

Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungstendenzen
in der stationären Altenpflege –
eine handlungs- und biografieanalytische Untersuchung

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. phil.

genehmigt durch die Fakultät

für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften

der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

von: Susanne Grundke (M.A.), geb. Leidel
geb. am 28.09.19971 in Schönebeck

Gutachter: Prof. Dr. phil. Fritz Schütze

Gutachter: Prof. Dr. phil. Johann Behrens

Eingereicht am: 22.10.2008

Verteidigung der Dissertation am: 28.02.2011

Meiner Mutter Frau Sybille Leidel und
meinem Großvater Herrn Hans Schmehl

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Einleitung	6
1.1 Die Entstehung der Forschungsfrage	6
1.2 Der theoretische Rahmen und der Erkenntnisgewinn der Studie.....	7
2. Methodischer Zugang und Forschungsablauf der Untersuchung	16
2.1 Methodischer Zugang.....	16
2.2 Datenerhebung	18
2.2.1 Die Grundstruktur des Leitfadens für das ExpertInnen-Interview:.....	21
2.3 Methodisches Vorgehen und Datenauswertung.....	22
2.3.1 Der autobiografisch-narrative Teil des Interviews – methodisches Vorgehen und Auswertung	23
2.3.2 ExpertInneninterviews – methodisches Vorgehen und Auswertung	26
3. Das biografische Gewordensein der Pflegekraft – Soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen für das Herausbilden berufsbiografischer Basispositionen und -dispositionen	29
3.1 Förderliche soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen und deren Bedeutung für die Herausbildung berufsbiografischer Basispositionen	30
3.1.1 Innerfamiliäre Interaktionsbeziehungen und deren Bedeutung für die Herausbildung berufsbiografischer Basispositionen	31
3.1.2 Der Pflegeberuf als bewusst gewählte berufsbiografische Perspektive auf der Basis tiefer liegender Sinnquellen	34
3.1.2.1 Die Wahl des Pflegeberufes als biografische Änderungsinitiative. Mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit werden neue Möglichkeitsspielräume entdeckt	35
3.1.2.2 Während des Ableistens des Zivildienstes werden tiefer liegende biografische Sinnquellen reaktiviert und die Pfl egetätigkeit als sinnstiftend erlebt.....	38
3.1.2.3 Formulierung des berufsbiografischen Entwurfes, den Beruf der Pflegekraft in der Erstausbildung zu erlernen als organisierte Karrierestruktur im Sinne einer strategischen Planung der Berufskarriere.....	39
3.1.3 Elterliche Handlungsmuster und deren Bedeutung für die Identitätsentwicklung	42
3.2 Problematische soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen und deren Bedeutung für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition und -disposition.....	46
3.2.1 Ereigniserzwungene Aufsichtung von Verlaufskurvenpotenzial und deren Bedeutung für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition und - disposition von Pflegekräften.....	47
3.2.2 Die Erschütterung tiefer liegender (berufs-)biografischer Sinnquellen – das Wirksamwerden und Dynamisieren bereits angehäuften Verlaufskurvenpotenzials.	52
3.2.3 Die bewusste Entscheidung für den Pflegeberuf als Bearbeitungsversuch der Verlaufskurvenerfahrung	56
3.2.4 Notorische Erwartungszusammenbrüche hinsichtlich der einmaligen Planungsvorstellungen und der Realisierungsergebnisse - Schuldverstrickung und deren Folgen für die berufsbiografische Basisposition und die berufsbiografische Identität	58
3.2.5 Das Ergreifen des Pflegeberufes als Initiative zur Änderung einer unbehaglich und unattraktiv gewordenen Lebenssituation	64

4.	Umgang mit Kernproblemen, Paradoxien und Fehlerquellen pflegeprofessionellen Handelns im Kontext der stationären Altenpflege	72
4.1.	Die Rahmenbedingungen der Pflegestufen und des engen Zeitrahmens und die entsprechende Verschärfung der Arbeitsprobleme: das Kernproblem der ausblendenden Routine	79
4.1.1	Divergenzen zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und den Pflegekräften bezüglich der festgesetzten Pflegeminuten/Pflegestufen bezüglich der fallspezifischen Problemdefinition	84
4.1.2	Die geragogische Aufgabe in der Theorie und die Praxis ihrer Missachtung	86
4.1.2.1	Das geragogische Grunddilemma und dessen Missachtung durch die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.....	90
4.2	Die Handlungsparadoxie zwischen Offenheit und Schematisierung	95
4.3	Der bürokratische und zeitintensive Aufwand im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation	104
4.3.1	Die zeitintensive Pflegedokumentation zu Lasten einer zwischenmenschlichen und bedürfnisorientierten pflegerischen Hinwendung.....	106
4.3.2	Die Pflegedokumentation als systematische Arbeitsschwierigkeit - Routinevereinfachungsmittel im Zusammenhang mit der arbeits- und zeitintensiven Pflegedokumentation und die damit gesetzten Fehlerpotenziale	108
4.4	Der ökonomische Reduzierungsrahmen der Kosten- und Budgetproblematik und die daraus resultierenden systematischen Irritationen und Schwierigkeiten pflegeprofessionellen altenpflegerischen Handelns.....	113
4.4.1	Schwierigkeiten im altenpflegerischen Handeln durch die Notwendigkeit der kostenorientierten Pflege – die unzureichende Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln	113
4.4.2	Schwierigkeiten im altenpflegerischen Handeln durch die Notwendigkeit der kostenorientierten Pflege – die Budgetproblematik.....	118
4.4.2.1	Die Paradoxie zwischen Professionalisierungsstreben und ökonomischem Reduzierungsrahmen	120
4.4.2.2	Das Orientierungsdilemma zwischen der ökonomisch orientierten Organisation der Arbeit und der moralisch-pflegeethischen Grundhaltung der Pflegekräfte.....	122
4.5	Organisation der Arbeit im interdisziplinären Team	127
4.5.1	Kooperationsprobleme im interdisziplinären Team.....	128
4.6	Das Adressatendilemma.....	134
4.7	Die Verstrickung von Pflegekräften in die Leidensgeschichte von Pflegebedürftigen und die Folgen der suboptimalen Umgangsweise mit dieser Belastungssituation ..	136
4.8	Die Evaluationskomponente – Überprüfung der Qualität des Arbeitsbogens	146
4.8.1	Das „Meckerbuch“ als beispielhafter Umgang mit Belastungssituationen und systematischen Arbeitsschwierigkeiten in der stationären Altenpflege.....	152
5.	Schlussbetrachtung	155
6.	Strukturelle Beschreibungen der Eckfälle	162
6.1	Strukturelle Beschreibung – Altenpflegerin Sandra Oertel	162
6.2	Strukturelle Beschreibung – Krankenschwester Katja Herrmann	220
	Literaturverzeichnis	266

Vorwort

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. phil. Fritz Schütze vom Institut für Soziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Seine unermüdliche fachliche und menschliche Unterstützung halfen mir, mein Dissertationsprojekt zu entwickeln und die Dissertation zu schreiben.

Ebenso möchte ich den Teilnehmern des Forschungskolloquiums unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. phil. Fritz Schütze und Herrn Dr. rer. pol. Thomas Reim, an dem ich vom Wintersemester 2004/2005 bis zum Sommersemester 2007 teilgenommen habe, ganz herzlich für ihre Anregungen in der kritischen Auseinandersetzung mit meinem Datenmaterial und mit meinen Forschungsergebnissen danken. Sie haben mir geholfen, die notwendige analytische Perspektive und eine reflektierte Distanz zum Forschungsfeld auszuprägen, welches gleichzeitig mein früheres Arbeitsfeld war.

Auch Herr Prof. Dr. phil. Johann Behrens, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, stand mir mit der Assoziierung meines Forschungsprojektes mit dem Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd unterstützend zur Seite.

Das Gelingen meiner Dissertationsforschung hing aber auch maßgeblich von der Unterstützung durch die interviewten Pflegekräfte ab, die mir vertrauensvoll begegneten, mit mir sehr offen und mit großer Leidenschaft über den Pflegeberuf sprachen. Viele Pflegekräfte haben mir zudem außerdienstlich ihre Zeit für ein Interview geschenkt. Ihnen allen meinen herzlichsten Dank!

Bedanken möchte ich mich ebenfalls bei den Pflegeeinrichtungen, die auf meine Anfragen stets mit freundlicher Hilfsbereitschaft reagierten. Einige Pflegeeinrichtungen stellten sogar die Räumlichkeiten für die Interviews zur Verfügung und kamen mir darüber hinaus bei den Terminabsprachen entgegen, indem sie die Interviewtermine bei der Dienstplangestaltung berücksichtigten.

Die Offenheit der Pflegekräfte und der Auszubildenden in der Altenpflege sowie das Entgegenkommen der Pflegeeinrichtungen stellten eine wichtige Grundlage für meine Forschungsarbeit dar.

Ich möchte außerdem betonen, dass ich den diskursiven Meinungs Austausch mit allen SchülerInnen, mit denen ich im Rahmen der fachtheoretischen Altenpflegeausbildung zusammengearbeitet habe, stets zu schätzen wusste. Die SchülerInnen haben sich über die Diskussion einzelner Datenmaterialien exemplarisch an der Auswertung der erhobenen Daten beteiligt. Dadurch habe ich viele Anregungen erhalten, wodurch die Praxisrelevanz meiner Studie gesteigert worden ist. Für diese Anteilnahme und Solidarität meinen aufrichtigen Dank!

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei Frau Dr. phil. Ellinor Schröder-Schöne für die ebenso freundliche, wie geduldige und äußerst engagierte Lektoratsbetreuung bedanken. In diesem Zusammenhang danke ich auch Herrn Carsten Detka, dessen Anregungen zum Gelingen meiner Dissertationsforschung beitrugen.

Letztendlich gaben mir die stetige liebevolle Unterstützung meines Ehemannes Sven Grundke und meines Sohnes Max sowie der kontinuierliche Zuspruch von Frau Anja Ludwig, Herrn Dr. Frank Gronwald und anderer geschätzter Kollegen einen sicheren Rückhalt während der gesamten Zeit des Entstehens meiner Dissertation. Ich weiß dies sehr zu schätzen!

1. Einleitung

1.1 Die Entstehung der Forschungsfrage

Während meiner mehrjährigen Berufspraxis als Pflegekraft – mit dem Arbeitsschwerpunkt der Praxisanleitung für Auszubildende der Altenpflege – habe ich das Arbeitsfeld der stationären Versorgung geriatrisch und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen umfassend kennen gelernt. Auf der Grundlage meiner berufspraktisch-fachlichen Vertrautheit mit der Pflegearbeit konnte ich die strukturellen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit und deren Veränderungen wahrnehmen.

Später nahm ich auf Anfrage eines ortsansässigen Bildungsträgers und parallel zur fachpraktischen Tätigkeit in der stationären Altenpflege einen Lehrauftrag als Praxislehrkraft an. Hier wurde ich in besonderem Maße für die bestehende Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis im Bereich der stationären Altenpflege sensibilisiert.

Während eines zweisemestrigen Studienaufenthaltes in den USA hatte ich zudem Gelegenheit, das Gesundheitssystem in den USA und die dortige Einbettung sozialstaatlicher Verantwortung in gesundheitspolitische Entscheidungen, insbesondere in Bezug auf die Versorgung alter Menschen, im Vergleich mit Deutschland in den Blick zu nehmen.

All diese Erfahrungen haben zur Entwicklung der Forschungsfrage meines Dissertationsprojektes beigetragen.

Es war nicht immer leicht, die notwendige reflektierte Distanz zu einem Forschungsfeld zu wahren, das mir durch meine Tätigkeit als Pflegekraft und Lehrkraft an einer Fachschule für Gesundheitsberufe derart vertraut schien. Vor allem die kritische Reflexion meines Datenmaterials und meiner Forschungsergebnisse im Rahmen der Forschungswerkstatt am Institut für Soziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg hat mir geholfen, einen „fremden Blick“ (im Sinne ethnografischen Forschens) auf das Forschungsfeld zu entwickeln und konstant beizubehalten. Als hilfreich habe ich in diesem Zusammenhang auch den Meinungsaustausch mit Auszubildenden der Altenpflege und mit Mitarbeitern in den Ausbildungseinrichtungen erlebt.

