen von Fremd- und Nächstenpflegepersonen drückt sich für sie auch in einer weitgehenden Veränderungsunwilligkeit aus. Konflikte können vermieden bzw. entschärft werden, wenn der Respekt vor dem Willen und den Gewohnheiten der betreuten Menschen ausreichend berücksichtigt wird. In der allgemein gehaltenen Skizze deeskalierender Konfliktstrategien werden ihre interaktiven Kompetenzen sichtbar (vgl. Knobling 1993; 269 f).

<sup>76</sup> Der Erfolg von pflegerischen Handlungen bestimmt sich u.a. auch daran, inwieweit die Orientierungen und Perspektiven des Klienten erfasst und die Handlungen der Professionellen daran ausgerichtet sind (Remmers 1998; 244 f). Der Autonomieanspruch von Hilfe- und Pflegebedürftigen intendiert die interpretatorisch zu erschließende Bestimmung lebensweltlich ausgerichteter Präferenzen der Klienten.

“...ich sage jetzt mal die Patienten oder die älteren Menschen ham ihr Leben gelebt und die tun sie nich mehr umerziehn. //hm//. ich nich und andre och nich, och nich die Kinder. die ham ihr eijnes Leben, die ham eijne ihre Erfahrung die. und die nehm sich in dem Moment nich mehr sowas an. die lernen nich mehr so viel, die wolln die och nich weil.. die sagen sich.. das isses jetzt und so bleib ich.“/35/45-50

#### 8.9.4 Konfessionelle Erwartungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen

Von Seiten der Hilfe- und Pflegebedürftigen wird scheinbar selbstverständlich erwartet, dass die bei einem kirchlichen Träger eingestellten Pflegekräfte auch Kirchenmitglieder sind. Tendenziell dominieren im allgemeinen Bewusstsein Eins-zu-Eins-Übersetzungen, die aus ihrer Sicht zur überzogenen Zuordnung zum konfessionellen Träger bzw. zur (Institution) Kirche führen<sup>77</sup>.

“.: es wurde uns ja mal so jesacht, viele äh denken ja mir wärn vom Caritas, weils kirchlich is äh //ja// kriejen wir Geld von der Kirche, kriejen wir aber nich //ja ja// wir tragen nur den Namen.”/51/41-43

Dass sie diesen selbstverständlichen Vorstellungen nicht entspricht, sorgt im Einzelfall für Irritationen. Solche Momente werden beispielhaft bei einer von ihr betreuten Frau angedeutet. Hier reagiert sie selbstbewusst gegenüber impliziten Mitgliedererwartungen bzw. Glaubensbekenntnissen. Sie macht aus ihrem fehlenden Bezug zum christlichen Glauben keinen Hehl. Über das Einblenden ihrer persönlichen Qualitäten versucht sie, die Orientierung an formalen Kriterien bzw. festlegenden Rollenerwartungen zu durchbrechen.

“..Patient hat mich ma jefracht ob ich //ja// kirchlich bin. //hä// und da hab ich jesacht nee ich bin nich kirchlich äh ich bin nich katholisch un och nich evangelisch. //hä// äh da hab ich jefracht äh is das ihnen denn so wichtig.. naja, weil sie beim Caritas ha- äh arbeiten da habe ich zu ihr jesacht na was ham sie einlich davon, wenn ich jetzt 'ne katholische Schwester wär und ich und sie würden mit mir nich auskommen. //hm// ich sache wichtig is doch, dass ich menschlich bin //hm//. und dann hat se och hat. nischt widder jesacht.”/50/25-33

Über ein starres Normalitätskonzept lassen sich ihre kommunikativ entfalteten Haltungen nicht einfangen. Sie insistiert eindringlich auf eine primär menschliche Pflege. Diese Prämisse bildet die Folie ihres beruflichen Handelns. Entscheidend bleibt für sie die Konstituierung einer befriedigenden dyadischen Pflegebeziehung.

---

<sup>77</sup> Das unterschwellige Bemühen, die Anbindung der Caritassozialstation an die katholische Kirche zu relativieren, überzeugt nur bedingt. Ihr Argumentationsschema bewegt sich in einem primär monetären Rahmen. Inwieweit direkte finanzielle Transfers der Kirchen an die jeweilige Einrichtungen der kirchlichen Wohlfahrtsverbände fließen oder nicht erscheint sekundär. Entscheidend bleibt, dass sowohl der Deutsche Caritasverband (DCV) als auch das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (DV) Wohlfahrtsverbände der Kirchen sind. Die Verwobenheit mit den katholischen bzw. evangelischen Gemeinden ist weitreichend. Die katholischen Kirchen sind ebenso wie die Landeskirchen der EKD Mitglieder der Wohlfahrtsverbände, d.h. üben wesentlichen Einfluss auf die Ausrichtung und Struktur der Wohlfahrtsverbände und ihrer zugehörigen Einrichtungen aus (vgl. Köther/Gnamm 1995; 63).

“ich sache wichtig ist doch das Menschliche, ich sache ob ich nun evangelisch bin oder katholisch oder. was weeiß ich nich was es noch alles jibt. und wir kommen nich zurechte oder sie sin mit meiner Arbeit nich zufrieden, ich sache da ham sie doch jar nischt davon. //hm// menschlich ist das. für mich ist das wirklich es wichtigste, dass dass mer menschlich ist.”/50/34-38

Ihre Loyalität gegenüber der Kirche sowie dem persönlichen Glauben eines Menschen, wird explizit hervorgehoben. Das Gespür für die Wichtigkeit der mit dem Glauben verbundenen Rituale (z.B. Sterbesakramente) wird erkennbar. In diesem Zusammenhang betont sie die Nachrangigkeit eigener Haltungen

“und wer ehmt halt 'n Pfarrer ham will ehmt sach ich mal zur letzten Stunde, der kricht 'n dann och //hm//. das is doch wichtig, da 'er' (betont gesprochen) will das un nich was ich will. //hm// und da das akzeptier ich dann och so.”/51/23-26

Reziprok beansprucht sie diese Akzeptanz auch für sich selbst. Diese Erwartungen werden durch skizzenhaft eingeblendete Negativrahmungen einer fundamentalistisch eingestellten Gläubigen konterkariert. Die bei einer “sehr kirchlich”(51/26) eingestellten Frau sichtbaren Stereotype über die protestantischen Gläubigen werden als intolerante Schimpftriaden wahrgenommen. Obwohl sie von diesen Vorwürfen selbst nicht betroffen ist, versucht Renate diesen Abwertungen entgegenzutreten<sup>78</sup>.

In Bezug auf Abwertungen und Deklassierungen ist Renate aus ihren biographischen Erfahrungen heraus hochsensibilisiert. Die Fairness gegenüber spezifischen Lebenslagen, die in diesem Zusammenhang auch dem Respekt gegenüber unterschiedlichen Glaubensbekenntnissen einschließt, bleibt für sie maßgebend. Eine entdifferenzierende und deindividualisierte Negativrahmung, sowohl von einzelnen Personen als auch von religiösen Gruppen, kollidiert mit ihrem Gerechtigkeitsempfinden. Diese Konfrontationen werden von ihr aufmerksam wahrgenommen. In solchen Momenten deutet Renate unterschiedliche Handlungsstrategien an. Einerseits werden gegensteuernde Interventionen bzw. advokatorische Stellungnahmen sichtbar, andererseits zeigt sie aber auch eine eher passive Duldsamkeit gegenüber stereotypen Haltungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Die Berufung zur Kranken- und Altenpflege scheint für sie nicht zwangsläufig an eine formale Mitgliedschaft bzw. konfessionelle Bindung geknüpft. Wie sich die Balance zwischen Intervention und Duldsamkeit gestaltet, bleibt undeutlich.

“wir ham ja eine die is sehr kirchlich und die hat 'n 'n (?) da in in. un erzählt dann ehmt halt alle. und. da muss ich einlich sagen, sie schimpt och viel über die evangelischen //hm//. ä un wenn die och in im Fernseh so bringen die evangelischen. dann versuch ich dann immer halt so och en bisschen meine Meinung sache naja Frau. Soundso könn' ses och nich sehn ich sache so schlecht is das ja o-. aber die tritt so wirklich de evangelischen.. //hä// in Hintergrund die si- das sin.. un andre sachen ehmt widder de katholischen sin hinterlistig un was weeiß ich, da jibts immer was.. aber.. ich nehme das dann ehmt halt och so hin un.”/51/26-34

---

<sup>78</sup> Wo individuelle Befindlichkeiten, lebensgeschichtlich gewachsene Verletzungen bzw. soziale Verortungen diskreditiert oder sogar zerstört werden, kann man von Ungerechtigkeit bzw. Unfairness sprechen(vgl. Müller, B. /Thiersch, H. 1990; 43 f).

### 8.9.5 Strukturelle Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung des Bezugspflegerahmens

Auf der Sozialstation gibt es vier Patiententouren, die im Abstand von sechs Wochen von jeweils einer anderen Pflegekraft betreut werden. Dieses Rotationsprinzip soll einen flexiblen Einsatz der Mitarbeiter/Innen sicherstellen. Das wechselseitige Einspringen scheint über den turnusmäßigen Wechsel der Pflegekraft möglich zu sein. Für sie selbst sind diese Tourenverschiebungen nicht optimal. Der Wechsel von Orten und Beziehungen wird eher widerstrebend vollzogen<sup>79</sup>. Unschwerflich wird die Ausweitung des Patientenstammes als unübersichtliche soziale Beziehungsstruktur empfunden, welche zu Lasten der Beziehungsintensität geht. Der mit dem Rotationsprinzip verbundene Anspruch einer umfassenden Kenntnis des gesamten Patientenstammes scheint kaum möglich. Die arbeitsorganisatorisch intentierte Erweiterung des potentiellen Einzugsraumes führt zu irritierenden Fremdheitsmomenten. Sie präferiert einen kontinuierlich von ihr betreuten Patientenstamm in einem festen Einzugsgebiet.

In diesem Kontext wird die Wiedersehensfreude der von ihr betreuten Patienten zum übereinstimmenden Indikator dafür, dass auch sie auf ein festes Bezugspflegesystem orientieren.

“es sind vier Touren und überall sind ja andre und äh. über äh wenn ich jetzt sechs Wochen in der Tour war. //hm// äh hab ich ja immer sechs Wochen die gleichen und dann ich kenn sie ja eigentlich alle muss mer ja alle kennen //hm// weil wie jesacht, dass mer immer einsetzbar. un wenn ich dann jetzt ehmt paarmal da nich war. nach sechs Wochen ach un da freun se sich ehmt halt ma widder, dass se ehmt. dass ich dann halt och mal widder da. (bin)“/49/20-26

### 8.9.6 Ablaufstörungen und dyadische Turbulenzen

Ihre festgelegten Patiententouren geraten durch unverhoffte Zusatzeinsätze in zeitliche Unordnung. Der ohnehin eng gesteckte Zeitrahmen ermöglicht wenig Spielräume. Durch das hohe Verkehrsaufkommen ist ein rascher und flexibler Pflegeeinsatz kaum möglich. Die Pflegeeinsätze verzögern sich. Sie gerät gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen unter Rechtfertigungsdruck. Darüber hinaus sorgen auch abweichende persönliche Pflegestile der Pflegekräfte für eine Durchbrechung von Routinen. Das Pflegen von nicht so häufig von ihr betreuten Patienten sorgt für Irritationen. Renate versucht die Hilfe- und Pflegebedürftigen auf solche nicht ausschließbaren Verzögerungen und Abweichungen in der häuslichen Pflege einzustellen. Zum Beginn einer vertraglich vereinbarten Pflegebetreuung weist sie Patienten auf mögliche Zeitverschiebungen hin. Dabei skizziert sie szenisch Notfallsituationen, in die potentiell jeder Patient geraten kann. Trotz der vorbeugenden Darstellung solcher Situationen ist die Toleranz gegenüber Abweichungen im gewohnten Pflegearrangement gering. Renate macht die Erfahrung, dass jeder Patient primär seine Bedürfnisse sieht.

“. ich versuche dann immer och zu sagen. gleich von vornherein, wenn ich neue Patienten. //hm// jetzt annehme und 'n Erstbesuch machen und ich sage Sie kommen so und so dran, 'aber' (betont gesprochen) es kann. dazwischenkommen. wenn ich jetzt beim Patient is und ich muss 'n Notarzt

---

<sup>79</sup> Der verdeckte sichtbare Widerstand knüpft möglicherweise an biographische Erfahrungen an. Das Wechseln von sozialen Orten löst Verlassens- bzw. Fremdheitsgefühle aus. Das Aufrechterhalten vertrauter Interaktionszusammenhänge führt dagegen zu einem emotional sicheren Gefühl.

wir könn' den nich alleine, dann kommt e ehmt halt später. aber zum Schluss müssen se doch immer Rechenschaft ablejen //hm// warum. und wieso ich. und das find ich manmal furchtbar. //hm// weil jeder sieht äh also jeder Patient sieht 'sich' (betont gesprochen) immer als wichtig..."/17/3-8

Die Bereitschaft verständnisvoll auf Verzögerungen zu reagieren, die durch unerwartete zusätzliche Hilfeleistungen bei anderen Patienten aufgetreten sind, ist bei einigen Betreuten nur gering. Es wird für sie kein explizit solidarischer Habitus unter den sich in einer ähnlichen Situation befindlichen Hilfe- und Pflegebedürftigen sichtbar.

Die egoistische Zentrierung auf die eigenen Betreuungsansprüche ist für Renate schwer aushaltbar. Bei besonders unzufriedenen Patienten, die z.T. noch relativ selbstständig, d.h. im nur geringen Maße Fremdpflegebedürftig sind, versucht sie relationale Bezüge zu Schwerstpflegebedürftigen herzustellen. Die scheinbare Überbetonung subjektiver Erwartungen und Bedürfnisse versucht sie dadurch zu dämpfen, indem sie die vermeintlich größere Zufriedenheit von deutlich abhängigeren Hilfe- und Pflegebedürftigen herausstellt. Die fiktiv bleibenden Darstellungen von zufriedeneren Patienten erreichen andere nur bedingt. Das wechselseitige Fremdbleiben der Patienten wird von ihr implizit als Hindernis für eine verständnisvoll, solidarische Haltung wahrgenommen. In diesem Sinne wünscht sie sich manchmal ein unmittelbares Erleben der für die einzelnen Betroffenen abstrakt bleibenden Situation, des jeweils anderen, auf Hilfe und Pflege angewiesenen Patienten. Durch das direkte (episodische) Kennenlernen des fremden Schicksals könnten sich starre selbstbezogene Haltungen verflüssigen<sup>80</sup>.

“...wenn manche so. unausstehlich sind....das find ich dann immer schlimm, das sind och so Konflikte wo ich wo mer wo ich och viel dann.. weil jeder immer sich sieht. und wenn mer jetzt versucht äh es jibts ja manche Patienten, die sin so. unzufrieden //hm//. die könn' noch in der Wohnung laufen. aber sind trotzdem unzufrieden dann. versuch' ich das so rüberzubringen und sage. ich würde sie ja mal mitnehmen und gucken sich mal so Patienten an der en janzen Tag im Bette liegt, ich sache der wär froh. wenn der noch so rumlaufen könnte wie sie. 'immer die andern' (betont gesprochen). so. ver- man versucht das. aber da das jeht nich re- immer die andern. äh ich will das aber. und dann das sin so die Konflikte.."/17/14-23

Die strukturellen Barrieren und Hindernisse werden tendenziell nicht genügend von den Hilfe- und Pflegebedürftigen berücksichtigt. Dadurch entstehen für sie nervenaufreibende Legitimationsstrategien. Bestimmte Verzögerungen kann sie ohnehin nicht plausibilisieren (“ich stand im Stau...und das das das sehn se nich so.."/17/30), sodass sie zu Ausreden greifen muss, um mühsam ein verständnisvolles Akzeptieren von Verzögerungen sicherzustellen. Hier deutet sie Verschiebungen und trickreiche Entschuldigungsgründe an, die von den Hilfe- und Pflegebedürftigen eher akzeptiert und eingeordnet werden können.

---

<sup>80</sup> Die Idee der heranführenden Inblicknahme massiver physischer und psychischer Erkrankungen ist mit der Vorstellung verbunden, dass sich ein Gefühl der Solidarität, eine größere Zufriedenheit bzw. ein Verständnis für unterbrochene Routinen entwickelt. Das Weckgucken oder nicht Bescheid-wissen-wollen über das Schicksal abstrakter anderer hat möglicherweise auch mit Angst oder Verbitterung (ich hatte es nicht leicht, den andern soll es auch mal dreckig gehen) zu. Die Berührung mit gesteigerten Leiden und Abhängigkeiten wird vermieden, weil sie potentiell das eigene Schicksal betrifft. In diesem Sinne entsteht eher ein Bedürfnis nach Abgrenzung (vgl. Koch-Straube 1997; 326).

Die Anpassung an veränderte strukturelle Rahmenbedingungen gelingt den älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen nur bedingt. Ihre kognitiven Einordnungen bewegen sich in einem Bezugssystem, das mit den gewandelten Rahmenbedingungen nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen ist<sup>81</sup>.

In diesem Kontext bleibt beispielsweise auch die Zuzahlung zu Medikamenten, die in der Vergangenheit zuzahlungsfrei waren, für die Patienten unverständlich. Die spürbaren gesetzlichen Veränderungen können rational kaum noch nachvollzogen werden. Renate gerät dabei in die Rolle der Rede und Antwort stehenden Schwester. Da sie die direkte Ansprechpartnerin ist, muss Renate die sich verändernden Bedingungen kommunizierend aufbereiten. In diesem Sinne müssen Pflegekräfte die Veränderungen nicht nur übermitteln, sondern sie auch rechtfertigen. Dass R. dabei in eine Prellbockposition ("sie sin ja immer der Prellbock"/17/36) gelangt, in der sie den Unmut über diese Veränderungen abfedern und ausbalancieren muss, scheint für sie mit erheblichen Belastungen verbunden zu sein<sup>82</sup>.

Die wiederkehrenden Klagen der Patienten werden z.T. als persönliche Vorwürfe empfunden, die aber für sie an die falsche Adresse gerichtet sind. Den subjektiv nahe gehenden Anschuldigungscharakter von Problemzuschreibungen distanzierend aufzulösen bzw. zu neutralisieren gelingt ihr nur schwer.

“...ich kann das jetzt och bloß so von mir sagen.. wo keener einlich wo ich nischt dafor kann und wo de Ärzte. da haste jetzt widder mit den Budgets wo die jetzt ohr das das begreifen die nich, der Doktor hat mir doch immer die Tabletten verschriem. wieso äh äh muss ich 'n die jetzt selber bezahln, da jibts doch so Rezepte jetzt //jaja// und sie sie sin ja immer der Prellbock ich bin ja immer der Ansprechpartner //hä//. so. denn äh die Eene, die kricht ehmt mehr was von fürs Nervensystem, ja da müssen se jetzt mit mit so e Nervendokter mit so e Neurologen da sprechen. //hm// der will das an den Facharzt das begreif ich nich was hat was hat 'n das jetzt mit dem Facharzt zu tun, der hat mir doch immer verschriem. ich sage den sein Budget is ehmt über-. der macht das nich mehr.. und äh ich muss dann äh irjendwelche Einigkeiten, dass die das begreift und dass es ehmt halt jetzt so is und dass.. ehmt. da äh da muß ich manmal sagen. das äh kotzt een dann an.. weil wir denn die Leittragenden wir könn' och nischt davor. und das bin nich nur ich das müssen hier alle Schwestern.. ehmt da immer so Rede und Antwort und manchermal da sach ich mir immer ich weeb doch (klatscht). ich ha- gucken se mal, was ich widder bezahlt hab 59 Mark. krieje ich dann zu hören. 'so viel Jeld' (betont gesprochen) wie kann dn das sein un so und dann bin ich jetzt och schon so weit, dass ich immer sage. das sin aber ihre Medizin. aber die essen se janz alleine ich esse da nischt davon.. um ihr das mal begreiflich zu machen. ja äh. früher

---

<sup>81</sup> Frühere Erfahrungen bilden einen Wissensvorrat, der als Bezugsschema für die Auslegung von Welt dienen kann. Die grundsätzliche Gültigkeit dieses Wissens drückt sich in der Idealität des "Und so weiter" aus. (Schütz/Luckmann 1979 (Bd.1); 28 f). Da der Aktionsradius bzw. die Möglichkeiten unmittelbarer Erfahrungen und kommunikativer Austauschprozesse tendenziell eingeschränkt sind, entwickeln sich relativ statische und übersichtliche Bezugssysteme, die eine Einordnung neuer Situationen erschweren. Es besteht eher eine Veränderungsunwilligkeit bzw. ein Hang zur Routine. Veränderungs- und Flexibilisierungsanforderungen werden widerständig abgewehrt. Dieser konservative Zug hat für den Einzelnen etwas Sicherndes. Da aber die Veränderungen nicht vollständig ausgeblendet werden können, entwickeln sich entlang dieser Widerstände und kognitiven Resistenzen problematische Vermittlungsanforderungen, denen sich Renate kaum gewachsen fühlt. Es entwickelt sich eine Art Dauerkonflikt. Sie fühlt sich durch die Abwehr der Hilfe- und Pflegebedürftigen persönlich verletzt.

<sup>82</sup> Ihre persönliche Präsenz führt zu allgemeinen Entladungen, die sie stellvertretend für abwesende andere auffangen muua. Den Mangel an Ansprechpartnern bzw. Adressaten bekommt Renate zu spüren. Latent schwellende Konflikte und Stimmungen brechen situativ auf und führen z.T. zur überschüssigen Abfuhr von aufgestauten Gefühlen. Dass sie dabei situativ zum Prellbock bzw. „therapeutischen Sandsack“ wird, überfordert sie (Maaz 1992).

da. jibts welche, die wollten immer für das und das. dann of eenmal wolln ses nich mehr bloß ich kanns ja och nich ändern, die Preise sin ja nun mal so. wir ham so viel einjezahlt ja die jehn von früher. ich ich ä verstehe die och aber. ich hab die Jesetze nich jemacht..."/17/32-54

Zwischen den sich veränderten strukturellen Rahmenbedingungen und den statischen Einordnungen der Hilfe- und Pflegebedürftigen konstituiert sich ein für sie konfliktuöses Spannungsfeld, indem sie sich als beruflich Pflegende bewegen muss. Damit verbundene Vermittlungsprobleme verschärfen sich möglicherweise in dem Maße, wie beschleunigt verlaufende Veränderungsprozesse in bisher stabile Arrangements einbrechen und eine unmittelbare Einordnung veränderter Rahmenbedingungen für die Patienten kaum noch möglich scheint. In diesem Sinne bezieht sich das Durchbrechen von Routinen nicht nur auf notfallbedingte Zwischenfälle bzw. angespannte Verkehrssituationen, sondern auch auf Irritationen, die durch gesetzliche Neuregelungen und institutionelle Wandlungsprozesse ausgelöst werden.

## 8.10 Sexualität und Intimpflege

Sexualität wird bei Hilfe- und Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht unterschiedlich wahrgenommen.

Renate berichtet von einer jüngeren Frau, die nach zwei Schlaganfällen abhängig pflegebedürftig ist. Bei dieser alleinlebenden Frau werden sexuelle Bedürfnisse angedeutet, die aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen schwer zu befriedigen sind. Das Pflegepersonal nimmt diese Bedürfnisse wahr und informiert sich über eine Physiotherapeutin über potentiell für sie mögliche Selbstbefriedigungstechniken.

“...äh also wir hatten mal 'ne jüngre Frau, die war gloobe och äh. 48 oder 50 so //hä// die hat zwee Schlaganfälle. hinternander jebracht //hä// gleich so. und die is wirklich. und sie hat ja nun das Bedürfnis oder ich weeß nich, ob sie nachher e Freund hatte ich hatt' sie nachher nich mehr, aber mer hat das ja of der Sozialstation jehört. dass sie. und da mach mer uns ehmt halt och kundig un dann ham mer uns mit Physiotherapie hier mit der mit der Schmidt da in der Bischoffstraße. da solls ja irjendwie so 'ne Stellung jehm, dass sie ehmt halt och. das Bedürfnis is ja da..."/52/7-14

Bei älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen verschiebt sich ihre Wahrnehmung von Sexualität. Allgemein markiert sie einen Unterschied zwischen juveniler Sexualität und dem sexuellen Begehren im Alter. Die Möglichkeiten der sexuellen Wunschbefriedigung nehmen tendenziell im Alter ab. Die Situation von alleinlebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen ermöglicht keine partnerschaftliche Befriedigung sexueller Bedürfnisse. Die in diese Richtung gehenden Wünsche bleiben imaginär bzw. werden über Scherze und Witze kanalisiert.

“...ich sage na erzähl se doch nich, das Bedürfnis is doch da, das doch nich so wie früher aber Sex im Alter jibts doch och, ich sache das ham se doch bestimmt schon ma im -. also da red ich je- versuch ich ehmt och offen un nich jetzt hier irjendwelchen. Schnulli zu erzähl oder so. da sin och welche dabei. die dann sagen naja ich würde ja jerne ma aber wer. wer will mich denn ham. un da kommt och mal so der Spaß rüber. naja so. eener der viel Jeld hat und so und da mach'

mer dann immer so 'unsre Späßchen' (lachend gesprochen) oder so. aber das kommt das kommt dann scho- och schon ma so rüber ja..."/52/36-43

Darüber hinaus bestehen auch über den Tod des Ehepartners hinaus Treuevorstellungen, die ein Einlassen auf neue Partnerschaften verhindern bzw. auf dem Stadium von rein freundschaftlichen Beziehungen stehen bleiben.

Bei einer von ihr betreuten Patientin, die bereits in einem anderen Zusammenhang als "Lieblingpatientin" eingeführt wurde und zu der ein besonders enges Vertrauensverhältnis besteht, spricht sie das Thema Sexualität an. Über von ihr vorgenommene Rahmungen werden vermeintliche Ausdrucksformen entwickelt, wie sie von der betreuten Frau selbst nicht expliziert werden. Ihre persönlichen Vorstellungen von intimer Nähe bzw. körperlicher Zuwendung werden stärker sichtbar als die stumm bleibenden Wünsche ihrer "Lieblingpatientin".

"...zum Beispiel jetzt, wo Frau Schiller jetzt äh die sachte ehmt so ich habe mein Mann noch nie betrogen, ich sage wie meinen sie denn das jetzt. //hm// weil sie ja lebt ja da mit jemandem zusammen //hm//. naja wir warn damals ehmt so krank, die mer da aus 'm Bette jeholt ham //hm// und jetzt äh. jetzt isses ehmt nich mehr. und ähm. naja und da mach mer ehmt och immer so unser Späßchen, ich sache na da dann drückt ihr euch da fasst ihr euch an, es muss ja nich immer bloß jetzt Sex mit den //hm// es kann ja körperliche Nähe. //hm// und körperlicher Kontakt is doch och. was schönes und so. nee ich sprech das an..."/53/2-10

Parallel dazu berichtet sie von offensiven sexuellen Übergriffen gegenüber dem Pflegepersonal, die sich sowohl geschlechtsspezifisch als auch vom regionalen Einzugsgebiet her unterschiedlich darstellen<sup>83</sup>. Diese vom Hörensagen eingespielten Ereignisse bleiben schematisch und undetailliert.

"...un ich hab bloß ma so jehört, wir ham nich so ofte Männer. aber äh im Norden jetzt so die ham wo e Mann also äh.. der fü-, der fasst dann och gleich ma an. de Schwestern an db e Brust oder. und ä ich kann vom Süden her sagen wenn e Pflejer kommt da ham wir och 'ne Patientin. die sacht dann immer, weil se sich dreht kann ich mal an ihre Beine fassen //hm// also bei uns. ar bei Männern. //hm// de Pflejer erzähl das ja. na die hat mir glei- widder dazwischen also ist das Bedürfnis ja da."/53/27-32

### 8.10.1 Tag des Begehrens

Ihre patientenbezogenen Erfahrungen mit Sexualität werden eher anekdotisch eingebettet. Renate berichtet von einem Wochenendeinsatz, der ganz im Zeichen dieses Themas zu stehen scheint. Insbesondere der pflegerische Ablauf des Sonnabend ist für sie mit ungewöhnlichen Erlebnissen verbunden. Sie wird von einem Praktikanten begleitet, von dessen Präsenz die spezifische Dynamik dieses Tages lebt. Im Kontext von alltäglichen Verrichtungen werden sonst selbstverständliche Kommentare und Handlungsaufforderungen semantisch verschoben. Von zwei Patientinnen werden überraschenderweise eher beiläufig gefallene Begriffe gezielt aufgenommen und mit sexuellen Einfärbungen versehen. Renate deutet komplementär, daran anknüpfende, kommunikative Einlassstrategien an. Der Praktikant stimuliert offensichtlich allein

---

<sup>83</sup> Die sexuellen Grenzverletzer werden entlang der unterschiedlichen Patiententouren topographisch zugeordnet.

durch seine Anwesenheit diese situativ aufbrechenden thematischen Verschiebungen. Das weibliche Milieu von Pflege rückt sexuelles Begehren eher in den Hintergrund<sup>84</sup>. Scheinbar verborgene Wünsche und Bedürfnisse kommen zum Vorschein, die für sie im pflegerischen Alltag sonst eher unsichtbar bleiben. Das scherzhafte Benennen sexueller Wünsche und Bedürfnisse im Beisein des jungen Mannes macht ihn zum potentiellen Adressaten von Begierden. In der Darstellung von Renate entwickelt sich eine Art Kettenreaktion, d.h. einige auch an diesem Tag zu pflegende Frauen zeigen ähnliche Verhaltensmuster. Die sich in diese Richtung fortpflanzenden Eindrücke lassen sich nur schwer entwirren. In einem wechselseitigen Prozess von Stimulans und bereitwilliger Aufnahme entwickelt sich eine spezifische Einfärbung bzw. Wahrnehmung des Pflegeablaufes.

“...oder letztens. hatten wir och mal so e Sonnabend jehabt, da hatt ich 'n Praktikanten mit //hm// of. ich weeß jar nich wie wir irjendwas äh vom vom lecken sach ich jetzt mal so of irjendnormales -. und die Frau konnte da nich widder ofhörn. //hm// so ri- die hat das richtig of das lecken of ä. anjesprochen. //hm// naja na ham mer uns dann halt mit den unterhalten un dann sin wir. zu 'ner andern Patientin. weil ich sach ich sage denn bloß so.. äh Frau Soundso sie müssten ma bisschen. de Beine breit machen, sonst komm ich da nich ran ich kann (stottert) //hm// naja für sie mach ich das jerne, für de Männer mach ich das nich mehr so jerne un da kam die och gleich of //hä// das Thema also na und dann red mer ehmt halt so drüber und so. also das der Sonnabend.. äh der war. also da mussten wir so lachen...”/54/10-19

Dass diese sexuellen Wünsche und Bedürfnisse von Patienten auch im Vorfeld bereits sichtbar sind, wird in diesem Kontext angedeutet. Eine am -Tag des Begehrens- ebenfalls sichtbar gewordene pflegebedürftige Frau wird über eine Hintergrundkonstruktion kenntlicher gemacht. In Zusammenhang mit einer Talkshowsendung im Fernsehen offenbaren sich deren Wünsche und Sehnsüchte. In erwartungsfroher Vorbereitung auf die Sendung vollzieht sie ein rendezvousähnliches Ritual. Sie frisiert ihre Haare und zieht für die Verabredung eine “weite Bluse”(54/50) an.

Renate wird von dieser Frau aufgefordert, sich zu ihr zu setzen um das Gespräch zwischen den Teilnehmer/Innen der Talkshow und der Zuschauerin vor dem Fernseher mitzuerleben. Die Frau versetzt sich in eine Welt, in der sie zum Objekt der Begierde wird. In der Kommunikation mit den virtuellen Akteuren im Fernseher fließt Wunsch und Wirklichkeit zusammen.

Das Eintauchen in eine virtuelle Welt wird von Renate z.T. zuschauend begleitet, ohne dass sie einen (intervenierenden) Versuch unternimmt, die Frau in eine andere Wirklichkeit zurückzuholen<sup>85</sup>. Die persönliche Faszination gegenüber dieser Inszenierung wird angedeutet.

---

<sup>84</sup> Sowohl Pflegende als auch Gepflegte sind in der Mehrzahl Frauen.. Die Abwesenheit der Männer führt dazu, dass sie sich aus der allgemeinen Wahrnehmung herauschleichen. Fallillustrationen beziehen sich bei ihr auf Frauen (vgl. Koch-Straube 1997; 365-369). Auch das Thema Sexualität wird erst dann deutlicher sichtbar, wenn Männer betreut werden, oder wie in diesem Beispiel als zusätzliche Begleiter physisch anwesend sind. Dass auch bei älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen sexuelle Aktivitäten spürbar sind, bleibt für sie insbesondere dann irritierend, wenn ein vermeintlich harmloser Rahmen (Erinnerungen, Drücken, Streicheln u.a.) überschritten wird. Dass körperliche Befriedigungsphantasien und sexuelle Bedürfnisse aktiv ausgedrückt werden, widerspricht der verbreiteten Einstellung von der sexuellen Bedürfnislosigkeit bzw. “Harmlosigkeit” körperlicher Wünsche im Alter. Diese asketisierenden Betrachtungen behindern die Artikulation bzw. den Ausdruck von sexuellen Bedürfnissen (vgl. Knobling 1985; 212 f).

<sup>85</sup> Die Macht der Wünsche scheint so groß, dass im Kontext eines isolierten, von wenigen Permutationsmöglichkeiten (von drinnen nach draußen) durchbrochenen Alltag das Phantastische wirklich wird. Das eingeschränkte Milieu dieser Frau kann auch als Schwinden des Möglichkeitssinnes verstanden werden. In seinem Roman: -Der Mann ohne Eigenschaften- differenziert Robert Musil den Wirklichkeitssinn von Möglichkeitssinn (vgl. Musil 1989; 16 ff). Dass trotz Einengungen und Verluste der

Ihre eigenen Wünsche und Sehnsüchte werden scherzhaft mit eingeblendet. Das Thema Sexualität scheint auch für Renate kein unproblematischer Kommunikationsbereich zu sein, den sie offen und unbefangen ansprechen kann. In diesem Sinne überzeugt der wiederholte Verweis auf den offenen und ganz selbstverständlichen Umgang damit nur bedingt<sup>86</sup>.

“.. und un un und. und die andre Frau die dann saß, die fing dann och noch irjendwie was an. //hm// und. die schmückt sich ja dann sowieso, die setzt sich dann immer vor 'n Fernseher und guckt dann jetzt hier so 'ne Talksendungen und dann sacht die immer der sacht immer ich soll sitzenbleim und so. die spricht dann och mit 'm Fernseher //hm// und die wolln mich alle ham un dann setzt die sich wirklich mit 'ner weiten Bluse und macht de Haare un so. da lass ich se och. un dann sach ich immer. so aus Spaß 'mach ich dann immer' (lachend gesprochen) also. Frau Soundso da muss ich mal zu ihnen och kommen das jibts doch wohl nich, dass sie immer. de Männer anjesprochen ich sage mich spricht da keener an 'oder so' (lachend gesprochen) und da lacht die dann ehmt halt och oder so //hä// aber das muss mer denn ehm halt en bisschen un wenn se ehmt da halt drüber sprechen //hä//. da muss mer ehmt ma...”/55/21-32

### 8.10.2 Geschlechtsspezifische Intimpflege

Die geschlechtsspezifischen Irritationen gegenüber dem anderen Geschlecht sind insbesondere in Intimpflegesituationen hoch. Der Verlust an Selbstständigkeit stellt einen Einbruch für die Persönlichkeit des Einzelnen dar. Bettlägerigkeit ist mit hilflosen und peinlichen Momenten verbunden. Hier bezieht sich Renate vor allem auf das Tragen und Wechseln von Inkontinenzeinlagen. Die beschämende Abhängigkeit verstärkt sich insbesondere beim Einsatz von männlichen Pflegekräften.

“..ja nich jeden. keiner will das. //ja// keiner will was von seiner Selbständigkeit un von seiner Persönlichkeit was abjehm. //hm// ich bin och nich erbaut mich ma eenma hinzulechen und. zu

---

Sinn für das Mögliche bewahrt wird, gehört möglicherweise zum Menschsein dazu. Das Bewusstsein oder das Gefühl, die Wirklichkeit könnte auch Anderssein, verlässt uns nicht (Waldenfels 1994; 199). Dass also im Kontrast zu eingeeengten Strukturen und Ressourcen mehr möglich ist als wirklich, hat etwas Befreiendes. Dass eine z.T. kaum aushaltbare Wirklichkeit durch Wunschphantasien überschritten werden kann, ist etwas Entlastendes, d.h. ermöglicht eine wohltuende Distanz zum aktuellen Handlungsraum (ebenda). Die Wiederholung dieses (virtuellen) Rituals zeigt möglicherweise, dass die sexuell gefärbten Belebtheitsphantasien von etwas unbelebt Bleibenden eine gewisse Befriedigung verschaffen.

<sup>86</sup> Gerade der häufige Verweis auf diese offene Haltung soll scheinbar den Eindruck erhärten, dass sie mit diesem Thema unbefangen umgehen kann. Dabei sichtbare Thematisierungstümpfe (“Na ja ham mer uns dann halt mit den unterhalten”/40/40-41), schematisierende Bedeutungsabschwächungen (“dann red mer ehmt halt so drüber und so...”/40/50) und das Einbringen eigener Wünsche und Defizite zeigen die unterschwellige Virulenz dieses für sie unbefriedigenden Bedürfnisbereiches. Renate will möglicherweise dem Interviewer signalisieren, dass sie ganz offen und unproblematisch mit diesem Thema umgehen kann. In diesem Sinne knüpft sie an normative Standards im Umgang mit der Sexualität von Gepflegten an, die sie scheinbar ganz selbstverständlich umsetzen kann. Hinter dieser manifest sichtbaren Fassade (gezeigter Sinn) zeigen sich gegenläufig dazu Widerstände und Widersprüchlichkeiten. Diese hintergründigeren Muster (latenter Sinn) schwingen fortlaufend mit bzw. werden im Kontext von scherzhafte Andeutungen sichtbar. Die reaktiven Späße werden zum Dokument eines aktuell ungestillten subjektiven Bedürfnisses nach Nähe und Zuwendung mit einem Mann (vgl. Bohnsack, R. 1993; 34-65). Diese Gegenläufigkeit scheint ihr reflexiv nicht zugänglich. Das Sprechen über die sexuellen Bedürfnisse der Gepflegten bleibt fragmentarisch und ist mit scherzhaft eingehüllten Selbstaussagen unterlegt. Das schnelle verbale Einlassen auf sexuelle Bedürfnisse ist mit schematischen Rahmungen verbunden, die es ihr möglicherweise erlauben, das Thema nicht so dicht an sich heranzulassen. Das schäkernde Vorpreschen ermöglicht die Besetzung eines Terrains, dessen nähere Inblicknahme dadurch schützend vermieden werden kann. Dieses Nicht-so-genau-Wissen-wollen stellt somit für sie eine notwendige Form des Nicht-Wissens- dar (Beck 1996; 302).

windeln. und was ich och ganz furchtbar finde. //hm// muss ich mal och so sagen es es is leider so. aber ich verstehe dann och die ältren Leute und da sprechen wir och sehr viel drüber. die ham nich jerne en Pflejer..."/41/11-16

Was jeder Erwachsene normalerweise verdeckt am stillen Ort erledigt, wird nun gegenüber Männern sichtbar.

Dass die Intimpflege mit besonderen Schamgefühlen verbunden ist, zeigt sich auch bei der Anwesenheit von zusätzlichen bzw. fremden Pflegekräften. So werden beispielsweise im besonderen Maße unvertraute Betreuungspersonen (z.B. Praktikanten) von einer pflegebedürftigen Frau nicht geduldet.

Diese kann sich in diesen peinlichen Situationen nicht noch zusätzlich daran gewöhnen, ein neues Gesicht teilnehmen zu lassen.

“.. wir ham och Praktikanten, die eene Frau sacht dann ehmt nee ich will das nich //hm// un dann sach ich ehmt halt da musste draußen bleim. “41/21-22

Die funktional-physiologischen Kompensationsberührungen berühren in diesem Kontext auch die Subjektivität der pflegebedürftigen Frauen (vgl. Remmers 1998; 357)<sup>87</sup>. Das Entblößen des Intimbereichs, insbesondere gegenüber Männern, stellt eine erzwungene Schamlosigkeit dar, auf die Renate einfühlsam aufmerksam wird<sup>88</sup>.

“...jeder hat en Schamjefühl und. jeder will nischt von seiner Persönlichkeit abjehm wenn dann halt der Pflejer kommt.."/41/29

---

<sup>87</sup> Wenn es schon das Schamgefühl erregt, den Intimbereich fremden Augen zu zeigen, um wieviel mehr beschämt dann Hilfe- und Pflegebedürftige, dass sie sich fremden Berührungen aussetzen müssen (vgl. Elias 1998 (Bd. I); 175).

<sup>88</sup> Die Frauen gehören einer Generation an, in der man seinen Körper verhüllte. Manche Frauen haben sich möglicherweise noch nicht einmal ihrem Ehemann bzw. ihren Kinder nackt gezeigt (Koch-Straube 1997; 215). Darüber hinaus verstärken sich Schamgefühle möglicherweise in einem Zustand der Abhängigkeit bzw. des altersbedingten körperlichen Verfalls. Wer an sich zusehends Phänomene des körperlichen Verfalls entdeckt, zeigt sich insbesondere in Situation der Hilfebedürftigkeit nicht gerne im hellen Licht (vgl. Sennett 1996; 216 f). Durch die Macht des Schams kann die Entblößung des Körpers und das Abhängigsein bei Verrichtungen, die in die intimsten Bereiche gemindert werden (Freud 1985; 145). Sichtbare Schamgefühle werden zu einer Art Kleidung, die den Helfenden signalisieren, behutsam und respektvoll mit dem pflegebedürftigen Menschen umzugehen.

In den von Renate skizzierten Intimpflegesituationen wird den Hilfe- und Pflegebedürftigen im besonderen Maße ihre Abhängigkeit bewusst, ohne dass sie ihre Wehrlosigkeit selbst direkt auflösen können. Schamgefühle sind im Verständnis von N. Elias „...eine Art von Angst, die sich automatisch und gewohnheitsmäßig bei bestimmten Anlässen in dem Einzelnen reproduziert. Es ist oberflächlich betrachtet, eine Angst vor der sozialen Degradierung...“ (Elias 1998 (Bd. II); 397). Hier fließen verschiedene Einflüsse zusammen, die sich zu mehr oder weniger abgedämpften lauten „Gesten“ bzw. Verhaltensirretationen zum Ausdruck kommen (ebenda; 398). Dass die Abhängigkeit in Zusammenhang mit der Intimpflege nicht nur unter dem Gesichtspunkt der funktionellen Abhängigkeit betrachtet werden kann, verweist auf existentielle Dimensionen in der Pflege. Die hier auftretenden Gefühlsambivalenzen und Stimmungsschwankungen werden in pflegewissenschaftlichen Theorien kaum eingefangen.