1.2 Der theoretische Rahmen und der Erkenntnisgewinn der Studie

Das vorliegende Forschungsprojekt schließt an die professionsanalytische Diskussion in den Sozialwissenschaften an, die sich seit dem Beginn der 90er Jahre in der Tradition der professions- und arbeitssoziologischen Arbeiten der Chicagoer Schule – besonders unter dem Einfluss der Arbeiten von Everett Hughes (1971) – und in Fortführung der Theorietradition des symbolischen Interaktionismus (Schütze 1987e, 2002) entwickelt und sich vor allem auf die besonderen Aufgaben der Arbeitsbögen professionellen Handelns (Strauss et al. 1985, Strauss 1985) sowie auf die Kernprobleme und Paradoxien des professionellen Handelns (Schütze 1996, 2000) bezogen hat¹. Die vorliegende Untersuchung gehört damit zum Typus der Studien über die Prozesse professionellen Handelns (Behrens 2005; Freidson 1975; Kellnhauser 1994; Nittel 2000; Reim 1996; Schaeffer 1994; Schwenk 2007; Schütze 1984b, 1992a, 1996, 2000) und deren Voraussetzungen sowie über den biografischen Umgang der Professionellen mit den kreativen Entfaltungspotenzialen (Davis, Scase 2000; Reim 1996, Riemann, Schütze 1987; Schütze 1981, 1994, 2001a) und mit den Fehlertendenzen des professionellen Handelns (Hughes 1965, 1984; Schmidtbauer 1999; Schütze 2000)

Einleitend erscheint es notwendig, den Begriff der „Professionalisierung“ hinsichtlich seines spezifischen Bedeutungsgehaltes für die vorliegende Untersuchung zu klären: Zwar hat noch keine umfassende Umwandlung des Altenpflegeberufes in eine Profession stattgefunden, jedoch zeigen die Debatten um eine Professionalisierung der Gesundheits- und Sozialberufe²

¹ Die Bestimmungsmerkmale einer Profession aus Sicht des symbolischen Interaktionismus als merkmalsbezogenes Professionsmodell können folgendermaßen zusammengefasst werden: a) Die *Lizenz* (die gesellschaftliche Erlaubnis für professionelles Berufshandeln) und das *Mandat* (der gesellschaftliche Auftrag als besondere Handlungsbefugnis einer Profession) bilden die Grundlage der moralischen Arbeitsteilung innerhalb einer Gesellschaft und damit gleichzeitig auch die Grundlage für die Bezeichnung eines Berufsstandes als Profession (Hughes 1971). Eine Profession zeichnet sich weiterhin aus durch b) das Erbringen professionsethischer *zentralwertbezogener Leistungen*, die sich am Gemeinwohl respektive an der abgegrenzten Fallproblematik des Klienten und dessen Wohl orientieren. c) Durch eine *spezifische Wissensbasis* - Berufsnovizen haben sich in einer akademischen Ausbildung tradiertes Erfahrungswissen und Berufswissen auf wissenschaftlicher Grundlage angeeignet und erlangen damit die Kompetenz zu autonomen, wissenschaftlich ausgerichteten und legitimierten Analyseverfahren bezüglich der Fallbearbeitung/Klientenproblematik. Aus dieser Kompetenz zur vollständigen Gestaltung des Arbeitsbogens ergibt sich die Lizenz zur Durchführung von Handlungs- und Interaktionsverfahren, die für den Klienten unter Umständen zunächst unangenehm sind, aus der Sicht der Professionellen jedoch langfristig zum Wohl des Klienten bzw. - im Falle der Rechtsprechung - zum Gemeinwohl führen. d) Der *besondere Karriereweg* von Professionellen zeichnet sich durch eine klare Struktur aus: Mit der akademischen Ausbildung und den Statuspassagen sowie auch als Berufsnovizen entwickeln die Professionellen eine berufsbiografische Identität (Hughes 1971, Parson 1964a, Schütze 1994, 1996). e) Die Analyse, Handlungs- und Interaktionsverfahren und die Steuerung der hochkomplexen Arbeitsabläufe professionellen Handelns sind eingebettet in die Organisation der gesellschaftlichen Arbeitsteilung (beispielsweise gesundheits-/sozialpolitische Strukturen/Organisationen). f) Der *Autonomie* des Professionellen als Verfahrenswalter der Bearbeitung der Fallproblematik des Klienten und der entsprechenden Organisation der Arbeitsabläufe (Kontrolle der eigenen Tätigkeit) gegenüber steht die bürokratische Kontrolle professionellen Handelns durch staatliche Instanzen und Organisationen. Das Spannungsverhältnis besteht in der Schwierigkeit, dass die autonomen Arbeitsabläufe professionellen Handelns in gesellschaftliche und innerbetriebliche Organisationsstrukturen eingebettet sind und damit gleichzeitig einer bürokratischen Kontrolle unterliegen (Schaeffer 1994; Schütze 1996), andererseits ihrer eigenen Rationalität folgen können müssen.

² Die Zuordnung des Altenpflegeberufes entweder zu den Gesundheitsberufen oder zu den Sozialberufen ist nicht trennscharf möglich. Jedoch hat der Bundesgerichtshof mit dem Urteil vom 24. Oktober 2002 eine Zuordnung des Altenpflegeberufes zu den so genannten „anderen Heilberufen“ getroffen und damit die sozialpflegerischen und die heilkundlichen Prioritätensetzungen des Handlungsschemas der Altenpflege miteinander verbunden.

deutlich, dass der Begriff der „Professionalisierung“ gerade bezüglich der Altenpflegearbeit in unterschiedlichen Bedeutungszuweisungen gebraucht wird:

a) Zum einen wird der Begriff der „Professionalisierung“ in der Berufswelt der Altenpflege interessengeleitet gebraucht, um die erfolgreiche Verberuflichung (Behrens 2005, Nittel 2000) der Pflegearbeit zu einer „professionellen Pflege“ im Unterschied zur Laienpflege herauszustellen und abzugrenzen. Gemeint ist mit „Professionalisierung“ in der Berufswelt der Altenpflege demnach das berufsständische Interesse der Attribuierung der beruflichen Pflegearbeit mit einer professionellen Güte begründet in den u. a. gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Wissensbeständen und anspruchsvollen pflegerischen Handlungskompetenzen, die an überprüfbaren Standards ausgerichtet sind. In der Diskussion um die „Professionalisierung“ der Altenpflege rücken die klassischen Merkmale einer Profession – im Sinne der Professionssoziologie (Freidson 1975; Kellnhäuser 1994; Hughes 1971; Schaeffer 1994; Schütze 1996, 2000) – zunehmend in den Hintergrund. Stattdessen rücken das Pflegehandeln und die pflegfachlichen Wissensbestände als besondere Kompetenz des beruflichen Pflegehandelns in den Vordergrund, gerade wenn es darum geht, der sich ständig verbessernden Qualität des beruflichen Pflegehandelns und der damit verbundenen, immer komplexer werdenden Entscheidungs- und Handlungskompetenz der in diesem Feld Tätigen Ausdruck zu verleihen (Behrens 1995, 2005, 2007, 2007/C83; Schwenk 2007). Der Begriff der „Professionalisierung“ ist mittlerweile auch fachsprachlich etabliert und in der einschlägigen (u. a. gesundheits- und pflegewissenschaftlichen) Fachliteratur nahezu durchgängig als pflegetheoretischer Grundbegriff gebräuchlich (Kollak, Hesook 1999; Schwenk 2007).

b) Zum anderen wird der Begriff der „Professionalisierung“ in der vorliegenden Untersuchung in Anlehnung an berufspolitische Diskurse zur prozesshaften Annäherung der Altenpflege an die Merkmale einer Profession (Freidson 1975; Hughes 1971; Kellnhäuser 1994; Schütze 1996, 2000) benutzt. Hierzu zählen die Diskussionen um eine Akademisierung der Pflege (Bögemann-Grossheim 2004; Schaeffer 1994) ebenso wie die fortwährende Bemühung um die Entwicklung einer ethisch-moralischen Kompetenz der Pflegenden (Köther 2005; Lay 2002a, 2002b, 2004) und die Diskussion um die Definition von so genannten Vorbehaltsaufgaben für Pflegekräfte (Sowinski 1998).

In Anknüpfung an die internationale Entwicklung hat sich in der Berufswelt der Altenpflege ein regelrechtes Professionalisierungsstreben entwickelt – im Sinne des berufspolitischen Diskurses zur prozesshaften Annäherung der Altenpflege an die Merkmale einer Profession im professionssoziologischen Sinne –, in dessen Zusammenhang sich zunehmend ein professionelles Selbstverständnis der Pflegekräfte herausbildet. Dieses neue professionelle Selbstverständnis der Pflegekräfte distanziert sich von dem einstmaligen Bild der Pflegekraft als „berufliche Mutter“ (Henderson 1955, 1997). Es fand eine Neuorientierung statt hin zum Selbstverständnis der Pflegekraft als „Person, die eine denk-, entscheidungs- und handlungsaktive Rolle zu erfüllen hat“ (vgl. Juchli 1998, S. 46). Das pflegeprofessionelle Selbstverständnis der AltenpflegerInnen hat sich insbesondere seit dem Ende der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts – und hier insbesondere auch hinsichtlich der Qualitätssicherung in der Pflege – verändert. Dieser Prozess des Umdenkens bekam mit Beginn der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts in den Diskussionen um den so genannten Pflegenotstand – insbesondere bezogen auf die Qualität der Altenpflege, die prekäre Versorgung der Menschen in Altenpflegeheimen, aber auch bezogen auf den dramatischen Personalmangel und die schlechten finanziellen Rahmenbedingungen in der Altenpflege – eine neue Dynamik. Diese öffentlichen gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Diskussionen um den so genannten Pflegenotstand haben dazu beigetragen, dass sich im Kontext der beruflichen Altenpflege ein Professionalisierungsstreben entwickelt hat. So wurden neue Studien- und Fachrichtungen

gegründet, eine bundeseinheitliche Grundlage der Altenpflegeausbildung geschaffen und Berufsgenossenschaften etabliert.

Bundesweit sind an vielen Fachhochschulen und Universitäten pflegewissenschaftliche Studiengänge eingerichtet worden. Mittlerweile wird sogar von einer „Akademisierung der Pflege“³ gesprochen (Boegemann-Großheim 2004). An dieser Entwicklung hat die Altenpflegeausbildung partizipiert und damit zusammenhängend hohe Ansprüche an sich selbst entwickelt.

Das neue Selbstverständnis der Altpflegerinnen und Altenpfleger kann im Sinne des Konzeptes der „humble professions“ der Chicago-Soziologie und des symbolischen Interaktionismus mit Recht als professionalistisch bezeichnet werden. Auch die „bescheidenen“ Professionen (Schütze 1992a) wie die Sozialarbeit und die des Krankenschwesternberufes orientieren sich an einem gesellschaftlichen Mandat – also der Aufgabe der Aktivierung, Förderung und Erhaltung der Lebensqualität der Hilfebedürftigen – und an einer Lizenz, welche die Interventionsmöglichkeiten dieser Handlungsaufgabe definiert. Die Kompetenz zum unterstützenden Handeln wird auch in den „bescheidenen“ Professionen auf der Grundlage einer komplexen Berufsausbildung erworben (Schütze 1992a, 1996, 2000). Die gesellschaftliche Lizenz für die berufliche Pflegearbeit der staatlich anerkannten, examinierten Pflegekräfte fußt auf einer komplexen Berufsausbildung mit gesundheits-, pflege- und sozialwissenschaftlichen Schwerpunkten, die eine besondere Kompetenz des helfenden, fürsorglich-unterstützenden altenpflegerischen Handelns gegenüber den anbefohlenen pflegebedürftigen Menschen hervorbringt. Die Akademisierung der Altenpflege hat diesbezüglich einen wesentlichen Einfluss auf das Professionalisierungsstreben des Pflegeberufs, zumindest ergibt sich aus der Akademisierung der Pflege eine „Lizenz“ zum pflegeprofessionellen Berufshandeln.

Die Altenpflege im stationären Kontext als „bescheidene“ Profession orientiert sich – im weitesten Sinne – an einem gesellschaftlichen Mandat: Die Gesellschaft stellt immer höhere Anforderungen an die altenpflegerische Versorgung älterer hilfebedürftiger Menschen. Die Verantwortung und das Kompetenzprofil der examinierten Pflegekräfte steigen, und gleichzeitig steigen auch die Erwartungen an das Berufsbild des Altenpflegers. Nach Auffassung von M. Arndt (Arndt 1996a) bestehen gesetzliche Regelungen für die qualitäts- und standardorientierte pflegerische Versorgung der älteren Menschen unserer Gesellschaft, und dies wiederum verweise – wenn auch indirekt – auf ein gesellschaftliches Mandat für die Durchführung der Pflegearbeit.

Die Altenpflegeausbildung hat sich also dem Professionalisierungsschub angepasst: So wurde am 24. Oktober 2002 durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes in Karlsruhe die gesetzliche Grundlage für ein bundeseinheitliches Altenpflegegesetz geschaffen, welches dann am 1. August des Jahres 2003 in Kraft trat. Die Qualität der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung ist dadurch verbessert worden (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002). So entwickeln Schüler in der heutigen Altenpflegeausbildung hohe professionelle Ansprüche an sich und ihr altenpflegerisches Handeln - die Lehrbücher spiegeln dies wider: „Ich pflege als der, der ich bin, mein eigenes Menschsein fließt in mein Handeln und beeinflusst seine Wirkung. Viel mehr als die äußere Aktivität ist die innere Bereitschaft ausschlaggebend.“ (vgl. Juchli 1998, S.46). So wird die Pflege als ganzheitlicher Auftrag vom

³ In der vorliegenden Untersuchung wird jedoch davon ausgegangen, dass die Akademisierung des Pflegeberufes allein keinesfalls ausreichend ist, um von einer Professionalisierung der beruflichen Pflegearbeit zu sprechen, sondern „...hinzutreten müssen Zentralwertbezug, Ausbildung einer eigenständigen systematischen Wissensbasis und einer spezifischen Handlungsstruktur sowie Autonomie und Kontrolle über die eigene Tätigkeit“ (vgl. Schaeffer 1994, S. 123). Statt von einer Professionalisierung soll in der vorliegenden Untersuchung – wie in diesem Abschnitt bereits angeführt – von Professionalisierungsstreben und Professionalisierungstendenzen gesprochen werden.

ganzen Menschen für den ganzen Menschen verstanden (Gnamm 2000). Zudem werden Alten- und Pflegeheime in ihrer Grundkonzeption nicht mehr im Charakter einer Pflegeeinrichtung gestaltet, sondern vielmehr als Ort, wo Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird, damit die Alltagskompetenz und die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich erhalten bleibt (Gnamm 2000).

Gerade die Wissensentwicklung in der Pflege verändert sich im Zuge der Akademisierung von einer vorwissenschaftlichen hin zu einer wissenschaftlichen Lehre (Behrens 2007/C83). Die Pflegekräfte gestalten ihre individuelle Fallbearbeitung auf der Grundlage vorhandener wissenschaftsorientierter Standards (Behrens 1995, Berufskodizes und beruflicher Erfahrung. Zum wissenschaftsorientierten pflegeprofessionellen Handeln gehört auch das Einschätzen der Krankheitsverlaufskurve und der biografischen Wandlungsprozesse der hilfebedürftigen Altenheimbewohner, um die erforderlichen pflegerischen Interventionen planen, durchführen und evaluieren zu können. Die Pflegekraft muss bei der Entwicklung eines Verständnisses vom individuellen Fall wissenschaftlich-abstrakte Kenntnisse in konkreten Situationen anwenden können (Behrens 2007). Das pflegeprofessionelle Handeln wird dabei nicht als loses Bündel einzeln abrufbarer Kenntnisse und Fähigkeiten, sondern vielmehr als dauerhafte Herausbildung einer persönlichen und fachlichen Haltung erachtet (Denkschrift der Robert Bosch Stiftung 2000).

Den Professionalisierungstendenzen im Bereich der Altenpflege stehen Deprofessionalisierungstendenzen diametral gegenüber: Hervorzuheben ist hier die Tatsache, dass der Altenpflegeberuf zunehmend als medizinsicherer Delegationsberuf und die Pflegekräfte als Erfüllungsgehilfen der Medizin erlebt werden (Schaeffer 1994). Eine weitere Deprofessionalisierungstendenz liegt in der Diskrepanzspannung begründet, dass auf der einen Seite – verbunden mit dem Professionalisierungsstreben – die pflegetheoretische Wissensbasis kontinuierlich anwächst, auf der anderen Seite jedoch immer weniger materielle und personelle Ressourcen zur Bewältigung des Handlungsschemas der beruflichen Pflegearbeit zur Verfügung stehen. Die Kernprobleme des beruflichen Pflegehandelns und die damit verbundenen systematischen Irritationen geraten für die Pflegekräfte aus dem Blickfeld. Dieser Umstand erzeugt Demoralisierungstendenzen⁴ und stellt damit eine Interferenz für das Professionalisierungsstreben der beruflichen Pflegearbeit dar.

⁴ Die vorliegende Untersuchung betrachtet auch Demoralisierungstendenzen: Systematische Arbeitsschwierigkeiten und problematische strukturelle Rahmenbedingungen können dazu führen, dass Pflegekräfte aufhören, effizient tätig zu sein. Sich wiederholende Erfahrungen von Vergeblichkeit im Handlungsschema der beruflichen Altenpflege können zu einer Desillusionierung der Pflegekraft führen, schlimmstenfalls bricht die Handlungskoordination zusammen. Der Prozess der Demoralisation beginnt, wenn Normen zerfallen und damit einhergehend die Ernsthaftigkeit des Handlungsschemas der Pflegearbeit verloren geht. Dies ist ein Prozess voller Missverständnisse und persönlicher Verletzungen (Shibutani 1978, 2000): Der Alltag in der stationären Altenpflege ist von zahlreichen systematischen Arbeitsschwierigkeiten bestimmt – genannt sei hier exemplarisch der Zeit- und Ressourcenmangel. Durch diese systematischen Arbeitsschwierigkeiten wird eine Entmutigung der pflegeprofessionell orientierten Pflegekraft erzeugt. Aus dieser Entmutigung wiederum erwächst die Gefahr, dass die Pflegekraft sich zunehmend geneigt sieht, im Handlungsschema der Pflegearbeit auf eine professionelle Orientierung zu verzichten, schlimmstenfalls bis hin zur Ergreifung unmoralischer Strategien der Abwicklung des Organisationsalltages. Dies wiederum lässt die kooperativen Interaktionsgrundlagen zusammenbrechen, irritiert nachhaltig das kollegiale Arbeitsklima und die Beziehung zu den Altenheimbewohnern und führt dann natürlich auch zur systematischen Entmutigung der Pflegekräfte. Die Demoralisierung der Pflegekraft zeigt sich beispielsweise im Abstumpfen gegenüber der Erleidenssituation des Pflegebedürftigen. Dies wiederum hat negative Auswirkungen auf die Berufsidentifikation der Pflegekraft, was dann in Gestalt eines sich ständig verfestigenden Circulus vitiosus den offenen, verständnisvollen Zugang auf den Arbeitsalltag erschwert.

Aus einer von Desillusionierung bestimmten Arbeitsschwierigkeit kann einerseits der Wille erwachsen, kreativ und innovativ zu werden und offen für Alternativen im professionellen Handlungsschema zu sein, die zuvor keine Beachtung fanden. Daraus kann sich dann ein neuer normativer Rahmen etablieren, der besser zu der problemhaften Arbeitsituation passt. Wenn die Pflegekraft andererseits aber feststellt, dass die Suche nach

Die Bedingungsrahmen für die Entfaltung von Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungstendenzen finden - bezogen auf den Kontext der stationären Altenpflege - in der gegenwärtigen Diskussion um das Professionalisierungsstreben der beruflichen Altenpflege nur ansatzweise Berücksichtigung. In der vorliegenden Arbeit sollen deshalb die Bedingungsrahmen für Professionalisierungstendenzen in der stationären Altenpflege (und wie diese optimal etabliert werden können) genauer in den Blick genommen werden. Ebenfalls untersucht werden die Bedingungsrahmen für Deprofessionalisierungstendenzen. Im Zusammenhang mit den Deprofessionalisierungstendenzen werden Kernprobleme und Paradoxien des professionellen pflegerischen Handelns, die für die stationäre Altenbetreuung typisch sind, aufgedeckt, ihre Genese und ihre Intensivierung sowie Formen des Umgangs mit ihnen analysiert und Aussagen über Beanspruchungs- und Belastungssituationen im Pflegealltag sowie über die sich daraus ergebenden Folgen für das professionelle Handeln – wie etwa das Zusammenbrechen der moralischen Interaktionsgrundlage zwischen der Pflegekraft und dem Gepflegten – getroffen.

Die erkenntnisleitenden Kategorien der vorliegenden Untersuchung und deren Erkenntnisgewinn werden im Folgenden dargestellt:

a) Eine zentrale erkenntnisleitende Kategorie ist der Forschungsansatz der Biografieanalyse (Betts, Schütze et al. 2007; Riemann, Schütze 1987; Schütze 1981, 1983, 1984a, 1991, 2005, 2007). In diesem biografieanalytischen Verfahren geht es darum, die Gesamtgestalt der Lebensgeschichte der befragten Pflegekräfte zu rekonstruieren. So können Erfahrungsaufschichtungen, Ereignisverstrickungen und Handlungsintentionen erfasst werden, sowie auch Zusammenhänge zwischen biografischen Erlebnissen und verschiedenen lebensgeschichtlichen Phasen herausgearbeitet werden. Dabei geraten auch die Prozessstrukturen des Lebensablaufs (Schütze 1981) in den Blick. Fritz Schütze unterscheidet vier Prozessstrukturen: *Institutionelle Ablaufmuster* beruhen auf gesellschaftlich institutionalisierten Mustern, welchen die Individuen folgen. *Biografische Handlungsschemata* gründen auf biografischen Planungen des Biografieträgers. Das Individuum handelt intentional und realisiert eigene biografische Entwürfe. *Verlaufskurven* sind gekennzeichnet von einem Verlust der Handlungsorientierung und durch Erfahrungen des Erleidens. *Biografische Wandlungsprozesse* bestehen aus einschneidenden Veränderungserfahrungen, in denen sich die Identität des Individuums ändert und neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden (vgl. Schütze 1981, S. 67 - 129).

Die vorliegende biografieanalytische Studie untersucht die Prozesse der Einmündung der Pflegekräfte in den Pflegeberuf sowie die Prozesse der Ausprägung einer beruflichen Identität und die Veränderung dieser beruflichen Identität in der Konfrontation mit immer neuen Berufserfahrungen. Es erfolgt eine Analyse zentraler Bedingungsgefüge und Prozessmechanismen, die einen konkreten Einfluss auf die Ausformung der Berufsidentifikation, auf die Entfaltung eines professionellen Berufsbildes und auf das berufliche Handeln von Pflegekräften, die in der stationären Altenpflege arbeiten, haben. Dabei gerät die Ausprägung berufsbiografischer Basispositionen und -dispositionen (vgl. Schütze 1984a, S. 87 – 88; Reim 1996, 1997) ebenso in den analytischen Blick, wie die Funktion des

Alternativen in Form neuer Handlungsweisen keineswegs notwendig ist für eine „Irgendwie-Bewältigung“ des Altenpflegealltages und der Verzicht auf das Ausprobieren neuer Handlungsweisen nicht in einem Desaster endet, erwächst eine Resistenz gegenüber Veränderungen. Auf die Dauer treibt ein solches Verhalten die Pflegekraft in eine fallenartige Ausbrennsituation. Wird diese Ausbrennsituation dann doch noch individuell hinterfragt und professionsethisch bearbeitet, kann daraus eine Sensibilität für neue Handlungsmöglichkeiten erwachsen (Shibutani 2000).

beruflichen Altenpflegehandelns als biografische Sinnquelle im Lebensarrangement der Pflegenden.

Im zentralen Fokus der vorliegenden Untersuchung steht das sensitivierende Konzept der Verlaufskurve⁵ (Riemann, Schütze 1991, 1995). Mit dem Konzept der Verlaufskurve geraten – auf der Grundlage von autobiografisch-narrativen Stegreiferzählungen, in denen die Pflegekräfte ihre Lebensgeschichte erzählen – die interaktiven und biografischen Entfaltungsmechanismen des Erleidens und seiner Veränderungswirkung auf die Identität der Pflegekräfte in den Blick. So können langgestreckte Erleidensprozesse, notorische Erwartungszusammenbrüche der Pflegenden sowie auch die partielle Unfähigkeit der Pflegekräfte zur aktiv-handlungsschematischen Berufsbewältigung untersucht werden. Fokussiert wird in der vorliegenden Arbeit die Erleidensdynamik der Verlaufskurven im Zusammenhang mit den systematischen Arbeitsschwierigkeiten im stationären Altenpflegehandelns.

b) Eine zweite grundlagentheoretische Untersuchungskategorie der vorliegenden Arbeit ist die Theorie der sequenziellen Organisation von Arbeit und die sequenziellen Prozessstrukturen der Arbeitsverrichtung respektive der situativ ausgehandelten Arbeitsteilung. Die Analyse des *Arbeitsbogens* (*arc of work*) der stationären Altenpflege erfolgt auf der Grundlage des Forschungsansatzes von Anselm Strauss (Strauss et al. 1985, Strauss 1985) zur Untersuchung komplexer professioneller Arbeitsabläufe in Dienstleistungsorganisationen und ihrer Ingangsetzung und zur Untersuchung kollektiver Veränderungsprozesse durch Umwälzungen der Technologien und der Arbeitsorganisation (vgl. dazu auch Schütze 1984b, 1989, 1999). Dem Konzept des Arbeitsbogens von Anselm Strauss liegt die Überlegung zugrunde, dass die einzelnen Arbeitsschritte der alltäglichen Berufsarbeit von einem Arbeitsbogen überspannt werden. Dieser Arbeitsbogen setzt sich aus vier Aktivitätskomponenten⁶ zusammen:

1. Die *Einrichtungskomponente*: Sie umfasst Explorations- und Informationsarbeit ebenso wie Planungsarbeit, d.h. ein Arbeitsproblem wird fokussiert, der Zusammenhang des Arbeitsablaufes wird erkannt. Von Zeit zu Zeit wird eine Refokussierung des Arbeitszusammenhanges erforderlich, gerade wenn neue Problemhorizonte respektive Arbeitsprobleme auftauchen. Ein weiterer Aspekt der Einrichtungskomponente ist die Artikulationsarbeit. Sie umfasst die Sequenzierung, ebenso wie die Anpassung und Koordination der einzelnen Arbeitsschritte, das Sicherstellen der Wirksamkeit und Funktionsfähigkeit des Arbeitsbogens und der erforderlichen Logistik, Aufteilung der Arbeitsaufgaben und Verantwortlichkeiten.

2. Die *Sozialkomponente*: Die zentralen Aspekte der Sozialkomponente umfassen die Gefühlsarbeit, die biografische Arbeit und die Interaktionsarbeit mit der bedeutsamen Aktivität der Kontraktarbeit – gemeint ist die Aushandlung und verbindliche Festsetzung einer bestimmten Arbeitsteilung zwischen den Pflegebedürftigen bzw. deren gesetzlichen

⁵ „Eine Verlaufskurve ist gekennzeichnet durch Erfahrungen immer schmerzhafter und aussichtsloser werdenden Erleidens. Für die Betroffenen wird es zunehmend schwieriger den Alltag aktiv-handlungstechnisch zu bewältigen. Stattdessen sehen sich die Betroffenen durch die Übermächtigkeit der Ereignisverstrickungen und deren Rahmenbedingungen nunmehr ausschließlich zu rein reaktiven Verhaltensweisen imstande. Die Betroffenen glauben ihren Alltag nicht mehr aktiv handlungstechnisch steuern und kontrollieren zu können. So werden sie gerade bezüglich ihrer Lebensorientierung und ihrer Lebensaktivitäten zunehmend passiver. Mit zunehmender Kumulation der Verkettung von Ereignissen steigt die Gefahr, dass sich die Betroffenen untereinander und auch sich selbst gegenüber fremd werden. Die Reaktion auf immer wiederkehrende widrige Ereignisse wird von Mal zu Mal unangemessener. Letztendlich sind es auch diese eigenen Aktivitätsbeiträge in Gestalt von unangemessenen Reaktionen, die die Erleidens-, Niedergangs- und Auflösemechanismen der Verlaufskurve noch dynamisieren und verschärfen.“ (vgl. Schütze 1995, S. 126)

⁶ Zum Inhalt der vier Komponenten des Arbeitsbogens siehe Strauss et al. 1985; Strauss 1985.