In den pflegebezogenen Bedürfnistheorien von R. Juchli und M. Krohwinkel können solche Gefühlsdimensionen z.T. eingefangen werden. Die Aktivitäten des täglichen Lebens- (Juchli 1991) bzw. -Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens (Krohwinkel 1992) umfassen unterschiedliche Bedürfnisbereiche, die vielschichtige Überlappungen aufweisen. In diesem Sinne können scheinbar rein körperlichen/physiologischen Bedürfnisse mit geistig-seelischen Aspekten verbunden werden. Der Bedürfnisbereich -Ausscheidung- ist mit Schamgefühlen verbunden, der auch dem Bereich: -Sich als Mann oder Frau fühlen und Verhalten- tangiert (vgl. Köther/Gnam 1995; 36-41). In dem Krohwinkelmodell können darüber hinaus die in Zusammenhang mit der Intimpflege auftretenden Gefühle auch über den Bereich: - Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen- erfasst werden (vgl. Krohwinkel 1992; 33 f).

Taktvoll reagiert sie auf das Schutzbedürfnis der Patienten. Über einen Perspektivenwechsel gelingt ihr die (stellvertretende) Einstimmung auf schambeladene Intimpflegemomente. Auch für sie wäre es „furchtbar“ (37/30) in eine solche Abhängigkeitssituation zu geraten.

Relational dazu wird das abgeschwächtere Schamgefühl von pflegebedürftigen Frauen gegenüber Ärzten angedeutet. Die in Zusammenhang mit den Untersuchungen des Arztes erfolgten Übergriffe auf ihren Körper werden aus Renates Sicht eher respektiert. Renate begründet das mit dem höheren Statusprestige dieser Männer. Ihre gegenüber den Patientinnen sichtbaren Normalisierungs- bzw. Abschwächungsbemühungen verweisen auf den funktionell ähnlichen Charakter der körperlichen Berührungen, sowohl beim Arzt als auch beim Pfleger.

“...bei e Arzt is das immer noch was andres, das is 'ne Respektsperson in en Arzt. weil ich versuche ja dann och immer so. da irjendwo widder was zu finden, weil se sagen. naja kommt der Pfle-. dann sach ich immer Frau. Soundso gucken se mal wenn jetzt de Dokter kommt und sacht de Bluse of ich sache da machen se se ja och of //hm// ich sache weil der Arzt das is un will sie abhörn '..’/37/35-38

Diese (nivellierende) Analogie scheint trotz des vermeintlichen Erfolgs eher schematisch.

“naja da ham ssie ja einlich och recht (betont gesprochen). //hm// dann überlegen die erstmal so”/37/40

Zwischen den intimen Berührungen des Arztes und den des Pflegers besteht eine entscheidende Differenz. Die nicht alltäglichen Berührungen des Arztes werden als weniger unangenehm empfunden als die Berührungen des Pflegers, in Zusammenhang mit der Regulierung von Ausscheidungen<sup>89</sup>. Dass Intimpflegsituationen nur widerstrebend von den Hilfe- und Pflegebedürftigen akzeptiert werden, bleibt für sie trotz intensiver Normalisierungsbemühen deutlich. Der grenzüberschreitende Charakter von notwendigen Inblicknahmen und Verrichtungen in intimen Bereichen des Körpers wird über einen ergebnissichenden Kommentar herausgestellt.

“. aber im Grunde jenommen. im Innern richtig im Innern. passt es wirklich keinem”/37/45

Auch wenn sich diese Erfahrungen vorwiegend auf das weibliche Geschlecht beziehen, bezieht sie die Schamgefühle von Männern peripher mit ein. Für diese scheint aber die Betreuung durch Frauen selbstverständlicher zu sein.

“..un ich denke mal so wird’s vielleicht och en Mann jehn. //hm// obwohl die da ihre Scherzchen machen wie das ehmt so halt is.. aber ich denke och, wens irjendwo im Intimbereich is, da isses jeden gleich sach ich jetzt mal so.. der möchte lieber 'ne Frau ham und der andre möchte dann lieber en Mann ham...”/38/4-7

---

<sup>89</sup> Die therapeutischen, auf das Erfassen bzw. Ausschließen krankhafter Veränderungen ausgerichteten Untersuchungen des Arztes sind grundsätzlich anderer Natur als die alltäglichen, begleitenden pflegerischen Handlungen der Pflegekraft.

Der Einsatz von Pflegern ist angesichts des hohen Anteils weiblicher Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht unproblematisch. Die generativ unterschiedlich ausgeprägten Schamgefühle zeigen, dass pflegebedürftige Frauen männliche Pflegekräfte nur schwer akzeptieren können.

Renate deutet psychologische Barrieren und Widerstände an, die es dieser Generation erschweren, offen mit diesen Gefühlsbereichen umzugehen<sup>90</sup>. Dass sich diese kulturell gewachsenen Hemmschwellen generativ verändert haben, heißt für sie aber nicht, diese (zeitgemäßen) Verschiebungen zum Maßstab einer pflegerischen Betreuung zu machen. Die Akzeptanz des Patientenwillens schließt den respektvollen Umgang mit seinen Gefühlen und kommunikativen Bedeckungen mit ein.

“... also ich denke mal so in dem Beruf für Pfleger is es manmal janz jar nich so einfach. jut wie die heutje Zeit jetzt die jetzt so. das is schon widder was andres, das da is ja alles freier //hm//. aber. die Zeit die muss mer akzeptieren. und das akzeptier ich och sehr.. weil ich verstehe das. wo ham se sen. die konnten ja damals früher nich reden und und die ham das och nich so jelernt wie wir das heute.. ich meene. wir sind schon anders große-. jeworden und uns also wie ich mein Sohn, der wird widder anders groß und das is nachher was janz andres, da is ja jar nich ma die Hemmschwelle so da //hm// aber die is ja jetzt bei den Generation noch unwahrscheinlich da //hm//. und das muss mer och irjendwo akzeptiern.. “/39/19-28

## 8.11 Sterben und Tod

### 8.11.1 Persönliches Verhältnis zu Sterben und Tod

In Verbindung mit ihren schattenhaften Zukunftsplänen, die sich auf extreme Helfersituationen, d.h. der Pflege verelendeter, sterbender Slumbewohner außerhalb von Deutschland (z.B. Indien) richten, wird ihr Verhältnis zu Sterben und Tod sichtbar. Der vage Ausstiegswunsch bietet eine Art Hintergrundfolie auf der dieser Bereich beruflicher Arbeit abgesteckt wird.

Jede Betreuungssituation zu Hilfe- und Pflegebedürftigen ist für sie mit einem mehr oder weniger engen Beziehungsaufbau verbunden. In diesem Sinne hinterlässt der Tod von Hilfe- und Pflegebedürftigen bei ihr Spuren, die bei der ausschließlichen Pflege von Sterbenden schwer aushaltbare Belastungen mit sich bringen können. Diese potentiell eintretenden Belastungen scheinen für sie hemmend und herausfordernd zugleich. Als Altenpflegerin muss sie sich notwendigerweise mit dem Tod vertraut machen. Renate schlüpft hier in eine

---

<sup>90</sup> Renate verwendet den vieldeutigen Generationsbegriff im Sinne einer zeitbezogenen Prägung. Dieses Verständnis spiegelt sich in u.a. Diltheys (maskulinen) Verständnis der Generation wider: “...diejenigen, welche gewissermaßen nebeneinander emporwachsen, d.h. ein gemeinsames Kindesalter hatten, ein gemeinsames Jünglingsalter, deren Zeitraum männlicher Kraft teilweise zusammenfiel, bezeichnen wir als dieselbe Generation. Hieraus ergibt sich dann die Verknüpfung solcher Personen durch ein tieferes Verhältnis. Diejenigen, welche in den Jahren ihrer Empfänglichkeit dieselben leitenden Einwirkungen erfahren, machen zusammen eine Generation aus.” (Höffe 1985; 34). In einem ähnlichen Sinn versteht Waldenfels den Generationsbegriff als eine bestimmte Zeitgenossenschaft: dazu gehören alle, die ein gemeinsames Geschick durchgemacht haben und dadurch aneinander gekettet sind (Waldenfels 1994; 304). Dieses Geschick führt in gemeinsame Krisenlagen, welche bewältigt werden mussten. In diesem Sinne kann also auf gemeinsame Erfahrungen und Lebensmuster rekurriert werden (ebenda; 305).

professionsbezogene Rolle, d.h. argumentiert aus einem eher kollektiven beruflichen Habitusverständnis<sup>91</sup>. Das Wegschieben des Todes betrifft nicht unmittelbar das Todesereignis selbst. Hier wird schemenhaft die idealtypische Vorstellung eines schmerzfreien und schnellen, sie gewissermaßen sanft im Schlaf überraschenden Todes eingeblendet.

“leg ich mich ins Bette un ich wache am Morgen nich mehr auf..”/19/14

Ihre persönlichen Befürchtungen beziehen sich sowohl auf das Lebensalter als auch den leidvollen Prozess des Sterbens. Ein qualvolles Siechtum bleibt auch für sie eine angstvoll besetzte Vorstellung. In Relation zur Pflege im Krankenhaus ist es für sie entlastend, dass in der häuslichen Pflege fast ausschließlich alte Menschen versterben. Sie kann den Tod dieser Menschen akzeptieren, da er ein normales Ereignis am Ende eines langen Lebens darstellt.

Die Begrenztheit ihres pflegerischen Tuns und der erlösende Abschluss eines qualvollen Sterbensprozesses wird exemplarisch angedeutet. Eine von ihr mitbetreute Frau von achtzig Jahren, die auf ein erfülltes Leben zurückblicken kann, wird schwer bettlägerig und ist auf eine umfassende Fremdpflege angewiesen. Sie kann ihre Mahlzeiten noch selbstständig einnehmen und mit den sie umgebenden Personen kommunizieren. Trotz ihrer noch bestehenden Selbstpflegepotentiale ist sie in der Wahrnehmung von Renate “lebendig begraben”(19/30). Die zunehmende Hilflosigkeit wird als ein Verlustprozess markiert, der die (lebensablösende) Blickwendung zu einem endgültigen Ziel legitim erscheinen lässt. Inwieweit diese Deutung kommunikativ vermittelt bzw. von ihr reflexiv antizipiert worden ist, bleibt undeutlich. Diese Einzelfallsituation wird in einen allgemeinen Rahmen eingebettet. Bei einem erfüllten Leben und einer irreversiblen, sukzessiv zunehmenden Pflegebedürftigkeit treten zumeist akzeptierende, auf das Lebensende hin ausgerichtete Ablösungsprozesse auf<sup>92</sup>. In dieser Kontingenz von körperlichem Verfall, wachsenden Hilfebedarf und akzeptierender Hinwendung des hochbetagten sterbenden Menschen auf das Lebensende hin, konstituiert sich für Renate eine emotional entlastende Haltung. Ein solches Passungsverhältnis ermöglicht ihr kognitiv normalisierende Selbstvergewisserungen, die für sie in einem anderen pflegerischen Handlungsfeld nur schwer vorstellbar wären. Die Pflege von sterbenden Kindern bzw. noch jungen Erwachsenen ist für sie deutlich unverständlicher und emotiv belastender. Hier schwingen möglicherweise auch ihre frühen existentiellen Krankheitserfahrungen bzw. Krankenhauserlebnisse mit. Während sie in der Altenpflege existentielle Erfahrungen des Lebens aufnehmen und verarbeiten kann, bleibt das zu frühe Sterben von jungen Menschen inakzeptabel.

“...un ich sage immer mer tut zu jeden Menschen 'ne Beziehung ofbauen und das nachher zu verkraften. und ich sage mir selbst für mich hier die Beziehung. als Altenpfleger. ich sage äh also mit dem Tod muss mer ja uns alle vertraut machen //hm//. und das schiem mer ja och alle weg //hm//. wir ham ja nich Angst jetzt vor dem Tod, wir ham ja nur Angst, wie sterbe ich, muss ich mich quälen //hm// leg ich mich ins Bette un ich wache am Morgen nich mehr auf.. und jetze hier mit den ältren Leuten. da bin ich och froh, dass ich dann in der häuslichen und und och vielleicht

---

<sup>91</sup> Der in diesem Erzählsegment auffällig häufige Wechsel zwischen ich und wir deutet auf eine besondere lebensbiographische Virulenz dieses Themas hin.

<sup>92</sup> Dieses anspruchsvolle Ablöseverständnis unterliegt im Pflegealltag vielschichtigen Brechungen. Für verwirrte alte Menschen, über ihren Zustand nur z.T. aufgeklärte Patienten, oder mit Selbstauseinandersetzungen überforderte Hilfe- und Pflegebedürftige, scheint das akzeptierende Einlassen auf ein existentiell unausweichliches Ereignis nur schwer möglich zu sein (vgl. Vogel 1990; 35-38).

Altenpflege. weil ich mir manmal och sage im Krankenhaus is ejal wo, ob ich jetzt in in in. of 'ne Station Innere oder Kinder.. ich gloobe das trächt mer. also ich kann das nur von mir sagen, das trächt mer noch schlechter weg, weil da och junge Menschen da sin //hm// hier hab ich für mich selber en Schutz. äh. Schild jebaut. und sage mir.. ach komm Renate. der war über 70 und die war 80. was hat se denn jehabt. zum Teil. hier wer jetzt bettlägerisch. se war ja eigentlich lebendig begraben nur noch, dass se ihr E- ihre Mahlzeiten und dass se sich mit uns unterhalten kann. oder sie ehmt halt laufen könn in der Wohnung, aber kommen och nich mehr raus //hm//. dann sage ich mir ehmt halt die ham ihr schönes Lehm, die erzähl'n ja von ihm Lehm un so. und die wollten och nich mehr. weil das jefällt den och nich und das is so mein Schutzschild //hm//. dann sach ich immer. die hat hier erzählt von früher und. se is froh und. //hm// und dann wird dir och mal vom Mann, vielleicht wartet der schon ohm of mich oder so //hm//. und das da sach ich mir immer. die ham ehmt halt ihr Lehm jehabt, wo ich mit e 25jährijen oder mit e Zehnjährijen. //(?)// ohr das das wird of jeden Fall schwer. für mich. un ich denke. alljemein is das für viele schwer. un ich denke och viele die jetzt of so 'ner Station sind ich glaube, dass mer das nich. 'jahrelang' (betont gesprochen) durchfüh'm kann //hm// dass jeder da irjendwie nachher sacht ich muss hier weg."/19/48-20/15

### 8.11.2 Misslungene Sterbebegleitung

Kurzfristig hat Renate eine sterbende Frau von 45 Jahren mitbetreut. Sie soll dort primär sterbebegleitend tätig werden. Der sich lang hinziehende Sterbensprozess wird als beeindruckender Kampf beschrieben, in dem sie selbst viel Kraft von der Patientin schöpfen kann.

Die todkranke Patientin befindet sich in einer familiär schwierigen Situation. Sie ist eine allein erziehende Mutter mit zwei Kindern.

“ ich muss mal so sagen, ich hab äh meine Patientin ham mer mal jehabt, die hab ich ja nu kurzfristig bloß (?) //hä// die war 45 //hä// und die hat mir selbst so viel Kraft rüberjbracht, sie war och jeschieden hatte zwei Kinder. //hm// und äh.. äh hat jekämpft lange jekämpft, weil sie is äh sie lebt bloß noch e halbes Jahr hat noch zwee Jahre oder oder drei Jahre knapp jelebt..”/39/8-12

Diese Betreuungserfahrung erscheint insofern ungewöhnlich, da sowohl die lange Begleitungsphase dieser sterbenden Frau als auch deren biographischer Rahmen eine Ausnahme in der häuslichen Pflege darstellen. Darüber hinaus bleiben ihre bis zuletzt sichtbaren Selbstpflegearrangements und das kämpferische Ringen um das Weiterleben auch für die Pflegekräfte motivierend.

Die aktiven, bis zuletzt stark ausgeprägten, Selbstpflegeaktivitäten dieser Frau sind angesichts ihres zunehmenden Siechtums erstaunlich. Ihr Überlebenskampf hat für die Pflegekräfte etwas Heroisches.

“...so hat die jekämpft. //hm// das war unwahrscheinlich, also jeder hat da was mitjgenommen... die war ja nu. das das hat mich beeindruckt ja.”/39/21-22

Die beherrschten und kraftvollen Arrangements dieser Frau laufen ungewöhnlich kontrolliert ab. Sie ist über ihren Zustand informiert und versucht, trotz sukzessiv zunehmender Einschränkungen

die sie betreffenden Angelegenheiten in Eigenregie zu lösen. Kurz vor ihrem Tod kann sie keine Nahrung mehr zu sich nehmen. Auch eine parenterale Ernährung erweist sich als schwierig bzw. wird möglicherweise von der Sterbenden selbst abgelehnt. Sie entwickelt findige Handlungsstrategien, um sich noch mit Flüssigkeit versorgen zu können.

“.. und sie hat sich selbst, sie konnte nachher keene Nahrung mehr kriegen, keene Infusionen mehr. da hat die sich selber nachher einfallen lassen, weil der Junge hatte immer so äh Wassereis oder so. ja Wassereis is da (?) //hm// un weil sie keene Flüssigkeit, da hat sie sich das nachher och un da hat se jesacht, mer müsste doch Tee och einfriern un da jibts ja bei BLOKKER so 'ne Dinger. und da hat die dann nachher die Flüssigkeit so jenutscht. und dadurch hat sie sich noch 14 Tage es Leben..”/39/ 27-31

In diesem Sinne macht sie es den Pflegekräften leicht. Durch ihre findigen Selbstpflegestrategien und dem kontrolliert ablaufenden Sterbeprozess werden die Fremdpflegekräfte gewissermaßen überflüssig<sup>93</sup>. Es kommt zu einer paradoxen Rollenkehr, d.h. tendenziell entlastet und stabilisiert die sterbende Frau die beruflich Pflegenden. In dieser Konstruktion verändert sich das Beziehungsmuster in der Pflegedyade. In der Fallillustration wird kaum deutlich, welche notwendigen Unterstützungsleistungen von den Pflegekräften übernommen werden. Die Auswahl der stellvertretend ausgeübten Tätigkeiten bewegt sich in einem eher funktionell-regulierenden bzw. beschaffenden Pflegebereich. Das im Rahmen von Sterben und Sterbebegleitung wesentliche Feld der psychosozialen Unterstützungsleistungen bleibt in diesem Fall weitgehend unsichtbar.

### 8.11.3 Missverständnis und Abwehr

Es kommt zu einer scheinbar missverständlichen Situation. Als Renate leicht erkältet Sitzwache hält, interpretiert die pflegebedürftige Frau diese Symptome als eine mitleidige Reaktion, die durch ihren Zustand ausgelöst wird. Die in diese Richtung zielende Anfrage der Patientin führt bei Renate zu sichtlichen Irritationen. Sie verneint diese Einschätzung, ohne dass sie weiß, wie sie eigentlich reagieren soll. In der illustrativen Darstellung dieses Momentes kommt es zu einem thematischen Abbruch. Inwieweit sie der Zustand dieser Frau doch näher berührt, bleibt undeutlich. Es wird eher eine emotive Ausweichhaltung sichtbar, die eine interaktive Anbindung an diese Situation verhindert. Unterschwellig spürt sie möglicherweise den Wunsch dieser Frau, offen über das auf sie zukommende Lebensende zu sprechen. Renate vermeidet die direkte Aufklärung des Missverständnisses, ohne sich aber kommunikativ auf dieses implizit bleibende Angebot einlassen zu können. Ihre eigene Sprachlosigkeit beschäftigt sie. Renate findet möglicherweise in einem entscheidenden Moment nicht die richtigen Worte bzw. hat das Gefühl, den dahinter stehenden Wunsch der Sterbenden nicht verstanden zu haben.

“.. un da saß mer so bei ihr. und ich hatte so 'n Schnuppen. mer hat ja da mehr Sitzwache un so und da sachte sie, äh ehmt so halt sie weinen wohl. und da sach ich nee. sie hat jetzt jedacht weil ich es war schon traurig, mit 45 da die Frau so leiden zu sehn //hm// aber die hat eine 'Kraft

---

<sup>93</sup> Unter Selbstpflege bzw. Eigenpflege versteht die amerikanische Pflgetheoretikerin D. Orem einen Vollzug von Handlungen, die im Interesse des eigenen Lebens und Wohlbefindens auf die eigene Person und/oder die Umgebung gerichtet sind (Orem 1997; 105 f).

jehabt' (betont gesprochen) die hat. //hm// ein selbst ofjebaut äh. sie wusste, dass se sterm muss und sie hat och alles jerejelt also was se konnte un so. wirklich unwahrscheinlich. und 'das' (betont gesprochen) jibt een ehmt dann so Kraft, da kann mer sagen da hat mer was jelernt draus //hm//. so un fracht ehmt halt noch. sie weinen wohl. //hm// wenns ehmt halt. das war jar nich so aber da weeb mer ja erstmal jar nich was mer sagen soll."/41/5-14

In diesem dunkel bleibenden Gerüst wird das Missverständnis möglicherweise zu einer verpassten Chance, die vielleicht zu einem subjektiv bedeutsamen Moment des nachgebenden Einlassens auf ein rational unfassbares Lebensereignis beigetragen hätte<sup>94</sup>.

Trotz der kognitiven Gewissheit über den bevorstehenden Tod werden in dem heroischen Überlebenskampf der Frau keine unkontrollierbaren, selbstüberflutenden Momente angedeutet. Die Pflege verläuft scheinbar geordnet und durch adaptierende praktische Pflegearrangements reibungslos beherrscht ab. Das Anomische der (existentiellen) Erleidenskurve wird über das Erzählschema nicht transportiert<sup>95</sup>. Unterschwellig fehlt so etwas wie ein symbolisches Abschiednehmen bzw. Loslassen können. Ob aus dem hier angedeuteten Ereignis heraus ein solcher Ablöseimpuls möglich gewesen wäre oder nicht, bleibt fiktiv. Das unbehagliche, auf diese Episode bezogene Nachgefühl rückt solche imaginären Rahmenkonstruktionen in den Blick. Dass sie diesem an ihr nagenden Gefühl nachgeht, wird in einem anderen Zusammenhang noch einmal deutlich.

“..wenn mer jetzt wirklich en schlechtes Jefühl sach mal du ich (hab) da was falsch (gemacht) oder so.oder ehmt.wie die verstorm is un so...”/42/3-4

Sie hat das diffuse Gefühl etwas falsch gemacht zu haben, ohne dass sie eine befriedigende Möglichkeit findet, die Situation im Mitarbeiterteam reflexiv aufzuarbeiten.

#### 8.11.4 Trauerarbeit mit Angehörigen-

Parallel zu ihrer eigenen Trauer empfindet sie den Umgang mit trauernden Angehörigen als schwierige Herausforderung. Während die natürlichen Grenzen von verbalen Tröstungen unmittelbar nach dem Todesereignis weitgehend unproblematisch scheinen, wird die zeitversetzte Nachbetreuung von Angehörigen zum Problem<sup>96</sup>.

---

<sup>94</sup> Renate deutet hier eine Situation an, die auf den häufig unsichtbar bleibenden Gefühlsbereich pflegerischer Arbeit verweist. Die damit verbundene Arbeit kann im Sinne von A. Straus als „sentimental work“ verstanden werden, d.h. es ist eine Arbeit, die speziell unter Berücksichtigung der Antworten der bearbeiteten Person oder Personen geleistet wird und die im Dienst des Hauptarbeitsverlaufes erfolgt-(Strauss 1978; 62 f). Sie wird insbesondere bei sterbenden Patienten, wo trotz Pflege der Tod nicht verhindert werden kann, zu einer professionellen Herausforderung (dazu u.a. Strauss 1994). Das irritierende Interaktionserreignis verweist auf notwendige Strategien des Einlassens und Tröstens. Solche Störungen können zum Ideenauslöser für Gefühlsarbeit werden (Strauss 1978; 62 f). Werden die Antworten der betroffenen Personen nicht ausreichend berücksichtigt, können sich Fremdheitsgefühle bzw. eher medizinpflegerisch ausgerichtete Arbeitsabläufe etablieren. Die scheinbar sicheren, beherrscht ablaufenden Pflegearrangements können mit der Krankheitsverlaufkurve nur schwer in Übereinstimmung gebracht werden. Interne Evidenzen, gefährliche Stimmungen und Widersprüche von sterbenden Patienten werden tendenziell zugekleistert, pragmatisch gebrochen oder ad-hoc erledigt (Strauss 1978; 63 f). In diesem Szenarium bleibt die Balance zwischen Gefühlsarbeit und Nicht-Gefühlsarbeit gestört.

<sup>95</sup> Sterben und Sterbebegleitung bewegt sich auch in Rahmen von Krisen, Angst, Loslassen und Abschiednehmen (vgl. Köther/Gnam 1995; 696 f).

<sup>96</sup> Sprachlosigkeit stellt insbesondere bei unerwarteten und unbegreiflichen Todesereignissen eine legitime Möglichkeit der Trauerbearbeitung dar. In solchen Momenten muss erst eine tastende und suchende Form der Bearbeitung gefunden werden.

“...un es schlimmste is ehmt och immer so halt.. mer kennt zwar die Angehörigen. aber. das is och so 'n Punkt, der een schwerfällt wie.. mer sacht nischt mer tut sich jejensteg es Beileid oder ehmt so. erstmal nischt sagen, aber wie is es en andern Tag wie jeh ich jetzt ran. //hm// also die.. wie fang ich jetzt den Tag jetzt hier an wenn ich noch mal dahin muss //hm//.. das is och nich so einfach...”/35/14-18

Der schwierige Umgang mit trauernden Angehörigen wird fallbezogen deutlicher. Nach dem überraschenden Tod einer von ihr betreuten Patientin wird sie dazu aufgefordert den Ehemann der Frau aufzusuchen. Tendenziell wird sie in schwierigen Pflegesituationen bevorzugt von der PDL eingesetzt. Als der Mann ihr die Tür öffnet beginnt er zu weinen.

“...ich hatte letztens och so 'n Mann.. früh war ich noch bei der Frau.. und na- und äh am Nachmittag rufen die of Station an, dass die Frau verstorben ist, die hat 'ne Embolie jekricht.. und ich musste dann hin und Renate du warst doch de eenzje, jeh noch mal hin, naja da bin ich da hin. so wie ich die Türe ofmachte. schon jeult der Mann.”/35/27-30

Der für sie geschlechtsuntypische Gefühlsausbruch wird für sie zu einer schwierigen Auffangsituation<sup>97</sup>. Renate versucht die Trauergefühle verbal aufzugreifen. Sie stellt den unbegreiflichen Charakter dieses Ereignisses heraus und rekapituliert die letzte gemeinsame Betreuungssituation, wo es noch zu ganz entspannten Momenten zwischen allen am Pflegeprozess beteiligten Akteuren kam. Dadurch bietet sie dem Mann die Möglichkeit zum Sprechen und Weinen. Die Grenzen des Artikulierbaren werden angedeutet. Dadurch dass die Tochter noch anwesend ist, wird von ihr ein befristeter Ortswechsel vorgeschlagen, auf den dieser sich auch bereitwillig einlässt.

“..bei Männern is das immer noch schwieriger als wie bei Frauen. finde ich so //ja//.. so. jetzt hab ich 'n erstmal und sie ham doch noch, wahr wir ham doch noch rumjelacht un so für mich wars ja och unbegreiflich //hm// so. naja da hab ich den ehmt och erstmal un mer sieht ja sehr wenig so Männer heulen und so und das is ja was ganz anders wie Frauen, die könn' ja ihre Jefühle doch anders zeigen.. hab ich den och erstmal so ausheulen und hab 'n reden lassen.. ich wusste da och nich gleich was ich sage, aber ich hab ihn dann aussprechen lassen und so. un seine Tochter war ja noch da und. ja hab ich dann jesacht fahrn se erstmal mit, dass se e Weilchen hier rauskomm..”/35/30-37

---

Eine vorschnelle Normalisierung bzw. Inkorporierung des Verlustschmerzes in ein schematisch ablaufendes Bearbeitungsmuster kann zu einer okupativen “Statusanpassung” führen. In diesem Sinne geht E.Hoerning von einem eher stufenförmigen beruflichen Annäherungsprozess an das Trauerproblem (separieren. suchen und tasten, inkorporieren) aus (Hoerning, E. (2001):.Aufzeichnungen zum materialbezogenen Workshop an der MLU-Halle/Fachbereich Erziehungswissenschaften /11./12. Mai 2001. Halle an der Saale).

<sup>97</sup> Beide bewegen sich in einem scheinbar typischen, d.h. geschlechtsspezifischem Zuweisungsschema. Klagen und Verlustschmerz werden geschlechtsbezogen kategorisiert. Der Mann zeigt gegenüber der beruflich Pflegenden unverhüllt seine Trauergefühle. Möglicherweise steht dahinter die Vorstellung, dass man seine Gefühle gegenüber der weiblichen Pflegekraft offen zeigen darf. In dieser Konstruktion werden R.enates weiblichen Tugenden (z.B. Altruismus, Friedfertigkeit, Vertrauen, Mitgefühl, Einfühlung, Zuwendung, Demut u.a.) unterstellt, die sich im Raster eines traditionell caritativen Helferbildes bewegen (vgl. Remmers 1998; 213). Sie erfüllt diese Erwartungen (Berufsrolle), wobei sie sich selbst auch in einem festgelegten Bild über die emotiv bedeckten Männer bewegt. Der typisch weibliche Gefühlsreichtum der (weiblichen) Pflegekräfte kontrastiert mit der Gefühlsarmut bzw. Gefühlsbedeckung der Männer.

Als er nach mehreren Wochen zurückkehrt und aus nicht weiter detaillierten Gründen über die Sozialstation betreut wird, kommt es erneut zu einer bewegenden Trauerreaktion. Die schmerzhaften Erinnerungen an seine Frau werden bei ihrem Anblick wieder virulent.

“..dann hatt' mer den. nach sechs siem Wochen widder noch e mal weil e irjendwie (?). und da kam die och hoch und da kan- hat mich dann och gleich widdererkannt. und da fängt der och gleich widder an zu heulen..”/36/4-6

Offensichtlich findet sie auch in diesem Moment die intuitiv richtigen Worte. Aus diesem einfühlsamen Einstieg entwickelt sich ein öffnendes Gespräch, in dessen Verlauf der trauernde Mann auch die Möglichkeit findet, sich an gemeinsame Aktivitäten mit seiner Frau zu erinnern. Das Einsteigen auf diesem Gesprächspfad erscheint Renate sinnvoller als die plakative Bekundung von Mitleid. Sie bietet kommunikative Spielräume, wo er u.a. auf für ihn bedeutsame soziale Verluste und Bedürfnisbereiche hinweisen kann.

“...so und da hab ich ihn dann och heulen lassen, hab 'n reden und dann hab ich och bloß nachher jesacht. ich sage das is schwer, sie kommen da nich drüber weg und nu sind se och immer er hat mir erzählt, dass se immer noch bis zuletzt Camping un so jemacht ham. //hm// da hab ich ehmt von da ehmt anfangen un so. und dann hab ich ehmt so jemerkt. wie e dann och mit einjestiegen is und (.?) //hm//. jetzt nur immer sagen ach. sie Armer sin alleene. das bringt nischt, man muss da nu irjendwie versuchen da. e Jespräch anzufang'. wo er dann. och mit einsteigt is nich immer leichte aber.. denn nur zu sagen sie Armer un komm' äh //hä// un komm' se mal her das bringt nischt //hm//.. das is nich so einfach..”/36/30-38

Die Darstellung eines gelungen Trauergesprächs dient der Explikation schwieriger Begleitungssituationen, die sich auf die richtigen, das Gespräch öffnenden Worte beziehen. Das in diesen situativ unterschiedlichen Momenten notwendige Kommunikationsgeschick wird über Begriffe wie “Vielseitigkeit” und “Diplomatie” gerahmt (“. ich sache immer da muss mer janz schön viel- vielseitig sin un diplomatisch sin ja..”/36/40). Komplementär dazu wird auch die Bedeutung des Anfangs mitthematisiert. Die interaktiv schwer antizipierbaren Herausforderungen solcher Begegnungen lassen sich nicht einfach typologisieren und in ein regelhaftes Deutungs- und Kommunikationsschema pressen<sup>98</sup>.

---

<sup>98</sup> Auf die besondere Architektur von Anfangssituation weist N. Kreis in seiner Diplomarbeit: -Pflegeeingänge-. Zur Strukturierung pflegerischen Handelns in Anfangssituation- hin (Kreis 1997). In Zusammenhang mit pflegebezogenen Anfangssituationen gibt es bisher keine grundlegenden wissenschaftlichen Arbeiten (ebenda; 88 ). Die psychosoziale Begleitung von trauernden Angehörigen stellt keine zentrale Aktivität innerhalb einer spezifischen sozialen Welt (häusliche Pflege) dar (Strauss 1978). Sie bleibt somit ein eher peripheres Tätigkeitsfeld von Pflegekräften. Im Kontext von Pflege kann somit von einer institutionell nur schwach verregelten Rahmung solcher Situationen ausgegangen werden. Das tendenziell Ungeregelte von Nachbetreuungsaktivitäten konstituiert eine ungebändigte Spontanität, die durch ihren unabgesicherten Rahmen potentiell riskant bleibt. Da das Zurückziehen hinter kulturell abgesicherten Sprachformeln (z.B. -Mein herzliches Beileid-) aufgegeben wird, ergeben sich Spielräume, die im Sinne von Sünkel Zusammenhänge situativer und prozessualer Strukturen deutlicher hervortreten lassen (Sünkel 1990; 307). Das Sichtbar-werden solcher Elemente lässt sich über starre berufliche Rollenvorstellungen nicht mehr fassen. Renate offenbart eine einlassende Haltung, die auf nicht bzw. schwer standardisierbarem Gebiet individuelle Herausforderungen mit sich bringt.

### 8.11.5 Bewältigungsstrategien beim Umgang mit Sterben und Tod

Trotz ihres, in Zusammenhang mit Sterben und Tod, distanzierenden Kommentars (“ich hab mir da ja das Schutzschild ofgebaut”/35/50) in dem sie auf einem aufgebauten Schutzmechanismus verweist, werden gegenläufig dazu emotive Bewegungen sichtbar. Sie deutet die Schwierigkeiten an, in einzelnen Sterbefällen die Fassung zu bewahren. In diesem Sinne werden über den illustrativ dargestellten Betreuungsverlauf der todkranken Patientin auch ihre eigenen schmerzhaften Berührungen und Nachgefühle erkennbar.

Das Vertrautsein mit den betroffenen Hilfe- und Pflegebedürftigen schafft eine mehr oder weniger intensive gefühlsmäßige Nähe. Durch das “aufgebaute Verhältnis” (36/7) bewegt sie der Tod von Patienten. Sie versucht gemeinsam mit einzelnen Mitarbeiter/Innen ihre Gefühle kommunikativ aufzuarbeiten. Diese Verarbeitungsbemühungen verlaufen eher informell bzw. entwickeln sich episodisch aus dem Todesereignis oder der Sterbenssituation heraus. Innerhalb dieses potentiell zur Verfügung stehenden Ausgleichsrahmens werden tiefergehende Trauerreaktionen angedeutet<sup>99</sup>.

Renate unterscheidet zwischen friedvollem und ankämpfendem Sterben. Die Erfahrung eines sich gegen das Ende aufbäumenden Todeskampfes zeigt ihr, dass die Bereitschaft zum Sterben noch nicht vorhanden ist. Diese widerständigen Todeserfahrungen beschäftigen sie.

Neben einem prozesshaften Verständnis von Sterben und Tod, im Kontext eines einlassenden und ablösenden Sterbeprozesses, werden auch eigene Betreuungsgrenzen deutlich<sup>100</sup>. Aus dieser allgemeinen Markierung von Belastungen kann ein Bezug zum Überlebenskampf der von ihr beschriebenen Frau hergestellt werden.

“äh es kommt jetzt immer drof an. wie wie se sterben. wenn se jetzt äh. mer sieht ja so welche. die friedlich einschlafen.. das tut immer weh, weil mer ja zu jedem. jedem Patienten tut mer vertrauen. ä so un e bisschen so e Verhältnis ofbaun, zu een mehr zu den andern wenjer.. aber wer jetzt so kämpft. na dann sacht mer so der wollte noch nich.. das kricht mer ja dann och mit.. der wollte noch nich un musste aber jehn also. das beschäftigt ä. das muss mer denn och of Station dann mal so sagen. das. und da ham mer och die Jelegen- muss mer einlich och. //hm// die Jelegenheit haben, mit jemandem zu sprechen.. sonst äh verarbeitet mer das och irjendwo nich.. und denn sacht der andre ehmt halt och, der den kennt na guck mal Renate so un so und dann verarbeitet mer das schon widder janz anders. //hm//.. un wenn mer das nicht macht, wenn mer das nur in sich so schluckt.. ich gloobe das is nich so jut. oder mer heult ehmt och ma. mer sitzt ehmt da und heult. “/37/40-52

---

<sup>99</sup> Gruppenbezogene Mitarbeiterunden bzw. Supervisionsveranstaltungen, in der sie über Gefühle und Erfahrungen mit dem Verstorbenen reden kann, werden nicht sichtbar.

<sup>100</sup>E. Kübler-Ross hat ein solches Phasenmodell bei Sterbenden entwickelt (Kübler-Ross 1969). Diese können nicht schematisch auf die individuelle Situation des sterbenden Menschen übertragen werden. Der von ihr entwickelte Phasenverlauf bewegt sich von einem anfänglichen Nicht-Wahrhaben wollen des Todes zu einer am Ende stehenden -Zustimmung-. Das Auflehnen und Verhandeln ist mit kämpferischen Verhaltensmustern verbunden, die für die beruflich Pflegenden schwer auszubalancieren sind (vgl. Köther/Gnam 1995; 698 f).

## 8.12 Altersvorstellungen und Altersbefürchtungen

### 8.12.1 Beruflich geprägte Altersvorstellungen und Altersbefürchtungen

Ihre persönlichen Altersvorstellungen werden primär durch ihre berufliche Arbeit geprägt. Unter den Mitarbeitern der Sozialstation überwiegen Altersbefürchtungen, die durch den gehäuften Umgang mit Tumorerkrankungen im Alter in eine analoge Richtung gehen. Die Wahrscheinlichkeit einer im Alter auftretenden Krebserkrankung wird durch die erfahrene Häufung als hoch eingeschätzt.

“...äh ich denke mal, ich hab mich da och schon mal mit andern Schwestern un überhaupt so, die in der in in in der Pflege sind. also. personalmäßig. hab ich mich da och schon immer da mer beschäftigt sich viel mehr mit mit sich selber. erstens Mal wenn mer so sehr viele sieht die krebskrank sind, dann sacht mer sich wirklich manmal ohr wann bist'n du mal dran. //hm// weil äh manchermal ham mer schon Zeiten jehabt, da war wirklich jeder zweete hatte irjendwas Brust Magen oder Darm oder. da fracht mer sich wirklich meine Güte wann bist du mal dran.. “/45/17-23

Der Schicksalscharakter dieser im Alter auftretenden malignen Erkrankungen wird paradoxerweise dadurch verdeutlicht, dass auch Akademiker von Tumorerkrankungen betroffen sind. Der egalitäre, vor keinem Milieu bzw. keiner Profession halt machende Charakter von bösartigen Geschwulstkrankheiten führt dazu, dass wesenhafte Veränderungen sichtbar werden, die scheinbar keinen Rückschluss mehr auf ihre (ehemals) ausgeübten stolzen Professionen zulassen. Renate greift in diesem Zusammenhang soziale Platzierungen auf, die sich in einem biographisch durchziehenden oben-unten Schemata bewegen (z.B. Schulzeit). Trotz ihrer gegensteuernden Abschwächungsversuche (“ja sach ich jetzt mal so is ja ejal jeder hat ja..”/45/40) fädelt sie sich wiederholt in dieses vertikale Einordnungsmuster ein.

Bei diesen (Oberschicht-)Patienten wird der weitgehende Verfallsprozess als in besonderer Weise deklassierend erlebt<sup>101</sup>. Die mit diesem Erfahrungsschema verbundenen Abstiegs- und Verfallsszenarien hofft sie entgehen zu können.

Ihre persönlichen Verschonungshoffnungen bettet Renate in allgemein bestehende Vermeidungsvorstellungen ein.

“... dann jehts so rum äh. dann hat mer och Studierende ja sach ich jetzt mal so is ja ejal jeder hat ja.. oder Professoren oder Lehrer so und da sieht mer, wie die so dahin un sacht mer sich immer oh Gott.. die war ma Lehrerin wenn mers nich weeiß un was die jetzt so erzählt un so. ohr ob dir das. ob dir das och mal so bevorsteht, das möchtteste ma eigentlich nich jerne, das sacht so halt jeder. so...”/45/31-35

---

<sup>101</sup>Der nivellierende Charakter von Krankheit wird von Renate erstaunt wahrgenommen. Möglicherweise verschafft ihr diese Erfahrung einen anderen Zugang zu lebensgeschichtlich ambivalent besetzten, mit Gütern und Vorrechten des Geistes überhäufteten Personen (Nietzsche 1999; 110). Elemente von Gleichheit werden für sie insbesondere bei der Pflege von Schwerpflegebedürftigen sichtbar. Vertikale Einordnungen lösen sich in fortschreitenden Verfallsprozessen bzw. Krankheitsverläufen auf. Sie kann sich den Betroffenen unabhängig von ihrem zugeschriebenen Sozialstatus fair und engagiert zuwenden.

Aus dieser ergebnissichernden Kommentierung heraus wird eine weitere Befürchtung eingeführt. Diese bezieht sich auf das Alleinsein im Alter. Sie macht die Erfahrung, dass Hilfe- und Pflegebedürftige trotz Angehöriger sozial isoliert bleiben und darüber hinaus z.T. den ganzen Tag ans Bett gefesselt sind. Die damit verbundenen Eindrücke beschäftigen sie. Renate versucht über ihren Mann diese Erfahrungen kommunikativ zu verarbeiten. Dieser wehrt ihre Verarbeitungsbemühungen kategorisch ab. Das Sprechen über ihre berufliche Arbeit mit schwerstpflegebedürftigen alten Menschen wird zum Tabu erklärt. Ihre Enttäuschung darüber wird deutlich. Auf dieser Basis entwickelt sie generalisierende Rahmungen in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung von Altenpflege.