Vertretern, den Pflegekräften und den einzelnen Akteuren des interdisziplinären therapeutischen Teams.

3. Die *Evaluationskomponente*: zentrale Aspekte der Evaluationskomponente sind die Überprüfungs- und Bewertungsarbeit bezogen auf die Einhaltung der inhaltlichen Arbeitsabläufe. Werden hier Missverhältnisse festgestellt, so folgt umgehend eine Reaktivierung der Artikulationskomponente des Arbeitsbogens. Die Suche nach Fehlern und die Sicherheitsarbeit sind ebenfalls als zentrale Aspekte der Evaluationskomponente zu nennen. Ein weiterer und letztlich abschließender Aspekt der Evaluationskomponente ist die Bewertung und Interpretation der Arbeitsergebnisse. Hier endet der einstmals statuierte Arbeitskontrakt und die Akteure können sich neuen Aktivitäten zuwenden und gegebenenfalls neue Arbeitsbögen statuieren.

4. Die *Inhaltskomponente*: Gemeint sind alle Aktivitäten, die unerlässlich sind, um die inhaltlichen Arbeitsaufgaben zu bewältigen: Aspekte der Inhaltskomponente sind die so genannte Maschinenarbeit – wie beispielsweise die Einweisung in technische Geräte, die im Handlungsfeld der Pflege Anwendung finden –, die Arbeitsplatzanalyse, die Beratungs- und Hilfsarbeit, die Kommunikations-, Formulierungs-, Veröffentlichungs- und Legitimationsarbeit (hier z.B. die Sprachregelung in der Pflegedokumentation bezogen auf die MDK-Überprüfungen der Pflegestufenfestsetzung) und Erhebungs- und Erkundungsaktivitäten, wie die Wohlbefindlichkeitspflege im Kontext der stationären Altenpflege.

Die vorliegende Untersuchung nimmt die Arbeitsbögen der Fallarbeit der Pflegekräfte mit den dort auftretenden systematischen Schwierigkeiten, strukturellen Widersprüchen und Paradoxien der Pflegearbeit ebenso in den analytischen Blick, wie die (optimalen oder auch suboptimalen) Umgangsweisen der Pflegekräfte mit diesen Arbeitsschwierigkeiten. Untersucht werden aber auch die Interaktionsbeziehungen der interviewten Pflegekräfte mit (thematisch besonders interessierenden) Pflegebedürftigen: Im Zentrum des analytischen Interesses steht dabei die Umgangsweise der Pflegekräfte mit dem Leiden und den Schwierigkeiten der Pflegebedürftigen (Strauss et al. 1980, Strauss 1991) und mit den eigenen Arbeitsschwierigkeiten.

c) Die dritte grundlagentheoretische Untersuchungskategorie der vorliegenden Arbeit sind die Kernprobleme und Paradoxien professionellen Handelns (Schütze 1996, 2000).

Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland wächst ständig. Dieser demografische Wandel lässt auch den Bedarf an Pflegeleistungen stetig ansteigen.⁷ Seit der Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung⁸ am 1. Juli 1996 erfolgt die Vergütung pflegebedingter Aufwendungen nach gesetzlich festgelegten Pflegesätzen. Aus ökonomischen Gründen sind gerade Alten- und Pflegeheime zunehmend

⁷ Abgesehen von der demografischen Entwicklung bezüglich des rasant wachsenden Anteils älterer und sehr alter Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt der Bedarf an Pflegeleistungen auch aus folgenden Gründen: durch eine Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen – hier sei insbesondere die stark anwachsende Zahl demenziell erkrankter Menschen hervorgehoben –, durch die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie respektive Medizintechnik, sowie durch die wachsenden Ansprüche der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen an die Altenpflege (Denkschrift der Robert Bosch Stiftung, 2000). Dadurch wird das Handlungsschema der Pflegearbeit immer anspruchsvoller und komplexer.

⁸ Die Pflegeversicherung als ein Zweig der Sozialversicherung wurde als Novität geschaffen, um den Fall des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit abzusichern. Die gesetzliche Grundlage der Pflegeversicherung ist das XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Diese gesetzliche Grundlage definiert die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes.

darauf angewiesen, vorzugsweise Pflegebedürftige mit einer hohen Pflegestufe, also der Pflegestufe II oder der Pflegestufe III, aufzunehmen, um ihre Einnahmen sicherzustellen (vgl. Albrecht et al. 2000, S. 272 – 275; Bohnes 2001). Leichtere Pflegefälle mit der Pflegestufe I ebenso wie Pflegebedürftige, die in keine Pflegestufe eingestuft worden sind, werden vorzugsweise zu Hause von einem ambulanten Dienst versorgt (vgl. Richter 2002, S. 34 – 37). Somit weist der Durchschnitt der pflegebedürftigen Menschen in den Altenpflegeheimen eine hohe Pflegebedürftigkeit auf, was für die Pflegekräfte eine besondere Beanspruchungssituation hinsichtlich der Betreuung, Beratung und Pflege alter Menschen mit sich bringt – bezogen vor allem auf das medizinisch-pflegerische Handeln und auf die psychosoziale Betreuung (Becker et al. 1997; Domnowski 2004; Fengler 2001; Henze 2004). Der Bewältigung dieser Anforderungen, eingebettet in die übliche Arbeitsroutine, entspringen Kernprobleme und Paradoxien des professionellen Handelns (Schütze 1996, 2000).

Die Kernprobleme entstehen im Zuge der üblichen Pflegeroutine. Die Pflegekraft bemerkt die unaufhebbaren Kernprobleme zumeist nicht („seen but unnoticed“, vgl. Garfinkel 1967, S. 186 – 207), denn sie tauchen – von der Pflegekraft anfänglich unbemerkt - als kleinere Ärgernisse im Kontext von lösbaren Arbeitsschwierigkeiten auf. Dieses Nicht-Erfassen der unaufhebbaren, systematischen Handlungserschwerisse erzeugt seitens der Pflegekraft Verdruss und Irritation. Wenn die Pflegekraft dann meint, das entsprechende Problem identifiziert und durchschaut zu haben, erkennt sie zumeist nicht, dass es sich um tiefer liegende paradoxe und unaufhebbare Schwierigkeiten handelt, welche sich arbeits- und interaktionslogisch aus dem pflegerischen Handeln ergeben.⁹ Stattdessen werden die Kernprobleme als quälende systematische Irritationen erlebt, die dann folglich nicht nur nicht umsichtig erkannt und bearbeitet, sondern oftmals sogar ausgeblendet und verschleiert werden. So führen Kernprobleme dann zu systematischen Fehlern bei der Arbeit.

Die Problemstellung der schwierigen Makroarbeitsbedingungen in Verschränkung mit konkreten Problemkonstellationen und Fehlerquellen in der stationären Altenpflege sind

⁹ F. Schütze (Schütze 2000) unterscheidet die Konstitutionsprobleme der professionellen Interaktions- Handlungs- und Arbeitsvollzüge nach drei Problemkontexten:

a) *Widerstreitende Impulse im Zuge der internen Arbeitsnotwendigkeit des professionellen Handelns* – die Beziehungsqualität zwischen den Professionellen und den Klienten ist überformt durch eine höhersymbolische Interaktionsmodalität bei gleichzeitigem Anspruch des Professionellen, fallspezifisch auf die existenzweltlichen Problemkonstellationen der Klienten verändernd einzuwirken. Die Konstitutionsarbeiten und die Durchführung der professionellen Kernaktivitäten können mit widerstreitenden Impulsen verbunden sein: Dazu gehört die (vorkategorisierende oder interpretative) Planungsarbeit, die (fokussierte oder weitschweifende) Informationsarbeit, das Ausbalancieren und Konkretisieren der (monologisch oder auch interaktiv betriebenen) Arbeitsteilung, die Anordnung der Arbeitsschritte (vorgreifende Planung oder Schritt-für-Schritt-Planung) im Gesamtarbeitsbogen, die Beziehungsarbeit, die Veränderungsarbeit sowie auch die (fortlaufende oder in Intervallen erfolgende) Evaluations- und Neukalibrierungsarbeit.

b) *Grundlegende Unvereinbarkeiten bei der Konstitution sozialer Rahmen, in welche das professionelle Handeln eingebettet ist*, beziehen sich 1) auf die Interaktions- und Sozialbeziehungen zwischen den Akteuren und gleichzeitig auch auf die Akteure mit ihrer eigenen Interaktions- und Sozialgeschichte; 2) auf die Orientierung an höhersymbolischen Sinnwelten; 3) auf (individuelle und kollektive) Identitätsfiguren; 4) auf Orientierungskonstanten von sozialen Prozessen; 5) auf die rationale Organisation und Strukturierung des Handelns/der Arbeitsbögen sowie 6) auf die Beziehungsgestaltung zwischen den hoheitsstaatlichen kollektiven Identitäten und dem Individuum auf der Basis einer Orientierungs-, Regelsteuerungs-, Kritik- und Rechtfertigungsgrundlage.

c) *Diskrepanzspannungen zwischen der Entfaltungslogik der soziobiografischen Prozesse, in welche der Patient verwickelt ist, und der Entfaltungslogik des professionellen Handelns und der soziobiografischen Prozesse der Pflegekraft* – das professionelle Handeln bezieht sich auf die vielschichtigen biografischen und soziobiografischen Prozesse des Klienten. Dabei verfolgt das professionelle Handeln dem Klienten gegenüber das Ziel, dessen situations- und problemrelevante Problemkomplexe so zu bearbeiten, dass die Selbsthilfekompetenz des Klienten aktiviert, trainiert und gesteigert wird.

bislang kaum untersucht worden. Vielmehr ist in der qualitativ-sozialwissenschaftlichen Erforschung der Altenpflege deutlich die Tendenz des bevorzugten Erforschens des pflegeprofessionellen Handlungsfeldes der ambulanten Altenpflege zu erkennen – dies vor allem auch in Anlehnung an die sozial- und gesundheitspolitischen Leitvorstellungen, die vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung die Gesellschaft dahingehend orientieren, so lange wie möglich notwendig werdende pflegerische Hilfeleistungen in das privat-familiäre Umfeld einzubetten.

Ogleich das breite und engmaschige Angebot der ambulanten Pflegeanbieter gegenwärtig gut etabliert ist, scheint es gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland perspektivisch von besonderer Bedeutung, einen umsichtigen Umgang mit den systematischen Schwierigkeiten im Kontext der stationären Altenarbeit zu fördern, um einer berufsfallenähnliche Verstrickung der Pflegekräfte in die systematischen Fehlertendenzen in einem durch strukturelle Widersprüche und Retardierungen geprägten gesamtgesellschaftlichen Organisationsrahmen zu begegnen und diese zu verhindern. Daher möchte die vorliegende handlungs- und biografieanalytische Untersuchung der Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungstendenzen im Kontext der stationären Altenpflege einen Beitrag dazu leisten, die im Pflegeberuf in einer Vielzahl existierenden und für den pflegerischen Arbeitsablauf typischen Störpotenziale und Kernprobleme zu benennen und die daraus erwachsenen Belastungssituationen für die Pflegekräfte zu identifizieren und zu analysieren.

2. Methodischer Zugang und Forschungsablauf der Untersuchung

2.1 Methodischer Zugang

Als methodischer Zugang zum Forschungsgegenstand wurde das Forschungsparadigma der Qualitativen Forschung¹⁰ gewählt, da die qualitative Forschung eine offene Vorgehensweise in der Untersuchung der interessierenden Phänomene darstellt (Schütze 2005) – in der vorliegenden Arbeit die Gesamtheit der Lebens- und Berufsgeschichten von Pflegekräften, die im Kontext der stationären Altenpflege tätig sind.¹¹ So wird es möglich, die Lebens- und Arbeitswelt als soziale Wirklichkeit(en)¹² der befragten Pflegekräfte aus deren Perspektive heraus zu beschreiben. Die Untersuchungslogik der Qualitativen Sozialforschung erlaubt eine Rekonstruktion des biografischen Gewordenseins der Pflegekräfte sowie auch von Erzeugungs- und Entfaltungsbedingungen einer (pflegeprofessionellen) Berufsidentifikation in (berufs-)biografische Wandlungsprozesse (Schütze 1981, 1984a, 1991, 2001a) und deren vielschichtiger Verknüpfung mit systematischen Arbeitsschwierigkeiten und mit problematischen strukturellen Rahmenbedingungen der stationären Pflegearbeit. Dabei geraten systematische Berufsfallen ebenso wie Demoralisierungstendenzen sowie auch die Umgangsweise mit ihnen auf den Ebenen der alltäglichen beruflichen Pflegearbeit und der längerfristigen biografischen Bearbeitung zur Verhinderung oder Überwindung von Berufsfallen (einschließlich der Defokussierung/Fokussierung von Berufsfallen durch biografische Arbeit) in den analytischen Blick. Durch die Untersuchungslogik der Qualitativen Sozialforschung wird es möglich, die Verschränkung von schwierigen Makroarbeitsbedingungen mit konkreten Problem- und Fehlerprozessen (Hughes 1965, 1984; Schmidtbauer 1999; Schütze 2000) in der beruflichen Altenpflegearbeit und mit biografischen Bearbeitungsweisen dieser Problemkonstellationen sowie die Fehlerprozesse für den Arbeitsbereich der stationären Altenpflegearbeit zu untersuchen.

Der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit im Anwendungsfeld der Biografieforschung (Schütze 1981, 1983, 1984a, 1991, 2005, 2007) liegt der theoretische Zugang des

¹⁰ Kenzeichen qualitativer Forschungspraxis: 1. Methodisches Spektrum statt Einheitsmethode; 2. Gegenstandsgemessenheit von Methoden; 3. Orientierung am Alltagsgeschehen und / oder Alltagswissen; 4. Kontextualität als Leitgedanke; 5. Perspektive der Beteiligten; 6. Reflexivität des Forschers; 7. Verstehen als Erkenntnisprinzip; 8. Prinzip der Offenheit; 9. Fallanalyse als Ausgangspunkt; Konstruktion von Wirklichkeit als Grundlage; 11. Qualitative Forschung als Textwissenschaft; 12. Entdeckung und Theoriebildung als Ziel. (vgl. Flick et al. 2000, S. 24)

¹¹ „Gerade diese Offenheit für die Erfahrungswelten, ihre innere Verfasstheit und ihre Konstruktionsprinzipien sind für die qualitative Forschung (...) zentraler Ausgangspunkt für gegenstandsbegründete Theoriebildung. Die Forschungsstrategie liefert dichte Beschreibungen der Sichtweisen von Individuen unter Berücksichtigung (von) deren subjektiver und sozialer Konstruktion ihrer Welt.“ (vgl. Flick et al. 2000, S. 17)

¹² „Soziale Wirklichkeit lässt sich als Ergebnis gemeinsam in sozialer Interaktion hergestellter Bedeutungen und Zusammenhänge verstehen. Beides wird von den Handelnden in konkreten Situationen im Rahmen ihrer subjektiven Relevanzhorizonte (Schütz, A. 1971) interpretiert und stellt damit die Grundlage für ihr Handeln auf der Basis von gemeinsam geteilten Bedeutungen, die sie Objekten, Ereignissen, Situationen und Personen zuschreiben (Blumer 1973). Diese Bedeutungen modifizieren sich beständig und ´rahmen´ (Goffman 1980) sie kontextbezogen in Reaktion auf die Deutung anderer. In diesem Verständnis erscheint soziale Wirklichkeit als Ergebnis beständig ablaufender sozialer Konstruktionsprozesse (Berger, Luckmann 1970). Für die Methodologie der qualitativen Sozialforschung folgt daraus als erster Ansatzpunkt die Konzentration auf die Formen und Inhalte dieser alltäglichen Herstellungsprozesse über die Rekonstruktion der subjektiven Sichtweisen und Deutungsmuster der sozialen Akteure.“ (vgl. Flick et al. 2000, S. 20)

symbolischen Interaktionismus (Schütze 1987e, 2002) zugrunde – die Erkenntnislogik der *Grounded Theory* (Glaser, Strauss 1967/2005; Strauss, Corbin 1990; Haller 2000). Bei dem methodologischen Konzept der *Grounded Theory* geht es nicht darum, theoretische Vorannahmen hypothesentestend zu prüfen. Vielmehr geht es um die gegenstandsbezogene Theoriebildung mit dem Ziel der Entwicklung und Etablierung von theoretischen Konzepten. Die Untersuchung der Situation der stationären Altenpflege erfolgte mittels einer qualitativen Mehrebenenuntersuchung, einschließlich einer Perspektiventriangulation – Erfahrungsaufschichtung, Ereignisverstrickungen und Aktivitätsperspektiven der Pflegekräfte werden systematisch nachvollzogen und miteinander in Beziehung gesetzt (Schütze 1981, 1984a) – und einer Methodentriangulation, mittels des qualitativen Erhebungsinstrumentes der narrativen Interviews mit der Narrationsanalyse (Schütze 1983, 1987, 2001a, 2001b, 2007) und dem Experten-Interview (Meuser, Nagel 1991, 2004), um die unterschiedlichen Facetten des Untersuchungsgegenstandes zu betrachten.

Die erste Prozessebene wurde mittels des autobiografisch-narrativen Interviews erhoben (siehe dazu auch 2.3.1). Durch eine autobiografische Stegreiferzählung wird die Lebensgeschichte der Pflegekräfte in ihrer Gesamtheit erfasst (Schütze 1981, 1983, 1984a, 2001a, 2001b, 2007). So konnten Erzeugungs- und Entfaltungsbedingungen von berufsbiografischen Basispositionen/-dispositionen sowie biografische Wandlungsprozessen und deren soziale Prozesse herausgearbeitet werden. Aber auch die Entstehung von Verlaufskurvenprozessen des Ausbrennens (Riemann, Schütze 1991; Schütze 1989, 1995) sowie das von institutionellen Ordnungsvorstellungen und institutionellen Ablaufmustern bestimmte Handlungsschema der Altenpflege konnten so erforscht werden.

Die zweite Prozessebene wurde mittels qualitativer Experteninterviews (Meuser, Nagel 1991, 2004) (siehe dazu auch 2.3.2) untersucht, in Kombination mit ergänzenden Stegreiferzählungen der befragten Pflegekraft zur Entwicklung ihrer Beziehung zu pflegebedürftigen AltenheimbewohnerInnen¹³. Dieser letztere Untersuchungsschritt orientierte sich an den Veröffentlichungen von Thomas Reim (1996) und Gerhard Riemann (2000), in denen fall- bzw. interaktionsgeschichtlich fokussierte narrative Interviews wohl erstmalig systematisch zum Einsatz gekommen sind. So werden beispielsweise nicht nur die Erleidens- und Problemkonstellationen der Pflegekräfte und die Schwierigkeiten der diesbezüglichen Problembearbeitung, sondern auch die Umgangsweisen der Pflegekräfte mit den Erleidensprozessen der Altenheimbewohner und die eigenen Arbeitsschwierigkeiten dabei deutlich. Dies findet beispielsweise Ausdruck in komplexen Aufschichtungen verschiedener Ebenen grundlegenden sozial-kategorisierenden Ordnungswissens (Schütze 2001) der Pflegekräfte: Exemplarisch zu nennen ist hier die soziale Kategorisierung des Altenheimbewohners zum Zweck des (problem- und ressourcenorientierten) Pflegeassessments, über Typisierung der Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensauffälligkeiten bis hin zur Klassifikation der Beziehungsqualitäten zwischen Altenheimbewohnern (und nicht zuletzt auch deren Angehörigen) und den Pflegekräften.

¹³ In der vorliegenden Arbeit werden die pflegebedürftigen Altenheimbewohner synonym auch als Klienten bezeichnet.

2.2 Datenerhebung

Im Rahmen der Datenerhebung wurden insgesamt achtzehn Interviews geführt. Befragt wurden – mit der Ausnahme einer Auszubildenden der Altenpflege im dritten Ausbildungsjahr – ausschließlich examinierte Fachkräfte, die auf der Grundlage einer pflegerischen Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger oder aber einer Ausbildung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger bereits seit einigen Jahren in der stationären Altenpflege tätig sind. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte im Sinne des *Theoretical Sampling* (Glaser, Strauss 1967/2005) mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Zugängen zum Pflegeberuf, an verschiedenen Fachspezialisierungen sowie an unterschiedlichem Lebensalter in die Analyse einzubeziehen. Bei der Auswahl der InformantInnen war es darüber hinaus bedeutsam, Pflegekräfte von Pflegeanbietern in regional unterschiedlicher Lage und unterschiedlicher Trägerschaft zu gewinnen. So konnten insgesamt neun Altenpflegerinnen, zwei Altenpfleger, fünf Krankenschwestern, eine Diakonieschwester und eine Auszubildende der Altenpflege im dritten Ausbildungsjahr als InterviewpartnerInnen gewonnen werden.

Das Datensampling weist eine große Varianz bezüglich des Lebensalters auf: Die jüngste Interviewpartnerin war Anfang zwanzig, die zwei ältesten interviewten Pflegekräfte waren Krankenschwestern, die etwa zum Zeitpunkt des Interviewtermins in den Ruhestand getreten sind. Es erwies sich allerdings als schwierig, gleichermaßen viele weibliche wie männliche Interviewpartner für das Forschungsanliegen zu gewinnen. So konnten neben sechzehn weiblichen Pflegekräften nur zwei männliche Pflegekräfte gewonnen werden. Dieses Ungleichgewicht lässt sich allerdings sehr einfach mit der Tatsache erklären, dass der Pflegeberuf zuvorderst von Frauen ausgeübt wird. So nimmt der Anteil von Männern in Gesundheits- und Pflegeberufen zwar leicht zu, der Gesamtanteil von Männern in diesem Berufsfeld liegt dennoch nur bei etwa 15 %: So waren im Kalenderjahr 2006 insgesamt 370 000 Frauen und 46 000 Männer im Altenpflegeberuf tätig¹⁴.

Im Datensampling finden sich sowohl Pflegekräfte, die auf dem ersten Bildungsweg in den Pflegeberuf kamen, als auch Pflegekräfte, die über den zweiten Bildungsweg oder über eine so genannte berufliche Anpassungsmaßnahme¹⁵ einen entsprechenden Berufsabschluss realisierten. Dem Anspruch, Interviews sowohl mit Pflegekräften zu führen, die unter dem Dach eines kirchlichen Pflegeanbieters arbeiten, wie auch mit Pflegekräften, die bei privaten oder kommunalen Pflegeanbietern tätig sind, konnte entsprochen werden. Die InformantInnen arbeiten zu einem größeren Teil in Ostdeutschland, ein vergleichsweise kleinerer Teil arbeitet in Westdeutschland.

¹⁴ Datenquelle: GENESIS-Online-Datenbank des Statistischen Bundesamtes (05. Februar 2007, 19:00).

¹⁵ Über ein Anerkennungsverfahren wurde – temporär und insbesondere in Ostdeutschland in der so genannten Nachwendezeit – die Ausbildungszeit zum Beruf der Kindergärtnerin respektive der Kinderkrippenerzieherin auf die Ausbildungszeit der Altenpflegeausbildung angerechnet, so dass diese sich dann von ursprünglich drei auf zwei Jahre verkürzte.

Übersicht der InformantInnen¹⁶:

Pseudonym	Ausbildung, dienstliche Position, Trägerschaft des Pflegeanbieters
Gudrun Thiele	Krankenschwester, tätig als Wohnbereichsleiterin in einem Altenpflegeheim in privater Trägerschaft
Heidi Peters	examinierte Altenpflegerin, halbtags tätig als Pflegekraft in einem Altenpflegeheim unter Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes; daneben halbtags tätig als Dozentin in der Altenpflegeausbildung, privater Bildungsträger
Sandra Oertel	examinierte Altenpflegerin, tätig als Pflegedienstleiterin eines Altenpflegeheimes, Trägerschaft: Diakonisches Werk
Karin Naumann	examinierte Altenpflegerin, tätig als Pflegedienstleiterin, Altenpflegeheim in kommunaler Trägerschaft
Regina Minz	examinierte Krankenschwester im Ruhestand, ehemals tätig als Pflegekraft in einem Altenheim, Trägerschaft: Diakonisches Werk
Dirk Lehmann	examiniertes Altenpflegepersonal, tätig als Pflegekraft, Altenpflegeheim in privater Trägerschaft
Maria Fischer	examinierte Altenpflegerin, tätig als Pflegekraft, Altenheim in kommunaler Trägerschaft
Katja Herrmann	examinierte Krankenschwester, tätig als Pflegekraft und Praxisanleiterin für Auszubildende in Pflegeberufen, Altenheim in kommunaler Trägerschaft
Ute Lichtenfeld	examinierte Altenpflegerin, tätig als Pflegekraft, Altenheim mit gerontopsychiatrischem Pflegeschwerpunkt, in kirchlicher Trägerschaft
Marita Schulte	Diakonieschwester, tätig auf einer Pflegestation mit Schwerpunkt in der Betreuung und Pflege demenzkranker alter Menschen, Diakonische Stiftung
Erik Brink	examiniertes Altenpflegepersonal, tätig als Pflegemanager und gleichzeitig Wohnbereichsleiter, Altenpflegeheim in privater Trägerschaft
Ilka Lemke	examinierte Altenpflegerin, tätig als Pflegekraft, Altenpflegeheim in privater Trägerschaft
Evelin Golze	examinierte Altenpflegerin, tätig als Wohnbereichsleiterin und Pflegekraft, Altenpflegeheim in privater Trägerschaft
Monika Henze	examinierte Krankenschwester, tätig als Pflegekraft, Altenpflegeheim mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt in kirchlicher Trägerschaft
Iris Teichmann	examinierte Altenpflegerin, tätig als Pflegekraft, Altenpflegeheim in privater Trägerschaft
Ilse Rindermann	examinierte Krankenschwester, tätig als Wohnbereichsleiterin und Pflegekraft, Altenpflegeheim in kirchlicher Trägerschaft
Claudia Bondig	Auszubildende der Altenpflege 3. Lehrjahr, ausbildende Pflegeeinrichtung und Berufsschule in jeweils unterschiedlichen privaten Trägerschaften
Birgit Stolze	examinierte Altenpflegerin, tätig als Pflegekraft und Praxisanleiterin für Auszubildende der Altenpflege, Seniorenbetreuungscenter in Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes

¹⁶ Die InformantInnen sind selbstverständlich anonymisiert und mit einem Decknamen in die vorliegende Arbeit eingegangen.