Die thematische Abschottung ihres Mannes ist für sie repräsentativer Ausdruck einer allgemeinen "Verschwörung des Schweigens" (Beauvior 1972;5). Sie macht die Erfahrung, dass Menschen erst dann über Alter und Sterben sprechen, wenn sie selbst damit umgehen müssen<sup>102</sup>. In diesem Sinne geht Renate davon aus, dass die Inblicknahme von sich unterschiedlich ausdrückenden Leidenserfahrungen eine reflexiv stimulierende Wirkung hat<sup>103</sup>.

## 8.12.2 Familiär geprägte Altersvorstellungen und Altersbefürchtungen

Parallel zu ihren beruflich geprägten Altersbefürchtungen erlebt sie die spezifischen Alterungsprozesse auch in der eigenen Familie. Die in diesem Zusammenhang sichtbaren Verwandlungen und krankheitsbezogenen Bedrohungen ihrer Eltern führen zu einer veränderten Wahrnehmung des familiären Beziehungsrahmens. Darüber hinaus prägen diese Erfahrungen möglicherweise auch ihre persönlichen Altersvorstellungen. Es werden generative Verschiebungen sichtbar, die sie z.T. über ihren konzeptionell im Beruf erworbenen Erfahrungs- und Wissensfundus ordnet. Der Wechsel zwischen beruflichen und privaten Einordnungen ist mit Balancierungsproblemen verbunden.

### 8.12.2.1 *Der verwandelte Vater*

Der Vater verhält sich gegenüber seinen Enkelkindern herrisch und drohend. Diese Erfahrung passt nicht in das Bild des schützenden, aber meist abwesenden Vaters ihrer Kindheit. Der sanfte Vater verwandelt sich in einem zwar anwesenden, aber häufig nörgelnden und aggressiv aufbrausenden Großvater. Auch hier versucht Renate Legitimations- und Begründungsstrategien zu finden, um das Bild des guten Vaters nicht zu trüben. Ein kontingentes Vaterbild entwickelt sich nur bedingt. Die ambivalenten Verhaltens- und Reaktionsmuster des Vaters versucht sie über dessen biographische Verletzungsdispositionen bzw. altersbedingten Veränderungen verständnisvoll aufzunehmen<sup>104</sup>.

---

<sup>102</sup>Das Umgehen damit schließt das unmittelbare Sehen des Erleidens mit ein. Dabei ist dieses Zu- oder Abwenden eng mit den Einstellungen des Einzelnen verbunden. Das Weggucken bzw. Schweigen scheint mit einer Angst vor dieser Lebensphase verbunden. Solche Mechanismen verschonen uns davon, so etwas wie eine Haltung zu zeigen (vgl. Waldenfels 1994; 389).

<sup>103</sup>Gesehenes und erfahrenes Leiden konstituiert eine Bereitschaft, sich thematisch auf solche Prozesse einzulassen. Hier wird auch eine Selbstaussage vollzogen. Vor dem Hintergrund ihrer eigenen Leidenserfahrungen konstituiert sich eine Sensibilität, solche Phänomene aufzugreifen, d.h. engagiert hinzusehen und auch darüber zu sprechen.

<sup>104</sup>Renate versucht einfühlsam das Verhalten ihres Vaters zu verstehen. Die Lebenswelt ihres Vaters wird analytisch in Blick genommen. Ihre subjektiven Deutungen des Inneren an dem Äußeren eines Zeichens kann als hermeneutische Herangehensweise verstanden werden (Danner 1989; 65). Das ernsthafte Bemühen, die Situation mittels beruflich erworbener

In diesen Rahmen wird seine Krankheit (Altersdiabetes), gepaart mit hypochondrischen Tendenzen und chronischer Unzufriedenheit, als Grund für seine herrischen Verhaltensmuster aufgeführt. Der Vater entwickelt regressive Muster, die für sie nur schwer auszugleichen sind. Die von ihr angewandten Strategien stoßen auf Widerstand. Sie pendelt zwischen einer mimetischen Solidarisierung (bedauern, mitleiden) und einer intervenierenden Zurechtweisung.

“...der möchte of eene Art bedauert wern. hm äh äh wenn mern bedauert, das das jefällt 'n nich so. und wenn mer jetzt sacht äh dann äh höre doch och ma und iss nich alles durcheinander. ja ihr könnt nur immer rummeckern. der ist. mit nichts zufrieden. also es is wirklich schwierig, wie wie soll mer da den Weg finden...”/7/13-17

### 8.12.2.2 *Die schwerkranke Mutter*

Parallel dazu werden bei der Mutter schwere und langwierige Krankheitsverläufe skizziert. Ihre möglicherweise durch Hospitalkeime ausgelöste Hepatitisinfektion führt zu einer existentiell bedrohlichen Situation, mit der insbesondere ihr Vater überfordert ist. Medizinisch sachkundig beschreibt Renate die wachsende (altersbedingte) Morbidität der Eltern. In dieser distanzierten Form der Darstellung wird insbesondere die Mutter persönlich unsichtbarer. Der unterschiedliche Schweregrad der elterlichen Erkrankungen wird differenziert aufgefächert und mit psychosozialen Veränderungen verknüpft. In diesem Kontext beschreibt sie auch eine zunehmende Abstumpfungs- und Anästhesierungstendenz des Vaters. Der zeitweilig drohende Tod seiner Ehefrau hat komplementär auch auf ihn eine lebensdämpfende Wirkung. Das sich über einen längeren Zeitraum hinziehende Schweben zwischen Leben und Tod führt zu wachsenden Selbstabsorptionsstendenzen. Der Vater verliert partiell die Regie über sein eigenes Leben. Möglicherweise wird ihm bewusst, dass er nicht unbedingt vor seiner Frau stirbt. Er scheint von der implizit bleibenden Auflösung einer bis dato fraglos bleibenden Selbstverständlichkeit überfordert. Über die Arbeit mit alten Menschen sind ihr die symbiotischen Beziehungsmuster von lange Zeit zusammenlebenden Ehepaaren vertraut. Die Situation ihrer Eltern wird über berufliche Erfahrungen und generalisierende Einsichten gerahmt.

“...jeder will ja immer eher jehn das hab ich jetzt so vom mein Beruf mitjekricht, weil ich sage immer ja. man tut sich zusamm kennenlernen aber je-man geht nich zusammen widder weg...eeener jehht ja doch eher..”/7/29-31

## 8.13 Kooperation mit Mitarbeiter/Innen und anderen Berufsgruppen

### 8.13.1 Verhältnis zu den Mitarbeiter/Innen

Renate arbeitet seit sechs Jahren auf der Caritas Sozialstation. In den letzten Jahren hat sich in ihrer Wahrnehmung das Mitarbeiterklima verschlechtert. Der kooperative Charakter der Arbeit

---

Kompetenzen kognitiv aufzuhellen und daran anknüpfend Problembearbeitungsstrategien zu entwickeln, stößt an (natürliche) Grenzen. Die eigene biographische Nähe und Verstrickung gegenüber dem Vater wird tendenziell ausgeblendet.

löst sich tendenziell auf. Auch bei der Caritas hat sich ein kühleres Arbeitsklima entwickelt, wo jeder nur noch für sich allein kämpft.

“...ich sache immer so nach der Wende ich. bin jetzt sechs Jahre beim Caritas //hm//. ich muss sagen f- äh. so vielleicht. drei Jahre oder.. ja drei Jahre vorher is war is de Teamarbeit schö- noch schöner //hm//.. jetzt kommt 'wirklich' (betont gesprochen) das Kalte so überall rüber, es kämpft jeder nur noch für sich. och beim Caritas bloß ich hätte nie so jedacht, weil wirklich da war eener für 'n andern da...”/42/3-8

Der sich sukzessiv auflösende Zusammenhalt wird ganz allgemein in Verbindung mit einem gesellschaftlichen Wandlungsprozess gebracht. Das vermeintlich wärmere, solidarische Miteinander in der DDR kontrastiert mit dem konkurrenzbetonen Stil und der zunehmenden Individualisierung in der Gegenwart. Dass eine solche Verschiebung der Interaktionsmuster eintreten wird, hat sie kurz nach der Wende nicht glauben wollen. Über Bekannte aus Holland, die sie sowohl vor, als auch nach der Wende besucht haben, wird ihr diese Entwicklung vorhergesagt<sup>105</sup>. Deren negative Prophezeiungen, über eine sich auch hier entwickelnde, individualisierende Gesellschaft, haben sich wider Erwarten bewahrheitet.

“...und da muss ich immer so an mein. Bekannten denken aus Holland, wie die damals zu Ostzeiten hier warn. wie der jesacht hat bei euch is das Schönste, ihr habt so 'n Zusammenhalt //hm// und nach der Wende warn die dann widder da un da hat der jesacht, das kommt bei euch auch und da wollt ich das nich glauben //hm// aber das stimmt. es kämpft jeder noch für sich. //hm// und jeder will besser dastehen //hm// versuchen besser dazustehn... “/42/11-16

Ihre zum Teil ambivalenten Kollektiverfahrungen (z.B. Kindergrippe) werden über diesen Vergleich geglättet. In der schematischen Gegenüberstellung einer wärmeren, kollektiven Orientierung in der DDR und dem kühleren, konkurrenzbetonen Mitarbeiterklima der Gegenwart werden die holländischen Bekannten funktionell eingebunden. Deren Zeugenschaft belegt sowohl den “schönen” (42/30) Zusammenhalt in der DDR als auch das typische Einzelkämpfertum in einem marktwirtschaftlich organisierten System.

Sie beschreibt einen Verlust an informeller Nähe, der komplementär dazu mit einer schärferen Trennung zwischen beruflicher und privater Sphären verbunden ist.

Sichtbar wird das für Renate in der abnehmenden Bereitschaft Dienste zu tauschen bzw. kurzfristig Wochenendeinsätze zu übernehmen. Es sind für sie stärkere Abgrenzungsbestrebungen sichtbar als in der Vergangenheit. Eine explizite Teamorientierung besteht in ihrem Sinne nicht. Der im Vergleich zur Vergangenheit nüchtern-versachlichte Informationsaustausch untereinander korrespondiert mit konkurrenzbezogenen Verhaltensmustern.

---

<sup>105</sup>Die Wende wird zur Trennlinie zwischen damaliger und heutiger Zeit. Dabei scheint es nicht darum zu gehen, das Damals ausschließlich positiv zu sehen bzw. zu idealisieren. Es wird eher ein Gefühl, eine Befindlichkeit ausgedrückt, das seine Erfüllung im Damals sucht. Der Blick in die Vergangenheit ermöglicht eine scheinbar stärkere emotionale Befriedigung. Die Erfahrungen im Hier und Jetzt bleiben emotional gesehen unbefriedigend. In diesem Sinne wird der frühere kollektive Zusammenhalt zu einer bedeutsamen Orientierung (Gemeinschaftssinn). Die positive Bewertung kollektiver Zusammenhänge verdeckt die Ambivalenz vergangener Wir-Zusammenhänge. Aus einer multizentraleren Wirklichkeitserfahrung heraus bleibt die positive Bewertung kollektiver Bindungen erstaunlich. Die Zeugenschaft der -Westler- konstituiert eine eher brüchige Legitimität (“..bei euch ist das Schönste ihr habt so `n Zusammenhalt..”/42/12-13). Sie bewegt sich auf einem unterschiedlichen gesellschaftlichen Interpretationsboden.

“...und das merkt mer jetzt. es kommt Information rüber ja. aber früher wenn mal jemand. sach ich jetzt bloß mal so st- ehmt 's Wochenende tauschen, da war sofort immer eener, das is heute och nich mehr. nee ich hab och was zu tun oder ich hab da was oder so.. der Zusammenhalt is nich mehr 's war ich ich ich persönlich fühle das is kälter jeworden...”/42/18-22

### 8.13.1.1 *Vermachtete Kommunikationsstrukturen*

Renate macht die Erfahrung, dass kommunikative Hinterbühnen zugenommen haben. Das hinter dem Rücken von Mitarbeiter/Innen stattfindende wechselseitige “Ausspielen”(47/3) widerstrebt ihren Vorstellungen von einem vertrauensvollen Umgang miteinander.

“...was ich jetzt für mich nich. aber man merkt das. //hm//.. so und denn ehmt.. wie och das Au-Auspielen jetzt 'n bisschen. wenn ma irjendeener ich bin ja einlich der Typ s- sach ich jetzt mal kann ich von mir einlich sagen ich hab..”/47/2-4

Sie selbst scheint nicht so sehr Opfer dieser verdeckten Kommunikationspfade zu sein. Beispielhaft bezieht sie sich auf eine junge Schwester, die erhebliche Schwierigkeiten hat sich mit den älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen zu verständigen. Sie findet scheinbar keine kommunikative Anbindung, was Renate vorrangig auf die erhebliche Altersdifferenz in der Pflegedyade zurückführt. Sie versucht der Neueinsteigerin zur Seite zu stehen, d.h. gibt ihr praktische Ratschläge, wie sie möglicherweise besser auf die Patienten eingehen kann. Komplementär dazu deutet sie eine hierarchische Schrittfolge der Problembearbeitung an. Werden ihre Hinweise und Empfehlungen trotz anhaltender Konflikte im kommunikativen Umgang mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht umgesetzt, ist sie gezwungen das Problem an die Pflegedienstleiterin weiterzugeben. Dabei orientiert sie aber auf eine diskrete Form der Problembearbeitung. Die von ihr präferierten -Vier-Augen-Gespräche- unterscheiden sich scheinbar von dem kommunikativen Bearbeitungsmuster der PDL. Diese will die vermeintlich fehlerhaften Verhaltensmuster der Schwester im Rahmen der Dienstberatung offenlegen, um sie räsonierend vor den anderen Mitarbeiter/Innen zur Rechtfertigung ihres Verhaltens zu zwingen. Renate lehnt diese Form der öffentlichen Problembearbeitung ab. Sie kann sich einfühlsam in den beschämenden, möglicherweise demütigenden Charakters dieser publikumsbezogenen Form der Disziplinierung hineinversetzen.

Renate bittet ihre PDL auf solche deklassierenden Konfliktbearbeitungsstrategien zu verzichten. In diesem Kontext wird auch deutlich, dass im Vorfeld dieser Unterhaltungen z.T. bereits festgefügte Etikettierungen und Urteile bestehen. Das diskursiv unausgehandelte und versteckte dieser Konfliktbearbeitungen empfindet sie als unfair. Der tribunalartige Charakter dieser überfallartigen Unterhaltungen ermöglichen aus ihrer Sicht keine Aushandlungs- und Revisionsmöglichkeiten.

Alternativ zu diesen Verfahrensmustern präferiert sie gegenüber ihrer Vorgesetzten dialogische Formen der kommunikativen Konfliktbearbeitung. Ihre lebensgeschichtlich gewachsene Sensibilität gegenüber unfairen Verfahrensregeln wird auch in diesem Zusammenhang angedeutet. Die für Renate sichtbare Ungleichbehandlung von Mitarbeiter/Innen kollidiert mit ihrem egalitär ausgerichteteten Verständnis der Beziehungsgestaltung. Den vermachteten Umgang mit sich nur schwer wehren könnenden Mitarbeiter/Innen empfindet sie als ungerecht. Aus dieser Basisdisposition entwickelt sich ihr advokatorisches Eintreten für die (macht-

)unterworfenen Mitarbeiterin. Tendenziell scheinen davon insbesondere Neueinsteiger und Pauschalkräfte betroffen zu sein<sup>106</sup>. Während sie als langjährig auf der Sozialstation tätige Pflegekraft die Möglichkeit hat Kritik zu äußern bzw. fehlerhaftes Pflegehandeln situativ anzusprechen, scheint das reziprok für diese Mitarbeitergruppen nur eingeschränkt möglich. Die vermeintlich geringe Hierarchie zwischen der Pflegedienstleiterin und ihren Mitarbeiter/Innen, auf die sie beim Vergleich zwischen privaten und gemeinnützigen Pflegediensten positiv verwiesen hat, stellt sich hier anders dar. Pauschalkräfte und Neulinge unterliegend stärker dem disziplinierenden Diktat der PDL bzw. des alten, langjährig auf der Sozialstation tätigen Mitarbeiterstammes. Die von dieser Seite ausgeübte Definitions- und Diskursmacht konstituiert einen sozialen Rahmen, in dem ein hierarchisches Kompetenz- und Statusdenken sichtbar werden<sup>107</sup>.

### 8.13.1.2 Kommunikative Verarbeitungsmöglichkeiten

Der Austausch über die Belastungen und Erfahrungen des pflegerischen Alltags ist für Renate nur sehr begrenzt möglich. Zur Not kann sie mit einer Freundin über ihre Arbeit sprechen. Mit der Verarbeitung des pflegerischen Alltags muss sie eher allein fertig werden.

“...wie äh äh na jut ich hab noch 'ne Freundin, die is äh Sprechstundenschwester. //hm// zur Not kann mer dann noch mal mit der äh. sich unterhalten. aber ansonsten muss mer das ehmt.”/41/48-49

Da ihr Mann nicht als Gesprächspartner zur Verfügung steht, fehlten ihr auch im privaten Bereich kommunikative Verarbeitungsmöglichkeiten.

Innerhalb der C.-Sozialstation besteht keine verlässlich abgesicherte Form der kommunikativen Stressbearbeitung. In sporadisch stattfindenden Supervisionsitzungen konnten alltagsbezogene Themenbereiche der Mitarbeiter/Innen angesprochen werden. Diese nicht fest institutionalisierten Sitzungen sind aufgrund finanzieller Engpässe eingestellt wurden. Der Wegfall dieser

---

<sup>106</sup>P. Benner (1997) deutet in ihren Stufen der Pflegekompetenz an, dass “Neulinge” noch nicht über den Erfahrungsfundus verfügen wie „Erfahrene Pflegende” bzw. “Pflegeexperten”. Anfänger/Innen müssen bestimmte Regeln erst einmal erlernen bzw. in Konfrontation mit wirklichen Situationen erfahren, was bedeutsam bzw. weniger wichtig ist. In diesen Lernprozess spielen stützende und beratende Hinweise erfahrener Mentoren eine maßgebliche Rolle (vgl. Benner 1997; 35; Olbrich 1999; 117 f). In diesem Sinne beschreibt A. Strauss auch die Funktion des Trainers: “Wenn Statusübergänge mehr oder weniger gut geregelt sind, stehen jene, die die anerkannten Schritte hinter sich gebracht haben, zur Führung und Beratung ihrer Nachfolger bereit” (Strauss 1994; 117). Dabei scheint auch eine experimentelle Phase der Selbstprüfung bzw. Selbsterprobung notwendig zu sein, die einer (institutionalisierten) geduldigen Begleitung bedarf. Dem Anfänger geschehen unerwartete Dinge, die interpretiert werden müssen. Dabei können die von einer erfahrenen Pflegekraft abgegebenen Ratschläge und Erklärungen sehr hilfreich sein. Die von R.enate ausgeübte Mentorenrolle gegenüber der jungen Neueinsteigerin wird durch die verdeckt bleibende Kritik bzw. vonmachtvollen Reglementierungen unterlaufen. Das zu schnelle Problematisieren und Reglementieren von Anfängerschwierigkeiten, noch dazu in einer kollektiven Arena, kann dazu führen, dass ein demotivierender Gesichtsverlust eintritt (ebenda; 118-120). Tendenziell können rasch und ruppig vollzogene Manöver zu Rückzugstendenzen bzw. einem beruflichen Desinteresse beitragen.

<sup>107</sup>Dass eine Pflegepauskraft die normativen Erwartungen an eine typische Berufskleidung unterschätzt, wird möglicherweise als symbolischer Verstoß gegenüber einem (traditionellen) beruflichen Selbstverständnis empfunden. Das berufliche Auftreten von Aushilfen ist mit Erwartungen verknüpft, die an eine rollentypische Berufsbegleitung gebunden sind (Entzian 1999; 51 f). Eine einheitliche Berufskleidung wird implizit erwartet, so dass die individuelle Kleiderordnung als nicht tolerierbare Abweichung markiert wird. Die Bedeutung dieser Kleidernorm wird für die Pauschalkraft erst dann deutlich, als trotz des scheinbar zu späten Hinweises von R., das Arbeitsverhältnis aus diesem Grund aufgehoben wird.

Austauscharena wird von ihr bedauert. Sie ist von der Wichtigkeit solcher Verarbeitungsforen überzeugt.

“...wir ham ja och immer mal ab und zu Supervision jemacht //hm//. wo so 'ne Themen jetzt anjesprochen worden sind //hm// aber das. ham se nun och fallenlassen, naja is ehmt alles 'ne Geldfrage, die müssen se ja och bezahln, aber wichtig wäre das einlich für uns immer widder mal. so äh.”/42/28-31

Das sporadische, eher zufällige Moment dieser Verarbeitungsarenen wird wiederholt angedeutet. Reflexive Austauschprozesse orientieren sich an einem situativ anfallenden Bedarf. Wenn bei ihr im Anschluss an möglicherweise fehlerhafte Reaktionen bzw. Handlungsstrategien in der Pflege ein unangenehmes Nachgefühl einsetzt, kann sie im Kontext von Dienstberatungen darüber sprechen<sup>108</sup>. Der kommunikative Bearbeitungsimpuls muss aber aktiv von ihr ausgehen. Es bestehen auch in diesem Rahmen keine fest institutionalisierten Räume zur Verarbeitung berufsbezogener Probleme und Belastungen.

“...ansonsten. bei der Dienstberatung kann mer immer mal so oder wenn mer jetzt wirklich en schlechtes Jefühl sach mal du hab ich da was falsch oder so. oder ehmt. wie die verstorm is un so...”/42/36-38

Weder im beruflichen noch im privaten Bereich bestehen gesicherte Copingmöglichkeiten. Aufgrund ihrer vielschichtig sichtbaren Belastungen bleiben die fehlenden kommunikativen Austauscharenen potentiell problematisch.

### 8.13.2 Die machtvollen Türsteher

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird insgesamt als unkompliziert und gut eingeschätzt. Problematischer scheint die Kooperation mit den Sprechstundenschwestern zu sein.

“..mit den Ärzten muss ich sagen, kommt mer ganz gut zurechte was am Schlimmsten is, sind jetzt so die Sprechstundenschwestern.”/42/40-41

Diese filtern die Kontakte zum Arzt und beeinflussen bei ihren Patienten die Auswahl des häuslichen Pflegedienstes, wenn diese auf Fremdpflege angewiesen sind.

Auch hier werden inoffizielle Pfade der Kontraktbildung angedeutet, die sich auf die bevorzugte Arbeit mit bestimmten Pflegediensten bezieht.

---

<sup>108</sup>Im Anschluss an abgelaufene Handlungen einsetzende zwiespältige Nachgefühle lösen bei Renate einen reflexiven Impuls aus. Dieser Impuls bedarf einer diskursiven Bearbeitung, in der die Handlung oder das Ereignis aus unterschiedlichen Prüfungsperspektiven gesichtet werden kann (vgl. Jonas 1984; 172 ff). Dass dieser im moralischen Sinne verantwortliche Impuls nicht in einer gesichert institutionalisierten Arena eingebettet werden kann, bleibt bedenklich. Neben den fragilen Entlastungsrahmen deutet Renate auch verhinderte Bildungserfahrungen an, die auch in anderen Entscheidungszusammenhängen sinnvolle Hilfestellungen bieten könnten.

“... und die Schwester is ja einlich maßgebend wenn der Doktor sacht. die brauchen hier 'ne häusliche Krankenpflege //ja//. so un wenn die äh von den häuslichen äh von den privaten mehr was kriecht dann nimmt die ja natürlich die.”/40/44-46

Es kursieren Gerüchte, dass die privaten Pflegedienste Sprechstundenschwestern bestechen, damit sie bevorzugt gegenüber den pflegebedürftigen Patienten angepriesen bzw. empfohlen werden.

“...weil die Konkurrenz is ja sehr groß //hm//. und die Sch- Kra- ääh äh die Schwestern äh.. ich kann das och nur so sagen, selbst hab ichs och noch nich so jesehn, es wird och sehr viel jespickt von den privaten //hm// hör' ich und //hm//. hab ich wirklich nur jehört un so und. es mag och bestimmt was dran sin..”/40/47-51

Die Empfehlungs- und Zuweisungsmacht der Sprechstundenschwestern scheint in diesem Rekrutierungsprozess ein erhebliches Gewicht zu haben. Deren Bewertungen werden zu einem maßgeblichen Urteil bei der Entscheidung für einen bestimmten ambulanten Pflegedienst. Analog zur enddifferenzierenden Negativeinschätzung privater Pflegedienste werden auch Sprechstundenschwestern zu einer kollektiv stigmatisierten Berufsgruppe. In dem hier skizzierten Zusammenhang kooperieren sie auf verschwörerische Art und Weise miteinander. In diesem Kontext scheint sowohl die Autorität des Arztes als auch die Kundensouveränität der Patienten eingeschränkt<sup>109</sup>. Die interessengeleiteten Auf- und Abwertungen von Pflegediensten können kaum revidiert werden. Renate beschreibt in diesem Zusammenhang Deklassierungsgefühle. Sie erlebt die Sprechstundenschwestern als habituell stolze Berufsgruppe, denen gegenüber sie als devote Bittstellerin auftreten soll. Da sie als Türöffner bzw. Türschließer zum Arzt fungieren, befindet sie sich in einer schwächeren Position. Der unmittelbare Kontakt zum Arzt wird durch die Sprechstundenschwestern gebremst.

“...und es ist nich immer einfach zum Arzt vorzukommen, weil die Krankenschwestern. die bremsen een schon ab..”/40/53-54

Diese Zuweisungsmacht wird situativ als “ganz furchtbar” (40/55) erlebt. Sie zwingt sich in ein Verhaltenskorsett, das für sie im besonderen Maße problematisch ist. Die inauthentische Höflichkeitsinszenierung gegenüber der Schwester wird als unterwürfiges Muster empfunden, das nur dazu dient, in direkten Kontakt mit dem Arzt zu treten.

“...so wie die dann schon da- dann möchte mer ja noch so e Knickschen machen und ja schön Dank Schwester und so. also das is och manchmal was ganz furchtbar was ich so furchtbar empfinde. ehmt da wirklich um zu betteln und zu bitteln...”/43/27-30

---

<sup>109</sup>Wo die Kundenmacht immer mehr abnimmt, nimmt möglicherweise die Gefahr eigennütziger Interessenabwägungen zu. Bei weitgehend unsichtbaren Kundeninteressen kann es zu inszenierten Angeboten bzw. überformenden stellvertretenden Deutungen, entlang eigener Interessenprofile kommen. Die soziale Dienstleistung ist in besonderer Weise persönlich eingebettet. Die Qualität der Dienstleistung kann ja vor Inanspruchnahme der Dienstleistung qualitativ nicht beurteilt werden (Klie, T. (1999): Kundenorientierung, In: Soziale Arbeit -Jg. 99/1; 9 ff). In diesem Sinne kann die Entscheidung für einen Pflegedienst auch auf dem (eigennützigen) Votum einer als vertrauenswürdig eingeschätzten (Sprechstunden-)schwester beruhen.

Die skizzierten Ausbremsungsstrategien der Sprechstundenschwestern scheinen möglicherweise auch dem Arzt unbekannt zu sein. Diese teilen z.T. nicht die klassifizierenden Einschätzungen von Pflegediensten, wenn sie direkt auf die vermeintliche Bevorzugung von Pflegediensten angesprochen werden.

Kann sie direkt mit Ärzten kommunizieren erlebt sie im Einzelfall differenziertere, stärker patientenbezogenere Überlegungen darüber, welcher Pflegedienst empfohlen werden soll. Durch die als überzogen empfundene Sanktionierungsgewalt der Sprechstundenschwestern entwickelt sich keine berufliche Solidarität gegenüber dieser Berufsgruppe. Die in anderen Zusammenhängen sichtbare oben- unten Klassifikation bzw. binären Schemata werden als klassifizierender Rahmen erneut hinzugezogen

“...die sin ja nun och nischt höheres oder so ....die denken ja manmal och sie sin.. was 'bessres’/43/30

In einem ergebnissichernden Kommentar wird kontrastiv zu den Ärzten eine generalistische Negativbewertung der Sprechstundenschwestern vorgenommen<sup>110</sup>.

“. die Schwestern sin einlich schlimmer wie de Ärzte.”/43/33-34

### 8.13.3 Erfahrungswissen als Kontaktbrücke zum Arzt

Renate beschreibt einen sehr vorsichtigen und respektvollen Umgang mit den Ärzten. Wenn es um die Behandlung und Pflege von Patienten geht, unterbreitet sie behutsam Behandlungsvorschläge. Renate stellt sich als Person nicht explizit heraus, sondern versucht ihre Anregungen über eine den Arzt einbeziehende Wir-Form durchzusetzen.

“...ja aber die Ärzte hören och ofte manchamal of unsern Rat. //ja// wenn mer sachen wir ham das mal bei dem Patienten so ausprobiert wolln mer das nich och mal machen. äh. mer muss das kommt immer drof an wie ichs rüberbringe //hm//. wolln mer das nich auch mal so machen...”/44/2-5

Kontrastiv stellt sie diesen konnotativen Anschlussbemühungen eine Negativvariante entgegen. Insistiert sie auf eine analog zu anderen Behandlungssituationen übertragende bzw. anknüpfende Pflege, entstehen ärztlicherseits eher Widerstände. Die Einschätzungs- und Deutungsmacht der akademisch ausgebildeten Ärzte wird insbesondere dann aktiviert, wenn die Behandlungsvorschläge zu fordernd und eindeutig vom Pflegepersonal ausgedrückt werden. Dringt sie zu offensiv in das territorial abgesteckte Kompetenzfeld des Arztes ein, wird sie z.T. stolz zurückgewiesen. Ihre Erfahrung zeigt, dass sich die ärztliche Profession nicht in festlegende Entscheidungspfade der Schwester hineinziehen lässt. Der Entscheidungs- und Aufgabenspielraum wird scheinbar klar abgesteckt<sup>111</sup>.

<sup>110</sup>Das sie diese Einschätzung trotz gegenteiliger privater Erfahrungen (“...wie äh äh na jut ich hab noch 'ne Freundin die is äh Sprechstundenschwester. “/41/48) nicht relativiert, bleibt widersprüchlich. Die enddifferenzierende Haltung gegenüber den Sprechstundenschwestern scheint mit den kränkenden Bittstellererfahrungen zusammenzuhängen, welche empfindliche Bereiche ihres Selbstkonzeptes berühren.

<sup>111</sup>Dass sie den Arzt nicht selbstverständlich auf aus ihrer Sicht bewährte Behandlungsmethoden festlegen kann, markiert den abgestuften verantwortungsethischen Entscheidungs- und Aufgabenspielraum der jeweiligen Berufsgruppe. Renate hat mit diesen

“...wenn der aber wenn ich sage. wir ham das aber bei dem so jemacht. da wärs doch och anjebraucht bei dem. dann sa- wird der och sagen naja halt hier Stopp. ich bin der Studierte un nich un nich sie so unjefähr...”/44/11-13

Ist sich der Arzt in der Wahl seiner Behandlung nicht ganz sicher, erreicht sie über die behutsame Einblendung erfahrungsgesättigter Vorschläge konnotative Einlassungen. Ihr Erfahrungswissen gewinnt in schwer einschätzbaren Behandlungssituationen an Gewicht<sup>112</sup>. Bewähren sich ihre Empfehlungen, werden sie von den Ärzten akzeptierend wahrgenommen und in ähnlichen Behandlungsfällen erneut aufgegriffen.

“. also mer versucht das denn ehmt so. wir ham die Erfahrung so und so jemacht. //jaja// wolln mers nich auch mal probiern und dann sacht der naja wenn se denken mach mers mal. un wenss jeklappt hat dann sacht e ehmt halt das war jut un da merkt der sich das ja och oder da rufen se och mal an un sachen wie ham sie das damals jemacht also wir ham hier widder. / also das //variieren// das kann mer variieren genau. “/44/15-19

Renate skizziert ein gewachsenes Kooperationsverständnis, in dem aber die Hierarchie zwischen den akademisch gebildeten Arzt und der Schwester fraglos bleibt. Ihre Stärken sieht sie primär im Bereich des erfahrungsgesättigten Wissens, das durch die tägliche pflegerische Arbeit aufgebaut und weiterentwickelt wird. Sie bewertet das über Erfahrung gewonnene Wissen somit sehr positiv.

“Erfahrungen sammeln..sin immer jut un mer lernt ja nie aus..”/44/41-42

Auf dieser Grundlage entwickeln sich bei ihr Kompetenzen und Fähigkeiten, die sie z.B. bei der Gesprächsführung bzw. der Einschätzung von Symptomen und Krankheitsbildern nutzen kann. In diesem Zusammenhang deutet sie ein sich veränderndes Sehen an.

“..weil mer das sieht mer dann nachher anders ä immer anders un wenss denn doch noch mal kommt, dann erinnert mer sich nochmal mensch so.”/44/37-38

In spezifischen Situationen werden Erinnerungen und Rückbetrachtungen wachgerufen, die auf ähnliche Situationen verweisen. Diese (intuitiven) Aha-Erlebnisse verschaffen ihr eine tendenziell größere Handlungssicherheit. Ihr täglicher Umgang mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen führt zu einem kontinuierlichen Betreuungssetting. Spezifische Veränderungen können prozesshaft wahrgenommen werden. Ihre begleitenden Beobachtungen stellen eine Ergänzung zu den eher

---

eingeschränkten Entscheidungs- und Verantwortungsspielräumen explizit kein Problem. Um auf Entscheidungen mitbestimmend Einfluss nehmen zu können, muss sie strategisch geschickt vorgehen. Renate verwendet in unterschiedlichen Interviewzusammenhängen häufig den Begriff “diplomatisch”. Die Bedeutung dieses Wortes charakterisiert treffend ihren kommunikativen Stil. Als Diplomat muss man klug taktieren, um seine Ziele zu erreichen, ohne andere zu verärgern. Eine diplomatische Gesprächsführung hat sich in beruflich unterschiedlichen Kommunikations- und Kooperationszusammenhängen bewährt. Es treten aus ihrer Sicht weniger Widerstände und Zurückweisungen auf als bei einem konfrontativ rechthaberischen Stil.

<sup>112</sup>Nicht-Wissen kann nach Beck über unterschiedliche Nicht-Wissensarten ausdifferenziert werden. Diese kategorialen Unterscheidungen beziehen sich u.a. auf die -Unsicherheit des Wissens- (vgl. Beck 1996; 302). Dass bei schwer kalkulierbaren Behandlungsmaßnahmen diese Dimension des Wissens sichtbar wird, befördert einzelfallbezogen die kooperative Aushandlung behandlungspflegerischer Maßnahmen zwischen dem Arzt und der Schwester.

episodischen Inblicknahmen und Einschätzungen der Patienten durch den Arzt dar<sup>113</sup>. Über den unmittelbaren Kontakt zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen gewinnt sie Informationen und Eindrücke, welche auch für den Arzt und die Sprechstundenschwestern von Interesse sind. Ihr Informantenstatus macht sie (phasenweise) zur geschätzten Kooperationspartnerin. Renate betreut eine Vielzahl von Patienten, die von unterschiedlichen Fachärzten behandelt werden. Sie nimmt in diesem Kontext auch modifizierte Arzneimitteltherapien wahr. Die Vielzahl von Medikamenten ist Ärzten und Schwestern z.T. nicht bekannt. R. sammelt und bündelt diese Informationen und gibt diese Neuigkeiten an die verschiedenen Arztpraxen weiter. In diesem Kontext kommt es zu kooperativen Interaktionserlebnissen mit den Sprechstundenschwestern. Die als hochmütig etikettierten Schwestern reagieren situativ dankbar auf die von Renate gesammelten, für sie z.T. unbekanntes Arzneimittelinformationen.

“.. un so ist das ehmt och halt mit Schwestern. und die sin ja in dem Moment es jibt ja so viele äh Medikamente of 'm Markt. wenn mer. die sind manchmal och heilfro, ä wenn mer ich ta- schreib mir das dann meistens of en Zettel. wens manmal noch nich im Computer drinne is //hm// dann sin se nämlich och froh, dass mer das richtig abjeschriem ham weil se nämlich och nich alles wissen.”/44/ 43-47

Darüber hinaus verschafft ihr das vor Ort gesammelte Wissen einen ungebremsten Gesprächskontakt mit dem behandelnden Arzt.

Im Verbund mit den von ihr aufgenommenen Patientenfragen, die scheinbar auch im Bereich der medikamentösen Therapie angesiedelt sind, wird sie teilweise von den Türwächtern (Sprechstundenschwestern) direkt an den Arzt weitervermittelt.

## 8.14 Theorie-Praxis Verhältnis in der Pflege

Das Inkommensurable von theoretischem und praktischem Wissen wird von Renate evaluativ herausgestellt. Diese Tatsache ist ihr bereits im Rahmen von Ausbildungszusammenhängen deutlich geworden.

“ich sage immer Theorie und Praxis passen nich zusammen. /// ganz kurz und einfach .. is so. das lernt mer schon in den in in in der Fachschule jetzt wenn mer Krankenschwester oder Altenpfleger selber lernt.”/49/37-39

Das sich aus ihrer Sicht ganz und gar unterscheidende Wissen bietet kaum Anknüpfungsmöglichkeiten.

Der möglicherweise innovative und handlungsleitende Charakter theoretischer Wissensbestände kann über die Neueinsteiger nicht in die Pflegepraxis transportiert werden. Eine ausprobierende Erfahrung mit theoriegeleiteten Wissensbeständen im praktischen Vollzug scheint nur schwer möglich.

---

<sup>113</sup>(Häusliche) Pflege scheint weniger segmentiert als andere, durchrationalisiertere berufliche Arbeit. In diesem Sinne arbeitet die Berufsgruppe der Ärzte weniger begleitend bzw. temporär deutlich abgegrenzter. Pflege kann somit zum komplementären Bindeglied zwischen rational denkenden, an objektiven Wissensbeständen verpflichtenden Arbeitenden und den hilfeschuchenden, emotional u. sozial fordernden Kranken werden (vgl. Piechotta 2000; 31).

“..und jeder, der was neues ä mitkriecht in der Schule es is zwar schön. es wird anjesprochen ich finds och jut wers versucht durchzuführen aber. es wird tot-. totjetreten wird das einlich..”/49/49-51

Eingeschliffene praktische Handlungsmuster erweisen sich als äußerst widerstandsfähig. Die langjährig tätigen Mitarbeiter/Innen werden kollektiv als tendenziell experimentierunwillige sowie weitgehend und veränderungsresistente Pflegexperten mit maßgeblicher Deutungsmacht skizziert. Berufliche Neueinsteiger, die unmittelbar nach der Ausbildung in eine stark vorgeformte Praxiskultur kommen, werden für sie zu Außenseitern, welche kaum Handlungsspielräume bzw. Einflussmöglichkeiten haben. Die Übermacht des alten Stammes führt zu Abweisungen und Abwertungen theoriegeleiteter, die bisherigen Muster in Frage stellenden, Handlungsstrategien. Der Statusübergang von der Ausbildung in den Beruf wird zu einem kritischen Ereignis, das möglicherweise mit demotivierenden Bedeckungs- und Rückzugstendenzen verbunden ist. Hier werden eher machtvolle Reglementierungen und erhöhte Anpassungsaufforderungen sichtbar, die zu Lasten einer experimentellen Phase der Selbstprüfung bzw. Selbsterprobung gehen (vgl. Strauss 1978; 117-120). Der Versuch bestimmte Standards einzuhalten wird von ihr positiv bewertet. Sie selbst hat sich aber scheinbar mit den normativen Abweichungen und Abstrichen arrangiert. In diesem allgemein gehaltenen Erfahrungsschema werden Renates resignativ vollzogene Anpassungsleistungen sichtbar. Ihre Neigung zu widerständigen, sich Gehör verschaffenden Aushandlungsprozessen, bleibt eher gering. Die Vermeidung anstrengender diskursiver Auseinandersetzungen und Rechtfertigungsstrategien führt auch zu billigen Kompromissen, die unterschwellig mit einem unangenehmen Nachgefühl verbunden sind. Die Furcht vor wiederkehrenden Außenseitererfahrungen befördert das Arrangement mit den institutionalisierten Pflegemustern des Stammpersonals. Das durch Renate schematisch entfaltete Praxisszenarium einer übermäßig eingerichteten Pflege zeigt das Aufeinanderprallen von unterschiedlich mächtigen Deutungsmustern. Die Definitionsmacht der alten Hasen führt zu scheinbar unhinterfragbaren, routinisiert ablaufende Handlungsmustern.

“..in äh äh die Lehrer die lernen ein äh was ganz anders was in der äh Praxis nicht is. und möch-. äh will mich ausprobieren oder ehmt ja ausprobieren. dann wird mich von den. äh sach ich mal von dem Team was sich so so lange da. arbeitet. und dann wird mich als Außenstehender, du mit deine neumodischen. Sachen wider. so.. äh da hat ehmt sach ich mal jeder hat ehmt anders wo mit e mehr zu tun hat. //hm// das wird dann abgewiesen und schon is alles kaputt. //hm// äh. es wird ehmt halt nicht ausgeführt es wird gleich tot- ä jeschwätzt oder totjetreten. //ja// und was machen sen. wenn se sechs äh jejen sich ham also was machen se. //häh// lassen ses och..”/52/7-14

Ihre allgemein gehaltenen Erfahrungen werden illustrativ nicht weiter verdeutlicht. Die möglicherweise ambivalenten Erfahrungen, mit einengenden kollektiven Arbeitszusammenhängen, verweisen auf die größeren Handlungsspielräume in der häuslichen Pflege. Eine annekrierende Überformung und Aufhebung individueller Pflegestile durch andere Mitarbeiter/Innen ist durch den autonomen Charakter der ambulanten Pflegearbeit nicht ohne weiteres möglich. Dort kann sie ihre individuellen Einschätzungen und Handlungsmuster tendenziell unzensurierter entfalten als in der stationären Pflege.

## 8.15 Persönliche Vorstellungen von einer guten und schlechten Pflege

### 8.15.1 Nachlässige Pflege im Krankenhaus

In Zusammenhang mit ihren Praktikumserfahrungen im Krankenhaus berichtet sie von einer Schlaganfallpatientin, die mit den distanzierten und situativ nachlässigten Handlungsmustern des Pflegepersonals schwer umgehen kann. Im Bereich der Intimpflege werden tendenziell Vernachlässigungen sichtbar, die durch die Angst der Patientin noch zusätzlich verstärkt werden.

“..die saß so lange. also wenn die 'n Schieber.. die hat ja schon Angst jehabt zu klingeln und 'n Schieber..”/46/9-10

Bei der Verrichtung der Notdurft muss die bettlägerige Frau übermäßig lange auf dem Bettschieber sitzen. Obwohl bereits leichte Druckschädigungen der Haut erkennbar sind, wird sie absichtsvoll lange in dieser misslichen Lage gelassen.

“.. oder die ham se ehmt. wirklich manchmal. 'Absicht' (betont gesprochen) die hat schon 'n roten Ring drauf.”/46/12

Renate skizziert in diesem Zusammenhang überzogene Aktivierungsaufforderungen gegenüber der Patientin. Die angedeutete Verzögerung von Hilfestellungen bei der Verrichtung der Notdurft soll möglicherweise einen Selbstpflegeimpuls stimulieren. Die überfordernden Selbsthilfeappelle machen die durch eine Hemiparese stark gehandicapte Frau aber eher hilflos und ängstlich. Die scheinbar unsensibel und falsch umgesetzten Mobilisierungsaufforderungen führen zu stillen Rückzugs- und Vermeidungsstrategien. Sie nimmt die Einschränkungen und Schmerzen der Frau aufmerksam auf und antizipiert deren Bedürfnisse im Zusammenhang mit der hilfreichen Platzierung des Essens oder der entlastenden Lagerung der schmerzhaften Körperteile.

“..die konnte sich nich drehen un wenn se das nich essen naja da bemühen se sich ma e bisschen wurde dann immer so jesacht. die konntes nich, die war och noch nich so alt un hatte 'n Schlaganfall un hatte och erstmal so die janze rechte Seite.. un der tat das manmal wirklich weh, dann hab ich 'se jeholfen und dann hab ich jesacht komm se her, ich stell ihn das hin. die war so dankbar dafür.”/46/26-30

Ihre freundlichen Unterstützungen und Zuwendungen werden von den Patienten dankbar aufgenommen. Sie wird für die Frau zu wichtigen Bezugspflegeperson, die wenn sie nicht im Dienst ist, bedauernd entbehrt wird. Ihr Pflegestil hinterlässt bei der pflegebedürftigen Frau deutliche Spuren. Als sich die Pflegedyade auflöst, will die Patientin sie scheinbar auch materiell honorieren.

Die von der Patientin als „caring interactions“ wahrgenommenen Handlungsmuster von Renate werden, kontrastiv zu erlebten -noncaring interactions- bei anderen Pflegekräften, als

Zusatzleistungen eingestuft, die sie über eine Gegenleistung abgelten möchte (Riemen 1988; 30)<sup>114</sup>.

“..die hat dann schon immer jefracht das was ich dann immer schon für mich schon. Schwester Renate sind Sie morjen och widder da, ich sache nee ich bin in der Schule, ach schade //ja// die hat sich so jefreut wenn ich da war, die hat mir nachher ä och zum Schluss so das darf ich jar nich annehmen un so..”/46/32-36

Renate vollzieht erneut einen Perspektivenwechsel. Die krankenhausbezogenen Wahrnehmungen werden nun über ihre eigenen Erfahrungen als Patientin kontextualisiert. Als sie sich einer Strumaoperation unterzieht, erlebt sie die postoperative Betreuung auf der Station ebenfalls als sehr unpersönlich und nachlässig.

“. ich finds einlich unmöglich wenn mer 'n janzen Tag da im Zimmer licht un keener kommt nur Frühstück also nur das Medizinische un dann gucken se mal hier wejen Frühstück abräum' un so. und. ich hab immer jesacht, wenn ich eene Perücke ins Bette jelecht. kä- es hätte keiner jemerkt, ob sie drinne sin oder nich..”/46/41-45

Auch als Patientin hilft sie einer Mitpatientin beim Ausfüllen des schwer durchschaubaren Essenplanes. Ihre einspringende Fürsorge verbindet sie mit einem Appell an das Pflegepersonal, dieser Frau doch das korrekte Ausfüllen des Formulars zu erklären bzw. es stellvertretend für sie zu übernehmen<sup>115</sup>.

“. un vor allen ich hatte 'ne ältre Dame vorne. ich bin mit dem Essenplan zurechtejekomm das sin so komische Zahlen, die muss man dann ankreuzen //ja. jaja// die konnte das nich. ich habe jesacht komm se her, ich mache ihn das mit //hä//. so. und äh dann hab ich mich och mal ich war dann och diejenje un hab jesacht äh hier die Frau kann das nich, ich sache da müsste- da müsst ihrs mal zeigen oder dann müsst ihrs mal machen..”/46/47-52

Renate erweist sich als sehr ungeduldige Patientin. Unmittelbar nach einer Strumaoperation durchbricht sie das geforderte Bettruhegebot. Um sich fremdpflegerischen Maßnahmen zu entziehen vollzieht sie vorschnelle Aktivierungsstrategien. In Anbetracht des selbst ausgeübten Pflegeberufes erscheinen diese Fluchtbewegungen bzw. Vermeidungshaltungen paradox. Dass sie bei dieser riskanten Mobilisierung nicht (kontrollierend) gebremst wird, stellt ein weiteres Indiz für die mangelnde Überwachung und Betreuung der Patienten durch das Krankenhauspersonal dar.

---

<sup>114</sup>Die Begriffe des „caring interaction“ und „noncaring interactions“ erscheinen m.E. in diesem Zusammenhang treffend (Riemen 1988; 30). In einer phänomenologisch ausgerichteten Studie der amerikanischen Pflegeforscherin Riemen beziehen sich diese Begriffe auf das Beschreiben von Pflegestilen aus der Patientensperspektive. Die „noncaring interactions“ werden analytisch zu einem „clinical setting picture“ verdichtet (Riemen 1988; 31). Die dazu herausgearbeiteten Hauptthemen: „Being in a hurry and efficient“; „Doing a Job“; „Being rough and belittling patients“; „Not responding“; „Treating patients as objects“ stellen Schittpunkte zu den von Renate dargestellten Erlebnissen im Krankenhaus her (Riemen 1988; 30-33; Elsbernd 2000; 60).

<sup>115</sup>Hier zielt Renate auf eine personelle Kompetenz von Pflegenden, die in Anlehnung an Fosbinder mit „Translating“ übersetzt werden kann (Fosbinder 1994; 1087). Das Informieren und Erklären von Abläufen und Strukturen des stationären Krankenhausalltags und die spezifischen Bedingungen von Pflege, in Verbindung mit einem geduldigen Abwarten und Sich-Rückversichern darüber, ob die Patienten diese auch verstanden haben, wurde in den offenen Patientenbefragungen der Fosinger-Studie positiv herausgestellt (Fosbinder 1994; 1087 f; Elsbernd 2000; 57 f).

“ ich bin gleich nach der Narkose ofjstanden, obwohl ichs manmal noch nich machen durfte, aber ich will mich nich so befuddeln lassen und so. es hat eh keener nach ihnen jeguckt. so. und. Wirklich, mer konnte 'ne Perücke rinlejen de Decke so lejen, dann hätten die jedacht ach die schläft en janzen Tag. und das kanns ja nun och nich sin.”/47/2-7

Insgesamt wird die fassadenhafte Freundlichkeit von Seiten der Schwester und Ärzte als ein unbefriedigender Interaktionstil empfunden. Die psychische Befindlichkeit des Patienten wird durch die unpersönliche Reduktion auf medizinische Befunde und mechanisch vollzogene Pflegeabläufe vernachlässigt<sup>116</sup>. In einem ergebnissichernden Kommentar weist sie auf die destruktiven Wirkungen einer entsubjektivierenden Behandlung im Krankenhaus hin.

“..und so isses aber heute. und das macht och die alten Menschen so kaputt im Krankenhaus.. für de Psyche is da überhaupt nischt, wird da überhaupt nischt jemacht..”/49/9-10

### 8.15.2 Das Pflegeheim ist kein Daheim

Die Pflege im Heim ist negativ besetzt. Sie möchte eine stationäre Pflege um jeden Preis vermeiden. Analog dazu will sie auch ihren Angehörigen diese Betreuungsvariante nicht zumuten.

“aber nich in e Heim.und das würde ich och für meine Eltern tun so lange wie ich alles..also alles menschenmögliche machen kann.”48/33-35

Eine Pflege im Heim wird nur bei schwerer Demenz nicht ausgeschlossen, da in diesem Fall eine Internierungssituation in der eigenen Wohnung (ethisch) nicht vertretbar ist. Die offenere und privatere Situation in den eigenen vier Wänden wird grundsätzlich bevorzugt. Ein Leben zu Hause ist weiter weg vom sichtbaren Tod. Es nährt die Illusion noch nicht am Ende des Lebens zu stehen bzw. noch weitgehend selbstständig zu sein. Alternativ dazu könnte sie sich auch mit komplementären Betreuungsformen, wie z.B. betreutes Wohnen, arrangieren. Hilfe kann dort bei Bedarf in Anspruch genommen werden, ohne dass der Wohncharakter verflüssigt wird. Ihre persönliche Furcht vor einer unumkehrbaren stationären Pflege wird explizit sichtbar. Sterben und Tod rücken unausweichlich in den Vordergrund.

“ich komm hier nie widder raus, nur noch mit`m Sarg” 48/43

Die Vorstellung auf einer Endstation leben zu müssen und diesen finalen Gefühlen nicht mehr ausweichen zu können, ist unterschwellig angstvoll besetzt.

---

<sup>116</sup>Riemen skizziert in ihrer Studie u.a. „noncaring interactions“ von Pflegenden aus der Perspektive von Patienten. Eines der dabei herausgearbeiteten Hauptthemen bezieht sich auf „Treating patients as objects“. Patienten berichten davon, dass Pflegende beim Schauen nach dem Patienten nicht nahe genug herankamen, dass sie die Patienten nicht als Personen behandelten u.a.. Sie fühlten sich als Objekte, als Puppen, die in ihrer personalen Eigenheit gar nicht wahrgenommen werden. Dieses -Nobody-Gefühl entwickelte sich durch eine als übermäßig technisch empfundene Pflege (Riemen 1988; 33). In dem von Renate entfalteten Negativszenarium einer übermäßig funktionalisierten und unpersönlichen Behandlung im Krankenhaus verkümmert Medizin und Pflege zu einem Konzept, wo Krankheiten und nicht die Kranken behandelt werden (Wittneben 1991; 24).

### 8.15.3 Das Gute an der ambulanten Pflege

Auf der Basis ihrer halbjährigen Praktikumserfahrungen im stationären Pflegebereich kann sie einen bewertenden Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Betreuung vollziehen. Prinzipiell ist für sie der Handlungsspielraum in der ambulanten Pflege größer. Der im stationären Bereich erlebte verrichtungs- und ablauforientierte Charakter von Pflege, im Raster von relativ starr empfundenen Ordnungen und Hierarchien, wird retrospektiv als ebenso unangenehm eingestuft wie die z.T. infantilisierende Pflege alter Menschen.

“also se wern da och manchmal behandelt wie`n kleenes Kind.”/53/7

Ihre Vorstellungen von guter Pflege sind hier eher davon geprägt, wie es nicht sein soll. Die Situation im Pflegeheim wird als strukturell unfreier beschrieben. Indirekt wird das über die z.T. divergierenden Wünsche von Heimbewohner/Innen in einem Doppelzimmer illustriert <sup>117</sup>. Das Dilemma, zwischen den sich widerstrebenden Bedürfnissen vermitteln zu müssen, verweist auch auf strukturelle Schwierigkeiten.

“der eene will fernsehen der andre will’s Fenster ofham.dann sacht die mach das Fernsehen aus den. die streiten sich da drinne” 48/26-28

Das im Pflegeheim erlebte System von Regeln und Rücksichtnahmen, entlang eines auch über das Pflegepersonal durchgesetzten Ordnungsregimes, wird als wenig privat empfunden.

“machen se mal leise oder machen se mal jetzt das Licht aus.die müssen ja immer das machen was die da sagen.”48/30-31

Sie kann sich einfühlsam in die veränderte Lebenssituation von Hilfe- und Pflegebedürftigen hineinversetzen. Der Umgang mit den Heimbewohnern wird tendenziell als entmündigend erlebt.

### 8.15.4 Unterschiedliches Verantwortungsgefüge im ambulanten und stationären Pflegesektor

Die Darstellung bzw. Einschätzung der unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfelder wird parallel dazu mit einem mehrdimensionalen Beziehungsaspekt verknüpft. In der stationären Pflege sind immer noch andere Mitarbeiter/Innen anwesend. Die Verantwortung kann auf mehrere Schultern verteilt werden. Bestimmte Entscheidungen müssen nicht unbedingt allein gefällt werden. Eine Delegation von Entscheidungen ist ebenso möglich wie der institutionell schnellere und mit anderen abgestimmte Zugriff auf ärztliche Hilfe. Die unmittelbarere, d.h. “greifbarere Nähe” (25/44) von Mitarbeiter/Innen und Ärzten wird als Vorteil gegenüber dem ambulanten Bereich herausgestellt. Die Verantwortung ist im ambulanten Sektor höher, da die Pflegekraft zumeist allein den Patienten betreuen muss. Auch die situative Entscheidung einen Arzt zu konsultieren muss im Wesentlichen selbstständig, d.h. ohne Rückversicherungsmöglichkeit mit anderen Mitarbeiter/Innen getroffen werden. Prinzipiell wird

---

<sup>117</sup>In einem aktuellen Memorandum der AGP (Für eine menschenwürdige Pflege) wird in allen Einrichtungen der Altenhilfe auf Einzelzimmer (16 qm) orientiert. Das erzwungene Wohnen in einem Doppelzimmer wird als eine Form von Gewalt eingestuft.

die autonomere Gestaltung der Pflege im ambulanten Bereich als besser bewertet. Das Ausmaß der Selbstkontrolle und Selbstverantwortung ist höher. Die Pflegesituation kann freier selbst gestaltet werden. Kontrastiv wird die stationäre Arbeit als stärker kontrolliert, aber vom Verantwortungsanspruch her entlastender beschrieben. In schwierigen Situationen scheint Renate diese Sicherheit durchaus zu schätzen, während sie in komplikationsfreien Zeiten (“wenn meine Arbeit gut läuft” /26/5-6) den unabgesicherteren Verantwortungsrahmen in der häuslichen Pflege nicht weiter problematisiert. Die differierenden Verantwortungsmuster markieren wesentliche Unterscheidungen zwischen stationärer und ambulanter Pflege. Die Grammatik von Pflege verändert sich. Das Gefühl nicht genügend für den Patienten getan zu haben, wird von ihr als typisches Moment ambulanter Pflege markiert. Es schimmern schuldhaft unterlegte Befürchtungen durch, dass sie die unterschiedlichen dyadischen Pflegesituationen nicht ausreichend wahrgenommen bzw. bedeutsame Phänomene übersehen bzw. ausgeblendet hat. In diesem Zusammenhang werden Momente von Ungewissheit angedeutet. Der Kontakt zum Patienten ist temporär eingeschränkter und flüchtiger als im stationären Alltag. Treten Komplikationen bzw. Zwischenfälle auf, stellt sich retrospektiv die Frage, ob die Beobachtung und Betreuung des Patienten in der jeweiligen Pflegesituation ausreichend war. Es scheint so, dass Ungewissheit auch im Kontext von ungenügender, nicht ausreichender Pflege verwendet wird.

Renate deutet darüber hinaus weitere semantische Verschiebungen an. Ungewissheit wird konnotativ auch im Sinne von Unsicherheit eingesetzt. In Anlehnung daran ist bei ihr das Gefühl der Unsicherheit im ambulanten Sektor stärker ausgeprägt als im stationären Bereich<sup>118</sup>. Aus der Darstellung des unterschiedlichen Verantwortungsgefüges in der stationären und ambulanten Pflege kann Renate ein bewusst ausgeprägtes Verantwortungsgefühl unterstellt werden. Deutlich werden aus Renates Sicht auch unterschiedliche Einschätzungen bzw. abgestufte Interventions- und Hilfemuster von Seiten der ärztlichen Profession. Die Schnelligkeit ärztlicher Hilfe wird aus ihrer Sicht häufig davon abhängig gemacht, wie alt der Hilfe- bzw. Pflegebedürftige ist.

“da wird ja immer erst jefracht wie alt issn der Patient..ja naja muss es denn so dringend sein”  
25/45-47

Ihre patientenbezogenen Dringlichkeitseinschätzungen spiegeln sich nicht linear in einer raschen ärztlichen Hilfeleistung wider<sup>119</sup>. Neben dem Verantwortungsaspekt werden die unterschiedlichen Anforderungen pflegerischer Arbeit kontrastiv gegenübergestellt. Hier bezieht sich Renate vor allem auf die im stationären Bereich ausgeprägtere technischere Pflege, d.h. therapeutische Maßnahmen und Behandlungstechniken, wie sie im ambulanten Pflegealltag eher die Ausnahme sind. Die seltene Anwendung von technischen bzw. harten medizinpflegerischen Verrichtungen, vor dem Hintergrund einer entsprechenden Infrastruktur und relativ eindeutig verregelten Tätigkeiten und Abläufen, führen dazu, dass die Mitarbeiter/Innen in der häuslichen Pflege entsprechende instrumentelle Fertigkeiten und Abläufe nicht mehr sicher ausüben können.

---

<sup>118</sup>Inwieweit dieses Gefühl im Rahmen von Dienstbesprechungen bzw. informell artikuliert werden kann, bleibt angesichts der beschriebenen Copingmöglichkeiten eher vage.

<sup>119</sup>Die unterschiedlichen Wichtungen und Einschätzungen der Patientensituation haben auch etwas mit der unmittelbaren Nähe der Pflegekraft bzw. der Abwesenheit des Arztes zu tun. Ob die zeitliche Verzögerungen im Hilfeprozess möglicherweise auch mit der Abwehr und Skepsis von Ärzten gegenüber den Deutungsmustern der Patienten bzw. komplementär dazu auch den Pflegekräften zu tun hat, bleibt ein spekulativer Verdacht.

Im Gegensatz zu dieser großen, auf dem ersten Blick beeindruckenderen Pflege, wirkt die ambulante Altenpflege "kleiner"(26/7) und viel weniger spektakulär. Die Vermittlung von harten verlässlichen Wissensbeständen, die man routinemäßig auf die Situation übertragen kann, weicht möglicherweise einer anderen Dimension des Pflegewissens<sup>120</sup>. R. verweist hier andeutungsweise auf "kleene Dinge", die retrospektiv als gelungen erkannt und über reflexive Nachbereitungen konzeptionell integriert werden können. Aufgrund der ganz anderen infrastrukturellen Ausgangsbasis in der ambulanten Pflege sind z.T. kreativere Pflegestrategien notwendig. Die sich aus eingeschränkten Möglichkeiten heraus entwickelnden Improvisationsmomente stimulieren eigenständige Denkprozesse.

### 8.15.5 Tätigkeitsverständnis in der Pflege

Renate präferiert einen Tätigkeitsmix in ihrer beruflichen Arbeit. Eine einseitige Ausrichtung an behandlungspflegerischen oder grundpflegerischen Tätigkeiten entspricht nicht ihrem beruflichen Pflegeverständnis<sup>121</sup>. In diesem Sinne stellt sie explizit keine besondere Affinität zu bestimmten Verrichtungen heraus. Einschränkend werden pflegerische Maßnahmen im Kontext der Intimpflege als nicht so angenehm empfunden, ohne dass diesbezüglich ein explizites Unbehagen bzw. Ekelgefühl ausgedrückt wird. Solche Bereiche gehören für sie zur Pflege ganz selbstverständlich dazu.

"...ich sache mir immer das jehört alles dazu... ich ha- ich werte da nischt ab. //hm// das muss ich mal so sagen. //hm// ich meene jut. e Einlauf oder so ausräumen das is zwar nich grade, aber das jehört dazu //hm// das. also. ich wär muss sagen. ich kann nich sagen. ich mache lieber Spritzen nur jerne oder ich mache nur //ja// lieber Verbände.. ich mach das eigentlich alles alles jerne //hm hm// wasche och jerne oder. äh äh ich selber arbeite das och sehr gerne.."/37/4-9

Die pflegerischen Tätigkeiten, die unmittelbar am bzw. mit dem Patienten vollzogen werden, sind für sie motivierender. Das direkte im-Kontakt-Stehen mit den Patienten ermöglicht Unterhaltungen, die bei Verrichtungen in anderen Räumen erschwert werden. Durch die Bettlägerigkeit oder auch Schwerhörigkeit von Hilfe- und Pflegebedürftigen erweist sich beispielsweise die Essenszubereitung in einem anderen Raum als Interaktionsbarriere. Der für sie wichtige persönliche Gesprächskontakt bleibt tendenziell eingeschränkt.

" ja ich' (gedehnt gesprochen) Frühstück und so das mach ich och jerne für den. aber äh na ich kann mich unterhalten //hm// mit dem Patienten. wo jetzt Frühstück in der Küche. viele hören schwer wenn se im Dings da kann ich mich nich unterhalten..."/37/31-34

Rückt sie in die Rolle der anleitenden, eher zuschauenden Schwester, wie es bei der Betreuung von Praktikant/Innen der Fall ist, vermisst sie den direkten Pflegebezug. Praktikant/Innen sollen

---

<sup>120</sup>Während die Bedeutung der Krankenpflege für die Altenpflege fraglos ist, scheint die Bedeutung der Altenpflege für die Krankenpflege schwieriger bestimmbar. Die in der Altenpflege tendenziell stärker sichtbare Akzentuierung auf sozialpflegerische Wissensbestände verweist auf schwer rationalisierbare Dimensionen. Diese erfordern interaktive Kompetenzen bzw. ein Arbeitsverständnis, das ganz bewusst auch auf den emotiven Handlungsbereich zielt.

<sup>121</sup>Tendenziell wird eine stärkere Affinität zur Grundpflege sichtbar. Dass sie eine gute Grundpflege durchführen kann, stellt für sie ein wesentliches Merkmal guter Pflege dar ("...is für mich ehmt en Patienten wenn e jetzt ehmt Grundpflege (braucht) erstmal gut zu pfejen..."/37/14-15).

primär eine direkte Pflege ausüben. Diese Prämisse bleibt für sie handlungsleitend. Sie bietet den Neulingen grundsätzlich die Möglichkeit sich experimentell im pflegerischen Umgang mit den Hilfebedürftigen auszuprobieren. Vermachtete Zuweisungs- und Deklassierungsmuster lehnt sie ab. Die Auszubildenden müssen selbst einschätzen, ob sie sich die Ausübung spezifischer pflegerischer Tätigkeiten zutrauen oder nicht. Das passive Zusehenlassen der Auszubildenden oder das vordergründige Hineinschieben in den hauswirtschaftlichen Bereich entspricht nicht ihrem Lehrverständnis.

“.. oder dass ich abwerte du bist bloß der Praktikant jetzt und ich bin ja jetzt hier. diejenige die dich äh. bevormunden kann. //hm// das mach ich ja och heute nich mit den Praktikanten.. ich sache von vornherein ehmt wenn de das nich machen kannst, dann sachs mir ich machs dann halt selber..”/46/17-21

Häuft sich der Einsatz von Praktikant/Innen, gerät sie stärker in eine Zuschauerrolle bzw. übernimmt komplementär zu ihrem Rückzug aus der direkten Pflege hauswirtschaftliche Verrichtungen. In solchen Phasen verliert für sie ihre Arbeit (tendenziell) an Sinn.

“...und ich sage immer die Praktikanten solln jetzt nich en Haushalt machen, die solln dann mehr an den Patienten ranjehn, is meine Meinung wie das die andern machen //hä//. aber. oder manchmal jibts ehmt bloß wo mer waschen dann steh ich ehmt halt da und da fü- fühle ich mich so sinnlos weil. stimmt das is nur dadurch weil ich das selber och sehr jerne mache...”/46/40-44

Eine besondere Affinität zu pädagogischen Arbeitszusammenhängen im Zusammenhang mit der Praxisausbildung von Auszubildenden wird aber nicht sichtbar. Auch hier muss das richtige Maß stimmen. Episodisch hat sie gerne einen Praktikanten als Begleiter bei ihren Patiententouren dabei. Da sie aber selbst handfest, d.h. ganz direkt pflegen will, genießt sie dann auch wieder das unbegleitete Alleinarbeiten in der häuslichen Pflege.

“...wenn ich Praktikanten mithab, ich hab sehr gerne ma Praktikanten mit, wenn mer ehmt sehr viele ham, aber ich bin och sehr jerne ma widder alleene, weil ich dann selbst widder mal. //hm// richtig hantieren kann an den Patienten. //hm mhm//.. das is nich so mein Ding immer ständig...”/46/52-55

### 8.15.6 Strukturelle Einengungen

Es werden restriktive strukturelle Rahmenbedingungen skizziert, die sich u.a. auf einen unbefriedigenden Personalschlüssel oder knappe Pflegehilfsmittel beziehen. Durch diese Mangelsituationen können theoretische Richtlinien und Empfehlungen nicht eingehalten werden, was sowohl für Patienten als auch Pflegende belastend sein kann. Das Betten von schwerstpflegebedürftigen Patienten durch eine einzelne Pflegekraft wird beispielhaft als eine für beide Seiten quälende Prozedur markiert.

“...das passt absolut nich zusammen. es jeht ja schon los wenn's heißt betten zu zweit. //hm// bei Schwerstpatienten. was muss mer machen. der Personalschlüssel is so eng.. also quäle ich den Schwerstpatienten, weil ich 'n alleene drehn muss. und (?). und das is doch schon mal einlich. sach ich jetzt mal das jeht nur um 'n Patienten. jetzt so. wo wo ich wirklich. wo den das vielleicht

wehtut und ich hab nich die Hilfe. und jepredigt kricht mers so erstens. es jeht nich ma um mich ob ich 'ne schonende. freilich für mich och mein Körper irjendwann bin ich och. aber nur alleene um den Patienten, was mach ich, ich muss ihn alleene quälen. //hm// keiner da.. un das kommt mit so vielen ä. mer solln immer Handschuhe mer solln dann jehts immer da. ja wir ham nich so viel Handschuhe oder so. na. das passt irjendwo alles nich zusammen.. absolut nich..”/49/38-48

Die anhaltende Differenz zwischen den eigenen Vorstellungen darüber, wie Pflegepraxis auch strukturell sein könnte und erlebter Realität, bleibt potentiell konfliktuös. Indem sie dieses Problemfeld auf den stationären Bereich verlagert vollzieht Renate eine vom eigenen Arbeitsfeld wegführende Distanzierung. Sie knüpft dabei primär an ihre Praktikumserfahrungen im Pflegeheim an. Dort werden für sie die Prioritäten in der Pflege tendenziell falsch gesetzt. Dass die Einhaltung hygienischer Standards an erster Stelle steht wird beispielhaft als überzogene Orientierung eingestuft, die zu Lasten bewohnerorientierter Angebote geht.

“. ich finde manchmal, dass ehmt. äh grade im Heim. mit dem vielen Staubwischen und so. //hä// das is manmal jar nich so. wichtig als. mer hätte doch mal wirklich was andres machen können als. freilich soll die Hygiene och, aber das das wird ja da manmal höher jestellt als wie das andre //hm// dass mer vielleicht sagt äh ich nehme drei Mann. wolln mer bisschen spazieren jehn oder was wolln sen mal machen //hm hm//. oder sich da irjendwie beschäftjen.. “/50/3-8

Auch der diskontinuierliche und konzeptionell ungeplante Charakter von Beschäftigungsangeboten wird von ihr in diesem Rahmen kritisch betrachtet. Die plakativen Mitmachappelle im Rahmen von Feiertagsausgestaltungen werden als fassadenhafte und infantilisierende Aufforderungen eingestuft, welche bei den Heimbewohnern eher auf Ablehnung stoßen. Das Problem liegt für sie in den verengten und zudem nicht institutionalisierten Angebotsstrukturen.

“. aber es is och nich immer einfach das hab ich persönlich mitjekriegt.. äh diejenjen die ich damals hatte //hm// ich hatte nun Ostern sollt ich och so da den den Vorraum ausschmücken, da hab ich dann da och welche anjesprochen.. nee nee machen se mal selber, se wolln dann och nich //hä// äh äh (?) sinds dann ehmt nich un mer kann se ja nich jetzt wie kleene Kinder un wir machen Beschäftjung oder so. //hm// weil wie jesacht die kenns nich und wenn das hier so nach un nach in dem Heim mit reinbaue, dass es ehmt so viele Anjebote jibt. //hm// dann. ist das vielleicht anders, aber damals war das nich. //hm// so jetzt zu sagen. häng' se doch bloß ma paar Eier mit dran //hm// könn' mer doch zusammen machen. 'ach nöö machen se mal, ich gucke lieber zu' (betont gesprochen) naja was will mer da. anjeboten hab ichs aber.. aber das wollten die dann nich..”/50/10-21

### 8.15.7 Zeitkontingent in der Pflege

Renate orientiert auf ein komfortableres Zeitkontingent in der Pflege. Eine Unterhaltung mit dem Patienten verläuft unter zeitlich offeneren Bedingungen weniger abgekürzt. Die im Nacken sitzende Zeit schafft eine angespannte Situation. Der Effizienzcharakter von Pflege dringt deutlicher in den Pflegealltag ein, d.h. das Tempo hat in der Pflege subjektiv zugenommen. Die Zeit erscheint aus ihrer Sicht durchgerechneter. Bestimmte Zeiten, wie z.B. Fahrzeiten, werden nur pauschal berücksichtigt. Stauzeiten reduzieren das abrechenbare Zeitkontingent.

“...un och ma e Weilchen Zeit zu ham //hm//. sich mit ihm zu unterhalten und äh nich dann ständig in Zeitdruck. //hm// den wir im im im Nacken einlich ham und der ständige Zeitdruck is erstmal.. wejen des finanzielle. um so mehr muss ich ja bringen //hä// un dann muss mer darf mer nich verjessen draußen wir ham och den Verkehr. wo. die Zeit wird nämlich nich mitberechnet.. un wenn mer wirklich jetzt im Stau steht, ich sache jut das is nich so ofte aber trotzdem.. äh. wie jesacht was weeiß ich, wie ich jetzt un wenna bloß um de Ecke is wie komm' ich jetzt dahin un da is mir och widder Zeit weg.. das wird ja nich mit berechnet och so. von den Krankenkassen nich so ehmt.”47/2-10

## VI. Theoretische Verdichtung der Falldarstellungen und verknüpfende Zusammenfassung der Untersuchungsebenen

Die auf der Leitbildebene herausgearbeiteten Deutungsfolien bieten die Möglichkeit, das auf der Ebene zwei erhobene empirische Interviewmaterial kontextuell zu verorten.

In einem letzten Untersuchungsschritt sollen exponierte Fallstudien, welche typische Orientierungs- und Deutungsmuster sowie relevante Pflegestrategien (zeitbezogen) markieren, mit dem in einem kategorialen Rahmen zusammengefassten Leitbildern verknüpft werden.

Grundsätzlich wurde der Versuch unternommen verschiedene Leitbildebene ausschnitthaft herauszuarbeiten, die dabei sichtbaren Logiken, Unterschiede und Anschlüsse zu markieren und mit der gewachsenen Situation in der ambulanten Altenpflege in Beziehung zu setzen.

Die für die ambulante Pflege typischen Widersprüche, Konfliktfelder und individuellen Handlungsstrategien werden in Grundzügen noch einmal markiert.

In diesem Kontext werden aus dem Interviewmaterial heraus sichtbare Kernaussagen kategorial zugeordnet und theoretisch weiter verdichtet. Die aus den Falldarstellungen gewonnenen Muster professionellen Handelns sollen schwerpunktmäßig näher aufgeschlüsselt und kontextuell verortet werden.

Weitere Deutungen beziehen sich auf die Spezifik der ambulanten Pflege im Vergleich zur stationären Pflege, das Zeitdilemma in der Pflege, das Verhältnis von Nähe –Distanz und das subjektiv sichtbare Pflege- und Tätigkeitsverständnis. Das insbesondere im Fall Renate explizierte Pflegeverständnis konnte in wesentlichen Grundzügen auch in anderen Falldarstellungen rekonstruiert werden. Dort zeigen sich exemplarisch interaktiv tragende Elemente von Pflege, die im Rahmen einer Paradoxie bzw. eines scheinbaren Widerspruches abstrahiert werden konnten. In diesem Kontext sind die Charakterisierungen zum -Professionellen des Nicht-Professionellen- bzw. des "Ungemünzten Honorars" für den Ergebnisteil der Untersuchung von zentraler Bedeutung.

### **1. Pflegerisches Grundverständnis im Spannungsfeld von medizinpflegerischen und sozialpflegerischen Tätigkeitsbereichen**

Der Handlungsradius von Pflege wird weitgehend über die akademisch ausgebaute Medizin festgelegt. Das Abtreten eines eng definierten Kanon von medizinisch-hygienischem Wissen zur rezeptartigen Anwendung und das nicht-weiter-Einmischen in das hausfrauliche, alltägliche, als profan eingestufte pflegespezifische Wissen führt zu einem unübersichtlichen, von Einengungen und diffusen Allzuständigkeiten geprägten Tätigkeitsfeld.(Ostner/Beck-Gernsheim 1979; 126). Parallel dazu werden Abstufungen und Abgrenzungen auch innerhalb des pflegerischen Handlungssystems sichtbar. Diese zeigen sich auch im Verhältnis von Kranken- und Altenpflege. In Relation dazu bleibt die Krankenpflege stärker medizinpflegerisch ausgerichtet als der Altenpflegebereich. Auf medizinisch-technische Zuordnungen bzw. Behandlungsverfahren bezogen bleibt insbesondere die ambulante Altenpflege unspektakulär. Die in der ambulanten Altenpflege stärker sichtbare Akzentuierung auf sozialpflegerische Wissensbestände verweist auf schwer rationalisierbare Dimensionen. Diese erfordern interaktive Kompetenzen bzw. ein Arbeitsverständnis, das ganz bewusst auch auf den emotiven Handlungsbereich zielt. Die Vermittlung von harten verlässlichen Wissensbeständen, die man routinemäßig auf die Situation übertragen kann relativiert sich, d.h. weicht möglicherweise einer anderen Dimension des Pflegewissens.

Das generalistische Tätigkeitsbild entspricht einem in diesem Handlungsfeld verbreiteten pflegerischen Grundverständnis.

Das Auseinanderklaffen von ganzheitlichen Pflegeorientierungen, dem bestehenden Qualifikationsstand der Mitarbeiter/Innen und dem vorhandenen strukturellen Bedingungen und Möglichkeiten in der Pflege führt zu Verwerfungen, welche ein erhebliches Konfliktpotential beinhalten. Beim Verharren und Insistieren auf einer medizinpflegerisch orientierten Krankenpflege werden erhebliche Belastungssituationen und Schuldgefühle sichtbar. Die negativen Selbsteinschätzungen von Pflegekräften, wie z.B. nicht effizient genug pflegen zu können, bleibt bezogen auf ein medizinpflegerisch ausgerichtetes Tätigkeitsverständnis verständlich. Das in diesem Raster verkehrsubliche Tätigkeitsspektrum führt tendenziell dazu, sozialpflegerische Bereiche aus dem Blick zu nehmen bzw. sie sogar als ineffiziente, Leerzeiten auffüllende Ersatz- und Verlegenheitstätigkeiten zu betrachten. Ob die pflegerische Arbeit als effektiv oder ineffektiv empfunden wird hängt also nicht zuletzt vom pflegerischen Grundverständnis ab (vgl. Offe 1984; 239).

## **2. Vorrang der ambulanten Pflege gegenüber der stationären Pflege**

Im Kontext einer veränderten Leitbildorientierung wird auf die Stabilisierung und den Ausbau erodierender familiärer und ambulanter Hilfspotentiale orientiert. Durch diese dem Subsidiaritätsprinzip verpflichtenden Weichenstellungen haben sich Sozialstationen seit den achtziger Jahren als maßgebliches Leistungsangebot in der bundesdeutschen Altenhilfe etabliert. Die für den strukturellen Wandel der ambulanten pflegerischen Dienste wesentlichen Faktoren hängen u.a. eng mit der sich verschärfenden Personalsituation in der Gemeindecrankenpflege zusammen. Darüber hinaus stand die rasante Erweiterung des ambulanten Systems ganz im Sinne einer Rebellion gegen die stationäre Altenhilfe. Kontrastiv zur Entwicklung in der DDR hat die in Westdeutschland öffentlich sichtbare Diskussion über den Charakter bewohnbarer Pflegeheime zu einer Humanisierung des stationären Bereiches beigetragen. Systemübergreifend kann von einem negativen Image des Pflegeheimes ausgegangen werden.

Sozialstationen gelten als Prototyp eines konzentrierten Pflegedienstes-, wo unterschiedliche Pflegeangebote kostengünstig organisatorisch zusammengefasst und integriert werden sollen.

Die in der (alten)Bundesrepublik gewachsene ambulante Pflegelandschaft wurde im Kontext eines politisch gewollten Transformations- und Modernisierungsprozesses in den neuen Bundesländern zu einer Art Modellvorlage, d.h. der strukturelle Wandel des medizinischen und sozialen Versorgungssystems der DDR vollzog sich in einem Prozess der formalen Transformation westdeutscher Modelle.

Mit dem Aufbau von Sozialstationen verbanden sich weitreichende Erfüllungshoffnungen, d.h. in der neuen Organisationsform sollte eine gebündelte, ökonomisch vertretbare und ganzheitliche Pflege erfolgen. Kranke, Alte und Behinderte sollten stärker als bisher auch bei Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können.

Diese Erwartungen konnten im Kontext relativ komfortabler Gründungs- und Aufbauprogramme sowie einer weitgehend gesicherten bzw. ausgebauten Personaldecke anfangs auch in vielen Bereichen erfüllt werden. Als strukturelle Zäsur erweist sich dagegen die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes.

Ambulante Pflegeeinrichtungen gerieten in einen zusammenführenden gesamtdeutschen Wandlungsprozess.

Tendenziell entwickelt sich der ambulante Pflegesektor zu einem eigenständigeren Segment innerhalb des Gesundheitswesens.

In der verbindenden Betrachtung von sich verändernden Altenhilfeausrichtungen und wandelnden Altersbildern zeigen sich widersprüchliche Entwicklungslinien. Eine Parallelität zwischen Altersbildern und Zielgruppenorientierung ist in der Gesamtübersicht nicht ohne weiteres erkennbar.

## **2.1 Vor- und Nachteile der ambulanten Pflege und damit verbundene professionelle Haltungen**

Die von den interviewten Pflegekräften geäußerten Vorstellungen von guter Pflege sind tendenziell eher davon geprägt, wie es in der Pflege nicht sein soll. In diesem Kontext werden dann auch persönliche Verortungen und Positionsbestimmungen von guter Pflege deutlicher. Prinzipiell wird der Handlungsspielraum in der ambulanten Pflege größer eingeschätzt als im klinischen bzw. stationären Sektor. Der im stationären Bereich erlebte Verrichtungs- und ablauforientierte Charakter von Pflege, im Raster von relativ starr empfundenen Ordnungen und Hierarchien, wird zumeist als ebenso unangenehm eingestuft, wie die z.T. dort sichtbare infantilisierende, tendenziell entmündigende Pflege alter Menschen. Innerhalb dieses Betreuungsrahmens werden persönliche Wünsche und lebensgeschichtlich gewachsene Rhythmen von Hilfe- und Pflegebedürftigen zu etwas Nachrangigen.

In der ambulanten Pflege kann dagegen von einer größeren institutionellen Offenheit ausgegangen werden als im stationären Pflegebereich. Das Eintauchen in unterschiedliche private Lebenswelten wird positiv herausgestellt. Das Kennenlernen unterschiedlicher Personen scheint untrennbar mit deren Umfeld verknüpft. Die pflegerische Arbeit erscheint weniger dekontextualisiert als im Krankenhaus bzw. Pflegeheim. Darüber hinaus wird die ambulante Pflegearbeit grundsätzlich als niedrighschwelliger eingeschätzt. Die im stationären Bereich sichtbarere hierarchische Kluft zwischen Pflegepersonal und Patienten relativiert sich in der ambulanten Pflege. Situativ notwendige Unterordnungen und Anpassungen gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen konstituieren ein weniger starres Beziehungsgefüge. Diese notwendigen Anpassungsleistungen hängen offensichtlich auch mit dem sozialen Ort der Pflegearbeit zusammen. Durch das episodische Hereintreten in die private Sphäre entsteht ein impressionistischer Eindruck, der die Hilfe- und Pflegebedürftigen als Person sichtbarer werden lässt. In den Bereichen, die die eigene Häuslichkeit und Befindlichkeit betreffen, nimmt die Deutungsakzeptanz von Experten tendenziell ab. Offensiv eingespielte professionelle Rahmungen und Deutungen können in den eigenen Domänen der Hilfe- und Pflegebedürftigen auf erheblichen Widerstand stoßen. Die häusliche Domäne von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist ein Ort, an dem Laienwissen und expertokratisches Wissen in besonderer Weise aufeinander prallen können (Behrens/Voges 1996; 18 f).

Die reflexive Inblicknahme, dieser in der ambulanten Pflege typischen Schnittstelle, wird zum wesentlichen Element einer beruflichen Haltung. Das flexible Einstellen auf unterschiedliche soziale Milieus und Kontexte stellt dabei eine interessante Arbeitssituation her. In Bezug auf die private Sphäre von Hilfe- und Pflegebedürftigen besteht zumeist eine hohe Kontextsensibilität. Der Schutz und die Achtung der privaten Sphäre von Hilfe- und Pflegebedürftigen kann fallbezogen mit Marginalisierungs- und Außenseitererfahrungen der beruflich Pflegenden in Verbindung gebracht werden (siehe Fall Holger; Fall Beate; Fall Annegret; Fall Renate). In diesem Sinne wird eine lebensgeschichtlich fundierte Vermeidung von invasiven Übergriffen bzw. Einmischungen in die privaten Lebensbereiche anderer Menschen deutlich. Ein kognitives Erkennen im Anderen verweist auf eine affektive Sensibilisierung und Einfühlung, aus der heraus eine engagierte moralische Haltung entstehen kann.

Als ein weiterer Positivaspekt der ambulanten Arbeit wird die singuläre Arbeit herausgestellt. In diesem Sinne entsteht eine wirkliche dyadische Pflegesituation, in der zumeist nur die Pflegekraft

und der zu betreuende Patient anwesend sind. Nachteilig bleibt die tendenzielle Entbettung aus dem Mitarbeiterteam. Die Verantwortung der beruflich Pflegenden ist im ambulanten Sektor tendenziell höher, da die Pflegekraft zumeist allein den Patienten betreuen muss.