Zunächst wandte ich mich mit meinem Forschungsanliegen an verschiedene Alten- und Pflegeheime. Von den Einrichtungen, an die ich schriftlich, telefonisch oder auch persönlich herantreten bin, wurde ich stets freundlich bei der Gewinnung von Interviewpartnern unterstützt. Meine Gesprächspartner suchte ich dann entweder in ihrem privaten Umfeld oder aber in der Pflegeeinrichtung, in der sie tätig waren, auf. Ich habe mich immer bemüht, einen Gesprächsrahmen außerhalb des Arbeitsumfeldes der Pflegekraft zu realisieren. Wenn das Interview jedoch nicht im privaten Umfeld der InterviewpartnerInnen stattfinden konnte, so stellten die Pflegeeinrichtungen auf meine Anfrage hin einen ruhigen Raum zu Verfügung und berücksichtigten darüber hinaus den Interviewtermin bei der Dienstplangestaltung. Alle Interviews wurden mit Einverständnis der InformantInnen mitgeschnitten. Für den späteren Auswertungsprozess wurden zudem alle besonderen Beobachtungen, die Interviewsituation und den Informanten, das Milieu und den Charakter, die spezifische Interviewsituation betreffend, schriftlich festgehalten.

Die Interviews waren zweigliedrig strukturiert. Im ersten Teil wurde im Stil eines autobiografisch-narrativen Interviews (Schütze 1983, 1987) nach der Lebensgeschichte und der biografischen Erfahrungsaufschichtung der Pflegekräfte gefragt. Als zentrales Erhebungs- und Analyseverfahren wurde das narrative Interview gewählt, da das narrative Interview die Interviewpartner zu einer umfassenden und detaillierten Stegreiferzählung persönlicher Erfahrungsaufschichtung, Ereignisverstrickung und entsprechender Erlebnisverarbeitung anregt (Schütze 1987). Die Erhebungsstrategie basierte auf einer offenen Gesprächsführung mit dem Ziel, eine möglichst lückenlose Darstellung der Interviewpartner bezüglich deren biografischer und berufsbiografischer Erfahrungsaufschichtung und der erlebten Ereignisverkettungen zu erhalten (siehe dazu auch 2.3.1).

Im zweiten Interviewteil wurden leitfadengestützte Experten-Interviews (Meuser, Nagel 1991, 2004) erhoben. In den Experten-Interviews wurden Beschreibungen von Arbeitsabläufen und Argumentationen zu den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege erfasst; die Fall Erzählungen bezüglich des Pflegehandelns – in Gestalt von Erzählpassagen – beinhalten Aussagen zur Beziehungsgeschichte von Pflegekräften und Pflegebedürftigen. Der Leitfaden wurde so konzipiert, dass sich durch das Vorhandensein eines potenziellen Entfaltungsraums für Darstellungszugzwänge ein jeweils selbstläufiges narratives, deskriptives und argumentatives Kommunikationsschema entwickeln konnte (siehe dazu auch 2.3.2).

2.2.1 Die Grundstruktur des Leitfadens für das ExpertInnen-Interview:

1. Es wird um Fall Erzählungen gebeten, einschließlich der Beschreibung der entsprechenden Arbeitsabläufe und der Beschreibung der Beziehungsgeschichte zwischen der befragten Pflegekraft und den pflegebedürftigen Menschen:
 - a. erfolgreicher Fall
 - b. Involvierung in gescheiterte Behandlung
 - c. leichter Fall/schwieriger Fall
2. Worin sieht die Pflegekraft (wiederkehrend auftretende) Schwierigkeiten bei der pflegerischen Arbeit
3. Fehler/Fehlerquellen bei der Pflegearbeit
4. Gibt es (wiederkehrend auftretende) Belastungsmomente in der pflegerischen Arbeit?
5. Wie geht die Pflegekraft mit (systematisch auftretenden) Schwierigkeiten um?
Wie gestaltet sich der individuelle Umgang mit Belastungssituationen?
6. Wie gestaltet sich die Beziehung zu anderen Berufsgruppen/interdisziplinäre Zusammenarbeit?
7. Wie werden die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für die Pflegearbeit eingeschätzt?
8. Was sind die perspektivischen Wünsche an die Entwicklung in der Altenpflege?

2.3 Methodisches Vorgehen und Datenauswertung

Die Gesamtheit der in autobiografischen Stegreiferzählungen und via Experteninterview erfassten qualitativ-empirischen Forschungsmaterialien wurde dokumentiert – bis auf wenige Ausnahmen, die in dichten Interviewzusammenfassungen in Komposition mit transkribierten Passagen erfasst worden sind – und unter Verwendung folgender Zeichen transkribiert¹⁷:

Die verwendeten Transkriptionszeichen:

(.)	= kurzes Absetzen
..	= mittlere Pause von 2 Sekunden
...	= 3 Sekunden
(4sek.)	= Pause; Dauer in Sekunden
(,)	= Senken der Stimme
(^)	= Heben der Stimme
(-)	= Stimme in der Schwebe
(!)	= besonderer Ausruf
<i>neee</i>	= <i>Dehnung</i>
(selber ?)	= vermuteter Wortlaut
(?)	= unverständliche Äußerung
&	= auffällig schneller Anschluss
„.....“	= dialogische Rede
/	= Konstruktionsabbruch
viellei	= Wortabbruch
((z.B. laut))	= „objektiv“ feststellbare, parasprachliche, nicht verbale, oder gesprächsexterne Aktivität
((z.B. ironisch)))	= interpretativ feststellbare begleitende Sprechqualität
(k)	= Korrektur
Schulung	= betont gesprochen
A: Ich sehe daher [die	
B: nein ich	= gleichzeitiges Sprechen mit Kennzeichnung des Einsetzens

¹⁷ Der Arbeitsschritt der Transkription „umfasst die graphische Darstellung ausgewählter Verhaltensaspekte von Personen, die an einem Gespräch teilnehmen. (...) Transkripte sind notwendig, um das flüchtige Gesprächsverhalten für wissenschaftliche Analysen auf dem Papier dauerhaft verfügbar zu machen.“ Verbale und nonverbale Besonderheiten sollten ebenfalls sichtbar gemacht werden. (vgl. Jakob 1997, S. 445 – 458)

2.3.1 Der autobiografisch-narrative Teil des Interviews – methodisches Vorgehen und Auswertung

Zunächst soll das methodische Vorgehen bezüglich des ersten Interviewteils Betrachtung finden. Hier kam das Erhebungsverfahren des autobiografisch-narrativen Interviews zur Anwendung mit dem Ziel, eine möglichst lückenlose Darstellung der Lebensgeschichte meiner Interviewpartner zu erhalten. Die befragten InformantInnen wurden angehalten, ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen darzustellen¹⁸.

Der erste von drei zentralen Bestandteilen des autobiografisch-narrativen Interviews ist die *autobiografische Anfangserzählung*: Zu Beginn des Gespräches formulierte die Interviewerin eine offen gehaltene Erzählaufforderung (Erzählstimulus). Die monologische Haupterzählung wurde von den für die vorliegende Untersuchung befragten Pflegekräften sprachlich selbst strukturiert und gerahmt. Die Informanten wurden dabei nicht unterbrochen, die Interviewerin brachte lediglich durch Aufmerksamkeit ihr Interesse an der Erzählung der GesprächspartnerInnen zum Ausdruck. Dabei griffen die „Zugzwänge des Erzählens“ (Schütze 1983, 1984a). Die Zugzwänge des Erzählens sind das zentrale Element der Dynamik des Stegreiferzählens und durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Die Detaillierung: Die InformantInnen verbinden in ihren Stegreiferzählungen miteinander zusammenhängende und aufeinanderfolgende Ereignisse, um die Zusammenhänge der Ereignisabfolgen, sowie die Erlebniszusammenhänge zu plausibilisieren. So sind die Informanten bestrebt, durch einen hohen Detaillierungsgrad sicherzustellen, dass die Erzählung der Lebensgeschichte vom Zuhörer verstanden wird. Deshalb detaillieren sie ihre Erzählung an problematischen Stellen, mit dem Ziel der Verständigungssicherung. Die Konzentration des Erzählers liegt dabei auf den größeren Strukturen der Erfahrungsaufschichtung und auf den zentralen Erfahrungszusammenhängen. Dadurch wird unter anderem sichergestellt, dass dem Forscher die biografische Erfahrungsaufschichtung zugänglich wird.

Relevanzabstufung und Kondensierung: Die InformantInnen fokussieren in ihren Erzählungen zuvorderst das, was ihrer Meinung nach bezüglich des Interviewthemas relevant scheint.

Gestaltschließung: Begonnene Darstellungszusammenhänge werden im Verlauf der Erzählung, bisweilen auch entgegen dem ursprünglichen Erzählplan der InformantInnen, in detaillierter Darstellung fortgesetzt (Schütze 1983, 1984a)

Am Ende der Haupterzählung stand dann eine Kodaformulierung wie beispielsweise: „Ja, das ist meine ganze Lebensgeschichte“. Diese Kodaformulierungen machten der Interviewerin deutlich, dass die befragte Pflegekraft die eigene lebensgeschichtliche Erzählung als abgeschlossen sieht. Es folgte dann der zweite zentrale Teil des autobiografisch-narrativen Interviews, der *Nachfrageteil*.

Nachdem die interviewten Pflegekräfte ihre Haupterzählung abgeschlossen hatten, begann die Interviewerin mit dem Nachfragen. Das hatte zum Ziel, noch vorhandenes Erzählpotenzial auszuschöpfen. Dabei sollte der Erzählvorgang wieder angeregt werden, um zunächst

¹⁸ „Das narrative Interview ist ein sozialwissenschaftliches Erhebungsverfahren, welches die Informanten zu einer umfassenden und detaillierten Stegreiferzählung persönlicher Ereignisverwicklungen und entsprechender Erlebnisse im vorgegebenen Themenbereich veranlasst. (...) Oberstes Handlungsziel des narrativen Interviews ist es, über expandiertes Erzählen die innere Form der Erlebnisaufschichtung der InformantInnen hinsichtlich der Ereignisse zu reproduzieren, in welche er handelnd und erleidend selbst verwickelt war“ (vgl. Schütze 1983, S. 49)

unwichtig erscheinende Themenpotenziale vom Informanten noch einmal genauer ausführen zu lassen oder zuvor vom Informanten lediglich vage dargestellten Zusammenhänge noch einmal plausibilisieren zu lassen. Auch sollten bislang undurchsichtige Ereignisabfolgen bzw. Ereignisgänge zur besseren Nachvollziehbarkeit nochmals dargelegt werden.

Der letzte der drei zentralen Teile des autobiografisch-narrativen Interviews ist der *Evaluationsteil*. In ihm wurde die Erklärungs- und Abstraktionsfähigkeit der InformantInnen zur Erfassung der eigentheoretischen Konstruktionen genutzt.

Ausgewähltes Datenmaterial wurde dann im Forschungskolloquium am Institut für Soziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. phil. Fritz Schütze und Herrn Dr. rer. pol. Thomas Reim, vorgestellt. Dies geschah mit stets offenem Blick und ohne den Versuch, gebräuchliche Theorien – beispielsweise aus der Pflegeforschung – auf das Datenmaterial zu projizieren oder gar Hypothesen zu formulieren.

Formale Textanalyse

Die Primärdaten – nunmehr vorliegend in Form transkribierter Interviews – wurden dann zunächst im Rahmen des Arbeitsschrittes der formalen Textanalyse segmentiert. Die Segmentierung der transkribierten Interviews orientierte sich an Konstitutionsbedingungen der Fallentfaltung (Schütze 2005) sowie auch an abgeschlossenen, abgezielten Darstellungszusammenhängen und deren – indirekter oder symptomatisch ausgedrückter – Präsentationsfunktion, aber auch an Hintergrundkonstruktionen und Hintergrunderklärungen¹⁹, Subsegmenten oder an Rahmenschaltelementen („naja und dann“) (Detka 2004, Schütze 2005).