Im Raster von ärztlichen Anordnungen und Durchführungsbestimmungen erscheint dagegen der autonome Handlungsspielraum der Pflegekräfte gering. Die geringe Definitions- bzw. Entscheidungsmacht der ambulant Pflegenden kontrastiert mit der fallbezogenen hohen Deutungskompetenz. Aus der unmittelbareren Wahrnehmung heraus entsteht ein diagnostischer Rahmen, der sich z.T. konträr zu vorgegebenen Dienstanweisungen und ärztlichen Einschätzungen entwickelt.

Prinzipiell wird die autonomere Gestaltung der Pflege im ambulanten Bereich als besser bewertet. Das Ausmaß der Selbstkontrolle und Selbstverantwortung ist höher, d.h. die Pflegesituation kann freier selbst gestaltet werden. Kontrastiv wird die stationäre Arbeit als stärker kontrolliert, vom Verantwortungsanspruch aber eher entlastender beschrieben.

Komplementär dazu wird das Gefühl nicht genügend für den Patienten getan zu haben als typisches Moment ambulanter Pflege markiert. Es schimmern schuldhaft unterlegte Befürchtungen durch, dass die unterschiedlichen dyadischen Pflegesituationen unzureichend wahrgenommen und bedeutsame Phänomene übersehen bzw. ausgeblendet werden. Der Kontakt zum Patienten ist temporär eingeschränkter als im stationären Altenpflegealltag. Treten Komplikationen bzw. Zwischenfälle auf stellt sich retrospektiv die Frage, ob die Beobachtung und Betreuung des Patienten in der jeweiligen Pflegesituation ausreichend war.

## **2.2 Zeitvergleiche zwischen stationärer und ambulanter Pflege**

Die durch die unterschiedlichen Haushalte, Orte und Milieus bedingten Wechsel und Übergänge erfordern eine flexible Umstellung der Pflegekräfte. In diesem Sinne konstituieren die ökonomisch betrachtet zeitraubenden Fahrt- und Wegezeiten einen Entlastungszeitraum, der zur Reflexion, Erholung und Einstimmung für die nächsten Begegnungen zur Verfügung steht.

Der im ambulanten Bereich stärker sichtbare Zeitdruck hemmt tendenziell die Beziehungsentfaltung. Der frei flottierende Charakter des Gespräches unterliegt pragmatischen Brechungen. Gespräche werden z.T. dynamisch strukturiert bzw. in eine bestimmte Richtung gedrückt. Die fallbezogen wiederholt sichtbare Affinität zu intensiven Patientenbeziehungen gerät somit immer wieder unter Druck. Eine (zeitlich) entspannte Kommunikation mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen kann somit als Basisvoraussetzung für eine gelingende Pflege angesehen werden. ( Fall Holger; Fall Beate; Fall Renate).

Die Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten im ambulanten Sektor werden tendenziell als familienverträglicher eingestuft als im stationären Pflegebereich. Die Balance zwischen beruflichen und familiären Orientierungen bleibt aber auch im ambulanten Sektor unausgeglichen.

## **3. Gute Pflege und ökonomische Rationalität**

Die Abschwächung bzw. Auflösung des Utopischen kann in enger Verbindung mit der starken Ausrichtung auf das Sozialökonomische gesehen werden. In der Pflege entwickeln sich verstärkt unternehmerisch geprägte Leitbilder, die u. a. mit einer ausgeprägten Kunden- und Dienstleistungsorientierung operieren. Ergänzend zu sozialphilosophischen Leitbildbetrachtungen und der Inblicknahme von sich wandelnden kollektiven Leitbildkonstrukten in der Pflege gewinnen sozioökonomische geprägte Leitbildausrichtungen stärker an Gewicht.

### **3.1 Markt- und Dienstleistungsorientierung im Pflegeversicherungsgesetz**

Die tendenziell selbstbewusstere Inanspruchnahme von pflegerischen Dienstleistungen wird von den interviewten Pflegekräften zumeist positiv herausgestellt. Eine im Vergleich zu früher gewachsene Rechtssicherheit für Hilfe- und Pflegebedürftige konstituiert einen verbesserten strukturellen Pflegerahmen. Das gewachsene Dienstleistungsverständnis von Hilfe und Pflegebedürftigen wird mit verbesserten rechtlichen und materiellen Grundlagen verknüpft. Die pflegerischen Mindeststandards bilden einen wichtigen Bezugsrahmen, auf dessen Fundament eine rechtlich abgesicherte Pflege umgesetzt werden kann. Eine juristisch ausgebaute Pflegeabsicherung hat die Stellung von Hilfe- und Pflegebedürftigen gestärkt. Die Handlungsalternativen sind bei den Nutzern pflegerischer Dienstleistungen aber sozial ungleich verteilt. In diesem Kontext zeigen sich unterschiedliche Wahlmöglichkeiten und Souveränitätsspielräume. Insbesondere bei materiell gut gestellten Hilfe- und Pflegebedürftigen erscheint der Kundenstatus deutlich stärker ausgeprägt als bei Empfängern, die vorrangig auf pflegerische Mindestleistungen zurückgreifen müssen. Die im Kontext des SGB XI zugelassene Anbieterkonkurrenz befördert bei den ambulanten Diensten und Sozialstationen einen fundamentalen organisatorischen Wandel. Sozialstationen und häusliche Pflegedienste entwickeln sich tendenziell zu eher marktwirtschaftlich organisierten Pflegediensten. Auch hier werden auf der Leitbildebene Entkoppelungseffekte und Widersprüche deutlich. Im Kontrast zu integrativen und ganzheitlichen Leitbildern in der Altenhilfe zeigt sich die Altenhilfelandtschaft eher zerrissen. Koordination und Vernetzung von Dienstleistungen orientieren sich weniger an sinnvollen Zuordnungen der Dienste als an der ökonomischen Effizienz von Leistungen sowie der Sicherung von Besitzständen der Dienstleistungsanbieter.

Die im Rahmen des SGB XI sichtbare Ausweitung des Pflegemanagements mit Zielorientierungen, individuellen Pflegeplänen und einer Reklamation bestimmter Domänen für die Übernahme von Verrichtungen durch Pflegefachkräfte hat partiell Professionalisierungseffekte ausgelöst.

### **3.2 Zeitkontingent und subjektiv beeinflussbare Betreuungsmöglichkeiten im Rahmen des SGB XI**

Über die für die Pflege maßgeblichen Rahmenbedingungen des SGB XI konstituiert sich ein standardisiertes Zeitkontingent. Es erfolgen tätigkeitsbezogene Aufsplittungen und qualifikatorische Domänisierungen, die die notwendigen Interaktions- und Handlungsspielräume einschränken. Der in diesem Rahmen vorgeschriebene Charakter der Arbeit korrespondiert mit stärkeren Zeitkontrollen. Eine befriedigende Pflege ist für die Mehrzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen aber mit einem größeren Zeitkontingent verbunden. Die der Pflegekraft arbeitsorganisatorisch zur Verfügung stehende Zeit wird somit als unzureichend empfunden. Diese Differenz scheint unauflösbar. Tendenziell wird dadurch der verrichtungsorientierte Charakter von Pflege befördert. Der in der Altenpflege typische Tätigkeitsmix gerät durch segmentierende Zuordnungen aus dem Blick. Es besteht eher ein Minimalkonzept des Guten. So erscheint der Zeitrahmen für die Grundpflege gerade noch ausreichend. Für eine weitergehende Betreuung reicht der vorgegebene Zeitrahmen zumeist nicht aus. Ein darüber hinausgehendes Betreuungs- und Pflegeverständnis lässt sich nur unter Schwierigkeiten und konfliktuösen Abwägungen realisieren. Das Lavieren innerhalb eines vorstrukturierten Verrichtungskataloges von Pflgetätigkeiten und den situativ notwendigen aber nicht abrechenbaren Zusatzmaßnahmen gerät zum Dilemma. Innerhalb dieser Logik werden Zusatzleistungen zu arbeits- bzw. zeitverlängernden Maßnahmen, die zu Lasten anderer Patienten gehen können.

Im Raster von standardisierten Pflegezeiten werden unterschiedliche Handlungsstrategien sichtbar. Die einschnürenden Erwartungen an die pflegerische Zeitorganisation befördern grundsätzlich

pragmatische Brechungen und Abkürzungsbestrebungen. Der Abrechnungsrahmen führt dazu, bestimmte Leistungskomplexe abzulehnen bzw. innerhalb der vorgegebenen Zeit beschleunigter zu arbeiten. Da der zeitlicher Aufwand für Hilfe- und Pflegebedürftige mit der gleichen Pflegestufe differiert, können Zeitvorgaben einzelfallbezogen unter- bzw. überschritten werden. Spielräume für weitergehende Betreuungsleistungen ergeben sich somit im Kontext einer zeitlichen Gesamtbilanzierung. Diese ist maßgeblich an eine verständigungsorientierte Kommunikation und Kooperation zwischen Pflegekraft, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gebunden. In den asymmetrischen Beziehungsstrukturen zwischen Pflegekraft und Betroffenen entwickelt sich ein stärkeres Selbstbewusstsein gegenüber den z. T. mächtigeren, fordernd auftretenden pflegenden Angehörigen. Die Kooperation mit den auf Hilfe- und Pflege angewiesenen Patienten scheint unkomplizierter zu sein als mit den Angehörigen.

Kreative Handlungsspielräume sind grundsätzlich an einen Konsens geknüpft. Voraussetzung dafür sind die gegliederten Arrangements mit den auf Fremdhilfe Angewiesenen sowie das Herstellen guter Beziehungen zu deren Angehörigen. Bei zufriedenen Patienten bzw. Angehörigen spielt der vorgegebene Zeitrahmen dann eine eher sekundäre Rolle.

Ein von dieser Seite ausgehendes konsequentes Insistieren auf die Einhaltung von Einsatz- und Vorgabezeiten erscheint dagegen als Ausdruck von Unzufriedenheit bzw. Widerstand, der das kreative pflegerische Handeln im Rahmen einer flexiblen Gesamtbilanzierung stört.

Innerhalb des beschriebenen Arbeitssettings entwickeln sich für die beruflich Pflegenden eher qualifikatorische Rückschritte und Autonomieverluste. Der vorgeschriebene Charakter der Arbeit korrespondiert mit stärkeren Zeitkontrollen. Da tendenziell der Anteil an aufwendig pflegebedürftigen Patienten zunimmt wird es immer schwieriger, diese in der vorgegebenen Zeit zu versorgen. Der Zeitausgleich über weniger stark pflegebedürftige bzw. hauswirtschaftstypische Patienten gelingt immer weniger. Diese Entwicklung kennzeichnet sich auflösende Spielräume in der Pflege

Im Überblick wird das eng vorgegebene Zeitkontingent als ein wesentlicher Stressfaktor in der täglichen Pflege angesehen. Bei der Auswertung des Interviewmaterials taucht dieses grundsätzliche Problemfeld immer wieder auf, d.h. es nimmt in der subjektiven Wichtung der interviewten Pflegekräfte den größten Stellenwert ein.

Die Grundstimmung in Bezug auf die Pflegeversicherung kann über die Metapher von Eltern ausgedrückt werden, die zwar ein lange gewünschtes, aber nun ungeliebtes Kind ihr Eigen nennen (dazu u.a. Igl 2002, Eisenbart 2000). Für viele Pflegekräfte erweist sich die Pflegeversicherung als negativ besetztes Reizwort, die zu Unsicherheit und verschlechterten Arbeitsbedingungen beigetragen hat (Eisenbart 2000; 109). Insbesondere für Pflegekräfte mit hohem Pflegeanspruch stellt diese Veränderung des Pflegeablaufs ein erhebliches Problem dar. Es entsteht subjektiv das Gefühl, eine Akkord- bzw. Rundumpflege leisten zu müssen. Selbstzensierende Hinterkopfstrategien markieren den schleichenden Verlust von individuell zu bestimmenden Bedarfsorientierungen<sup>1</sup>. Die Schere zwischen anspruchsvollen Pflegevorstellungen, welche die

---

<sup>1</sup> Die allgemeine Beschwerde über den Verlust der Bedürfnisorientierung bezieht sich auf u.a. auf Pflegesituationen wo die restriktiven Einschnitte in Bezug auf eine bedarfsgerechte Pflege am deutlichsten spürbar sind. Diese treten gehäuft bei „aufwendig“ Pflegebedürftigen auf. Die besondere Fallsituation wird zur Manifestation eines allgemein zu beklagenden Zustandes. Andererseits löst sich auch bei einer konkreten Entspannung einer Pflegesituation das allgemeine Unbehagen nicht zwangsläufig auf. In der konkreten Übersetzung und Operationalisierung löst sich dieses allgemeine Moment nicht einfach auf. Das Dingfestmachen eines Problems überführt allgemeines Unbehagen bzw. Unzufriedenheit in einen partikularen, abgrenzbaren Sinn. Die Übersetzungen folgen einer faktisch gemachten Wirklichkeit. Managerhafte Denk- und Deutungsmuster scheinen sich bevorzugt auf dieser Dimension des Denkens zu bewegen. Die Funktionalisierung eines Problems hat im Einzelfall eine therapeutische Wirkung. Die persönliche Unzufriedenheit wird vom allgemeinen Unbehagen isoliert. Unbestimmte, vieldeutig bleibende Begriffe wie menschlich, gute Pflege, diakonischer Auftrag, persönliche Berufsgeschichte folgen einer anderen, nichtoperationalen Logik (vgl. Marcuse 1979; 129 ff). Wenn der Begriff niemals ein besonderes, konkretes Ding bezeichnet, wenn er stets abstrakt und allgemein ist, so deshalb, weil er mehr und anders begreift als ein besonders Ding-...“ (Eisenbart 2000; 124). Das Mehr an Bedeutung gegenüber dem operationalisierten Begriff wirft Licht auf die beschränkte, ja trügerische Form, unter der es den Tatsachen gestattet ist,

berufliche Identität entscheidend prägen, und offensiven Rentabilitätsvorstellungen konstituiert eine „verrückte Situation“ (Eisenbart 2000; 126)<sup>2</sup>.

### **3.3 Ökonomische Zwänge und rechtlich begründete Aufrechterhaltung einer guten Pflege**

Offensichtlich beeinflusst das Wirtschaftlichkeitsgebot die strukturellen Rahmenbedingungen in der Pflege so stark, dass als gut eingeschätzte Pflegekonzepte z.T. graue Theorien bleiben. Eine Inblicknahme von potentiellen Möglichkeiten, die eine Umsetzung dieser Konzepte und Standards ermöglichen, bleibt eher fiktiv. Das Spektrum sinnvoller Pflegemaßnahmen kann in der zur Verfügung stehenden abrechenbaren Zeit nicht realisiert werden. Pflege entwickelt sich tendenziell zu einem eher minimalistischen Programm, d.h. pflegerische Dienstleistungen müssen vorrangig im Rahmen von abrechenbaren Leistungen erbracht werden. Das in-Rechnung-stellen von Leistungen, die sich im Rahmen einer dyadischen Pflegebeziehung ganz selbstverständlich entwickeln, wird aber eher vermieden. Angesichts eines wachsenden Konkurrenzdruckes zwischen den Anbietern pflegerischer Dienste ist aber ein zu offensives Berechnen von Dienstleistungen eher geschäftsschädigend. Tendenziell verlieren pflegerische Dienste dabei an Reputation bzw. gelangen unter wachsenden Legitimationsdruck. Die grundsätzlichen Anforderungen an eine qualitativ gute Pflege werden durch das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht suspendiert. Eine Inpflichtnahme der beruflich Pflegenden besteht trotz des ungedeckelten finanziellen Rahmens weiter. Die prinzipielle Haftbarkeit der verantwortlich Pflegenden bleibt erhalten. So müssen beispielsweise prophylaktische Pflegemaßnahmen durchgeführt werden, da bei einer Unterlassung schädigende Folgen für den Hilfe- und Pflegebedürftigen eintreten können. Diese Perspektive wird aus dem empirischen Material heraus immer wieder sichtbar. Die Sicherung einer guten Pflege scheint auch juristisch geboten. Letztendlich werden die Folgen reflexiv doch sehr stark unter allgemeinen normativen Aspekten betrachtet. Der Haftbarkeitsaspekt wird somit zu einer handlungsleitenden Richtlinie. Über diese Konstruktion wird der restriktiv bedeutsame ökonomische Pflegerahmen zu einer nachrangigen Orientierung.

Die Anerkennung der fachlichen und juristischen Richtigkeit notwendiger medizinpflegerischer Maßnahmen schafft einerseits eine grundsätzliche Handlungssicherheit, andererseits geht die regelmäßige Überschreitung des vorgegebenen Zeitrahmens zu Lasten der beruflich Pflegenden. Diese Situation führt zu einer auf Dauer unbefriedigenden Mehrarbeit.

### **3.4 Einengungen des pflegerischen Rahmens und Inanspruchnahme der höheren Motivation**

Strukturelle und institutionelle Grenzen werden häufig durch Zusatzleistungen der beruflich Pflegenden ausgeglichen. Mangels anderer Möglichkeiten werden Engpässe privat kompensiert. Angesichts der angedeuteten Einengungen des pflegerischen Rahmens wächst der Druck, die psychischen Grenzen von Berufspflegekräften auszudehnen. Hier entsteht unausweichlich ein

---

erfahren zu werden. Allgemeine Begriffe können nicht ohne weiters in Termini mit partikularen, objektiven Merkmalen übersetzt werden (Marcuse 1979; 125).

<sup>2</sup> Überschießende Rentabilitätsansprüche tragen zu paradoxen Denkmustern bei. Der massive Einzug wirtschaftlicher Prinzipien provoziert Akzeptanzprobleme. Über folgendes Statement soll diese Logik markiert werden: „Hab ich noch Zeit, kann ich mir das erlauben und nicht der Frage nachzugehen können, was ist für den Patienten jetzt noch alles dran, was muss ich eigentlich um seinetwillen noch tun, sondern dass sie ständig sich überlegen müssen: Bin ich jetzt noch rentabel in meiner Arbeit. Und das ist `ne verrückte Situation.“ (Eisenbart 2000; 126).

Dilemma, einerseits bewegt sich pflegerisches Handeln im Netz von Kostenbegrenzungsstrategien und segmentierten, bürokratisch verregelten Pflegeabläufen, andererseits sollen Pflegende integrativ ausgleichend und kraft ihrer spezifischen persönlichen Struktur wirksam sein (vgl. Rabe-Kleberg 1993; 76).

Auf die kompensatorisch eingesetzte Überschussmotivation des Einzelnen wird in der beruflich organisierten Pflege verstärkt zurückgegriffen. Die spezifischen Träger sind auf Reputation verleihende Gesichter bzw. „Tendenzträger“ angewiesen (Henning, R. 1994; 152).

Die durch ökonomischen Druck drohende Nivellierung bzw. Gesichtslosigkeit von Pflegediensten soll auch durch den beeindruckenden Einsatz persönlicher Kapazitäten aufgefangen werden. Das offensive Inanspruchnehmen der höheren Motivation verschärft den Druck gegenüber den Mitarbeiter/Innen, die diesen Erwartungen kaum noch gerecht werden können bzw. wollen.

Eine solche Entwicklung dockt an traditionell gewachsenen Erwartungshaltungen gegenüber den Pflegenden an. Persönliche Rückzüge, motivationale Abschottungen und Ausbrenneffekte einzelner Mitarbeiter/Innen können schuldhaft identifiziert werden. Die durch restriktive strukturelle Rahmenbedingungen ausgelöste offensive Inanspruchnahme eines engagierten pflegerischen Handelns führt zu Ermüdungserscheinungen und Motivationseinbrüchen. Je stärker diese unbezahlten Sonderleistungen in Anspruch genommen werden, um so eher stellen sich Überlastungsgefühle ein. Sukzessiv zunehmende Verfügungsansprüche führen Pflegekräfte in unzumutbare Bereiche, die sie grenzziehend regulieren müssen. Der mehr oder weniger offene Zugriff auf die Überschussmotivation von Pflegekräften führt zu einem überhöhten Arbeitsethos. Das verstärkte Einfordern der individuellen Belastungsfähigkeit erscheint riskant. Das Umschlagen in Abwehr und Aggression wird im Kontext heroischer Helfererwartungen immer wieder sichtbar. Individuell ist eine befriedigende Auflösung dieser konfliktuösen Überziehungen kaum möglich. In diesem Sinne geht es weniger um den Ausbau persönlicher Copingstrategien als vielmehr um die Schaffung institutioneller Entlastungsmöglichkeiten und strukturell erweiterter Handlungsspielräume (vgl. Garms-Homolova/Schaeffer 1992; 99).

## **4. Nähe und Distanz in der Pflegedyade**

Das Wechselspiel von Nähe und Distanz wird als ein sich langjährig entwickelnder Lern- und Erfahrungsprozess beschrieben.

Bei der alltäglichen pflegerischen Arbeit entstehen tiefere seelische Befindlichkeiten, die auf die pflegerische Arbeit rückwirken und somit auch auf den Hilfebedürftigen und Pflegenden Auswirkungen haben (Sowinski 1989; 220 f). Dabei spielen unterschiedliche Faktoren, sowohl struktureller Art als auch persönliche Kompetenzen eine Rolle.

### **4.1 Bedeutungsverlust einer familialisierten Pflege**

Die Veränderungen der beruflichen Arbeit werden ganz im Kontext eines gesellschaftlich bedingten Strukturwandels im ambulanten Pflegesektor plausibilisiert.

Die Verwobenheit von subjektiver beruflicher Erfahrung und Gesellschaftlichem wird in den Interviews eindrücklich dargestellt. Implizit wird die Abnahme des Gemeinschafts- und Familiensinns beklagt, was mit einem schlagartig hereinbrechenden Individualisierungsdruck kontrastiert.

In diesem Kontext werden auch die Beziehungen zu Hilfe- und Pflegebedürftigen verändert wahrgenommen.

Diese Veränderungen markieren zugleich wesentliche Kerne einer subjektiv als gut eingeschätzten Pflege. Das zufriedenstellende Arrangement mit dem Beruf scheint grundsätzlich von dem gelingenden Aufbau einer dyadischen Pflegebeziehung abhängig zu sein. Da wo eine familialiserte Pflege bevorzugt wird, scheint die Vermischung von beruflicher und privater Fürsorge und Pflege ganz selbstverständlich. In diesem Sinne haben sich familalisierte Umgangsformen und das Gebundensein an einen individuell vertrauten Aktionsraum habitualisiert.

Fallbezogen wird der familien- und hausarbeitsnahe Charakter der Arbeit ganz selbstverständlich eingeführt (Fall Käthe; Fall Renate; Fall Holger). Trotz der Veränderungen des Wohn- und Arbeitsumfeldes wird insbesondere bei langjährig tätigen Pflegekräften (Fall Käthe; Fall Renate.; Fall Beate) das Ringen um Kontinuitätslinien in der häuslichen Pflege von Hilfe- und Pflegebedürftigen sichtbar. Das anknüpfen an vertraute Beziehungen, Orte und Tätigkeiten trägt maßgeblich zur Stabilisierung der beruflichen Identität bei (Fall Käthe). Diese aus einem lebensgeschichtlich gewachsenen Wertehorizont heraus gespeisten Haltungen werden zu einer motivbildenden (Gegen-)Kraft, die tendenziell gegen sich einschleichende Nachlässigkeiten und okupative Übergriffe bei Hilfe- und Pflegebedürftigen schützt.

Die positive Gestimmtheit gegenüber den biographischen Erfahrungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen berührt selbstreferentielle Orientierungskerne. Das situative Eingehen auf die Biographie der Hilfe- und Pflegebedürftigen und das persönliche Aufschließen des eigenen Lebenszusammenhangs erfolgt tendenziell intuitiv.

Aus einer weitgehend positiv eingeschätzten (Fall Käthe) bzw. selbstreflexiv verarbeiteten Lebensgeschichte entwickeln sich kontinuierlich aufrechterhaltene Optionen und Handlungsmöglichkeiten. Sie werden zu einem motivationalen Unterfutter, von dem engagierte berufliche Arbeit maßgeblich zehrt. Solche generativ "vererbten Zuordnungen" erweisen sich als äußerst resistent. Damit verbundene geschlechtsspezifische Sozialisationsmuster können im beruflichen Bereich nur schwer abgestreift werden (vgl. Piechotta 2000; 28).

Im Einzelfall dient eine familalisierte, dyadisch enge Beziehung zu Hilfe- und Pflegebedürftigen der Kompensation persönlich unbefriedigender Beziehungen. Dem empathischen Vermögen der beruflich Pflegenden kommt dabei auch die Funktion einer Überlebens- und Anpassungsstrategie sowie einer Entschädigung für persönliche Inferiorität zu (Fall Holger; Fall Renate). Innerhalb dieses Rahmens scheint ein solcher Stil auch dann problematisch, wenn eine Abwehr paternalistischer bzw. familialisierter Beziehungsrahmungen durch andere Mitarbeiter/Innen sowie den Hilfe- Pflegebedürftigen selbst erfolgt.

Da wo die private und berufliche Sphäre ganz selbstverständlich und stimmig ineinander fließt oder die Pflege zum Substitut für unbefriedigende familiäre Verankerungen wird, bietet der ökonomisch straffer organisierte Pflegerahmen nicht mehr den gewünschten Beziehungsgehalt.

## **4.2 Umfassender Pflegebedarf und beziehungsfördernde Kommunikation**

Eine gelingende Pflege lebt maßgeblich von den in den Pflegeablauf integrierten, mitlaufenden Gesprächen. Sie sind dafür verantwortlich, dass es zu vertrauensvollen und kooperativen Beziehungen in der Pflege kommt.

Die Mehrzahl der interviewten Pflegekräfte bevorzugt eine beziehungsintensive Pflege. Dort wo ein umfassenderer Pflegebedarf vorliegt, ist ein stärkeres Einlassen bzw. Beschäftigen mit den Patienten möglich. Hier entstehen komplexe Pflegesituationen, die ein fallbezogenes Pflegeverständnis befördern. Während bei einer segmentierten Behandlungspflege ein krankheitsbezogenes Patientenverständnis dominiert, kommt es in zeitlich ausgedehnteren Pflegesituationen zu einem erweiterten Blick auf den Hilfe- Pflegebedürftigen. Gegenüber im besonderen Maße auf Hilfe- und Pflege Angewiesenen agieren Pflegekräfte tendenziell engagierter. Der in diesen Zusammenhängen

geleistete Arbeitseinsatz trägt oft zu einer unmittelbar wahrnehmbaren, das Wohlbefinden der Betreuten positiv beeinflussenden Pflege bei. Dass durch pflegerisches Tun ein sichtbarer Erfolg ausgelöst werden kann, wird zum wesentlichen Katalysator einer motiviert durchgeführten Pflege. Kontrastiv dazu werden kommunikative Verarmungstendenzen bzw. Abkürzungsstrategien in eine systemtypische Logik der Vergegenständlichung eingebettet (vgl. Habermas 1998; 201 f). Dass sich die verbesserten materiellen Bedingungen nicht zwangsläufig in einer interaktiv befriedigenderen Pflege niederschlagen bleibt insbesondere für längjährig tätige Pflegekräfte paradox (Fall Käthe).

### **4.3 Indirekte und direkte Pflegetätigkeiten**

Die beruflich ausgeübte Pflege wird zunehmend als bürokratisch und hektisch empfunden. Solche Tendenzen werden zumeist als systemimmanente Pflegeorientierung charakterisiert. Sie markieren eine tendenziell distanziertere und unpersönlichere Pflege, die mit dem subjektiven pflegerischen Grundverständnis der beruflich Pflegenden kollidiert.

Die in diesem Umfang neue Strukturlogik von Pflege berührt inkooperierte Werte, die weitgehend schematisch nebeneinander gestellt werden. Die Abwägungen, inwieweit man sich persönlich mit veränderten Regeln arrangiert, die bisher als richtig anerkannte Hingabemuster in Frage stellen bzw. relativieren, berührt das persönliche Selbstkonzept der Akteure. Das sich-Anpassen bzw. Arrangieren an veränderte Bedingungen und Regeln erscheint potentiell konfliktuös. Der wiederholte Verweis auf den ausufernden Dokumentations- und Abrechnungsaufwand offenbart den Widerstand gegenüber indirekten Pflegetätigkeiten. Eine spielerische Modifikation mit diesem verändernden Rahmen scheint kaum möglich. In diesem Sinne kann die Balance zwischen der Befolgung von Regeln und der situativen Ausnahme bzw. Durchbrechung von Standards nicht gefunden werden (Olbrich 1999; 119 f). Der Wechsel bzw. abrupte Übergang zwischen direkten und indirekten Pflegemaßnahmen erscheint problematisch. Die unterschiedlichen Rationalitäten bleiben weitgehend unverbunden.

Pflegerischen Tätigkeiten, die unmittelbar am/mit dem Patienten erfolgen, werden z.T. schmerzhaft vermisst. Das Anwachsen Ich-fremder Motive scheint im Einzelfall unaushaltbar (Fall Käthe). Bedeutsame Linien der Aktivität werden dadurch gestört bzw. lösen sich zusehends auf. In diesem Kontext wird wiederholt eine Distanz bzw. ein (diffuses) Bewusstsein von Nicht-Identität erkennbar. Das gegenüber anderen präsentierte Bild von sich selbst kann kaum glaubhaft aufrechterhalten werden, wenn nicht darauf bezogene Handlungen sichtbar werden. Fallbezogen zeigen sich hier auch Widerstände und beharrlich aufrechterhaltene Pflege- und Hingabemuster. In diesem Sinne verhalten sich einzelne Pflegekräfte durchaus traditionell, d.h. trotz einschneidender Wandlungen besticht der kontinuierliche, beharrlich aufrechterhaltene Charakter ihrer Werte- und Handlungsorientierungen (Fall K).

### **4.4 Aufweichung eines spontanen Helferverständnisses**

Die wachsende Bürokratisierung und Ökonomisierung in der ambulanten Pflege führt bei der Mehrzahl der interviewten Pflegekräfte zu einer tendenziell xenophobischen Grundhaltung.

Das marionettenhafte Bewegen in einem konzeptionell fremd bleibenden strukturellen Rahmen ist auch Ausdruck einer Orientierungsdiffusion. Die nun gültige Handlungslogik kontrastiert z.T mit einer bisher eher unbürokratischeren, spontan ausgerichteten Betreuungshaltung. Dieses im veränderten System von Pflege nur schwer verortenbare Pflegeverständnis macht Pflegekräfte gewissermaßen heimatlos.

Das Aufgeben bzw. kognitive Herausdrängen von bisher selbstverständlich praktizierten Pflegemustern wird zu einem schwierigen Lernprozess.

Es kommt zu inneren Beschneidungen eines bisher selbstverständlichen Pflegeverständnisses, welches sich bisher vorrangig am situativ anfallenden Betreuungsbedarf orientiert hat. Das prinzipiell gute, für eine verlässliche Pflegebeziehung notwendige Vertrauensverhältnis, wird z.T. in eine ökonomische Logik transferiert.

Die Auswirkungen dieses eng gesteckten Pflegerahmens spiegeln sich z.T. in gebremsten Pflegeübernahmen wider. Diese verändern potentiell den Beziehungscharakter in der Pflegedyade.

#### **4.5 Nähe-Distanz in Anfangssituationen**

Das Annähern bzw. Inkooperieren an einen abhängig machenden Krankheitszustand erfordert sowohl von den Betroffenen als auch von den beruflich Pflegenden Geduld.

Diese wechselseitige Geduld wird zu einem beziehungsfördernden Element, auf dessen Grundlage eine weitere aktivierende Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen erfolgreich sein kann. Sie wird somit zu einer für die Pflege wesentlichen Schlüsselqualifikation. In den Interviews wird das Einsetzen dieser beziehungsfördernden Fähigkeit explizit anerkannt.

Das geduldige Ausbalancieren von unterschiedlichen Handlungsanforderungen bzw. Zeitsphären bleibt aber die Ausnahme bzw. ist breitflächig so nicht mehr sichtbar. Die einschnürenden Erwartungen an die pflegerische Zeitorganisation führen eher zu pragmatischen Brechungen und Abkürzungsstrategien.

Besondere Anfangssituationen werden auch bei dementiell Erkrankten bzw. geistig verwirrten Hilfe- und Pflegebedürftigen sichtbar. Die damit verbundenen Anstrengungen und Schwierigkeiten werden als erschöpfende, pflegerische Routine durchbrechende Pflegesituationen skizziert. Sie werden zur Prüfung für die eigene Belastbarkeit. Solche (positiven) Stresselemente halten das Pflegehandeln wach, d.h. in der Ambivalenz von Anregung und Erschöpfen muss sich pflegerisches Erfahrungswissen immer wieder neu bewähren. Dabei entstehen überraschende Ausgangssituationen.

In diesem Sinne erscheint die Arbeit mit diesem Menschen deutlich weniger eingerichtet als bei anderen Hilfe- und Pflegebedürftigen.

Das Weggleiten von Informationen bzw. sicher reproduzierten Wissensbeständen verschafft den beruflich Pflegenden häufige Wiedersehensmomente. Das Vergessen wird somit zum Indikator für Neubeginn und Hilfe.

Die im besonderen Maße auf Hilfe- und Pflege angewiesenen Patienten lösen z.T. ausgeprägte Fürsorgeimpulse aus, d.h. familiarisierte Pflegemuster werden insbesondere in solchen Settings aktiviert. In diesem Sinne werden sie zu Lieblingspatienten, die verantwortlich gepflegt werden müssen.

#### **4.6 Umgang mit Sterben und Tod**

Implizit wird das entlastende Zeigen und Bewahren von Gefühlen als ein wesentliches Merkmal pflegerischer Arbeit markiert. Ungeregelte Verhaltensmuster gehören zur Pflege dazu. Sie fordern die ganze Person, ermöglichen aber zugleich auch, sich als solche überhaupt einzubringen bzw. zu zeigen. Hier konstituiert sich ein personaler Spielraum. Die generelle Offenheit in solchen Pflegenden-Momenten kontrastiert mit den geregelteren institutionalisierten Standards von anderen Handlungstypen. Die fallbezogen beschworene Offenheit bzw. ungebärdige Spontanität wird zum Ausdruck eines beruflichen Selbstverständnisses, das z.T. kämpferisch gegenüber übermäßigen

Routinisierungen und eingefahrenen emotiven Bedeckungen verteidigt werden muss. In dieser Gegensatzkonstruktion lassen sich bedeutsame Kerne beruflichen Handelns herauschälen.

Gegenläufig zu diesen selbstreferentiellen Orientierungsrahmen bestehen im Umgang mit sterbenden Menschen auch deutliche Abstandshaltungen und interaktive Barrieren. Die insbesondere in diesen Grenzsituationen auftretenden Vermeidungshaltungen verweisen auf erhebliche biografische Belastungen und Verletzungsdispositionen (Fall Holger; Fall Käthe).

Subjektive Abdeckungen und Anästhesierungen weichen beim Umgang mit Sterbenden tendenziell auf. Ausgelöst durch solche (schmerzhaften) Berührungen werden Distanzierungs- und Vermeidungsstrategien aktiviert. In diesem Sinne erfolgt ein Ausweichen auf gesichere Bearbeitungspfade, d.h. man bewegt sich im Fahrwasser von rational zugänglicheren Ablaufmustern, wie z.B. organisatorische Hilfestellungen und gewissenhaftes Umgehen mit letzten Verfügungen.

In der Passung von normativen und subjektiven Verstellungen haben sich offene Haltungen in diesen spezifischen Handlungssituationen kaum herausbilden können.

#### **4.7 Persönliche Copingstrategien**

Die singuläre Arbeitsweise behindert situativ angemessene dialogische Austauschprozesse. Das weitgehend abgetrennt-voneinander-Arbeiten erschwert private, über den Beruf hinausgehende Kontakte. Es dominieren eher kooperative, funktionell ausgerichtete Arbeitsbeziehungen im Muster praktischer Absprachen und Substitutionsstrategien.

Kognitive Distanzierungen über die es den Akteuren möglich ist, von sich selbst Abstand zu nehmen bzw. die Zweckmäßigkeit und Richtigkeit einer Handlung zu überprüfen bleiben weitgehend verdeckt bzw. verharren auf der Ebene des alltäglichen emotionalen Selbstmanagements. Diskursive Formen der teamorientierten Reflexion und Nachbetrachtung sind in der ambulanten Pflege eher schwach entwickelt. Während äußere Störungen des Pflegeablaufes zumeist sicher und pragmatisch abgefedert werden, bleiben potentielle Innengefährdungen der beruflich Pflegenden tendenziell unbearbeitet. Hier werden andere Bewältigungsmuster sichtbar.

So können spannungsgeladene Arbeitssituationen und Stresszustände u.a. im Rahmen von anfallenden Fahrtzeiten partiell kompensiert werden. In diesem Sinne haben sie eine Art Ventil- und Entladungsfunktion. Über Selbstgespräche, Flüche bzw. Selbstbeschimpfungen wird episodisch anfallender Stress abgebaut. Emotionale Copingstrategien werden somit zu einem für den Beruf typischen, situativ angemessenen Verhaltensausdruck (Schütze 1984; 176). Darüber hinaus stabilisiert der Kontakt mit vertrauten und angenehmen Patienten. Unbefriedigende Pflegende-Momente können so am verlässlichsten ausgeglichen werden. Das z.T. fragile Selbstbewusstsein von beruflich Pflegenden (Fall Holger; Fall Beate) erfordert eine kontinuierliche Anerkennung und Selbstbestätigung durch den Beruf, d.h. wird über positive Rückmeldungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen stabilisiert.

### **5. Subjektives Pflegeverständnis als Ausgangspunkt für eine professionelle Pflege**

Im Spannungsfeld von verschwindenden und wiederbelebten Leitbildern werden tragende Traditionslinien in der Pflege sichtbar. Dort wo kulturell gewachsene Identitäten innerhalb eines sich wandelnden, unverbindlicher werdenden pluralistischen Pflegeverständnisses unter (Auflösungs-)Druck geraten, nehmen auch Sicherungs- und Bewahrungstendenzen zu.

In dem Maße wie kollektiv institutionalisierte Leitbilder an normativer Kraft einbüßen, können persönliche Leitbilder aufmerksamer wahrgenommen werden. In der rekonstruierenden Hinwendung zu ethisch ausgerichteten pflegewissenschaftlichen Untersuchungen kann eine spezifische Leitbildlogik herausgeschält werden, die primär auf das Beziehungs- und Interaktionsgeflecht zwischen Professionellen und Patienten fokussiert. Innerhalb dieses Rahmens werden dyadisch verschränkte Deutungsangebote und Wertepräferenzen zum wesentlichen Ausgangspunkt einer professionellen Handlungsorientierung. Dieser Trend spiegelt sich auch in den Fallstudien wider. Es wird eine pflegerische Grundhaltung angedeutet, die handlungsorientiert ausgerichtet ist. Maßgeblich für das pflegerische Handeln bleibt der subjektiv sichtbare Leidensdruck der Betroffenen. Das Hilfe- und Zuwendungsbedürfnis der Patienten bildet somit den Ausgangspunkt für einlassende Handlungsmuster. Persönliche Ansprüche werden mit den bestehenden Patientenerwartungen verbunden. Die subjektiven Vorstellungen von guter Pflege werden gewissermaßen zu einem professionellen Pflegeverständnis zusammengezogen. In diesem Sinne überwiegt die Orientierung an subjektiven Standards, d.h. das persönlich geprägte Pflegeverständnis wird verallgemeinert, legitimiert und z. T. auch in ein kollektives Wir eingebettet. In diesem Kontext wird das subjektive Betreuungsverständnis von Pflegekräften auch zu einem erweiterten Pflegeverständnis. Betreuungsleistungen erweisen sich zudem als alltagsnahe und beziehungsfördernde, für die Pflegekraft auch selbst befriedigende Pflegesituationen. Entlang dieser Ausrichtung wird eine das berufliche Selbstverständnis erodierende Spannung, zwischen gewohnheitsmäßig ablaufenden und situativen Pflegehandeln, markiert. Darüber hinaus wird die Pflege von Hilfe- und Pflegebedürftigen als ein Prozess verstanden, in dem man die betreuende Person von Anfang an begleitet. Insgesamt dominiert ein komplexes Aufgabenverständnis. Strukturierende Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Hilfeleistungen gehören zusammen, d.h. werden ansatzweise miteinander verknüpft. Das gesamthafte Pflegeverständnis unterscheidet sich von einer funktional segmentierten Pflegearbeit. Über dieses komplexe Aufgabenverständnis wird ein expliziter Wertebezug erkennbar. Gegenläufig dazu nehmen pflegerische Handlungsspielräume sukzessive ab. Die wachsende Fragmentierung von Pflege wirkt z. T. verstörend und desorientierend. Entlang dieser Entwicklung erfolgen motivationale Einbrüche im Verbund mit persönlichen Abwehr- und Rückzugsstrategien. Solche Abtrennungstendenzen befördern statische Bewertungs- und Deutungsschemata.

## **5.1 Wertrational unterlegte Orientierungen und zweckrationale entlastende Handlungsstrategien**

Der Verlust einer intuitiv vollzogenen Pflege ohne explizites Nachdenken darüber, ob spezifische Handlungen kategorial gerahmt bzw. abrechenbar sind, wird wiederholt bedauert. Eine problematische Aufweichung bzw. Ablösung von prägenden wertrationalen Pflegeorientierungen wird fallbezogen sichtbar. Wertrational unterlegte Vorstellungen bzw. persönliche Ansprüche können in der beruflichen Arbeit nur z.T. realisiert werden. Um den selbstgesetzten Ansprüchen noch gerecht werden zu können leisten Pflegekräfte z. T. unbezahlte Mehrarbeit. Zugunsten der Hilfe- und Pflegebedürftigen werden u.a. Pausenzeiten eingesetzt, um persönlich als wichtig erachtete Betreuungsformen zu realisieren. Somit können bestehende Vorgabezeiten durch den persönlichen Einsatz von Zeit überschritten werden.

Prinzipiell kollidieren die sich veränderten beruflichen Bedingungen und Pflegemuster mit dem Selbstkonzept der interviewten Pflegekräfte. Die persönlichen Präferenzen und Pflegevorstellungen sind mit einem durchschnittlichen, routinemäßig abgespulten beruflichen Handeln kaum vereinbar. Der angestrebte Beteiligungsgrad in der Pflege geht von Handlungsspielräumen aus, die faktisch nicht vorhanden sind. Die Zunahme von vorinterpretierten, typischen Pflegerahmungen engt

individuelle Ausdrucksmöglichkeiten ein. Sich innerhalb eines solchen Rahmens individuell zu verhalten wird zum Dilemma. Damit verbundene Kompromisse und Zusatzleistungen konstituieren eine unausgeglichene Situation. In der Gesamtübersicht erweist sich der kontinuierliche Rückgriff auf die Überschussmotivation von Pflegekräften als nicht folgenlos.

Die Differenz zwischen erbrachter Leistung für die Hilfe- und Pflegebedürftigen und der im Verhältnis dazu inadäquaten Entlohnung ist Ausdruck einer konfliktuösen Arbeitssituation, die mit Stress und Unzufriedenheit verbunden ist. Das z.T. emphatische Bekenntnis zur Pflegearbeit korrespondiert mit einem Selbstanspruch, der angesichts strukturell einengender Rahmenbedingungen nur über Mehrarbeit bzw. eine kontinuierliche Überschussmotivation umsetzbar scheint.

Diese Situation verursacht ein anhaltendes Stressmoment, das potentiell als motivationshemmend, krankmachend bzw. ausstiegsfördernd empfunden wird (Fall Barbara).

Oppositionell zum freiwilligen Einsatz persönlicher Ressourcen werden zunehmend zweckrational entlastende Handlungsstrategien angewandt. Um in Beruf bestehen zu können wird verstärkt nach zeit- und kräftesparenderen Pflegearrangements gesucht.

In diesem Kontext erfolgen auch fallbezogene Scheinabrechnungen. Wenn eine hauswirtschaftliche Versorgung notwendiger ist als eine Behandlungspflege, weil die von dem Patienten bzw. den Angehörigen selbst ausgeführt wird, geschieht das ganz selbstverständlich. Trotz dieser z.T. kunstvollen Arrangements besteht der Druck zur Akkordpflege weiter. Ein kontinuierliches „Tricksen“ bzw. an formellen Vorgaben partiell vorbei gehendes pflegerisches Handeln ist ebenso wenig durchzuhalten wie eine kontinuierliche Überschussmotivation in der täglichen Pflegearbeit.

Eine ausgewogene Balance zwischen abrechenbaren Leistungen, persönlichen Überschussleistungen und zusätzlicher Inrechnungstellung von Mehrleistungen zu finden scheint kaum bzw. eher zufällig möglich. Wie prekär bzw. sogar unmöglich solche Balancierungs- und Kompensationsanforderungen sind, wird in unterschiedlichen Erzählzusammenhängen sichtbar.

Lauter werdende ethische Fragen verknüpfen sich mit persönlichen Krisenerfahrungen. Diese hängen mit wachsenden Belastungen und Unvereinbarkeiten zusammen, die mit den gegebenen Arbeits- und Strukturbedingungen, den hohen Erwartungen und Wünschen von Hilfe- und Pflegebedürftigen, einem erweiterten Pflegeverständnis sowie den selbstgesetzten Ansprüchen von professionell Pflegenden zusammenhängen.

Innerhalb dieses widersprüchlichen und inkommensurablen Pflege Rahmens bleibt eine subjektiv zufriedenstellende Pflege eher die Ausnahme.

## 5.2 Berufsethos

Das Bemühen eine berufliche Identität im Beruf zu finden, wird immer wieder deutlich.

In diesem Kontext werden wiederholt Sinnfragen formuliert. Das explizite Einwerfen solcher Warum-Fragen kann als Ausdruck einer grundsätzlich unbefriedigenden Gesamtsituation betrachtet werden. Diese beziehen sich sowohl auf die Durchführung als auch den Sinn von Pflege.

Der Beruf ist mehr als nur eine distanziert ausgeübte Tätigkeit. Diese sich aus einem persönlichen Wertehorizont heraus speisende Haltung schützt möglicherweise gegen sich einschleichende Nachlässigkeiten und okupative Übergriffe gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen. Darüber hinaus kann über das Festhalten an diesen Einstellungen noch eine wesentliche motivbildende Kraftquelle im beruflichen Alltag aufrechterhalten werden. Der persönliche Wertehorizont deckt sich somit in wesentlichen Bereichen mit den Versprechungen von Seiten des Berufes (vgl. Volz 1996; 24). Das Abrutschen bzw. äußerliche Abkapseln eines subjektiv als relevant eingestuften Pflegeverständnisses erscheint bedenklich. Die tendenzielle Aushöhlung persönlicher Relevanzen und Orientierungen in der Pflege befördert ein pragmatisches, ethisch entfärbteres

Berufsverständnis. Die anhaltende Differenz zwischen den eigenen Vorstellungen darüber, wie Pflegepraxis strukturell aussehen könnte und erlebter Realität, bleibt potentiell konfliktuös. Die sinnstiftenden Momente der Arbeit nicht zu verlieren bleibt eine kontinuierliche Konstruktionsleistung.

## **6. Professionalität in der ambulanten Pflegearbeit**

### **6.1 Ungemünztes Honorarverständnis**

In der Arbeit als beruflich Pflegende erfahren sie als Lohn für ihre Arbeit authentische Dankbarkeit. Diese verschafft ihnen wichtige Anerkennungserfahrungen. Komplementär zu einer notwendigen monetären Anerkennung wird ein unbezahlbares Honorarverständnis sichtbar. Das Ehren der Tätigkeiten, über gezeigtes Vertrauen und Dankbarkeit, sind somit notwendige Überschüsse. Abgeschlossene Pflegemaßnahmen werden auch durch die nonverbale Gratifikation der Hilfe- und Pflegebedürftigen zu einem befriedigenden Pflegenden-Moment. So wird der dankbare Blick der Gepflegten zu einem ungemünzten, den Einsatz anerkennenden Honorar. Für die beruflich Pflegenden sind die sichtbaren Stimmungsaufhellungen der Hilfe- und Pflegebedürftigen ein Geschenk.

Da der Abschluss bzw. der Erfolg der pflegerischen Arbeit im Alltag brüchig und häufig nur von kurzer Dauer ist, bleibt das wiederkehrende Honorar der Patienten so bedeutsam. Die eigentliche Entlohnung erfolgt über diese Formen des ungemünzten Honorars. Das pflegerische Engagement ist auf diese indirekten Stimuli angewiesen, um die Arbeit motiviert ausüben zu können. In gewisser Weise werden auch die Hilfe- und Pflegebedürftigen in die Pflicht genommen, die Arbeit von Pflegekräften zu honorieren. Es schimmert eine Art Notwendigkeit durch, diese Formen der Anerkennung einzusetzen.

Es entsteht somit ein wechselseitiger Mechanismus des sich Beschenkens. Wesentlich scheint in diesen Zusammenhang, dass es weniger um eine Gier nach voller Entsprechung des Geschenkten geht. Die in der Regel aufrichtig erbrachten Zusatzleistungen der Pflegenden dienen primär nicht als Lockmittel, um Kredit und Vertrauen zu erwerben.

Auf dieser Ebene können handlungsstrategische Berechnungen bzw. die egoistische Seite altruistischer Motive relativiert werden. Es geht hier eher um ein sich aus biografischen Bedürfnissen speisendes Verlangen nach Anerkennung und Respekt.

Das Ausbleiben dieser Entlohnungen führt dagegen zu interaktiven Barrieren bzw. Vertrauenseinbrüchen. Gegenüber unzufriedenen Patienten wird tendenziell eine Distanz aufgebaut. Wenn trotz engagierter pflegerischer Betreuung die Zufriedenheit von Hilfe- und Pflegebedürftigen ausbleibt, kommt es zu oberflächlicheren, formalisierter ablaufenden Betreuungsmustern (Fall Renate).

Die im Rahmen ausbleibender symbolischer Gegenleistungen auftretenden Enttäuschungen korrespondieren mit mehr oder weniger starken kognitiven Distanzierungen. In diesem Sinne scheint das emotionale Selbstmanagement im pflegerischen Alltag weitestgehend zu funktionieren. Auslöser für freiwillige Zusatzleistungen sind enge Pflegebeziehungen, die darauf basieren, dass Patienten die von beruflich Pflegenden erbrachten Überschüsse ehren.

Ungemünztes Honorar und Beziehungsaufnahme sind untrennbar miteinander verwoben. Dadurch wird eine Art Kontrakt geschmiedet, der zur Grundbedingung für ein weit einlassendes Pflegeverständnis wird. Entscheidend für das berufliche Selbstverständnis bzw. Selbstvertrauen bleibt der Grad der Beziehungs- und Kontaktaufnahme zu den betreuten Patienten. Die

Grundsatzentscheidung für eine Beziehung zur engeren Mitwelt stellt eine riskante Demarkationslinie dar, die Überforderungen der Beziehungskraft nicht ausschließt. Besondere Vertrauens- und Verantwortungsgeflechte befördern aber das altruistische Vermögen der Pflegenden. Dieses ist darüber hinaus auch eng an kontinuierliche Betreuungszusammenhänge und die Dominanz direkter Pfl egetätigkeiten gebunden. In einem solchen Rahmen können die Pflegekräfte dann z.T. ganz anders arbeiten, d.h. gewinnen an Selbstsicherheit und Wohlbefinden.

## **6.2 Grundlagen für eine engagierte Pflege**

Entlang des ausgewerteten Interviewmaterials ist eine allgemeine Einbettung des ungemünzten Honorarverständnisses möglich. Positive Rückmeldungen von Hilfe- und Pflegebedürftigen haben für die beruflich Pflegenden eine grundsätzlich katalysierende Wirkung. Über sie werden die Grundlagen für eine engagierte Pflege besiegelt. In einem solchen Rahmen entsteht scheinbar ein Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen. Immaterielle Gegenleistungen, wie sie sich z.B. über Lob, Dankbarkeit, Mithilfe, Wiedersehensfreude ausdrücken, werden als Bestätigung engagierter Arbeit empfunden.

Hier deuten sich schwierige Grenzziehungen zwischen immateriellen und materiellen Gratifikationen an. Die Gefahr eines sich einschleichenden Abhängigkeitsmechanismus, der dadurch entsteht, dass Geld- und Sachgeschenke zur Absicherung von Aufmerksamkeit und Zuwendung eingesetzt werden, kann nicht unberücksichtigt bleiben. Möglicherweise wird dieses Abhängigkeitsszenarium aber überbetont. Bei einer situativ eingesetzten Gratifikation kann nicht gleich von einer bedenklichen Abhängigkeit ausgegangen werden. Sie stellt ein legitimes Ausdrucksmittel dar, das generationsspezifisch verankert sein kann. Von Fremdpflege abhängige Personen wollen das, was für sie zusätzlich getan wird, über eine Gegenleistung abgelten. Die z.T. rational nicht mehr nachvollziehbaren Abrechnungen von Dienstleistungen, die auch nicht mehr ohne weiteres sinnlich spürbar sind (sie sehen keine Rechnung mehr; zahlen nicht auf die Hand der Pflegekräfte) lösen einen Impuls zur persönlich rückbettenden Gegenleistung aus. Das Angewiesensein auf anerkennende Gesten und Reaktionen zeigt, dass die schwere Arbeit mit zumeist älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen ohne honorierende Erleichterungen kaum durchzuhalten ist. In der pfl egetheoretischen, soziologisch geprägten Professionalisierungsdiskussion werden solche Elemente wie Ehrungen und Anerkennungen tendenziell vernachlässigt bzw. kritisch aufgegriffen. Der Kern der Kritik bezieht sich u.a. darauf, dass diese freiwilligen Geschenke nicht stillschweigend/laut eingefordert, instrumentell darüber verfügt oder für moralische Unterweisungen, Schuldzuweisungen, Verpflichtungen missbraucht werden (Kuhlenkampff 1985; 454). Bedenklich bleibt das selbstverständliche Muss von Gratifikationen, um einzelne Dienstleistungen überhaupt noch zu erhalten (vgl. Koch-Straube 1997; 132 u. 292 ff).

Das Fundament sozialer Dienstleistungen stützt sich auf diese fallbezogen angedeuteten Überschüsse. Die unbezahlbaren Elemente innerhalb der Pflegedyade stellen möglicherweise ein wesentliches Charakteristikum von Pflege dar. Sie verleihen dieser (bescheidenen) Profession etwas Besonderes und Stolz.

## **6.3 Nicht-berufliche Dispositionen und weibliche Tugenden**

Parallel zu sozialpolitischen und strukturell bestimmten Altenhilfeentwicklungen lassen sich auch aus der historischen Betrachtung der pfl egebezogenen Berufs- und Ausbildungsentwicklung Begründungen für die momentane Situation der beruflichen Altenpflege entwickeln.

Darüber hinaus erfolgt die diskursive Auseinandersetzung in der Pflege primär gegenüber einem naturwissenschaftlichen bzw. ökonomisch ausgerichteten Pflegeverständnis im Kontext von Unternehmensleitbildern bzw. einer offensiven Kundenorientierung, das einen scheinbar bedeutsameren Bezugspunkt für gegenwärtig dominierende ganzheitliche Pflegeorientierungen bildet. Im Schatten dieser Gegenüberstellungen kommt es partiell zur Aufwertung und Revision traditionell christlich geprägter, tugendethischer Pflegekonzepte. Die personale Dimension innerhalb einer dyadischen Pflegebeziehung bleibt ein typisches Charakteristikum der ambulanten Pflege. Bewertende Stellungnahmen, Wahrnehmungen und Handlungsstrategien von Pflegekräften sind im entscheidenden Maße von individuellen Motiven bzw. nicht-beruflichen Dispositionen geprägt, d.h. vorberufliche Sozialisationsprozesse bestimmen wesentlich den beruflichen Habitus. Die sozialisatorisch angelegten „Versehrbarkeiten“ bilden das Fundament einer selbstbezüglichen Werteethik, die bei Entscheidungsfindungen und Rechtfertigungen bedeutsamer sein können als die Orientierung an beruflichen Standards bzw. allgemeinen Interessen (Remmers 1998; 210). Dieser Zusammenhang kann aus dem empirischen Material heraus gestützt werden.

Haltungen sind grundsätzlich wissensgetränkt. Aus biographieanalytischer Sicht lassen sich Wissensbestände rekonstruieren, die auf der selbstreflexiven Bewusstmachung der persönlichen Lebenserfahrungen basieren. Diese können in unterschiedlichen beruflichen Handlungszusammenhängen gekonnt eingesetzt werden.

Professionalitätskerne speisen sich aus vielschichtigen Wissensbeständen, d.h. biographisch erworbene Wissensbestände werden notwendigerweise durch über Ausbildung erworbene Kenntnisse und berufliche Erfahrungen verändert bzw. aufgehoben.

Die hier in diesem Zusammenhang interessierenden Tugenden wie Geduld, Vertrauen, Einfühlungsvermögen, Mitleid, Nächstenliebe, Hingabe, Gebundenheit, Selbstlosigkeit, Fähigkeit zum Perspektivenwechsel u.a. konstituieren wesentliche personale Kompetenzen, die in Verbindung mit privaten Werten bzw. familiären Beziehungsmuster gebracht werden können (Olbrich 1999; 57 f). In der pflegebezogenen Professionalisierungsdiskussion werden solche Muster häufig als primitive Konzepte mit geringem Erklärungswert eingestuft (dazu u.a. H. Becker 1960). In der Diskussion um die professionelle Brauchbarkeit von Tugenden dominieren negativ besetzte Konnotationen bzw. ambivalente Deutungsmuster. Tendenziell wird auch im Rahmen von pflegebezogenen Professionalisierungstheorien eine stärkere Rollendistanz präferiert. Das Festhalten an einer emotionalen Unmittelbarkeit in der Pflege oder einem traditionellen Dienstverständnis, das an weibliche Zuwendungshaltungen anknüpft, wird eher als strukturelle Schwäche des Pflegeberufes begriffen (vgl. Remmers 1998; 215 f).

In Abgrenzung und Unterscheidung dazu entwickelt sich eine im modernen Sinne professionelle Pflege zu einer institutionalisierenden Form von Solidarität. Intrinsische Motive sind in diesem Duktus nicht notwendigerweise eine Bedingung für professionelles Handeln in der Pflege. Es scheint in der Tat riskant, aus solchen hier angedeuteten Haltungen und Überschüssen ein allgemeines analytisches Konzept zu entwickeln. Der rational schwer dingfest zu machende Gehalt von daran anschließenden Kompetenzen bewegt sich zumeist im definitionsfreien Dunkel des sogenannten weiblichen Arbeitsvermögens (Rabe-Kleberg 1993; 77).

In diesem Sinne ist Altenpflege strukturell mit der Arbeit in der Familie und einer umfassend verstandenen Hausarbeit verwandt (Knobling 1985; 62). Die insbesondere in der (ambulanten)Altenpflege von den Pflegekräften positiv wahrgenommene Nähe zum Leben, die an Methoden privater Alltagsorganisation anknüpft, verbindet sich mit spezifischen Kompetenzen. Das Ausdrücken dieser hausarbeitsnahen Alltagsorientierung macht den Beruf auch attraktiv und wird von den Akteuren nicht zwangsläufig als Mangel an Professionalität empfunden (vgl. Dunkel 1994; 12 f). Der Erfahrungstransfer von den -inneren Kreis- der Familien und Hausarbeit in den -äußeren Kreis- der öffentlich-beruflichen Lebenswelt erweist sich als Ressource, von der die Reputation von Fremdpflege entscheidend zehren kann. Beruflich Pflegende erwiesen sich als Gefühlsarbeiter/Innen, die vielen Menschen die Erfahrung vertrauensvoller und angenehmer

Interaktionen ermöglichen können. Das damit zusammenhängende „weibliche Dilemma“ umreißt U.-Koch-Straube folgendermaßen: „Das Ziel muss sein, private Beziehungsmuster als kritische Norm in die Professionalisierung hineinzutragen, aber auch Professionalität als kritische Instanz von Privatheit zu begreifen“ (U.-Koch-Straube 1997; 368). Maßgeblich scheint in diesem Zusammenhang, dass die privat-persönlichen Erfahrungen anerkannt und aufgewertet werden, was eine systematische und unverschämtere Integration solcher Wissensbestände in die berufliche Arbeit einschließen sollte. Dieser für die Arbeit hilfreiche Erfahrungsfundus wird betrieblich-ökonomisch genutzt, ohne dass parallel dazu eine explizite Aufwertung dieser Fähigkeiten vollzogen wird. Die Hierarchie zwischen stolzer Berufsarbeit und bescheidener Hausarbeit bleibt ebenso unangetastet wie die Tradierung sozialpflegerischer Berufe als hausarbeitsnahe und somit weibliche Berufe (vgl. Beck-Gernsheim 1981; 9). Die hier angedeutete Paradoxie wird von Rabe-Kleberg wie folgt skizziert: „Diese Fähigkeiten werden im Beruf vorausgesetzt, gefordert und eingesetzt, gleichzeitig aber als berufliche Qualifikation gezeugnet“ (Rabe-Kleberg 1993; 83). Pflege braucht vieles von dem, was als weibliches Arbeitsvermögen beschrieben wird und zwar als originäre Qualitätsmomente (Backes 1994). Nicht-beruflichen Dispositionen von beruflich Pflegenden können im Kontext einer traditionellen Tugendethik aufgegriffen werden. Individuelle Motivlagen werden darüber möglicherweise eher affiziert als über posttraditionelle Wertekonzepte, die doch wesentlich abstrakter, gefühlsferner artikuliert sind. In der Hinwendung zur klassischen Konstruktion der Pflegedyade gewinnen auch tugendethische Konzepte wieder an Bedeutung. Im Rekurs auf diese Fundamente bleiben Beruf und Berufung miteinander verwoben. Natürlich kann eine professionelle Pflege nicht ausschließlich auf der Folie interaktiv tragenden Kompetenzen verortet werden. Letzendlich zehrt aber der besondere Charakter von Pflege von „tugendhaft“ eingestellten Mitarbeiter/Innen. Darin eingelagerte Zielorientierungen (z.B. Zufriedenheit, Wohlbefinden, Geborgenheit, Angenommensein, Sicherheit und das Verständnis zu geben) werden zum maßgeblichen Handlungsimpuls, was dazu führt, Alternativen abzulehnen, die diesen Zielen undienlich sind (vgl. Bäuml/ Bäuml-Rossnagl 1981; 62). Diese Aktivitäten können dem Bereich des aktiv-ethischen Handelns zugeordnet werden. Trotz der angedeuteten professionssoziologisch kritischen Betrachtung sind (weibliche) Tugenden wesentlicher Bestandteil einer professionellen Pflege. In diesem Sinne kann das moderne Pflegeverständnis zeitgemäß erweitert werden. Die im Zuge eines Säkularisierungsprozess vollzogene „Entmystifizierung der weiblichen Fürsorgemoral“ hat möglicherweise zu moralischen Verarmungen der Pflege beigetragen. (Rommelspacher 1992; 81 ). Die Ersetzung religiös geprägter Denkweisen durch überlegene Äquivalente bleibt eine zu fortschrittoptimistische Bedeutungszuschreibung (Habermas 2001; 40).

Die hier skizzenhaft sichtbar gemachten moralischen Empfindungen besitzen möglicherweise nur in einer religiös geprägten Sprache einen hinreichenden Ausdruck. Der Übersetzungsversuch traditionsbeladener Tugenden in eine weitgehend säkularisierte Fachsprache bleibt somit eine spannende Herausforderung. Im Kontext einer solchen Übersetzungsarbeit könnten wesentliche Fundamente beruflicher Pflegearbeit wieder unbefangener und im Zusammenhang mit tugendethischen Konzepten betrachtet werden. Der Versuch emotive Aspekte einer Moraltheorie zu rehabilitieren, ohne diese reflektorisch als eine typisch weibliche Moral bzw. kulturellen Ballast zu diskreditieren, kann interessante Perspektiven für die Pflege eröffnen. Eine Konkurrenz zwischen diesen Wertensystemen konstruiert eine Rangfolge, die eine weichere, wechselseitige Integration unterschiedlicher Werteakzente behindert. In der ethischen Kontroverse um eine gute Pflege treffen sich traditionelle und moderne Orientierungen, die optimistisch formuliert zu erneuerten Motiven und beruflichen Leitbildern führen können.

## **6.4 Das Professionelle des Nicht-Professionellen**

Biografische Erfahrungen können zu einer besonderen Kontextsensibilität beitragen. Diese Ressource wird im Rahmen pflegerischer Handlungen wirksam aktiviert. So zeigt sich beispielsweise fallbezogen ein besonders differenzierter Umgang mit schambeladenen Intimpflegesituationen (Fall Renate). Über einen Perspektivenwechsel gelingt die (stellvertretende) Einstimmung auf Intimpflegemomente. In solchen Situationen erweist sich auch das Herstellen eines selbstverständlichen Dienstleistungsrahmens als kunstvoll, da so bestehende Schuld- und Schamgefühle von Hilfe- und Pflegebedürftigen abgebaut werden können.

Die Akzeptanz des Patientenwillens schließt den respektvollen Umgang mit seinen Gefühlen und kommunikativen Bedeckungen mit ein. Der Respekt gegenüber den privaten Standards wird zur maßgeblichen Handlungsorientierung. Durch ihre mitfühlende Verbundenheit finden Pflegekräfte einen beziehungsfördernden Zugang zu den Pflegebefohlenen. Dieses Mitgefühl konstituiert eine erhöhte Aufmerksamkeit und ermöglicht einen selbstverständlichen Dienst gegenüber den Betroffenen. Es kommt zu treffenden Einschätzungen der Verletzlichkeiten von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Die professionelle Kompetenz, kontextsensibel auf Befindlichkeiten von Patienten zu reagieren, d.h. diese kommunikativ geschickt aufzugreifen und nach Möglichkeit zu normalisieren, verweist auf das „Professionelle des Nicht-Professionellen“. Hier werden emotiv unterlegte Kompetenzen sichtbar, die über Ausbildungszusammenhänge nur schwer konturiert und vermittelt werden können. Solche menschlichen Qualitäten verweisen eher auf sozialisatorisch erworbene Mitbringensel. So entwickeln sich pflegerische Handlungsstrategien, die nicht losgelöst von lebensgeschichtlichen Erfahrungen betrachtet werden können. In diesem Sinne lassen sich interaktive Kompetenzen biografisch verankern. Die fallbezogen z.T. ausgeprägt sichtbare Empathiefähigkeit bildet das Fundament für besondere dyadische Pflegebeziehungen.

## **7. Innere und äußere Professionalisierung**

Die diffuse Bestimmung von professionellen Kernen in der Altenpflege erschwert eine klare Beschreibung und Abgrenzung des Berufsbildes Altenpflege. Schwierigkeiten bei der inneren Professionalisierung von Altenpflege bleiben deutlich. Legitimatorische Grenzen zwischen Laien und Professionellen zu ziehen, d.h. einen wissensbegründeten Beruf mit einem staatlich lizenzierten Kompetenzmonopol zu etablieren, bleibt angesichts der Spezifik von Altenpflege nicht unproblematisch. Ein zentrales Strukturelement personenbezogener Dienstleistungsberufe wird wiederholt sichtbar.

Rabe-Kleberg spricht in diesem Zusammenhang von einer „Arbeit in Ungewissheit“ (Rabe-Kleberg 1993). Dabei handelt es sich um ein Charakteristikum von Dienstleistungstätigkeiten, die in nur geringem Maße formalisierbar und standardisierbar sind und daher eigentümlich diffus bleiben.

Das Ringen um berufliche Autonomie und gesellschaftliche Anerkennung des Altenpflegeberufes, eine diesem Bereich absichernden Gesetzgebung, sowie die forcierte wissenschaftliche Fundierung von Altenpflege sind Ausdruck einer noch in den Anfängen steckenden Professionalisierungsdiskussion. Diese Situation kann zudem nicht losgelöst von der noch jungen eigenständigen beruflichen Tradition in der Altenpflege sowie der Entwicklung des Altenhilfesektors betrachtet werden.

Die unterschiedliche Ausgangsbasis in der Verberuflichung der Altenpflege in Ost- und Westdeutschland kennzeichnet zugleich systemische und institutionelle Unterschiede im Pflegeverständnis. So war in der DDR Altenpflege als Tätigkeit etabliert, schlug sich aber bis zuletzt nicht in einer eigenständigen Profession nieder. Die auf die Altenpflege bezogene Berufsentwicklung erfolgte auch in Westdeutschland eher zögerlich. Kritische Beschäftigungsentwicklungen und die Unattraktivität des Altenpflegebereiches für Krankenschwestern haben erst Anfang der sechziger Jahre zur Konstituierung eines eigenständigen

Altenpflegeberufes beigetragen. Ausbildungsbezogene Innovationsschübe blieben bis zum Inkrafttreten des bundeseinheitlich geregelten Altenpflegegesetzes am 1.8.2003 verdeckt. Auch die strukturelle Ausrichtung und Leitbildorientierung auf den ambulanten Pflegebereich spiegelt sich in der inneren Ausdifferenzierung bzw. Professionalisierung dieses Bereiches nur bedingt wider, d.h. äußere und innere Professionalisierung verlaufen zueinander parallel und voneinander abgekoppelt.

## **8. Altenpflege zwischen Professionalisierung und Proletarisierung**

In der Pflege wird Unbezahlbares geleistet (Schwerdt 1998; 318 f). Die moralische Dimension des Berufs verweist auf zwischenmenschliche Bereiche, die durch eine Tauschwert- und Konsumtionslogik nicht erfasst werden können. In der pflegewissenschaftlichen Diskussion wird zunehmend stärker darauf verwiesen, dass der persönliche Gewinn, den die Pflegeperson aus ihrem Engagement zieht, diese zur Dankbarkeit gegenüber ihrer beruflichen Bereicherung führt (Käppeli 2001; 303). Solche Gewinne schützen Pflegende vor Burnout und motivieren zum Weitermachen. Diese grob skizzierten Bereicherungen stehen mit tragenden Berufswahlmotiven in Beziehung. Der im Kontext der Dankbarkeitserwartung explizierte, wechselseitige, aufeinander bezogene Mechanismus von -Geben und Nehmen- ist mit einem ökonomisch unterlegten Dienstleistungsverständnis nicht einfangbar. Die beschriebenen Qualitäten entziehen sich einer geschlossenen materialisierenden Einordnung und Abstraktion (Marcuse 1967; 152 f). Die durch betriebswirtschaftliche Steuerungsimperative (z.B. Kostenbegrenzungsstrategien) ausgelösten Krisenphänomene berühren die Qualität pflegerischer Versorgung in den unterschiedlichsten Betreuungszusammenhängen und lösen ethische Fragen mit sozialpolitischer Relevanz aus (vgl. Remmers 1998; 13). Auf reduzierte Anliegen und Verfügungen reagieren viele Pflegekräfte mit Abwehr. Kommt es zu einer oberflächlichen, auf selektive Aufgabenzuweisungen reduzierte Interaktionsbeziehung, wirken sie häufig demotiviert und fühlen sich nicht als professionell Pflegende eingesetzt. Das offensive Einfordern von Dienstleistungen vermittelt den Pflegekräften, dass sie nicht mehr als nur Dienstboten sind. Gegenüber diesem Verfügungsanspruch wird Widerstand sichtbar (vgl. Koch-Straube 1997; 292). Eine übermäßige Einengung auf starr definierte Dienstleistungen ist mit einem professionellen Pflegeverständnis schwer in Übereinstimmung zu bringen. Das Paradoxe an einem engen Dienstleistungsverständnis ist, dass man genau dann an Reputation verliert, wenn ein segmentiertes Verständnis von (Pflege-)Arbeit konsequent umgesetzt wird. Aus dem Blickwinkel einer patientenorientierten Pflege erscheint eine Betreuungssituation deutlich komplexer als es eine funktionell zu stark aufgesplittete Pflege zulässt. Die sich in der Pflege etablierenden Rationalisierungsbemühungen führen zu institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, die den wesentlichen Kern von Pflegearbeit beeinträchtigen. Die Sprache des Marktes führt bei der Mehrzahl der interviewten Pflegekräfte zu einem erheblichen Unbehagen. Komplementär wirkt die Ausweitung von segmentierten Pflegeabläufen demotivierend. Das Gefühl nicht genügend für den Patienten getan zu haben verdichtet sich zu einem typisches Moment in der Pflege. In einer Vielzahl von Interviews schimmern schuldhaft unterlegte Befürchtungen durch, dass die unterschiedlichen Pflegesituationen nicht ausreichend wahrgenommen und bedeutsame Phänomene übersehen bzw. ausgeblendet werden. Treten Komplikationen bzw. Zwischenfälle auf, stellt sich retrospektiv die Frage, ob die Beobachtung und Betreuung des Patienten in der jeweiligen Pflegesituation ausreichend war. Eine solche Entwicklung begünstigt eine gefährliche bzw. fehlerhafte Pflege. Der persönliche Habitus von beruflich Pflegenden wird von diesen Strukturen negativ geprägt. Die Belastungen des Pflegeberufes werden z.T. anästhesierend abstrahiert. Emotive Anteile werden auf ein Minimum reduziert, um angesichts von alltäglichen Belastungs- und Verdichtungssituationen handlungsfähig bleiben zu können. Einschneidend ist dabei der Verlust an

Kontextsensitivität, d.h. die sprachliche und leibliche Zuwendung gegenüber den Klienten leidet (vgl. Remmers 1998; 329). Das Unempfindlicherwerden gegenüber menschlichen Leiden führt tendenziell zu einer unpersönlichen -Nobody-Pflege-. Die Grenzen zwischen Selbstschutzmechanismen und Gleichgültigkeit sind fließend. Das Hineingeraten in Praktiken bürokratischer Arbeitsteilung, Routinisierung von Arbeitsvollzügen und hierarchische Kontrollpraktiken führt zu einem demotivierenden Lohnarbeitsbewusstsein. Die fortschreitende Zerlegung und Vermessung von Arbeitstätigkeiten engen typische, für den Beruf wesentlich Dispositionsspielräume von Pflegenden sukzessive ein (vgl. Olk 1986; 37). Die bürokratische Strukturierung von Arbeitsabläufen nimmt aus der Perspektive von Pflegekräften überschießende Formen an, welche die besondere Substanz von Pflege aushöhlen. Der Weg in eine Professionalisierung des Berufes scheint eher versperrt. Das Maß an Autonomie und Selbstbehauptung bleibt zu gering. Dem sich nur mühsam etablierende Altenpflegberuf droht die „Proletarisierung“ (ebenda).

## VII. Gesamtfazit

Durch das Aufeinanderbeziehen der zwei Untersuchungsebenen konnten Zusammenhänge zwischen übergeordneten Leitbildern in der Pflege und den individuellen Orientierungen von Pflegenden ausschnittshaft dargestellt werden. Die aus dem Interviewmaterial rekonstruierten Berichte aus dem pflegerischen Alltag geben in Verbindung mit sozialen Orientierungsverschiebungen und sich verändernden strukturellen Rahmenbedingungen einen zeitbezogenen Einblick in die Verwerfungen und Konflikte, in denen sich die beruflichen Akteure im ambulanten Pflegesektor vermittelnd bewegen müssen. Ergänzend zur Leitbildrekonstruktion und pflegebezogenen Einbettung maßgeblicher Vorstellungen von -guter Pflege-, konnten über das reichhaltige empirische Material Einblicke in biografisch gewachsene Einstellungsmuster, sowie alltagsnahe Berufsorientierungen von Pflegenden gewonnen werden.

In der für die Untersuchung zentralen Frage, nach den zeitbezogenen Bedingungen und Einschränkungen von guter Pflege, in einem widersprüchlichen, mit Antinomien durchzogenen Handlungsfeld, wurde im Rahmen der Zweiten Untersuchungsebene ein lebensweltnahes Verständnis von Ethik rekonstruiert<sup>1</sup>.

In der Draufsicht zeigen sich in der professionellen Praxis typische Kernprobleme und Handlungsstrategien die u.a. in Verbindung zu den von Schütze beschriebenen systematischen Fehlerquellen sozialprofessionellen Handelns stehen (F. Schütze 1996)<sup>2</sup>.

Die hier sichtbaren Schnittstellungen und Überlappungen sollen abschließend noch einmal aufgegriffen werden.

Aus den einzelnen Falldarstellungen heraus werden insbesondere die rechtlichen und wirtschaftlichen Veränderungen in der Pflege als einengender struktureller Rahmen erlebt. Dadurch können sowohl die individuellen Bedürfnisse von Hilfe- und Pflegebedürftigen als auch die Motivlagen der beruflich Pflegenden nicht ausreichend berücksichtigt werden.

In der nachvollziehbaren Diskussion um die Bezahlbarkeit von Pflege gewinnen Fragen der wirtschaftlichen Deckelung und Effizienz an Gewicht.

Der im gesellschaftlichen Teilbereich Pflege zunehmend stärker sichtbare Übergang in ein (markt-)wirtschaftlich ausgerichtetes System kollidiert mit bisher prägenden Pflegeleitbildern und den selbstreferentiell bedeutsamen Pflegevorstellungen der beruflich Pflegenden.

Diese Bruchstelle zeigt sich in der Leitbilddiskussion und in den autobiografischen Erzählungen der Pflegenden.

Im Kontext solcher Entwicklungen geht es noch einmal um die grundsätzliche Verortung interaktiv tragender Kernelemente von Pflege. Gerade in diesem Bereich werden die Durchdringungen und Schnittstellen, zwischen einem normativ fundierten Pflegeverständnis und den biografisch gewachsenen Einstellungsmustern bzw. „Metakompetenzen“ (Schütze 1993), im besonderen Maße deutlich.

Diese Konnotationen lassen sich im Rahmen von Altruismus- und Fürsorgekonzepten näher aufschlüsseln. Hier zeigt sich zudem eine besondere Dynamik. Das Hervortreten solcher scheinbar „altmodischen“ Helfervorstellungen kann nicht abgetrennt von den sich verändernden strukturellen Rahmenbedingungen in Blick genommen werden. Über das empirisch nachweisbare

---

<sup>1</sup> Ethik ist in diesem Sinne als kritische Theorie des Ethos zu verstehen. Das Ethos ist sozusagen der Alltag, die Lebenswelt der Ethik.“ (Volz 1996; 28).

<sup>2</sup> Als systematische Fehlerquellen sozialprofessionellen Handelns nennt Schütze die in der Person des Professionellen repräsentierte Primärsozialisation (die z.B. durch situative Auslösung vorhandener Kindheitsdispositionen virulent werden kann), die Qualität seiner Ausbildung (die über die Verfügung über entsprechende Kompensations- und Problembearbeitungsstrategien mitentscheidet), und die organisationellen Rahmenbedingungen und Restriktionen (F. Schütze 1996).

Verlustempfinden von beruflich Pflegenden gewinnen solche Orientierungen an Gewicht. Im Kern geht es auch um die Frage, ob und in welchem Umfang Pflege als Beziehungsberuf verstanden werden kann.

Die Vorstellung von Pflege als Beziehung wird von den zumeist älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen mitgetragen. Vor dem Hintergrund einer mit dem Alter tendenziell zunehmenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit haben Fürsorgemuster einen gewichtigen Platz<sup>3</sup>.

Komplementär dazu sind für die Mehrzahl der Interviewten die einlassenden Beziehungen zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen eine motivfördernde Kraft, auf deren Fundament die jeweilige Handlungssituation bzw. einzelne Menschen aufmerksamer wahrgenommen werden können.

In diesem wechselseitigen, mehr oder weniger bewusst anerkannten Erwartungsgefüge, bleibt ein ökonomisch eingefärbtes Dienstleistungs- und Kundenverständnis etikettenhaft und fremd.

So repräsentiert Fürsorge (Care) gewissermaßen eine Art wertbezogenen Gegenpol, d.h. keine Pflege nach Vorschrift, im Kontext einer eng ausgelegten Übernahme von Selbstpflegedefiziten (Käppeli 2001).

Ob nun -Care- derjenige Wert bzw. das Pflegeverständnis ist, den die Pflege als Beruf im Besonderen vertritt, darüber besteht in der Diskussion um die Professionalisierung des Pflegberufes keine Einigkeit (dazu u.a. Arndt 1996; Käppeli 2001).

Aus unterschiedlichen Theoriediskursen heraus sind altruistisch geprägte Fürsorgemuster mit einem gewissen Misstrauen untersetzt, d.h. sie stehen in Verbindung mit Attributionen, wie Selbstausbeutung, übermäßige Bescheidenheit, neurotisches Helfersyndrom und traditioneller (Berufs-)Ballast (dazu u.a. Nittel 2000; Remmers 1998; Schmidtbauer 1992).

Ein altruistisch motiviertes Helferverständnis ist eng mit spezifischen Persönlichkeitsprägungen und Verhaltensdispositionen verknüpft, wie sie sich positiv betrachtet in sozial erwünschtem Verhalten, d.h. in bereitwilligen Verantwortungs- und Aufgabenübernahmen ausdrückt.

Aus dieser Blickrichtung heraus können die im Kontext des Helfertypus wiederholt aufgezeigten (ambivalenten) Anerkennungsbedürfnisse und Grunddispositionen auch in anderen Zusammenhang gesetzt werden (dazu u.a. Boessmann 2006; Schmidtbauer 1992; Honneth 1992).

Ohne ein altruistisches Vermögen kann Pflege als Beruf nicht ausgeübt und durchgehalten werden. Für die Stützung dieser These finden sich in der vorliegenden Untersuchung Begründungen und Hinweise.

In den verschiedenen Interviewzusammenhängen wird eine schwer zu fassende, primär nicht christlich motivierte Mitmenschlichkeit sichtbar. Die Quellen der damit verbundenen Interaktionen (caring interactions) können in Grundzügen autobiografisch rekonstruiert und gedeutet werden (Riemen 1988).

Fallbezogen z.T. sehr detailliert beschriebene Ausschlusserfahrungen sind konstitutiv für ein fragil bleibendes Selbstkonzept<sup>4</sup>.

Es zeigt sich, dass im Einzelfall der Pflegeberuf nicht der angestrebte Wunschberuf war. Trotz dieser Einschränkung bemisst sich die berufliche Orientierung und Entscheidung auch an dem Aspekt der Selbstverwirklichung bzw. Selbstdarstellung.

Die Ausbildung bzw. der pflegerische Berufsalltag boten im Einzelfall einen Nischen- und Rückzugsraum, in dem sich das Selbstkonzept stabilisieren und (nachholend) entfalten konnte.

Die sich in diesem Prozess entwickelnden Formen von Selbstvertrauen und Selbstachtung können als ein kumulativer (berufs-)biografischer Prozess verstanden werden der an autonome, bis zu einem bestimmten Maß, selbst bestimmbare Spielräume gebunden bleibt.

---

<sup>3</sup> In diesem Sinne formuliert Leininger die These: „Die Fürsorge ist der Kern von Heilung und Gesundheit; es gibt keine Heilung ohne Fürsorge, aber Fürsorge kann ohne Heilung erfolgen.“ (Leininger 1998a; 83)

<sup>4</sup> Dabei werden Außenseitererfahrungen durchaus sehr unterschiedlich dargestellt. Sie sind zum einen mit Deklassierungen und Unterlegenheitsgefühlen verbunden, andererseits aber auch mit einem Gefühl von Exklusivität.

Der aus dem empirischen Material heraus abgeleitete Zusammenhang zwischen Anerkennungs- und Missachtungserfahrungen und typischen Konfliktsituationen in der Pflege legt sowohl Blockierungen und Fehlerquellen als auch maßgebliche Ressourcen und Potentiale für eine gelungene Pflege frei.

Solche Erfahrungen sind wesentliche Fundamente für eine situativ angemessene Kontextsensibilität bzw. Unterschiedsempfindlichkeit der beruflich Pflegenden (Honneth 1992).

Grundmuster von guter Pflege sind somit eng an biografisch gewachsene Formen einer intuitiv wirksamen Moral gebunden<sup>5</sup>.

Das autobiografisch erfahrene Defizit an Selbstverwirklichung und sozialer Wertschätzung wird z.T. durch Anerkennungsmuster aufgefangen, wie sie im Kontext des -Ungemünzten Honorars- bzw. des -Professionellen des Nicht-Professionellen- fallbezogen dargestellt wurden sind. Das -Sich-Sorgen-für Andere bleibt eng mit dem Bedürfnis verknüpft, selbst versorgt zu werden.

Durch Selbstbeziehungen und Anerkennungserfahrungen, die durch zustimmende oder ermutigende Andere episodisch sichtbar bleiben, können sich beruflich Pflegenden als Menschen wahrnehmen, denen bestimmte positive Eigenschaften und Fähigkeiten zukommen.

Sowohl beruflich Pflegenden als auch Hilfe- und Pflegebedürftige empfinden Freude, wenn kontextsensibel Wohlbefinden ermöglicht und Mitgefühl ganz selbstverständlich sichtbar bleibt. In diesem Sinne lohnt es sich also gut zu sein bzw. gut zu pflegen!

In dem Versuch interaktiv tragende Kernelemente von guter Pflege dazustellen können gegenläufig dazu bedenkliche Entkoppelungen und Einbruchstellen markiert werden.