Strukturelle Beschreibung

Dem Arbeitsschritt der formalen Textanalyse folgte der Arbeitsschritt der strukturellen Beschreibung. In einer strukturellen Beschreibung werden die Darstellungsaktivität und der Darstellungsinhalt gleichermaßen betrachtet und „die formalen Textstrukturen benutzt, um die Erinnerungsaufschichtung von spezifischen sozialen und biografischen Prozessen herauszuarbeiten, die dem Betroffenen nicht in allen Aspekten und auch nicht unbedingt in ihrem systematischen Zusammenhang mit anderen spezifischen Prozessen auf derselben Konstitutionsebene der sozialen Realität (...) durchsichtig sind. Eine strukturelle Beschreibung geht sequenziell vor und orientiert sich zunächst an den formalen Einschnitten zwischen den Darstellungsaktivitäten, im narrativen Interview insbesondere zwischen den Erzähleinheiten, die gekennzeichnet sind durch Rahmenschaltelemente folgender Art: absinkende Intonation, Sprechpause, Neuansatz mit parasprachlichen Äußerungen wie `eh`, steigende Intonation, Einleitungskonjunkturen wie `ja und dann`, und die außerdem charakterisiert sind durch eine spezifische Binnenstruktur mit Einleitungsteil, Erzählgerüstsätzen, Erzähldetaillierungen usw.“ (vgl. Schütze 1995, S. 133). Dann wurden die in jedem einzelnen Segment sequenzierten Ereignisabläufe und Ereignisverstrickungen herausgearbeitet, mit dem Ziel, Ereignisabfolgen und deren erfahrungsbasierte

¹⁹ „Hintergrunderklärungen sind eine bestimmte Form von Hintergrundkonstruktionen. Bei diesen handelt es sich um Textphänomene, die der Erzähldynamik zumeist dem von Fritz Schütze so genannten Detaillierungszwang geschuldet sind. Um nämlich dem Zuhörer den Ablauf der zu erzählenden Geschichte plausibel zu halten, ist der Informant/die Informantin gehalten, Themen auch nachholend in die Darstellung einzubringen, deren Darstellungsnotwendigkeit er/sie aus bestimmten Gründen vermeiden wollte. Zu beobachten ist aber auch oft, dass erst die Erzähldynamik die Informanten an thematische Gehalte heranführen, die sie zuvor ausgeblendet, wenn nicht verdrängt hatten. Hintergrundkonstruktionen können die Form von Erzählungen, Beschreibungen oder argumentativen, begründeten Einlassungen haben. Ein wichtiges Kennzeichen ist in jedem Fall, dass die darin enthaltenen Aussagen nicht dort gemacht werden, wo sie eigentlich – der Ablauflogik der Darstellung folgend – erwartbar gewesen wären.“ (vgl. Reim 1997, S. 187)

Sedimentierung in der biografischen Erfahrungsaufschichtung der InformantInnen zu erfassen. Dabei ging es vor allem auch um das „Erkennen der zeitlich abgezielten Prozessstrukturen des Lebenslaufes – d.h. fest gefügte, institutionell bestimmte Lebenssituationen; Höhepunktsituationen; Ereignisverstrickungen, die erlitten werden; dramatische Wendepunkte oder allmähliche Wandlungen; sowie geplante und durchgeführte biografische Handlungsabläufe.“ (vgl. Schütze 1983, S. 286). Erst im Kontrast der abgelaufenen Ereignisse bekommt die Eigentheorie des Erzählers eine erkenntnisgenerierende Bedeutung. Erklärungsmuster und Deutungen werden erst vor dem Hintergrund des Erlebten interessant.

Die analytische Aktivität der *pragmatischen Brechung* erfolgt einmal bezogen auf die (formalen) Darstellungsaktivitäten und deren Präsentationsfunktion und zum anderen bezogen auf die Darstellungsinhalte. Sprachliche Darstellungsinhalte und deren Präsentationsaktivitäten drücken biografische und soziale Prozesse aus, in welche die Darstellungsinhalte eingebettet sind.

Pragmatische Brechung heißt, dass ein Perspektivenwechsel vorgenommen wird, dass also die biografischen und sozialen Prozesse und deren Hervorbringungsaktivitäten mit einem „fremden Blick“ analytisch betrachtet werden. Bei der Untersuchung des Primärdatenmaterials auf biografische und soziale Prozesse und deren Charakteristika werden die Darstellungsaktivitäten und -inhalte nicht etwa kontextfrei betrachtet, sondern vielmehr auf den jeweiligen Kommunikationskontext bezogen betrachtet. Erst die besondere Aufmerksamkeit für die Kommunikationskontexte ermöglicht es, (teilweise verdeckte) Hintergründe hinsichtlich der entsprechenden Darstellungspassagen im Primärdatenmaterial und deren Bedeutung zu verstehen (vgl. Schütze 2005, S. 217 - 219).

Analytische Abstraktion

Der strukturellen Beschreibung folgend wurde nun in einem weiteren Analyseschritt eine biografische Gesamtformung erstellt. Dabei wurden die größeren, in der Darstellung häufig mehrere Segmente übergreifenden biografischen Prozesse betrachtet und die Gesamtgestalt der Lebensgeschichte der InformantInnen herausgearbeitet. Dadurch wurde es möglich, die Grundlegung einzelner Erfahrungen und Handlungen – der (externen) Erzeugungs- und Weiterführungsbedingungen und der (internen) Bewegungs- und Wirkmechanismen der Erfahrungsaufschichtung und Ereignisverstrickung – zu erfassen sowie Zusammenhänge zwischen biografischen Erlebnissen und verschiedenen lebensgeschichtlichen Phasen zu erkennen (Schütze 2005).

Die Lebensgeschichte der Pflegekräfte, die Prozessstrukturen des Lebenslaufes wurden in ihrer Gesamtgestalt erfasst. Nach Fritz Schütze (1981) gibt es vier Prozessstrukturen des Lebenslaufes: *Institutionelle Ablaufmuster*: Diese beruhen auf gesellschaftlich institutionalisierten Mustern, welchen die Individuen folgen; *biografische Handlungsschemata*: Abläufe und Strukturen, in denen das Individuum intentional handelt und eigene Entwürfe realisiert; *Verlaufskurven*: sind gekennzeichnet von einem Verlust der Handlungsorientierung und Erfahrungen des Erleidens; *biografische Wandlungsprozesse*: die Identität des Individuums ändert sich, neue Handlungsmöglichkeiten werden eröffnet (vgl. Schütze 1981, S. 67 - 129).

Wissensanalyse

Im Zuge der Wissensanalyse wurden die eigentheoretisch-argumentativen Aussagen der InterviewpartnerInnen zu den in der strukturellen Beschreibung herausgearbeiteten Erkenntnissen über die Prozesse bzw. Ereignisgestalten in Bezug gesetzt, mögliche Differenzen zwischen den sozialen und biografischen Prozessen und der eigentheoretischen Verarbeitung der Biografieträger wurden so sichtbar. Dadurch konnten

Ausblendungsmechanismen, Tendenzen zur Verdrängung unangenehmer, identitätsgefährdender Erlebnisse bei einer Kontrastierung verschiedener Textpassagen der Analyse zugänglich gemacht werden (Schütze 1983, 2005).

Kontrastiver Vergleich

Bei dem Forschungsschritt des kontrastiven Vergleiches erfolgte ein Vergleich des zu untersuchenden Gegenstandes mittels der Strategie des so genannten minimalen und maximalen Vergleiches. Diese beiden Vergleichsformen haben das Ziel, den untersuchten Gegenstand in seinen unterschiedlichen Ausprägungen zu erfassen, wie beispielsweise Gruppen und Untergruppen des zu untersuchenden Gegenstandes, Ereignisverstrickungen und Erfahrungsaufschichtungen oder auch Handlungsschemata von biografischer Relevanz in ihren unterschiedlichen Merkmalsausprägungen/Charakteristika zu entdecken, um voneinander abweichende Dimensionen zu erkennen (Schütze 1983, 2005).

In der Strategie des minimalen Vergleiches werden Fallgestalten miteinander verglichen, die in vielen Aspekten ähnliche Merkmalsausprägungen/Charakteristika beinhalten. In der Strategie des maximalen Vergleiches werden Fallgestalten miteinander verglichen, die möglichst unterschiedliche Prozessalternativen repräsentieren. Dies geschieht mit dem Ziel, die verschiedenen Prozessvariablen in Bezug auf die Forschungsthematik herausarbeiten zu können.

Theoretisches Modell

Im Prozess der Theoriegenerierung wurden die aus dem empirischen Material in Einzelfallanalysen und kontrastiven Vergleichen entwickelten Kategorien nun zu einem theoretischen Modell verdichtet (Schütze 1983, 2005). Bei der Erstellung eines so genannten theoretischen Modells wurden die Kategorien aus den empirischen Daten – und hier zunächst aus den beiden Eckfällen – geschöpft. Die Auswahl und Auswertung weiterer Interviews, zusätzlich zu den Eckfällen, diente zur Überprüfung der bei der Analyse der Eckfälle erarbeiteten Kategorien und zur Erweiterung sowie der Möglichkeit, neue Zusammenhänge zu entdecken. Die Theorieentwicklung vollzog sich so in einem fortlaufenden Wechsel von Einzelfallanalysen und dem emergierenden theoretischen Modell.

2.3.2 ExpertInneninterviews – methodisches Vorgehen und Auswertung

Neben dem autobiografisch-narrativem Interview kam dem offenen leitfadengestützten ExpertInneninterview²⁰ (Meuser, Nagel 1991, 2004) eine zentrale Stellung im Forschungsdesign zu. Ein zentrales Ziel dabei war es, die pflegeprofessionelle Wissens- und Handlungsstruktur der Pflegekräfte, die im Handlungsfeld der stationären Altenpflege tätig sind, theoretisch zu generalisieren. Ein weiteres zentrales Ziel war es, Vergleiche anzustrengen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Wissens- und Handlungsstrukturen, gemeinsam geteilte Wissensbestände, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Orientierungsmuster der befragten Pflegekräfte herauszustellen (vgl. Meuser, Nagel 1991, S 152).²¹

²⁰ „Eine leitfadenorientierte Gesprächsführung wird beidem gerecht, dem thematisch begrenzten Interesse des Forschers an dem Experten wie auch dem Expertenstatus des Gegenübers. (...) Die Orientierung an einem Leitfaden schließt aus, dass das Gespräch sich in Themen verliert, die nichts zur Sache tun, und erlaubt zugleich dem Experten, seine Sache und Sicht der Dinge zu extemporieren.“ (vgl. Meuser, Nagel 1991, S. 148)

²¹ An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass sich dieser Untersuchungsschritt an den Veröffentlichungen von Thomas Reim (1996) und Gerhard Riemann (2000) orientiert, in denen fall- bzw. interaktionsgeschichtlich fokussierte narrative Interviews wohl erstmalig systematisch zum Einsatz gekommen sind.

Die staatlich anerkannten examinierten Pflegekräfte, die für die vorliegende Untersuchung als ExpertInnen angesprochen wurden, repräsentieren mit ihrem Betriebs- und Erfahrungswissen (Meuser, Nagel 1991, 2004) die institutionellen und organisatorischen Strukturen und Rahmenbedingungen der stationären Altenpflegearbeit. Die als ExpertInnen befragten Pflegekräfte besitzen genaue Kenntnis über den Forschungsgegenstand. Der Expertenstatus der für diese Untersuchung befragten Pflegekräfte begründet sich in der Tatsache, dass diese als Handlungs- und Entscheidungsträger mit dem Altenpflegeberuf – hier dem abgesteckten Wirklichkeitsausschnitt der stationären Pflegearbeit – mehrheitlich bereits über viele Berufsjahre hinweg vertraut sind.

Um das Erfahrungs- und Betriebswissen der Pflegekräfte zum zentralen Gegenstand des Experteninterviews zu machen, wurde ein Leitfaden konzipiert, der die Entstehung selbstläufiger narrativer, deskriptiver und argumentativer Kommunikationspassagen förderte. Im analytischen Fokus standen dabei vor allem pflegeinstitutionsinterne Entscheidungs- und Handlungsabläufe – wie beispielsweise das Unterlaufen institutioneller Vorgaben, routinisierte Pflegepraktiken, Strukturen und Strukturzusammenhänge des Expertenhandelns. Um einen möglichst praxisnah-authentischen Einblick in das Handlungsschema der stationären Altenpflegearbeit zu erhalten, wurden die Pflegekräfte um die detaillierte Beschreibung der entsprechenden Arbeitsabläufe, Grundroutinen, Fallbearbeitung und die Beschreibung von Problembündeln/Problemkonstellationen gebeten. Darüber hinaus wurde das argumentative Reflektieren der strukturellen Arbeits- und Rahmenbedingungen der beruflichen Pflegearbeit ebenso angeregt wie Erzählpassagen zur Beziehungsgeschichte der Pflegekräfte zum pflegebedürftigen alten Menschen und zu den Interaktionsbeziehungen innerhalb des interdisziplinären (pflegeprofessionellen und therapeutischen) Teams.

Nachfolgend soll die Auswertung der ExpertInneninterviews erläutert werden. Im analytischen Mittelpunkt stand die kontextabhängige Bedeutungsinterpretation der narrativen, deskriptiven und argumentativen Darstellungspassagen (Meuser, Nagel 1991, 2004). Die Analyse orientierte sich an inhaltlich zusammengehörigen – oftmals auch über das Gespräch verteilten – Darstellungspassagen. Die Sequenzierung des Textes erfolgte nach thematisch zusammengehörenden Einheiten. Die Auswertung orientierte sich dabei nicht – ganz im Gegensatz zur Auswertung des autobiografisch-narrativen Interviewteils – an der Sequenzialität der Äußerungen. Vielmehr wurden die Aussagen der befragten Pflegekräfte im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen verortet und erhielten somit ihre Bedeutung unabhängig davon, an welcher Stelle des Interviews die Äußerungen platziert worden waren (vgl. Meuser, Nagel 1991, S. 153). Verglichen wurden die Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten in den Orientierungsmustern, Interpretationen und Relevanzsetzungen (vgl. Meuser, Nagel 1991, S. 152) der befragten Pflegekräfte: Ähnlichkeiten – wie beispielsweise gemeinsam geteilte Wissensbestände – und Unterschiede des Erfahrungs- und Betriebswissen – wie beispielsweise Perspektivendivergenzen – der für die vergleichende Untersuchung befragten Pflegekräfte wurden, bezogen auf den abgegrenzten Wirklichkeitsausschnitt der beruflichen Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege, ausgearbeitet. Die Vergleichbarkeit der Experteninterviews wurde einmal durch den gemeinsam geteilten institutionell-organisatorischen bzw. handlungsschematischen Rahmen der stationären Altenpflege gewährleistet, aber auch durch die Themenfokussierung über die leitfadensorientierte Interviewführung. Der für diese Untersuchung konzipierte Leitfaden berücksichtigte das spezielle Expertenwissen der Pflegekräfte, aber auch das spezielle Forschungsinteresse.