Eine verlässliche (basale) Motivation für den Beruf baut sich nicht vordergründig über zufriedenstellende infrastrukturelle Rahmenbedingungen auf. Diese werden als selbstverständliche Grundvoraussetzungen für eine gute Pflege angesehen.

Die sukzessive Zunahme von ökonomisch durchgerechneten Pflegeabläufen wird subjektiv stärker gewichtet. Die z.T. damit verbundene Selbsteinschätzung, nicht effizient genug zu pflegen, sind bezogen auf eine Defizit- oder Symptomorientierung verständlich.

Das in diesem medizinpflegerischen Raster verkehrsbliche Tätigkeitsspektrum führt tendenziell dazu sozialpflegerische Bereiche aus dem Blick zu nehmen.

Ob die pflegerische Arbeit als effektiv oder ineffektiv empfunden wird, hängt also nicht zuletzt vom pflegerischen Grundverständnis ab (Offe 1984).

Das damit zusammenhängende Verlust- bzw. Defizitgefühl prägt die persönliche Einschätzung von Pflege deutlicher als zufriedenstellende materielle Basisbedingungen.

Sich ausbreitende Formen von Unfreiheit befördern Abhängigkeits- und Ohnmachtgefühle, die mit biografisch prägenden Anerkennungs- und Missachtungserfahrungen kollidieren bzw. schmerzhaft zusammentreffen können<sup>6</sup>.

Das Übermaß an Struktur geht zu Lasten von dyadisch befriedigenden Beziehungsmustern. Selbstbestimmung und Selbstregulation können im schöpferischen Sinne nur marginal, d.h. in einzelnen Situationen bzw. gegenüber ausgewählten Hilfe- und Pflegebedürftigen umgesetzt werden.

---

<sup>5</sup> Hier geht es mir nicht um eine sozialromantische Verklärung moralischer Empfindungen und Handlungsmuster. Sie bleiben regulativ in moralische Prinzipien und rechtliche Vorgaben eingebettet. Trennungen zwischen gefühlnahen Fürsorgeerwartungen und der rechtlich anerkannten Befriedigung von Grundbedürfnissen, auch unabhängig von Sympathien und finanziellen Ressourcen, sind notwendige Entwicklungen im Prozess der Modernisierung. Verschränkungen und Schnittstellen zwischen diesen unterschiedlichen „Anerkennungsmustern“ (Honneth 1992) sollten im Sinn einer -Guten Pflege- erhalten bleiben. Intuitive Formen von Moral sind im Prinzip nur dann anerkannte Handlungsbereitschaften, wenn sie analytisch aufgearbeitet und im Entscheidungs- und Konfliktfall auch kommunikativ dargestellt bzw. gerechtfertigt werden können (Remmers 1998).

<sup>6</sup> In der Selbstdefinition der Interviewten Pflegekräfte lassen sich z.T. Erfahrungen der eigenen Wirkohnmächtigkeit und eingeschränkten Selbstdarstellung rekonstruieren. In einzelnen Falldarstellungen wird deutlich, dass die Entscheidung für eine individuell freier selbst bestimmbare Arbeit in der ambulanten Pflege auch in Verbindung mit solchen Erfahrungen zu sehen ist.

Vor dem Hintergrund unzureichender Beziehungsangebote bleiben intentional gewollte Formen von Pflege auf der Strecke. Das bestehende Bedürfnis nach Beziehungs- und Ortskonstanz kann so nicht realisiert werden.

Eine solche Entwicklung berührt somit sowohl identitätsstiftende Werte und Einstellungen als auch normativ tragende Kompetenzvorstellungen in der Pflege.

Der Grad an Verschiedenheit zwischen ökonomisch- rechtlich festgefügtten Rahmenbedingungen und den Selbstbildern der beruflich Pflegenden führt zu verstörenden Identitätseinbrüchen.

Selbstreferentielle Handlungsorientierungen werden verändert bzw. lösen sich gewissermaßen von den im pflegerischen Handeln praktizierten Handlungen ab. In diesem Prozess erfolgt tendenziell eine Aufspaltung in ein reales und potentiell Ich, d.h. in eine Person, die sie sind, und in eine Person, die sie wären, wenn nur mehr Spielräume bzw. Zeit zur Verfügung stehen würde (A. Hochschild 2002; 240 f).

Das Abdriften und Ausweichen in ein -Potentielles Ich- geht mit einer „gespaltenen Zeitlichkeit“ (Wiehl 1998) einher, die für die beruflich Pflegenden nur schwer durchzuhalten ist.

Die strukturell engen Rahmenbedingungen und der komplementär dazu kontinuierlich aufrechterhaltene Zugriff auf die besondere Motivation der beruflich Pflegenden befördern Ausweich- und Distanzierungsstrategien.

Um auf Dauer den beruflichen Belastungen standhalten zu können, werden die eigenen Erwartungen und Bedürfnisse herabgesetzt. Das weniger an Zeit, Aufmerksamkeit, Spaß, Verständnis und Unterstützung ist somit eingebettet in ein emotionales "Downsizing" (A. Hochschild 2002; 240).

Um dem Zeitdilemma zu entgehen werden die Bedürfnisse von Hilfe- und Pflegebedürftigen tendenziell stärker ausgeblendet bzw. pragmatisch heruntergebrochen. Durch die Verdichtung des pflegerischen Berufsalltags verändern sich interaktiv tragende Wahrnehmungs- und Austauschprozesse in der Pflegedyade. Auf wachsende Ansprüche und Erwartungen wird unterschiedlich reagiert. So können im Kontext einer nahen Beendigung der beruflichen Arbeit oder eines episodischen Ausstieges, z. B. durch Studium, Schwangerschaft und Erziehungsurlaub, solche Verfügungsansprüche befristet ausgehalten oder aufgeschoben werden. In diesem Kontext wird im Einzelfall eine „Dennoch Identität“ (Weihl 1998) sichtbar, d.h. trotz der organisatorischen Verengungen wird der persönlich als richtig und sinnvoll eingeschätzte pflegerische Habitus veränderungsresistent beibehalten (Fall Käthe). In anderen Fällen wird das Zeit - bzw. Zuwendungsproblem relativiert. Ausnahmen bestätigen eine Tendenz, d.h. im Griff der Zeitfalle wird stärker auf Weglass- und Ausgleichsstrategien zurückgegriffen. Sich an die Härten eines beruflichen Alltags anzupassen heißt auch sich gegen das Bedürfnis zu wappnen für Andere zu sorgen.

Gefühlsaskese wird dann zu einer Art Abwehr, welche Menschen davor schützt die menschlichen Kosten der für den Hilfe- und Pflegebedürftigen verloren gegangenen Zeit und sich selbst zur Kenntnis zu nehmen. Die Grenzen zwischen Selbstschutzmechanismen und Gleichgültigkeit sind fließend.

Das für eine gelungene Pflege typische, aufeinander bezogene Wechselspiel von -Geben und Nehmen-, von Aktualität und Latenz, löst sich sukzessive auf (vgl. Schwerdt 1998; 402 ff). Wegbewegungen und Abtrennungen davon werden von den beruflich Pflegenden als berufliche Verarmung wahrgenommen.

Emotive Rückzüge und Versiegelungen erscheinen deshalb auch riskant. Sie führen zu Konfliktsituationen die interaktiv nicht ausreichend bearbeitet bzw. gelöst werden können.

Die Entwicklung solcher Kontroll- und Neutralisierungspraktiken markiert schmerzhaft narzisstische Einschnitte, die zu einem demotivierenden Lohnarbeitsbewusstsein beitragen können.

Flankierend dazu entwickelt sich ein rhetorischer Trend zur Professionalisierung der eher auf einer Metaebene verharrt<sup>7</sup>. Im Theoriediskurs durchaus etablierte Leitbild- und Kompetenzorientierungen kommen „unten“ kaum an, d.h. bleiben beruflich Pflegenden weitgehend unbekannt. Der Einfluss und die Aufnahme von pflegebezogenen Leitbildern bleibt insgesamt marginal. In diesem Sinne überwiegt die Orientierung an subjektiven Standards. Die subjektiven Vorstellungen von guter Pflege werden gewissermaßen zu einem professionellen Pflegeverständnis zusammengezogen.

Bleiben Vorstellungen von guter Pflege potentiell, d.h. auf Fachdiskurse, blumige Sonntagsreden, fein säuberlich abgegrenzte Aus- und Weiterbildungszusammenhänge, gegenwirkliche Phantasien und Gedankenspiele bei den beruflich Pflegenden begrenzt, entstehen (riskante) Entkopplungen und Abtrennungen. Besonders unzufrieden stimmt in diesem Zusammenhang, dass die vorhandenen Potentiale und Kompetenzen von beruflich Pflegenden nicht ausreichend zur Geltung kommen.

Für das Wohlbefinden der Hilfe- und Pflegebedürftigen und die berufliche Pflegenden erzeugt das eine unbefriedigende Gesamtsituation!

Beruflich ausgeübte Pflegearbeit lässt sich nur um den Preis völlig Ich-Fremder Arbeitsmotive auf reine Tauschwertorientierungen eines Lohnarbeitsverhältnisses reduzieren.

Die insbesondere in der Altenpflege stärker sichtbare Akzentuierung auf sozialpflegerische Wissensbestände verweist auf solche schwer fassbaren Dimensionen. Diese erfordern interaktive Kompetenzen bzw. ein Arbeitsverständnis, das ganz bewusst auch auf den emotiven Handlungsbereich zielt.

Gefühlseinstellungen und theoretische Einstellungen lassen sich nicht polar entkoppeln (Schwerdt 1998). In diesem Kontext sind persönliche Tugenden in Verbindung mit biographisch gewachsenen Wissensbeständen von Bedeutung.

In einem Beruf, dessen Ort durch die Überschneidung privat-persönlicher und öffentlich-beruflicher Lebenswelt gekennzeichnet ist, kann der private Bereich vom Arbeitsbereich nicht abgespalten werden. Pflege umfasst mehrere Ebenen, die durch den unterschiedlichen Charakter der pflegerischen Arbeit in den unterschiedlichen Handlungsfeldern immer wieder aufgenommen werden müssen. Unterschiede und Gemeinsamkeiten können nur durch wechselseitige Inblicknahmen deutlich werden. Eine hierarchische Dimensionierung unterschiedlicher Wissensbestände erscheint überflüssig. Pflegearbeit fordert die ganze Person oder anders formuliert, macht es möglich, sich als ganze Person einzubringen und zu zeigen.

Die stärkere Anerkennung und strukturelle Berücksichtigung des motivbildenden Charakters wechselseitiger Belohnungen und Überschussleistungen ist dringend geboten. Interaktiv tragende Elemente sollten (wieder) unverschämter in das berufliche Pflegeverständnis integriert werden können. Die im Sinne einer guten Pflege wirksamen beruflich Pflegenden bleiben in einem für die ambulante Pflege wesentlichen Kernbereich „Nicht –Professionell“, d.h. das „Professionelle des Nicht-Professionellen“ dient der Aufrechterhaltung einer gelingenden, wechselseitig zufrieden stellenden Pflege.

Der traditionell körper- und beziehungsnahe Charakter des Berufes zehrt maßgeblich von altruistischen Abtretungen bzw. beziehungsorientierten Pflegevorstellungen. Werden diese aufgebraucht bzw. in ihrer interaktiv tragenden Dimension rhetorisch bemüht, ohne das aber die Bedingungen dafür stimmen, muss mit dehumanisierenden Verschiebungen des beruflichen Handlungsverständnisses gerechnet werden.

Bei dem Versuch, wesentliche Formen von guter Pflege biografieanalytisch aufzuspüren und zu deuten zeigt sich, dass solche Kernelemente untrennbar an Handlungs- und Ermöglichungsspielräume gebunden bleiben.

---

<sup>7</sup> Gaschke, S. (2006): Warum Helfer helfen; In: Der ZEIT -Jg.06/18; 5

Normativ vorgegebene Konzepte von guter Pflege konstituieren ein Bedingungsgefüge, das bestimmte Möglichkeiten bzw. Spielräume für die beruflichen Akteure in der Pflege zulässt oder nicht.

Sich verengende Handlungsspielräume bedrohen das zwischenmenschliche und moralische Gewebe in der Pflege. In diesem Spannungsfeld verstärkt sich das ethische Empfinden der Pflegenden im Umgang mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen<sup>8</sup>.

Wird der Grad der Beziehungs- und Kontaktaufnahme zu den betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen weiter eingeschränkt bzw. Pflege auf wenige abrechenbare Bereiche reduziert, verlieren Pflegekräfte an Gesicht und Selbstvertrauen.

Berufliche Tätigkeitsspielräume sind somit für die Aufrechterhaltung und Entwicklung von Arbeitsmotiven und persönlichen Befindlichkeiten unabdingbar.

Komplexe Handlungssituationen erfordern Handlungsspielräume. Entlang eines solchen Verantwortungsgefüges können biografisch gewachsene „Selbstorganisationsdispositionen“ (Erpembeck 2003) situationsgerecht aktiviert und für die Bewältigung von Aufgaben eingesetzt werden<sup>9</sup>.

Wird der Spielraum für eine kontextsensible Pflege weiter begrenzt, können sozialisatorisch erworbene „Metakompetenzen“ (Schütze 1983) nicht mehr ausreichend wirken.

Die paradigmatische Ausrichtung an den jeweiligen Kontext und der individuellen Angemessenheit pflegerischer Handlungen wird zu einem schwer realisierbaren Ideal. Die in der Pflege vorliegenden Handlungs- und Verantwortungseinschränkungen stellen für die Entwicklung professionsbezogener moralischer Handlungskompetenzen ungünstige Bedingungen dar (Remmers 1998;). Im Rahmen solcher Entwicklungen bleibt die Stellung des Pflegeberufes eher bescheiden und konterkariert die Autonomiebestrebungen, wie sie im Rahmen professionssoziologischer Diskurse geführt und berufspolitisch vertreten werden.

Wir brauchen für eine gute Pflege real abgesicherte Umsetzungs- und Ermöglichungsspielräume. Das unbürokratische, sich am situativ anfallenden Sein orientiertes Verständnis von Pflege darf nicht zu etwas Exotischem oder verdeckt ausagierenden Bestandteil im pflegerischen Alltag werden. Eine Gegensteuerung in Richtung Humanisierung von Pflege tut deshalb not.

Persönliche Leitbilder müssen in der pflegebezogenen Leitbilddiskussion wieder viel aufmerksamer wahrgenommen und eingebunden werden. Es geht darum, eine dynamische Reformulierung von Pflege und inhaltlich fundierten Ausgestaltungen anzustoßen<sup>10</sup>.

Da wo die moralischen Erwartungen der beruflich Pflegenden an den Bedürfnissen der Hilfe- und Pflegebedürftigen anknüpfen und advokatorisch artikuliert werden, bleiben sie notwendiger Teil eines gesellschaftlichen Diskurses. Die Organisation des gesellschaftlichen Teilbereichs Pflege ist auf solche Vertretungen und Rückkoppelungen angewiesen. Die Aufnahme und Berücksichtigung solcher Einblicke und Forderungen ist somit Teil eines impliziten Gesellschaftsvertrages bzw. eines „moral economy“ (Honneth 1992; 268).

In diesem Sinne vermitteln helfende Berufe zwischen sozialen Systemen und der alltäglichen Wirklichkeit. Diese Vermittlungsaufgabe, die einführend im Rahmen der theoretischen Darstellung zur Professionalisierung sozialer Berufe als wesentlicher Ausgangspunkt der Untersuchung herausgestellt wurde<sup>11</sup>, muss über die Beschreibung und Markierung von Verwerfungen und Konfliktfeldern immer wieder neu bestimmt werden.

---

<sup>8</sup> Blonski, H. (2001): Ethik, In: Gerontologie und Altenpflege –Jg. 01/ 14; . 98-103

<sup>9</sup> Das Lockern von externen Zwängen bietet die Chance, innere Blockaden und Verletzungen freizugeben und zu bearbeiten.

<sup>10</sup> In diesem Kontext könnte der zeitgemäße Sinn von „guter Pflege“ stärker aus der eigenen Praxis heraus entwickelt und (re-)transformiert werden (Ammende 1996; Ebertz 1994).

<sup>11</sup> vgl. Gliederungspunkt 1.4 Theoretische Perspektiven zur Professionalisierung sozialer Berufe

Die durchaus konfliktreichen aber tragenden Zuwendungs- und Anerkennungsmuster in der Pflegedayde sind oftmals unspektakulär und wenig prestigeträchtig. Sie bleiben demzufolge auch schwer abrechenbar (vgl. Schmidtbauer 1992; 212 f). Dass die bescheidenen Intentionen und unbezahlbaren Elemente innerhalb bescheidener (semiprofessioneller) Professionen das Besondere und Stolze des Berufes ausmachen bzw. das Wesen des Berufes maßgeblich mit bestimmen, ist trotz aller damit verbunden Einschränkungen und Risiken ein zentrales Untersuchungsergebnis dieser Arbeit. In diesem Sinne könnte es über solche positiv identifizierten Kernelemente von Pflege auch zu einer Bewertungsverschiebung traditionell (belasteter) Tugenden kommen.

Mit Hilfe der vorliegenden Untersuchung werden Formen einer biografisch verankerten Fürsorge- und Gerechtigkeitsmoral aufgezeigt, die im Rahmen der Aus- und Fortbildung von Pflegekräften gezielt unterstützt bzw. zeitgemäß weiterentwickelt werden können. Komplementär dazu verstehe ich meine Untersuchung auch als einen kritischen Beitrag, in dem über die Rekonstruktion interaktiv tragender Pflegemuster auf die Verluste und Einengungen einer übermäßig ökonomisierten bzw. zeitlich verdichteten Pflege hingewiesen werden soll. Eine solche Kritik zielt auch auf (berufs-)politische Veränderungen. Damit verbunden bleibt der Appell, Spielräume und qualifikatorische Verengungen und Abstufungen in der Pflege nicht überzustrapazieren. Gute Pflege erfordert ein Mehr an finanziellen Mitteln sowie einen erweiterten rechtlichen Pflegerahmen. Eine Einengung auf starr definierte Dienstleistungen ist mit einem professionellen Pflegeverständnis schwer in Übereinstimmung zu bringen. Eine situative, an den Bedürfnissen des einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen angepasste Pflege lässt sich nur partiell in ein standardisiertes Bedürfnis- bzw. Pflegestufenraster pressen. Eine normativ festgelegte oder zu abstrakte Definition darüber, was ein richtiges oder gutes Leben unter den Bedingungen von Hilfe und Pflege ist, lässt sich nicht rechtfertigen.

Reflexiv durchgeformte und inhaltlich fundierte Füllungen und Vorstellungen von guter Pflege sind auch an ausreichende materielle und strukturelle Bedingungen geknüpft.

Bei aller Kritik an den sichtbaren Einengungen im ambulanten Pflegesektor, die uns umgebende Realsituation in der Pflege kann nicht losgelöst von wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wahrgenommen werden.

Behandlung und Pflege muss sich auch an den voraussichtlich zu erwartenden Folgen, bzw. dem Nutzen von Handlungen orientieren.

Das gesellschaftliche Mandat wägt zwischen individuellen Ansprüchen und gesellschaftlichen Gütern ab. Das Potential an vorhandenen Ressourcen führt zu Kosten-Nutzen-Kalkulationen von therapeutischen und präventiven Maßnahmen, die eine Bewertung unter ökonomischen Kriterien erzwingen. In diesem Sinne erscheint die im Ergebnisteil noch einmal explizit angebrachte Kritik an den einengenden ökonomischen Rahmenbedingungen in der Pflege möglicherweise auch überakzentuiert.

Im Kontext der biografieanalytisch nachweisbaren Anerkennungs- und Missachtungserfahrungen der interviewten Pflegekräfte zeigt sich eine kritische, mitunter überkritische Wahrnehmung von ökonomischen Rahmenbedingungen. Überkritisch deshalb, weil die moralischen Erwartungen den ökonomischen Versorgungsrahmen weitreichend überbieten oder sich z.T. übermächtig an eigenen biografischen Erfahrungen orientieren.

Die zwangsläufig stärkere Inblicknahme ökonomischer Rahmenbedingungen erfordert eine genauere Prüfung und Auffächerung des professionellen Selbstverständnisses bzw. des Berufsbildes in der Pflege. Ein aus diesem Kontext heraus entwickeltes Pflege- und Tätigkeitsverständnis ist vor dem Hintergrund eines traditionell anders gelagerten Grundverständnisses so (noch) nicht sichtbar.

Im Kontext von ganzheitlichen, am einzelnen Menschen ausgerichteten Pflegeleitbildern, sind die Verbindungen zu ökonomisch geprägten Leitbildern eher undeutlich oder nur sehr stark voneinander abgetrennt erkennbar. Die theoretischen Perspektiven zur Professionalisierung sozialer Berufe bieten nur bedingt eine begrifflich abgesteckte und argumentativ nachvollziehbare Verschränkung. Ökonomische bzw. betriebswirtschaftliche Verbindungen und Einordnungen

bleiben randständig, d.h. die nachvollziehbaren Grenzziehungen gegenüber der Ökonomie scheinen festgefügt. Personenbezogene Dienstleistungen bleiben aus einer professionssoziologischen Perspektive eher mit Widersprüchen, Ungewissheiten und Ineffizienz verbunden. Sie entziehen sich einer verstärkten materialisierenden Einordnung und Abstraktion. Vor diesem Hintergrund bleiben ethische Grundsätze und Grenzziehungen eine notwendige Handlungsgrundlage. Inwieweit ethische und ökonomische Kosten-Nutzen-Relationen wechselseitig integrierbar sind, muss situativ und anhand normativ unaufhebbarer Rahmungen entschieden werden (vgl. Remmers 1998; 306 f).

In der Tendenz nimmt die zeitliche Verdichtung und Verrechnung des pflegerischen Alltages zu. Innerhalb dieses Rahmens werden zunehmend auch qualifikatorische Abstufungen und damit verbundene Tätigkeitszuweisungen diskutiert und umgesetzt. Nur so sind scheinbar Einspar- und Deckelungseffekte möglich. Welche langfristigen Auswirkungen eine solche Entwicklung auf die Zufriedenheit der Hilfe- und Pflegebedürftigen und die beruflich Pflegenden in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen hat bleibt offen. Entlang dieser scheinbar unaufhaltsamen Entwicklung ist eine Wertediskussion darüber, was berufliche Pflege sein soll bzw. zeitgemäß leisten kann, unabdingbar. Bestehende Befürchtungen von einer wechselseitigen Aufzehrung von Werten erweisen sich perspektivisch betrachtet als eher kontraproduktiv.

Im Ergebnis der Untersuchung kann eine wesentliche Schnittstelle markiert werden. Die auf die Pflege ausgerichteten normativen Prägungen und subjektiven Orientierungen der beruflich Pflegenden sind einerseits stark von ganzheitlichen Leitbildern bzw. altruistisch motivierten Einstellungsmustern geprägt, andererseits gewinnen Kunden- und Rentabilitätsansprüche an Gewicht, d.h. müssen verstärkt in das berufliche Selbstverständnis integriert werden.

In diesem spannungsgeladenen Bereich sollte die empirische Suche nach Zusammenführungen und gelungenen Schnittstellen unbedingt weitergehen.

## VIII. Literaturverzeichnis

- Adalbert, E. (1995): Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozess der politischen Umsetzung, In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik 44 Jg. 95/2. Berlin
- Adorno, T. W. (!977): Ohne Leitbilder, In: Gesammelte Schriften Bd. 10-1. Frankfurt am Main
- Adorno, T. W. (1980): Negative Dialektik. Frankfurt am Main
- Adorno, T. W. (1981): Theorie der Halbbildung, In: Gesammelte Werke Bd. 8. Frankfurt am Main
- Adorno, T.W. (1971): Erziehung zur Mündigkeit: Vorträge und Gespräche mit Hellmut Becker 1959-1969. Frankfurt am Main
- Al-Barghouti, G. (1999): Älter werden in Deutschland. Eine Informationsreihe für ältere Türken, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit/ Jg.99/6. Weinheim
- Albertz, H. (1989): Nachdenken über das Alter. Reinbek bei Hamburg
- Alheit, P. (1989): Erzählform und „soziales Gedächtnis“, In: Alheit, P./ Hoerning, E.M. (Hrsg.): Biographisches Wissen. Beiträge zu einer Theorie lebensgeschichtlicher Erfahrung. Frankfurt am Main
- Alheit, P./ Dausien, B. (1985): Arbeitsleben. Eine qualitative Untersuchung von Arbeiterlebensgeschichten. Frankfurt am Main
- Ammende, M. (1996): Der Paradigmenwechsel in der Pflege, in: Pflege, Jg. 96/2. Bern
- Arend, A./Gastmans, C. (1996): Ethik für Pflegende. Bern
- Arendt, H. (1967): Vita activa. München
- Arendt, H. (1994): Vita activa. München
- Arets J.; Obex F. et al. (1997): Professionelle Pflege. Theoretische und Praktische Grundlagen (Band 1). Eicanos
- Arets, J. (1997): Professionelle Pflege. Göttingen
- Aristoteles (1985): Nikomachische Ethik (Hrsg. Bien, G.). Hamburg
- Arndt, M. (1996): Aus Fehlern Lernen, In: Pflege, Jg. 96/9. Bern
- Arndt, M./Bondolfi, A.(1996): Ein wissenschaftlicher Diskurs über Theorien der Moral und Ethik, In: Pflege, Jg. 96/1. Bern
- Arnold, K./Hoppe, B.(1994): Curriculumentwicklung und Professionalisierung . Frankfurt am Main
- Arnold; K/Hoppe; B (1994): Curriculumentwicklung und Professionalisierung. Frankfurt am Main
- Articus, S. (1986): Altenhilfe im Umbruch. Frankfurt am Main
- Articus/Karolus (1986): Altenhilfe im Umbruch, In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (Arbeitshilfen)/Jg.86/25. Weinheim
- Asam, W.H. (1992): Neue Alten-Politik. Sicherung der Pflege durch Sozialplanung. Freiburg im Breisgau.
- Axmacher, D. (1994): Pflegewissenschaft - Heimatverlust der Krankenpflege, In: Curriculumsentwicklung und Professionalisierung (Hg.; Karen, A. Hoppe, B.). Frankfurt am Main
- Backes, G. (1994): Balancen pflegender Frauen -zwischen traditioneller Solidaritätsform und modernen Lebensformen, In: Zeitschrift für Frauenforschung, H.3,-Jg. 12/94. Hannover/Bielefeld

- Backhaus-Maul (1996): Trägerkonkurrenz und Wirtschaftlichkeitsmaximen im Sozialsektor, In: Nachrichtendienst (NDV) des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 9/96. Frankfurt am Main
- Barkhold, C. (1999): Zum internationalen Jahr der Senioren: Muß Alter produktiv sein ?. Wiederverpflichtung der Alten als Legitimation für ihre überproportionale Existenz ?, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I Nr. 7/99. Weinheim
- Bartholomeycik, S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, B. et al. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim/ München
- Bartnitzke, K (1996): Altenpolitik in der EU, In: Sozialmagazin, Jg. 21/5. Weinheim
- Baumgartl, B. (1997): Altersbilder und Altenhilfe. Zum Wandel der Leitbilder von Altenhilfe seit 1950. Opladen
- Bäuml, I., Bäuml-Rossnagl, Anna, M. (1981): Didaktik des Krankenpflegeunterrichts. München/Wien/ Baltimore
- Beauvoir, S. (1972): Das Alter. Reinbeck bei Hamburg
- Beck- Gernsheim, E. (1981): Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt. Zur Ideologie und Realität von Frauenberufen. Frankfurt am Main/ New York
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main
- Beck, U. (1996): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main
- Beck, U.(1985): Von der Vergänglichkeit der Industriegesellschaft, In: Schmidt, T. (Hrsg.): Das pfeifende Schwein. Über weitergehende Interessen der Linken. Berlin
- Beck, U/ Giddens, A. et al (1996): Reflexive Modernisierung: eine Kontroverse. Frankfurt am Main
- Becker, H./ Lüdecke, H. (1978): Psychosomatische Medizin. Stuttgart
- Becker, H.S. (1960): Notes on the concept of Commitment; Uni of Chicago-Press, American journal of sociology. Chicago
- Becker, T. (1994): Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Beck-Gernsheim, E. (1991): Technik, Markt und Moral: über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Frankfurt am Main
- Beck-Gernsheim, E. (1993): Familie und Alter: Neue Herausforderungen, Chancen, Konflikte, In: Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen
- Beck-Gernsheim, E. (1994): Auf dem Weg in die postfamiliale Familie – Von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandtschaft, In: Beck, U.; Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main
- Behre, R. (1950): Die Krankenschwester als Krankenpflegerin und Assistentin des Arztes, In: Heilberufe Jg.50/2. Berlin
- Behrens, J./Voges, A. (1996): Kritische Übergänge. Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierungen. Frankfurt am Main
- Benesch, J. (1995): Atlas Psychologie ( Bd. 1 und 2). München
- Benner Carson, V. (1989): Nursing Science ans Service, A historical perspective, In: Benner Carson, V.: Spirituell dimensions of nursing practice. London
- Benner, P. (1997): Stufen zur Pflegekompetenz. Bern
- Berger, P./Luckmann, T.(1992): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main
- Bergman, I (1996): Sonntagskinder. Köln
- Bischoff, L.(1984): Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main
- Bloch, E. (1996): Tübinger Einleitung. Frankfurt am Main
- Blonski , H. (2001): Ethik , In: Gerontologie und Altenpflege –Jg. 01/ 14. Stuttgart

- Blum, M. (1997): Störungen und Klärungen, In: Altenpflege- Jg. 97/6. Hannover
- Blumer, H. (1973): Der methodische Standort des Symbolischen Interaktionismus, In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.)/ Bd. 1. Opladen
- Böhm, E. (1994): Alte verstehen. Grundlage und Praxis der Pflegediagnose. Bonn
- Bohnsack, R. (1993): Rekonstruktive Sozialforschung. Opladen
- Bondolfi, A. (1996): Moralisch Handeln in der Pflege, In: Pflege Jg.96/1. Bern
- Bourdieu, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Frankfurt am Main
- Brandenburg, H.(1998): Welche Faktoren beeinflussen die Nutzung sozialer Dienste bei älteren Menschen, In: Pflege Jg. 98/3. Bern
- Brandt, F.; Göpfert -Divivier, W: (1988): Sozialstationen an der Schwelle eines neuen Entwicklungsabschnittes?; In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, H.10/ Jg. 88. Weinheim
- Braun, H. (1992): Spannungsfeld Vernetzung: Altenarbeit zwischen Egoismen und Kooperation. Regensburg
- Braun, H./Klie, T u.a. (1994) : Zukunft der Pflege. Melsungen
- Brechmann, T./Wallrafen-Dreisow, A. (1990): Ambulante Altenhilfe. Hannover
- Broch, T. (1994): Positionierung in der Öffentlichkeitsarbeit. In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Brose, G./Wohlrab-Sahr, M./Corsten, M (1993): Soziale Zeit und Biographie. Opladen
- Brumlik, M. (1992): Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe, Bielefeld
- Brunkhorst, H. (1996): Solidarität unter Fremden. In; Combe, A./Helsper, W.: Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main
- Buber, M. (1984): Das dialogische Prinzip. Heidelberg
- Buber, M. (1992): Das dialogische Prinzip. Heidelberg
- Büker, H.-J. (1992): Altenpflege als Beruf. Hannover
- Bundesministerium für Familie und Senioren (1994): Praxishandbuch für Seniorenbüros. Materialien zum Modellprogramm Seniorenbüros (Bd.4). Bonn
- Busche-Baumann, M., Mane, G., Dursun, T. (1999): Zum internationalen Jahr der Senioren. Altern in der zweiten Heimat-Handlungsansätze und Interventionen, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I Nr.6/99. Weinheim
- Büssing; A. (1995): Sozialverträgliche Arbeitszeitgestaltung. München
- Camus, A. (1996): Der Mythos von Sysyphos. Hamburg
- Canetti, E. (1999): Masse und Macht. Frankfurt am Main
- Capra, F. (1991): Wendezeit. München
- Ciompi, L. (1988): Außenwelt – Innenwelt. Göttingen
- Clewe v. I. (1996): Die Zukunft der Pflege, ein Weg in die Vergangenheit, In: Altenpflege Jg.96/4. Hannover
- Coenen, H. (1985): Diesseits von subjektiven Sinn und kollektiven Zwang. München
- Combe A./Helsper, W. (1996): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main
- Dahrendorf, R. (1963): Die angewandte Aufklärung: Gesellschaftlich und Soziologie in Amerika. München
- Damkowski, W. (1997): Ambulante Pflegedienste: Veränderungen wahrnehmen, Ideen umsetzen. Hannover
- Damkowski, W.; Görres, S.; Luckey, K. (1988): Sozialstationen. Konzept und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung. Frankfurt/New York
- Danner, H. (1989): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik: Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. München
- David, H. (1987): Medizinisches Taschenlexikon. Berlin

- Dewe, B. (1996): Das Professionswissen von Weiterbildungern: Klientenbezug – Fachbezug, In: Combe, A./ Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main
- Dewe, B./ Ferchhoff, W./ Radtke, F.-O.(1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen
- Dewe, B./Otto, H.-U (1987): Professionalisierung, In: Eyferth u.a. (Hrsg.), Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied/ Darmstadt
- Dielmann, G. (1991): Vorschläge zur Neuordnung des Qualifizierungssystems der Altenpflege, In: Rabe-Kleberg u.a. (Hrsg.), Pro-Person. Bielefeld
- Dießenbacher, H./Schüller, K. (1993): Gewalt im Altenheim. Eine Analyse von Gerichtsakten. Freiburg im Breisgau
- Dietrich, H. (2000); Reform der Altenpflegeausbildung: „Noch viele Wünsche offen“; 50, In: KDA-Pro/1/2000-33 Jg. Köln
- Döbert, R./ Nunner, G. (1978): Performanzbestimmende Aspekte des moralischen Bewusstseins, In: Portele, G. (Hrsg.): Sozialisation und Moral. Neuere Ansätze zur moralischen Entwicklung und Erziehung. Weinheim/Basel
- Dörner, K. /Plog, U. (1992): Irren ist menschlich. Bonn
- Dornier, P.(1989): Angebot und Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahr 2010. BMAS, Reihe Gesundheitsforschung Nr. 188. Köln/Friedrichshafen
- Drawe-Meyer, K. (1990): Illusion von Autonomie. München
- Drerup, E. (1997): Modelle der Krankenpflege. Freiburg im Breisgau
- Dreyhaupt, A. (1993). Wege ins Alten- und Pflegeheim. Stuttgart
- Drinkhut, G. (1995): Altenpflege in der Krise, In: Altenpflege 7/95. Hannover
- Dunkel, W. (1994): Pflegearbeit-Alltagsarbeit. Freiburg im Breisgau
- Dünner, A./Gebhard, W. (1994): Standort und Stellenwert der Caritas in einer sich wandelnden und sich verändernden Welt, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Ebeling, G.(1986): Dogmatik des christlichen Glaubens (Bd 3). Berlin
- Ebertz, M. (1994): Leitbilder katholischer Krankenhäuser, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Eisenbart, A. (2000): Strukturwandel im ambulanten Pflegesektor (Diplomarbeit), In: „thema“. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg). Köln
- Elias, N. (1998): Über den Prozess der Zivilisation (Bd 1-2). Frankfurt am Main
- Elsbernd, A. (2000): Pflegesituationen: bedeutsame Elemente und Gestaltungsmöglichkeiten. Bern
- Entzian, H. (1999): Altenpflege zeigt Profil. Weinheim-Basel
- Erlemeiere, N. et al. (1997): Altersbilder von Fachkräften in der Altenpflege, In: Pflege 97/10. Bern
- Erpenbeck, J. (2003): Handbuch Kompetenzmessung : erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart
- Eschmann, P./ Kocher, G./ Spescha, E. (1996): Ambulante Krankenpflege. Spitex-Handbuch. Bern
- Etzioni, A. (1996): Die faire Gesellschaft. Frankfurt am Main
- Fawcett, J. (1996): Pflegemodelle im Überblick. Bern
- Fawcett, J. (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege in Überblick. Bern
- Ferchhoff, W./Kurz, T. (1998): Professionalisierungstendenzen in der Sozialen Arbeit, In: Neue Praxis 1/Jg. 98. Neuwied
- Fink, U. (1988): Der neue Generationsvertrag. Ich für Dich. Die Zukunft der sozialen Dienste. München
- Fischer, M. (1985): Differentielle Wissensfelder/ Einheitlicher Vernunfttraum. Über Husserls Begriff der Einstellung. München

- Fischer, M. (1985): *Differente Wissensfelder/Einheitlicher Vernunfttraum (Über Husserls Begriff der Einstellung)*. München
- Fosbinder, D.(1994): *Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence*. Journal of Avanced Nursing. London
- Foucault, M. (2002): *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt am Main
- Frank, M. (1993): *Das Sagbare und das Unsagbare*. Frankfurt am Main
- Frerichs, F./Naegle, G.(1999): *Offene Altenarbeit-ein vernachlässigter Bereich der Altenpolitik in Deutschland*, in: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I Nr.5/99*. Hannover
- Freud, S. (1985): *Abriss der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main
- Frommer, J. (1996): *Qualitative Diagnoseforschung: inhaltsanalytische Untersuchungen zum psychotherapeutischen Erstgespräch*. Berlin
- Frommer, J. (2000); *Psychoanalytische und soziologische Aspekte personalen Identitätswandel im vereinten Deutschland*, In: *ZBBS Heft 2/2000*. Leverkusen
- Fuchs, H.-J./Petermann, E. (1991): *Bildungspolitik in der DDR 1966-1990*. Berlin
- Fühmann, F. (1986): *Essays; Gespräche; Aufsätze*. Rostock
- Fürst, W. (1994): *Hierarchie oder Volk Gottes. Wer ist das Subjekt kirchlicher Caritas?*, In: *Zeit für ein Leitbild*. Freiburg im Breisgau
- Gabriel, K. (1994): *Optionen der verbandlichen Caritas im Wandel der sozialstaatlich organisierten Gesellschaft*, In: *Zeit für ein Leitbild*. Freiburg im Breisgau
- Gabriel, O-W.(1997): *Politische Orientierungen und Verhaltensweisen im vereinigten Deutschland*. Opladen
- Gadamer, H.-G. (2002): *Im Gespräch*. München
- Garms-Homolova, V. (1992): *Versorgung alter Menschen: Sozialstationen zwischen wachsenden Bedarf und Restriktionen*. Freiburg im Breisgau
- Garms-Homolova, V./Schaeffer, D.(1992): *Sozialstationen zwischen wachsenden Bedarf und Restriktionen*. Freiburg im Breisgau
- Gaschke, S. (2006): *Warum Helfer helfen*, In: *Die ZEIT/ Nr.18/06*. Hamburg
- Gehring, S. (1951): *Zur Neuordnung der Ausbildung in der Krankenpflege*, In: *Heilberufe Jg.51/2*. Berlin
- Geisler; H (1991): *Aktuelle Bestandsaufnahme in den neuen Bundesländern*, In: *Die Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger der sozialen Arbeit in den neuen Bundesländern: Dokumentation einer Fachtagung des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge am 13/14 November 1991 in Dresden*. Frankfurt am Main
- Giddens, A.(1999): *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt am Main
- Gielen, E. (1994): *Caritas Leitbilder in Europa*, In: *Zeit für ein Leitbild*. Freiburg im Breisgau
- Giesen, B./Leggewie, C. (1991): *Experiment Vereinigung: ein sozialer Großversuch*. Berlin
- Glaser, J. /Brüsing, A. (1996): *Ganzheitliche Pflege-Präzisierung und Umsetzungschancen*, In: *Pflege Jg.96/3*. Bern
- Glomb, E. (1990): *Krankenpflege in der häuslichen Betreuung aus der Sicht der WHO*, In: *Heilberufe 42/90 -Heft 11*. Berlin
- Glomb, E.(1990): *Krankenpflege in der häuslichen Betreuung aus der Sicht der WHO*, In: *Heilberufe 42/ Jg. 90 -Heft 11*. Berlin
- Goffmann, E. (1973): *Asyle.- Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main
- Goffmann, E. (1977): *Rahmenanalyse*. Frankfurt am Main
- Gogol, N. (2002): *Die toten Seelen*. Düsseldorf
- Gohde, J. (1996): *Marktorientierung und Wettbewerb als Herausforderung für die Pflegedienste der Diakonie*. in: *Vortrag in der Dokumentation des 3.Ev.Symposiums für*

- ambulante sozialpflegerische Dienste, am 7.Mai 1996 in Mainz/ Hrsg.- DW der EKD. Stuttgart
- Goldhahn, I. (1976): 1 x 1 der Krankenschwester. Leipzig
  - Greb, U. (1997): Das Metaparadigma der Krankenpflege, In: Mabuse-Jg.97/3. Frankfurt am Main
  - Grunert, C. (1999): Vom Pionier zum Diplom-Pädagogen. Lebensgeschichten und Berufsperspektiven von ostdeutschen Studierenden im Diplomstudiengang Erziehungswissenschaft (Forschung Erziehungswissenschaft/ Band 57). Opladen.
  - Habermas, J. (1985): Die neue Unübersichtlichkeit. Frankfurt am Main
  - Habermas, J. (1988): Theorie des kommunikativen Handelns (Bd. I u. II.). Frankfurt am Main
  - Habermas, J. (1990): Strukturwandel der Öffentlichkeit, Frankfurt am Main
  - Habermas, J. (1995): Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt am Main
  - Habermas, J. (2001): Friedenspreis des Deutschen Buchhandels. Frankfurt am Main
  - Haferkamp, H. (1993): Soziologie der Herrschaft. Opladen
  - Hahn -Walczak, B. (1980): Zum Einfluß der Hospitalisierung auf die Rehabilitation psychisch, kranker Menschen (Dissertation). Giesen
  - Hammer, E. (1995): Altenhilfe zwischen Pflege und Sozialarbeit. Qualifikationsanforderungen an die Sozialarbeit in der Altenhilfe, In: Sozialmagazin Jg. 20/ 5. Weinheim
  - Handwerk, B./Schuster, M. (1990): Miteinander-Füreinander. Die Volkssolidarität 1990 e.V. Halle. Eine Dokumentation; 2-13. Halle
  - Harre, E. (1995): Stiefkind im Ausbildungsplan, In: Altenpflege 95/5. Hannover
  - Harre, E. (1995): Stiefkind im Ausbildungsplan, In: Altenpflege Jg. 95/5. Hannover
  - Harris, T.A. (2002): Ich bin o.k./ Du bist o.k.. Eine Einführung in die Transaktionsanalyse. Reinbek bei Hamburg
  - Hauch-Fleck, M.-L. (1996): Pflege als Glücksspiel, In: Die Zeit -Jg. 45/1. Hamburg
  - Hegenbart, R. (1984): Wörterbuch der Philosophie. München
  - Heidegger, M. (1992): Was heißt Denken ?. Stuttgart
  - Heinze, R.G./Naegle, G. et al (1996): Soziale Dienste unter Modernisierungsdruck: Neue Bedarfe und Entwicklungstrends im Altenbereich, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29/96. Darmstadt
  - Heinzmann, R. (1994): Handlungsstrukturen und Zukunftsperspektiven. Das Leitbild der Caritas Gemeinschaft, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
  - Heisterkamp, B/ Pfäfflin-Wagne,U./ Stempfle, E.-V.- O. (1994): Ein Modell der Altenpflege,
  - In: Curriculumentwicklung und Professionalisierung (Hrsg. Arnold, K./ Hoppe, B. (1994): Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt am Main
  - Hempel, H.-C. (1957): Die Ausbildung der Säuglingspflegerin und ihre Tätigkeit in Krippen und Heimen, In: Heilberufe Jg. 56/7. Berlin
  - Henderson, V. (1957): Das Wesen der Pflege, In: Schaeffer, D., Moers, M. et al. (Hrsg.): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Bern
  - Henderson, V.(1977): Grundregeln der Krankenpflege. Genf
  - Hennig, A./ Kaluza, J. (1994): Pflege in den neuen Ländern, In: Heilberufe 46 (1994), Heft 11. München
  - Hennig, A./Kaluza, J. (1994): Pflegepersonalnotstand ? Personalrekrutierung im Pflegedienst der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt unter veränderten Vorzeichen. Branchenbericht. Unveröffentlichtes Manuskript bei der Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern e.V. (KSPW). Halle

- Hennig, A./Kaluzka, J. (1995): Krankenschwester Ost. Die Arbeitswelt des Pflegepersonals nach der Einheit. Eine empirische Untersuchung. Berlin
- Hennig, A./Kaluzka, J. (1995): Krankenschwester Ost. Die Arbeitswelt des Pflegepersonals nach der Einheit. Eine empirische Untersuchung. Berlin
- Henning, Anita/Kaluzka, Jens (1994): Pflege in den neuen Bundesländern, In: Heilberufe Jg.95/46. München
- Henning, R. (1994): Wie kirchlich darf's denn sein?, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Heusinger, H./Gürtler (1988): Recht und medizinische Betreuung. Berlin
- Hilbig, W. (1979): Abwesenheit. Frankfurt am Main
- Hillebrand, Ronny/Kinder, Daniela (1992): Gespräch zum 100.Geburtstag, In: 100 Jahre St. Elisabeth-Krankenhaus Halle/Saale, 1897- 1992 (Festschrift). Halle/Saale
- Hochschild, A.-R (1990): Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt am Main/ New York
- Hochschild, A.-R (2002): Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet. Opladen
- Höfer, W. (1949): Das ärztliche Hilfspersonal in Tuberkulosestätten, In: Heilberufe Jg.49/1. Berlin
- Hoerning, E. (1999): Gemeinwohlorientierung im staatssozialistischen System der DDR / Arbeitspapier zum Workshop des Arbeitskreises „Professionelles Handeln“ am 18/19 November 1999. Universität Witten-Herdecke
- Hoerning, E. (1999): Gemeinwohlorientierung im staatssozialistischen System der DDR / Arbeitspapier zum Workshop des Arbeitskreises „Professionelles Handeln“ am 18/19. November 1999. Universität Witten-Herdecke
- Hoerning, E. (2001):.Aufzeichnungen zum materialbezogenen Workshop an der MLU-Halle/Fachbereich Erziehungswissenschaften /11./12. Mai 2001. Halle an der Saale
- Höffe, O: (1985): Klassiker der Philosophie (Bd. I u. II). München
- Hoffmann-Richter, U. (1995): Das Verschwinden der Biographie in der Krankengeschichte. Eine biographische Skizze, In: BIOS 2/95 (8.Jg.). Wiesbaden
- Holtfreter, U. (1999), Das Kulturgut des deutschen Volkes erhalten. Zur Integration von Aussiedlern, In: Sozialmagazin 24 Jg./ 4. Weinheim
- Honecker, M (1990):. Einführung in die Theologische Ethik, Grundlagen und Grundbegriffe. Berlin/New York
- Honneth, A. (1992): Kampf um Anerkennung. Frankfurt am Main
- Horster, D. (1991): Jürgen Habermas. Stuttgart
- Hörster, R (1995): Bildung, In: H.-H. Krüger/W. Helsper (Hrsg.): Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. Opladen
- Hörster, R. (1995): Pädagogisches Handeln, In: H.-H. Krüger/W. Helsper (Hrsg.): Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. Opladen
- Horst-Peter Wolff; Jutta Wolff: Die Berufs- und Ausbildungswege der Krankenpflege in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik von 1949 bis 1989; In: Pflege (Bd 7)-Jg 94/2. Zürich
- Hummel, K. (1988): Öffnet die Altenheime. Weinheim/ Basel
- Hummel, K. (1991): Krieg am Ende des Lebens ?. Skeptische Fragen zur Entwicklung der Altenhilfe, In: Altenhilfe auf der Suche nach Visionen. Frankfurt am Main
- Hüngs, F.-J. (1994): Proprium, wie macht man das?, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Hürdenlauf zum/zur staatlich anerkannten Altenpfleger/in- in Hoffbauer-Stiftung: Seit 20 Jahren Ausbildungsort für soziale Berufe. Der Weg vom Diakonischen Geriatrie-Pfleger zum staatlich anerkannten Altenpfleger/Festschrift 1998 (Autor unbekannt). Potsdam

- Hüttenbrink, J. (1993): Fragen zur Sozialhilfe. München
- Igl, G. (2002): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart
- Imhof, A.-E. (1988): Reife des Lebens. München
- Jäger, H. (1996): Diskursanalytische Methoden. In: Hierdeis, H./ Hug, T. (Hrsg.): Taschenbuch der Pädagogik (Bd.2). Hohengehren
- Janke, W. (1982): Existenzphilosophie. Berlin
- Jaspers, K. (1971): Einführung in die Philosophie. München
- Jenrich, H. (1996): Eine Moschee in Richtung Mekka, In: Altenpflege 4/96. Hannover
- Jonas, H. (1984): Das Prinzip Verantwortung. Frankfurt am Main
- Jonas, H. (1987): Der Gottesbegriff nach Auschwitz. Baden-Baden
- Juchli, L. (1973): Alt werden -alt sein. Stuttgart
- Juchli, L. (1991): Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart
- Juchli, L. (1993): Ganzheitliche Pflege. Vision oder Wirklichkeit. Basel
- Jurcyk, K./Rerrich, M.S. (1995): Die Arbeit des Alltags: Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung. Opladen
- Kallmeyer, W.; Schütze, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung, In: Wegner, D. (Hrsg.): Gesprächsanalysen. Hamburg
- Kambach, H.-R. (1964): Unter uns gesagt !, In: Heilberufe Jg. 64/15. Berlin
- Kant, I. (1999): Was ist Aufklärung ?, In: Brandt, H.-D. (Hrsg.): Ausgewählte kleine Schriften. Hamburg
- Käppeli, S. (2001): Mit-Leiden – eine vergessene Tradition der Pflege ?, In: Pflege 2001/ 14. Bern
- Karl, F. (1990): Neue Wege in der sozialen Altenarbeit. Freiburg im Breisgau
- Karotsch, D. (1995): Pflegequalität heute und morgen, In: Altenpflege Jg. 95/7. Hannover
- Karsten, M-E. et al: (1999): Entwicklung des Qualifikations- und Arbeitskräftebedarfs in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Berlin
- Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur Heiligen Elisabeth (1997): Leitlinien für das St. Elisabeth-Krankenhaus in Halle/Saale/ Leipzig
- Keck, W. (1992): Manchmal fehlt es einfach an Kraft, In: Forum Sozialstation Nr. 60/92. Stuttgart
- Keim, M.: Prüfsteine für Toleranz, In: Altenpflege –Jg.96/4. Hannover
- Keip, F. (1958): Die zehn Gebote der sozialistischen Ethik und Moral und unser Heilhilfspersonal, In: Heilberufe Jg. 58/9. Berlin
- Keller, R. (1979): Diskursanalyse, In: Hitzler, R./Horner, A. (Hrsg): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen
- Kempe, P. & Closs, Chr. (1984): Bedeutung und Hintergrund altruistischer Motivationen in der Altenpflege, In: Altenheim -12/ Jg. 84. Hannover
- Kesselring, A. (1996): Die Lebenswelt der Patienten. Bern
- Kiergekaard, S. (1990). Entweder-Oder. München
- King, A/Chamberlayne, P.(1995): Public and Private Relations of Welfare in East and West Germany. London
- Kiss, G. (1977): Einführung in die soziologischen Theorien (Bd. II). Opladen
- Kleinstück, B. et al (1995): Entwicklung der Kranken- und Altenpflege in den neuen Bundesländern: Auswirkungen sozialpolitischer Anpassungsprozesse auf Pflegebeschäftigte (KSPW). Halle/ Saale
- Klemperer, V. (1982): LTI. Leipzig
- Klie, T. (1995): Pflegeversicherung. Hannover
- Klie, T. (1996): Eine ungewisse Zukunft, In: Altenpflege -Jg. 96/2. Hannover

- Klie, T. (1996): Recht der Altenhilfe. Hannover
- Klie, T. (1998): Pflege im sozialen Wandel. Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation Pflegebedürftiger, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie – Jg.98/6. Darmstadt
- Klie, T. (1999): Kundenorientierung, In: Soziale Arbeit -I/ Jg. 99. Berlin
- Klie, T.; Schmid, R. (1999): Das PVG ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein Erfolg- allerdings besteht Reformbedarf, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit I/ Nr.2/ Jg. 99. Weinheim
- Klie; T.(1998): Pflege im sozialen Wandel, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Jg. 98/6. Darmstadt
- Klier, F. (1990): Lüg Vaterland. Erziehung in der DDR. München
- Klindt, K.-M. (1996): Es gibt kein -immer schon- in der Pflege, In: Pflegezeitschrift -Jg. 96/2. Hannover
- Klingenberger, H. (1996): Paradigmen der Altenhilfe, In: Pflege -Bd. 9/1. Bern
- Kloos, B. (1994): Fremdbild und Eigenbild der Caritas, Brauchen wir für unsere Arbeit ein Leitbild?; In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Klose, H.-U. (1993): Altern der Gesellschaft. Antworten auf den demografischen Wandel. Köln
- Klüber, F. (1963): Katholische Soziallehre, In: Karrenberg, F.(Hrsg.): Evangelisches Soziallexikon. Stuttgart
- Knabe, H. (1976): Der Arzt auf dem Lande und seine Helfer. (Ost-)Berlin
- Knabe, H. (1976): Der Arzt auf dem Lande und seine Helfer. (Ost-)Berlin
- Knobling, C. (1985): Konfliktsituationen im Altenheim. Freiburg im Breisgau
- Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Bern
- Kohli, M. (2001): Die zweite Lebenshälfte: gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters -Survey Wiesbaden
- Kohnert, R. (1992): Ambulante Altenbetreuung, Neue Entwicklungen in der Altenhilfe, Frankfurt am Main
- Kollmorgen, R. (2005): Ostdeutschland: Beobachtungen einer Übergangs- und Teilgesellschaft. Wiesbaden
- Kondratowitz, H.-J. (1988): Zumindest organisch erfaßt. Die Älteren in der DDR zwischen Veteranenpathos und Geborgenheitsbeschwörung, In: Glaebner, G.-J. (Hrsg.). Die DDR in der Ära Honecker. Opladen 1988
- Korte/Schäfers (1992): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen
- Köther, I./Gnam, E.(1995): Altenpflege in Ausbildung und Praxis. Stuttgart- New York
- Kreckel, R. (1997): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Frankfurt am Main
- Kreckel, R. (1992): Soziale Ungleichheit. Frankfurt am Main
- Kreis, N. (2000): Pflege als Kunst (unveröffentlichter Manuskript im Besitz des Verfassers). Halle an der Saale
- Kreis, N./ Schilling, T. (1996): Handlungsstrukturen in der stationären Altenhilfe. (unveröffentlichter Projektbericht). MLU Halle-Wittenberg
- Kreis, N: (1997): Berufsrecht Altenpflege (Rechtsarbeit/ Fachbereich - Erziehungswissenschaften). MLU Halle-Wittenberg
- Krohwinkel, M. (1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Baden-Baden
- Krohwinkel, M.(1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken: eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich - rehabilitierender Prozesspflege (Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit Nr. 16). Baden-Baden
- Krüger, H-H./ Helsper, W. (1995): Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. Opladen

- Kubisch, A. (1958): Erste Zentrale Tagung der Berliner Schwestern, In: Heilberufe Jg. 58/10. Berlin
- Kübler-Ross, E. (1969): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart
- Kudera, W. (1993): Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung. Opladen
- Kudera, W. (1995): Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung. Opladen
- Kuhlenkampff, J.: David Hume, In: Höffe, O. (1985): Klassiker der Philosophie (Bd. I u. II). München
- Kunze, S. (1995): Entwicklung von Sozialstationen im Rahmen des sozialen Wandels in den neuen Bundesländern am Beispiel des Freistaates Sachsen (KSPW). Halle
- Kunzmann, P./Burkhard, F.-P./Wiedmann, F. (1993): Atlas zur Philosophie: München
- Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.(1999): Für eine menschenwürdige Pflege, Memorandum der Aktion gegen Gewalt in der Pflege. Bonn
- Lamnek, S. (1993): Qualitative Sozialforschung ( Bd. 1 u. 2). Weinheim
- Legewie, C. (1991): Feldforschung und teilnehmende Beobachtung, In: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch qualitative Methoden. München
- Lehr, U. (1991): Aktuelle Fragen der Altenhilfe, In: Altenhilfe auf der Suche nach Visionen, Frankfurt am Main
- Lehr, U. (1991): Psychologie des Alters. Heidelberg-Wiesbaden
- Leitner, U. (1986): Entwicklungslinien in der Geschichte institutioneller Versorgung alter Menschen in Deutschland, In: Articus, S (Hrsg.): Altenhilfe im Umbruch. Frankfurt am Main
- Lepsius, R.- M. (1991): Ein unbekanntes Land. Plädoyer für soziologische Neugierde, In: Giesen, B.; Leggewie, C. (Hrsg.): Experiment Vereinigung. Ein sozialer Großversuch. Berlin
- Liebau, E. (1997): Das Generationsverhältnis- über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft. Weinheim
- Liebe, S.(1957): Die Säuglings- und Kinderkrankenschwester, In: Heilberufe Jg.57/8; 245-251. Berlin
- Lippitz, W. (1993): Phänomenologische Studien in der Pädagogik. Weinheim
- Lux, U. (1995): Satt, sauber, total erfaßt ?, In: Altenpflege Jg. 95/12. Hannover
- Maaz, H-J. (1991): Der Gefühlsstau. Berlin
- Maaz, H-J. (1992): Die Entrüstung. Berlin
- Mann, T. (1993): Romane und Erzählungen. Stuttgart
- Mannheim, K. (1995): Ideologie und Utopie. Frankfurt am Main
- Mannheim, K. (1995): Ideologie und Utopie. Frankfurt am Main
- Marcuse, H. (1979): Der eindimensionale Mensch. Darmstadt/Neuwied
- Marotzki, W. (1995): Forschungsmethoden in der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung, In: Krüger, H.-H. / Marotzki, W. (Hrsg.): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen
- Marriner Tomey, A.(1992): Pflgetheoretikerinnen und ihr Werk. Basel
- Martin, E./ Junod J. P. (1986): Die Krankenpflege in der Geriatrie. Bern - Stuttgart - Toronto
- Marx, K. (1921): Das Elend der Philosophie. Stuttgart-Berlin
- Maurus, A./Brater, M. (1996): Glaubensbekenntnisse oder leere Hülle?. Leitbildentwicklung in Einrichtungen der Altenpflege, In: Altenpflege Jg.96/7. Hannover
- Mayer-Kriechbau, Waltraud (1996): Altenpflegeausbildung und Pflegeversicherung, In: Ev. Impulse, Jg. 18/4. Stuttgart
- Mayring, P. (1993): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim
- Mennemann, H./Ribbert-Elias, J. (1999): Ambulante Soziale Arbeit mit alten Menschen, In: Soziale Arbeit Jg. 99/7. Berlin
- Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin

- Meska; D. (1967): Patientengespräch, In: Heilberufe Jg.67/18. Berlin
- Meyer-Drawe, K. (1990): Illusion von Autonomie. München
- Mill, J.-S. (1991): Der Utilitarismus. Stuttgart
- Mischler, E. (1994): Aus: Führung und Organisation in der Spitex (Band 4)/ Hrsg. Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen (IfG) Aarau und Interdisziplinäres Bildungszentrum (ISB). Zürich
- Mitchel, P. (1983): Grundlegende sykepleie (Bd. 1). Oslo
- Mollenhauer, K. (1987): Die Ursprünge der Sozialpädagogik. Weinheim-Basel-Belz
- Müller, A. W. (1988): Was taugt die Tugend. Elemente einer Ethik des guten Lebens. Stuttgart-Berlin-Köln
- Müller, B./Thiersch, H.(1990): Gerechtigkeit und Selbstverwirklichung. Freiburg im Breisgau
- Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle
- Müller, H. (1961): Was kann eine Schwester zur Gesundung des Kranken beitragen ?, In: Heilberufe Jg. 61/12. Berlin
- Müller, I.- H. (1985): Bedürfnisse (Stichwort in Staatslexikon/ Bd. 1). Freiburg –Basel-Wien
- Musil, R. (1989): Der Mann ohne Eigenschaften. Reinbek bei Hamburg
- Nagel, T.(1998): Die Möglichkeit des Altruismus. Bodenheim bei Mainz
- Nagel, U (1997): Der diplomatische Weg. Erfolgsbedingungen erwachsenenpädagogischen Handelns im Wirtschaftsbetrieb, In: Nittel, D./Maraotzki, W. (Hrsg.): Berufslaufbahn und biographische Lernstrategien. Hohengehren
- Nägele, G./Tews, H.-P.(1993): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft, Folgen für die Politik. Opladen
- Narten, R. (1991): Wohnbiographien als Grundlagen einer bedürfnisgerechten Wohnraumplanung. Köln
- Neckel, S. (1991): Status und Scham. Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit. Frankfurt am Main
- Neubert, E. (1996): Gründlich ausgetrieben. Eine Studie zum Profil und zur psychosozialen, kulturellen und religiösen Situation von Konfessionslosigkeit in Ostdeutschland und den Voraussetzungen kirchlicher Arbeit (Mission), Begegnungen 13. Berlin
- Niethammer, L; Plato v. A.; Wierling, D. (1991): Die volkseigene Erfahrung. Eine Archäologie des Lebens in der Industrieprovinz der DDR. Berlin
- Nietzsche, F. (1997): Also sprach Zarathustra. Frankfurt am Main
- Nietzsche, F.(1999): Zur Genealogie der Moral, In: Werke (Zweitausendeins). Frankfurt am Main
- Nittel, D. (1997): Von der Kreissäge zur Weiterbildung eines Großkonzerns- das berufsbiographische Portrait eines (un)gewöhnlichen Erwachsenenbildners, In: Nittel, D./Maraotzki, W. (Hrsg.): Berufslaufbahn und biographische Lernstrategien. Hohengehren
- Nittel, D. (2000): Von der Mission zur Profession?: Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung. Bielefeld
- Nooteboom, C (2001): Allerseelen. Frankfurt am Main
- Noti, O. (1994): Das neue Leitbild der Caritas, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Nowak, K. (1986): Die Kirchen und das - Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14 Juli 1933 -, In: Fröhlich Helfen. Berlin
- Oerter/Montada (1987): Entwicklungspsychologie. Weinheim
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, In: Combe, A./ Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main

- Offe, C. (1984): Arbeitsgesellschaft, Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven. Frankfurt am Main
- Offe, C. (1984): Arbeitsgesellschaft, Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven., Frankfurt am Main
- Offe, C. (1988): Das Wachstum der Dienstleistungsarbeit. In: Olk, F.-Th./ Otto, U. (Hrsg.): Soziale Dienste im Wandel (Bd.1). Neuwied
- Offe, C.(1994): Der Tunnel am Ende des Lichts: Erkundigungen der politischen Transformation im Neuen Osten. Frankfurt am Main
- Ohnmacht, B. (1990): Ausgewählte Diskussionsbeiträge auf der Nationalen Gesundheitskonferenz. -Zur Arbeit einer Gemeindegeschwester-, In: Heilberufe Jg. 90/42 /Beilage Heft 1. Berlin
- Ohnmacht, B. (1990): Zur Arbeit einer Gemeindegeschwester (XI). Ausgewählte Diskussionsbeiträge auf der Nationalen Gesundheitskonferenz, In: Heilberufe 42/ 90-Beilage Heft 1. Berlin
- Olbrich, C.(1999): Pflegekompetenz. Bern
- Olk, T. (1986): Abschied von Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Weinheim-München
- Olk, T/ /Pabst, S (1997): Die Wohlfahrtsverbände, In: Gabriel, O-W.(Hrsg.): Politische Orientierungen und Verhaltensweisen im vereinigten Deutschland. Opladen
- Orem, D. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin
- Oster, H. (1987): Kinderheilkunde. Berlin-Köln-Mainz
- Ostner, I./Beck-Gernsheim, E. (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt am Main
- Paris, H. (1993): Diva in grau. Halle an der Saale
- Parsons, T. (1951): The Social System. New York.
- Parsons, T. (1968): "Professions",. In: Sills, D. (ed.): International Encyclopedia of the Social Sciences, vol. 12. New York
- Parsons, T. (1985): Das System moderner Gesellschaften. Weinheim-München
- Parsons, T. (1996): Das System moderner Gesellschaften. Weinheim
- Pflege braucht Eliten (1993): Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege, Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.). Gerlingen
- Pflege in der DDR. Seit der Grenzöffnung herrscht absolute Krisensituation; In: Forum Sozialstation Nr.50/Frühjahr 1990 (anonymer Autor). Stuttgart
- Piechotta, G.(2000): Weiblich oder kompetent ?. Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Bern
- Pieper, A. (1991): Einführung in die Ethik. Tübingen
- Pollack; D. (1994): Kirchen in der Organisationsgesellschaft: Zum Wandel der gesellschaftlichen Lage der evangelischen Kirchen in der DDR. Stuttgart
- Popp, I. (2006): Pflege dementer Menschen. Stuttgart
- **Precht, R.- D. (2007): Wer bin ich und wenn ja, wie viele ?. München**
- Puschmann, H. (1991): Die Bedeutung der Zusammenarbeit öffentlicher und freier Träger für die soziale Arbeit- aus Sicht der freien Träger; In: Dokumentation einer Fachtagung des Deutschen Vereins am 13/14 November 1991 in Dresden.. Frankfurt am Main
- Puschmann, H. (1994): Grundoptionen und Perspektiven der Caritasarbeit, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Rabe-Kleberg, U. (1991): Pro-Person ? .Dienstleistungsberuf in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld
- Rabe-Kleberg, U.(1993): Verantwortlichkeit und Macht. Ein Beitrag zum Verhältnis von Geschlecht und Beruf angesichts der Krise traditioneller Frauenberufe. Bielefeld

- Radicione, S.: Flexibel und ambulant, In: Altenpflege- Jg. 95/9. Hannover
- Ramthor, I. (1988): Betreuung der älteren Bürger im Stadtbezirk Magdeburg-Süd, In : Heilberufe 40 (Jg. 88/ Heft 9). Berlin
- Ramthor, I. (1988): Betreuung der älteren Bürger im Stadtbezirk Magdeburg-Süd; In Heilberufe 40/ 9. Berlin
- Rannenberg, W. (1988): Ambulante gesundheitspflegerische Dienste -theologische Aspekte, In: 2. Ev. Symposium zur Gemeindekrankenpflege 22. Bis 24. September 1987, In: DW der EKD (Hrsg.). Stuttgart
- Rauschenbach, Th. u.a. (1993): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. München
- Reich-Dultz, O. (1991): Startprobleme in Mecklenburg; In: Forum Sozialstation Nr. 55/91. Stuttgart
- Remmers, H. (1993): Gegenstandsspezifik und Grenzen formaler Rationalität pflegerischen Handelns. Begründungs- und Anwendungsebenen ethischer Normen in Praxisfeldern der Pflege. Beitrag zur handlungs- und wissenschaftstheoretischen Fundierung der Pflegewissenschaft (Habilitationsschrift/Manuskript). Bremen
- Remmers, H. (1998): Gegenstandsspezifik und Grenzen formaler Rationalität pflegerischen Handelns. Begründungs-Anwendungsebenen ethischer Normen in Praxisfeldern der Pflege. Bremen
- Renn, H. (1997): Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Versorgung von Menschen mit psychischer Krankheit oder Behinderung, In: Sozialmagazin, 22 Jg./6. Weinheim
- Reuter, P (2001): Wörterbuch-Medizin. Berlin-Heidelberg-New York
- Richter, C. (1981): Die Gemeindeschwester. Berlin
- Richter, D./Saake, I (1996): Die Grenzen des Ganzen, In: Pflege Bd. 9/3. Bern
- Ritter, A. (1954): Die Hilfsschwesternlehre vermittelt vielseitige Kenntnisse. Dresden
- Robert-Bosch-Stiftung (1996): Pflegewissenschaft, In: Materialien und Berichte. Stuttgart
- Rogers, M. (1990): Theoretische Grundlagen der Pflege. Weinheim
- Rommelspacher, B. (1992): Mitmenschlichkeit und Unterwerfung. Zur Ambivalenz der weiblichen Moral. Frankfurt am Main/ New York
- Roper N. (1987): Die Elemente der Pflege. Basel/ Recom
- Roper N. (1997): Pflegeprinzipien im Pflegeprozess. Bern (u.a.)
- Sahr, M./Corsten, M (1993): Soziale Zeit und Biographie. Opladen
- Sartre, J.-P. (1947): Ist der Existentialismus ein Humanismus. Zürich
- Sayik, H. (1996): Informationsdefizite bei allen Beteiligten, In: Altenpflege 4/ Jg.96. Hannover
- Schaeffer, D.; Moers, M. et al. (1997): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Bern (u.a.)
- Schäeffers, B./Zapf, W. (2001): Verhältnis von Altern und Modernisierung. Alter und Altern der Gesellschaft sowie -Arbeitsmarkt und Beschäftigung. Bonn
- Schäfer-Reese, W. (1995): Was ist Kommunitarismus. Frankfurt am Main/ New York
- Schäfers, B. (1992 a): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen
- Schäfers, B. (1992 b): Die Grundlagen des HandelnsIn: Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen
- Schellhorn, W. (1993): Das BSHG. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. Neuwies
- Schilling, T. (1997): Pflegebedürftigkeit als sozialwissenschaftliche Kategorie und Gegenstand rechtlicher Regelungen (Hausarbeit Recht/ Fachbereich - Erziehungswissenschaften). MLU Halle-Wittenberg
- Schilling, T. (1998): Leitbilder in der Altenpflege (Diplomarbeit/ Fachbereich Erziehungswissenschaften). MLU Halle-Wittenberg

- Schilling; T. (1998).: Leitbilder in der Altenpflege (Diplomarbeit/ Fachbereich - Erziehungswissenschaften). MLU Halle-Wittenberg
- Schipperges, H. (2003): Gesundheit und Gesellschaft: ein historisch-kritisches Panorama. Berlin
- Schmidt, A. (1997): Tiere als Chance, In: Altenpflege -Jg.97/10. Hannover
- Schmidt, R (1999): Angebotsstrukturen von Wohnen und Pflege, In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit -Nr.6/Jg. 99. Weinheim
- Schmidt, R./Zeman, P.(1988): Die Alterskultur der Altenhilfe: Rückzugsnische, Aktivprogramm, neues Alter ?. Frankfurt am Main
- Schmidt, U. (1991): Widersprüche zwischen Deklaration und Realität zur Versorgung alter Menschen in der früheren DDR, In: Altenhilfe auf der Suche nach Visionen. Frankfurt am Main
- Schmidt-Zabel , U. (2001): Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland (Anlage VII), In: Waselewski, D./Kreis, N. (Hrsg.): Demenz in Altenpflegeheimen (Caritasverband für das Bistum Magdeburg). Magdeburg
- Schmidt-Zabel , U. (2001): Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland (Anlage VII), In: Waselewski, D./ Kreis, N. (Hrsg.): Demenz in Altenpflegeheimen (Caritasverband für das Bistum Magdeburg). Magdeburg
- Schraml, W. (1990): Einführung in die Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen. Stuttgart
- Schröck, R. (1995) : Zum moralischen Handeln in der Pflege, In: Pflege -Jg.95/4. Bern
- Schröck, R. (1997); Pflege-theorien in Praxis, Forschung und Lehre. Freiburg im Breisgau
- Schröder, G. (1996): Ein Modell bestätigt sich in der empirischen Erprobung, In: Pflegezeitschrift Jg.96/5. Hannover
- Schulze, S. (1996): Fachkonzepte und historische Entwicklung in der stationären Altenhilfe (Diplomarbeit/Fachbereich - Erziehungswissenschaften). MLU- Halle/Wittenberg
- Schulze, W. (1993): Ego-Dokumente, Annäherung an den Menschen in seiner Geschichte. Stuttgart
- Schütte, W. (1996): Kundenrechte in der Pflege, In: NDV -Jg. 96/8. Frankfurt am Main
- Schütz, A./ Luckmann, T. (1979): Strukturen der Lebenswelt (Band 1). Frankfurt am Main
- Schütze, F. (1977): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien - dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen ( Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien, Nr. 1). Bielefeld
- Schütze, F. (1982): Narrative Repräsentation kollektiven Schicksalsbetroffenheit, In: Lämmert, E. (Hrsg.): Erzählforschung. Stuttgart
- Schütze, F. (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stehgreiferzählens, In: Kohli, M.; Robert, G. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart
- Schütze, F. (1985): Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung (vervielfältigtes Manuskript der GHK). Kassel
- Schütze, F. (1992): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession, In: Dewe, B./ Ferchhoff, W./ Radtke, F.-O. (Hrsg): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen
- Schütze, F. (1995): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie, In: Krüger, H.-H. /Marotzki, W. (Hrsg.): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen
- Schütze, F. (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns, In: Combe, A./Helsper, W.(Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main

- Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview; In: Neue Praxis -Jg. 83/13. Neuwied
- Schütze, Fritz (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriß, In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung -Jg. 2000/ 1. Leverkusen
- Schütze, Y. (1986): Die gute Mutter. Bielefeld
- Schwarz, K.(1986): Immer mehr gleichzeitig lebende Generationen von Eltern und Kindern. In Bundesinstitut für Bildungsforschung/ BiB-Mitteilungen 5. Berlin
- Schwarz, P. (1994): Braucht der Deutsche Caritasverband ein Leitbild ?, In: Zeit für ein Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Schweidtmann, W. (1997): Der Stellenwert beruflicher Ethik, In: Pflege Jg. 97/10. Bern
- Schwenderwein,J.. (1995): Lean Service und Supervision, In: Gruppendynamik -Jg. 26/3. Weinheim
- Schwerdt, R. (1998): Eine Ethik für die Altenpflege. Bern (u. a.)
- Schwitzer, K.-P. (1990): Das Altersbild in der Gesellschaft (Altenreport '90), In: Blätter der Wohlfahrtspflege 137. Baden-Baden
- Schwitzer, K.-P.(1993): Theorie und Praxis des Alters und Alterns in Ostdeutschland, In: Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen
- Searle, J -R. (1994): Minds, brains and science. Cambridge
- Sennett, R. (1998): Der flexible Mensch. Berlin
- Sennett, R. (2001): Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Frankfurt am Main
- Singer, P. (1994): Praktische Ethik. Stuttgart
- Sloterdijk, P. (1983): Kritik der zynischen Vernunft (Bd. I und II). Frankfurt am Main
- Sonnenberg, W.-F.(1995): Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Krankheit, In: Pflege 95/2. Bern
- Sonnenberg, W.-T (1995). Dramatische Verluste ?, In: Altenpflege -Jg. 95/4. Hannover
- Sowinski; C./ Behr, R. (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Ein Leitfaden für den Unterricht nach dem neuen Recht (Hrsg. KDA). Köln
- SPD-Entwurf über die Ausbildung und Ausbildungsstätten in der Altenpflege (Altenpflegegesetz als Materialanlage, In: Rabe-Kleberg, U. u.a.(1991): Pro Person. Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld
- Spinnen, B. (2001): Nur das Beste für das Kind, In: Die Zeit / Nr.5 (25.01.2001). Hamburg
- Splett, R. (1995): Qualitätssicherung und Finanzierung ambulanter sozialer Dienste. Einladungsschreiben: „An die Träger, Geschäftsführer und Leitungskräfte der ambulanten sozialen Dienste im Bereich des Diakonischen Werkes“ in Schleswig Holstein. Kiel.
- Steinhöfel, W.(1993): Spuren der DDR Pädagogik. Weinheim
- Stracke-Mertes, A. (1987): Altenpflegeausbildung. Erstberuf Altenpfleger, In: Zur Motivation von Bewerber/Innen. Eine explorative Studie zur Berufswahlentscheidung. - Altenpflege Jg. 87/5. Hannover
- Strauss, A. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München
- Strauss, A. (1978): Negotiations:varieties, contexts, processes, and social order. San Francisco
- Strauss, A./ Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim
- Strauss, A./Corbin, J.M. (1988): Shaping a New Health Care System. San Francisco/ London
- Stromberger, P./ Teichert, W. (1986): Einführung in soziologisches Denken. Weinheim
- Sünkel, W. (1996): Phänomenologie des Unterrichts: Grundriss der theoretischen Didaktik. Weinheim

- Taubert, J. (1994): Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Frankfurt am Main
- Teichmann, A. (1996): Die Bedeutung der Pflegeversicherung für die stationäre Pflege, In: Ev. Impulse. Forum für Gerontologie-Geriatrie-Pflege-Altenarbeit -Jg. 96/ 2. Stuttgart
- Tews, H.- P. (1995): Altersbilder. Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter; In: Forum 16 KDA. Köln
- Treibel, A. (1993): Einführung in die soziologischen Theorien der Gegenwart. Opladen
- Veil, N./ Klerk-Rubin, V. (2005): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München/ Basel
- Vigener, G. (1996): Sozialhilfe und zweite Stufe der Pflegeversicherung, In: NDV Jg. 76/9. Frankfurt am Main
- Vogel, F.-R. (1990): Selbstbewußtsein und Hilfe (Tagungsdokumentation: Altenhilfe auf der Suche nach Visionen), In: Deutscher Verein (Hrsg.): Reihe Altenhilfe -Jg.90/ 4.. Frankfurt am Main
- Volz, F.-R. (1996): Professionelle Standards in der sozialen Arbeit zwischen Ökonomisierung und Moralisierung, In: Gi Sa Jg. 96/1. Weinheim
- Waldenfels, B. (1986): Leibhaftige Vernunft. Spuren von Merleau-Pontys Denken. München
- Waldenfels, B. (1994): In den Netzen der Lebenswelt. Frankfurt am Main
- Wanjura, M. ; Hungermann, M.; Schön, S.; Neukirch, E.; Otto, B.; Büttner, F. (1990): Sozialstation im Bereich der DDR-Positionspapier/Heilberufe 42/ Jg. 90 -Heft 2. Berlin
- Wasilewski, R./Faßmann, H. (1992): Sozialstationen. Bestandsaufnahme von Strukturen und Konzepten. Nürnberg
- Watson, J. (1996): Pflege-Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- Weber, A (1990): DDR-Gesundheitswesen im Überblick. Höchste Priorität hat die ambulante Grundversorgung; In: Forum Sozialstation - Jg. 90/ 50. Stuttgart
- Weber, A. (1990): DDR-Gesundheitswesen im Überblick. Höchste Priorität hat die ambulante Grundversorgung; In: Forum Sozialstation Nr. 50/ Frühjahr 1990. Hannover
- Weber, M. (1919): Wirtschaft und Gesellschaft, In: Winkelmann, J. (Hrsg.): Wirtschaft und Gesellschaft (kommentierte Studienausgabe von 1964). Köln-Berlin
- Weber, M. (1991): Die Protestantische Ethik I (8 Auflage). Gütersloh
- Wegner, E. (1957): Arzt und Schwester im Dienst, In: Heilberufe Jg. 57/8. Berlin
- Wegner, E. (1957): Der Kranke und seine Umwelt, In: Heilberufe Jg.57/8. Berlin
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven in der Krankenpflege. Frankfurt am Main
- Weitbrecht, W. (1956): Krankenpflegeausbildung ein internationales Problem, In: Heilberufe Jg.56/8. Berlin
- Wendt, H. (1955): Behandlung kranker Organe - oder kranker Menschen ?, In: Heilberufe Jg. 55/7. Berlin
- Wensierski, H.-J. (1994): Mit uns zieht die alte Zeit. Biographie und Lebenswelt junger DDR-Bürger im Umbruch. Opladen.
- Wenzel, E. (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt am Main
- Wiehl, R. (1998): Zeitwelten. Frankfurt am Main
- Wolle, S. (1999): Die heile Welt der Diktatur. Alltag und Herrschaft in der DDR. Bonn
- Wiesenthal, H. (1995): Einheit als Interessenpolitik: Studien zur sektoralen Transformation Ostdeutschlands. Frankfurt am Main
- Wiggershaus, R. (1988): Die Frankfurter Schule. München

- Willms, P. (1997): Teilaspekte caritativen Wirkens katholischer Krankenhäuser vor und nach der Wende, In: 100 Jahre St. Elisabeth-Krankenhaus Halle/Saale 1897-1997 (Festschrift). Halle/Saale.
- Winkelmann, K. (1997): Auch im nächsten Jahrhundert: Herr im eigenen Haus?, In: 100 Jahre St. Elisabeth-Krankenhaus Halle/Saale 1897-1997 (Festschrift). Halle/Saale
- Wittneben, K. (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Frankfurt am Main
- Wöhe, G. (1990): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. München
- Wohlrab-Sahr, M. (1992): Institutionalisierung und Individualisierung des Lebenslaufs? Anmerkungen zu einer festgefahrenen Debatte, In: BIOS 92/1. Wiesbaden
- Wolff, H.-P.; Wolff, J.(1994): Die Berufs- und Ausbildungswege der Krankenpflege in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik von 1949 bis 1989, In: Pflege –Jg. 94/ 2 ( Band 7). Bern
- Wolff, S. (1990): Altenwohnungen in Ostdeutschland, In: Altenpflege Jg. 90/12. Hannover
- Zander, M. (1990): Pflegenotstand in Ost und West-was nun ?; In: Forum Sozialstation Nr.52/ Jg. 90. Stuttgart
- Zapf, W. (1991): Der Untergang der DDR und die soziologische Theorie der Modernisierung. In: Giesen, B.; Leggewie, C. (Hrsg.): Experiment Vereinigung. Ein sozialer Großversuch. Berlin
- Zapf, W. (1994): Institutionenvergleich und Institutionsdynamik. Berlin
- Zapf, W.: (1996): Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland: Sozialstruktur sozialer Wandel und Lebensqualität. Berlin
- Zeidler-Häßle, P. (1992): Pflegepersonal und Ärzteschaft, In: Heilberufe 92/ 12. Berlin
- Zeffass, R. (1994): Das Proprium der Caritas als Herausforderung an die Träger, In: Zeit für eine Leitbild. Freiburg im Breisgau
- Zimbardo, G./ Gerrig, R. (1999): Psychologie. Berlin-Heidelberg-New York

## Danksagung

Die vorliegende Dissertation ist in einem jahrelangen Arbeitsprozess mit vielen Höhen und Tiefen entstanden. In diesem Sinne verbindet Sie sich für mich mit einem prägenden Lebensabschnitt der mein Denken und Handeln sehr bestimmt hat. Dabei wurde mir noch einmal klar, wie dicht diese Arbeit auch mit meiner eigenen Biografie bzw. meinen beruflichen Werdegang verwoben bleibt. Die Beendigung der vorliegenden Arbeit ist somit auch mit einem Gefühl der Erleichterung und Freude verbunden. Ohne die Unterstützung Anderer ist eine solche Arbeit nicht möglich. Dabei möchte ich mich zunächst bei der Hans -Böckler Stiftung bedanken, die mir gemeinsam mit anderen Promotionstudent/ Innen im Rahmen des Promotionskolleg: „Biographische Risiken und neue professionelle Herausforderungen“ finanzielle und organisatorisch sehr gute Bedingungen geboten hat. Aus der gemeinsamen Präsenz und Begeleitung von Frau Prof. Rabe- Kleberg; Herrn Prof. Krüger, Prof. Marotzki und Herrn Prof. Schütze heraus entwickelte sich innerhalb des Kollegs eine phasenweise sehr intensive Arbeit an den einzelnen Themen- und Materialvorlagen der Promovend/ Innen –sowie ein fruchtbarer Diskussionsprozess, der sich für mich auch mit einem eindrücklichen Theorie- bzw. Bildungserlebnissen verbindet. Für diese Erfahrungen bin ich im Rückblick sehr dankbar. Für die inhaltliche Begleitung der Arbeit danke ich insbesondere meiner Betreuerin Frau Professor Dr. U. Rabe-Kleberg. Ihre Anregungen, Ermunterungen und Kritik waren mir wichtig! Herrn Professor Dr. H.-H. Krüger danke ich für seine Bereitschaft die Arbeit ebenfalls mit zu betreuen und einzuschätzen. Seine Ermunterungen zum Fortgang und Abschluss der Arbeit habe ich als wohltuend und wertschätzend in Erinnerung. Darüber hinaus danke ich den Mitgliedern meiner Interpretationsgruppe in Halle - Maud Lüdecke, Sabine Blumenberg und insbesondere meinen Freund Vico Leuchte. Für die Unterstützung bei der Endkorrektur der Arbeit danke ich Frau Evelyn Bölke und Frau Heike Fiedler- Schilling. Bei der Hilfestellung zur Text- und Layoutgestaltung hat mich Sebastian Brandt sehr unterstützt. Meiner Frau Daniela danke ich für Ihre liebevolle Unterstützung und den Glauben an mich, dass ich trotz weitreichender beruflicher und familiärer Einbindungen die Arbeit zu Ende bringen werde. Deshalb widme ich diese Arbeit auch meiner Familie, d.h. meiner Frau Daniela, meinen Töchtern Hannah und Mathilda und meinem Sohn Ramon.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Dissertation von mir selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur sowie der dokumentierten Materialien angefertigt wurde. Alle direkten und indirekten Zitate wurden gekennzeichnet.

Thomas Schilling

Halle/Saale den 28.10.2008