Die für den Leitfaden entwickelten Fragestellungen waren bereits auswertungsrelevante vorformulierte theoretisch-analytische Kategorien (vgl. Meuser, Nagel 1991, S. 154). Der bereits eingangs angeführte flexible Wechsel zwischen Erhebungs- und Auswertungsphasen

trug dazu bei, das Analyseinstrument zu Beginn der Untersuchung noch zu schärfen und damit zu verbessern.

Die Auswertung der Experteninterviews basierte auf der grundlegenden Erkenntnislogik der *Grounded Theory* (Glaser, Strauss, 1967/2005). Demnach ging es um die gegenstandsbezogene Theoriebildung mit dem Ziel der Entwicklung und Etablierung von theoretischen Konzepten.

Die drei Grundelemente des methodologischen Konzeptes der *Grounded Theory* sind das *Kodieren*, der *kontrastive Vergleich* sowie das *Theoretical Sampling*.

Kodieren

Das offene Kodieren, also das analytische Herausarbeiten der einzelnen Phänomene und ihrer Merkmale und Charakteristika, erfolgte als erster Analyseschritt. Das offene Kodieren erfolgte mit dem Ziel der Klassifikation der im Datenmaterial liegenden Phänomene und des Bildens theoretischer Konzepte, mit denen die zu untersuchende Forschungsfrage Beantwortung finden kann. Im nächstfolgenden analytischen Schritt wurde es dann möglich, Codes zu entwickeln. Im Anschluss daran wurden diese Codes im Arbeitsschritt des so genannten axialen Kodierens differenziert, also Beziehungen zwischen den einzelnen Phänomenen/Kodes gesucht – dies mit dem Ergebnis, erste Kategorien zu formulieren. Im nachfolgenden Analyseschritt des selektiven Kodierens wurden dann so genannte Kernkategorien herausgearbeitet, deren Abstraktions- und Detaillierungsgrad es ermöglichte, die zentralen Phänomene des Untersuchungsgegenstands und ihre Zusammenhänge (über alle Kategorien hinweg) zu erfassen. Auf dieser Grundlage wurde es nunmehr möglich, gegenstandsbezogene Theorien zu statuieren.

Kontrastiver Vergleich

Von zentraler Wichtigkeit waren die kontinuierlichen Vergleichsprozesse, beispielsweise zwischen Textstellen, Ereignisverstrickungen, Erfahrungsaufschichtungen und spezifischen Handlungsschemata. Der Vergleich erfolgte zwischen dem aus dem Datenmaterial hervorgetretenen Phänomen und den Kontexten, in denen dieses Phänomen auftaucht. Aus diesem Vergleich wurden mittels Minimal- und Maximalkontrastierungen dann Ähnlichkeiten und Unterschiede aus dem empirischen Material herausgearbeitet, verbunden mit der Formulierung hypothetischer Beziehungen zwischen den einzelnen Phänomenen und einer theoretischen Generierung spezifischer Kategorien.

Theoretical Sampling

Im Sinne des theoretischen Samplings erfolgte die Auswahl der Interviewpartner in Anlehnung an erste aus dem Datenmaterial hervortretende Analyseergebnisse. Die Erhebung des Datenmaterials, die Datenanalyse und die Theoriebildung sind drei miteinander eng verflochtene, in einer Wechselbeziehung stehende und zeitlich parallel ablaufende Arbeitsaktivitäten. Die Erhebung weiterer Daten erfolgte systematisch, in sich wiederholenden Zyklen von Datenerhebung, der Analyse und der Formulierung von ersten Hypothesen, die wiederum an weiterem Datenmaterial geprüft wurden. Glaser und Strauss (2005) sprechen in diesem Zusammenhang vom Prinzip der Sättigung - dies einmal bezogen auf die Auswahl weiterer Interviewpartner - bezüglich des theoretischen Samplings, aber auch bezogen auf den Kodierungs- und Analyseprozess. So konnte davon ausgegangen werden, dass eine Sättigung erreicht war, als die Datenerhebungen und Datenanalysen keine neuen Erkenntnisse zu den von mir gestellten Forschungsfragen mehr brachten (Meuser, Nagel 1991, 2004; Strauss, Glaser 1967/2005).

3. Das biografische Gewordensein der Pflegekraft – Soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen für das Herausbilden berufsbiografischer Basispositionen und -dispositionen²²

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, mit welchen unterschiedlichen biografischen und sozialen Bedingungen die befragten Pflegekräfte im Laufe ihres biografischen Gewordenseins konfrontiert worden sind und welchen Einfluss die unterschiedlichen Bedingungsgefüge ausübten - zum einen auf die Entwicklung der individuellen (berufs-)biografischen Basispositionen und -dispositionen und zum anderen auf die stärkere oder schwächere Ausprägung berufsbiografischer Sinnquellen.

Um die unterschiedlichen förderlichen und problematischen Einflussfaktoren in den Blick nehmen zu können, werden die lebensgeschichtlichen Erzählungen der Pflegekräfte aus biografieanalytischer Perspektive betrachtet. Dabei geraten kreative Wandlungsprozesse der Berufsentfaltung in den analytischen Blick sowie Verlaufskurven des Ausbrennens und der Deprofessionalisierung. Ereignisabfolgen und Ereignisverstrickungen in der biografischen Erfahrungsaufschichtung der Pflegekräfte werden erfasst und die Prozessstrukturen des Lebenslaufes²³ in ihrer Abfolge beschrieben. So können beispielsweise fest gefügte, von institutionalisierten Erwartungen und Anforderungen bestimmte Lebenssituationen, in denen es für die Betroffenen spezifische Ereignisverstrickungen gab, entdeckt werden. Damit zusammenhängend werden Verlaufskurven betrachtet, welche von einem Verlust der eigenen Handlungsorientierung und Erfahrungen des Erleidens gekennzeichnet sind.

Die unterschiedlichen Einflüsse und Bedingungsrahmen für die biografische Entwicklung werden im Folgenden nacheinander und jeweils für sich abgehandelt. Die separate Abhandlung der Einflussgrößen geschieht der besseren Darstellbarkeit und analytischen Durchdringung wegen. Damit wird nicht die Tatsache übersehen, dass die Pflegekräfte im Laufe der biografischen Entwicklung mit mehreren unterschiedlichen Bedingungsrahmen entweder zeitgleich oder aber eng aufeinanderfolgend konfrontiert worden sind.

Die unterschiedlichen biografischen und sozialen Bedingungen und ihr Einfluss auf die Entwicklung der berufsbiografischen Sinnquellen – auf deren Förderung oder Schwächung – sowie die Herausbildung der individuellen berufsbiografischen Basispositionen und

²² Die Begriffe „professionelle Basisposition“ und „professionelle Basisdisposition“ gehen auf das biografietheoretische Konzept von Fritz Schütze zurück (vgl. Schütze 1984a, S. 87). „Die Dispositionen bestehen aus grundlegenden biografischen Orientierungen, Verletzbarkeiten und Erfahrungs- und Handlungskapazitäten, von denen der Erzähler meint, sie gehören zu seiner weitgehend unverrückbaren Identitätsausstattung.“ (vgl. Schütze 1984, S. 87) Der Begriff der Basispositionen eines Biografieträgers bezieht sich auf „seine systematischen Haltungen gegenüber grundlegenden lebensgeschichtlichen Erfahrungen und den ihnen entsprechenden Erfahrungsabläufen“ (vgl. Schütze 1984, S. 87).

²³ „Diese Prozessstrukturen des Lebenslaufes geraten dann in den Blick, wenn Biografieanalyse mit Mitteln des narrativen Interviews betrieben wird.“ (vgl. Schütze, F. 1981, S. 67) Nach Fritz Schütze (1981) gibt es vier Prozessstrukturen in Lebensläufen: Institutionelle Ablaufmuster, die auf gesellschaftlich institutionalisierten Mustern beruhen, welchen die Individuen folgen; biografische Handlungsschemata, die aus biografischen Ordnungsmustern bestehen, in denen das Individuum intentional handelt und eigene Entwürfe realisiert; Verlaufskurven, welche gekennzeichnet sind von einem Verlust der Handlungsorientierung und Erfahrungen des Erleidens; biografische Wandlungsprozesse, die aus einschneidenden Veränderungserfahrungen bestehen, in denen sich die Identität des Individuums ändert und neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden. (vgl. Schütze 1981, S. 67 - 129)

-dispositionen finden nachfolgend differenzierte Betrachtung. Dies geschieht zunächst mit Fokus auf die förderlichen biografischen und sozialen Bedingungsrahmen (siehe dazu 3.1); im Anschluss daran wird der Fokus auf problematische biografische und soziale Bedingungsrahmen gerichtet (siehe dazu 3.2).

3.1 Förderliche soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen und deren Bedeutung für die Herausbildung berufsbiografischer Basispositionen

In diesem Abschnitt werden nun die aussichtsreichen und positiven Konstitutionsbedingungen für die Entwicklung und Entfaltung individueller (berufs-)biografischer Sinnquellen und berufsbiografischer Basispositionen betrachtet. Im analytischen Teil geht es außerdem darum, den sozialen Mechanismus des Zusammenwirkens förderlicher soziobiografischer und beziehungsstruktureller Einflussfaktoren und die Herausbildung berufsbiografischer Sinnquellen und des so genannten „berufstypischen Habitus“²⁴ als Interaktionsgrundlage im Handlungsschema der Altenpflege zu beschreiben. Das präsentierte empirische Material dient der besseren Eindrucksbildung bezüglich des biografischen Gewordenseins der Pflegekräfte.

Bevor der komplexe Zusammenhang zwischen günstigen biografischen und sozialen Bedingungen und deren positivem Einfluss sowohl auf die Entwicklung berufsbiografischer Sinnquellen als auch auf die berufsbiografischen Basisposition empirisch in den Blick genommen wird, sollen die im Datenmaterial repräsentierten Einflussfaktoren zunächst im Überblick dargestellt werden:

- Die innerfamiliären Interaktionsmuster zeichnen sich aus durch die Existenz von innerfamiliären Fürsorgemodellen, die zum einen charakterisiert sind durch selbstverständliche und selbstlose Hilfsbereitschaft und Fürsorgeverantwortung und zum anderen eingebettet sind in stabile und tragfähige Interaktionsbeziehungen.
- Die Entscheidung für den Pflegeberuf entspricht einer bewusst gewählten berufsbiografischen Perspektive. Sie erfolgt auf der Basis tiefer liegender Sinnquellen und sozial vorgeprägter Ablaufmuster: So wird bereits früh in Kindheit und Jugend - in den Phasen der Primär- und Sekundärsozialisation - Fürsorgeverantwortung, uneigennütige Hilfsbereitschaft und eine dem berufstypischen Habitus entsprechende moralisch-sittliche Grundhaltung internalisiert. Neben der organisierten Karrierestruktur des Ergreifens des Pflegeberufes auf dem ersten Bildungsweg kann die Wahl des Pflegeberufes auch das Ergebnis einer biografischen Änderungsinitiative sein. Tiefer liegende Sinnquellen werden (re-)aktiviert, und so werden über den zweiten Bildungsweg entsprechende Handlungs- und Möglichkeitsspielräume für das Ergreifen des Pflegeberufes gesucht und genutzt.
- Positive elterliche Identifikationsvorbilder bieten eine spezifische biografische Orientierung - der elterliche Habitus wird als Leitbild eigener berufsbiografischer Entwürfe introjiziert und damit zum handlungsschematischen Orientierungsrahmen.

²⁴ Den Begriff des *berufstypischen Habitus* möchte ich hier bezogen auf die Tatsache verstanden wissen, dass Pflegekräfte erwartungsgemäß bestimmte Einstellungen und Verhaltensweisen als Interaktionsgrundlage in ihrer alltäglichen beruflichen Selbstpräsentation habituell verkörpern müssen. Zu nennen seien hier exemplarisch die beständige und uneigennütige Hilfsbereitschaft, eine immerwährende hingebungsvolle und verantwortungsvolle Fürsorglichkeit sowie die selbstlose und selbstverständliche Unterordnung der eigenen Befindlichkeiten im Interesse des hilfebedürftigen Menschen.

3.1.1 Innerfamiliäre Interaktionsbeziehungen und deren Bedeutung für die Herausbildung berufsbiografischer Basispositionen

Der Struktur und der Qualität innerfamiliärer Interaktionsbeziehungen kommt hinsichtlich der Entwicklung und Entfaltung biografischer Perspektiven und berufsbiografischer Sinnquellen eine zentrale Bedeutung zu. Gerade in diesem Zusammenhang tritt eine Besonderheit bei den innerfamiliären Interaktionsmustern von späteren Pflegekräften hervor. Zwar berichten nahezu alle befragten Pflegekräfte von der Existenz innerfamiliärer Fürsorge- und Solidaritätsmodelle, welche sich durch selbstverständliche Fürsorge- und Hilfsbereitschaft untereinander auszeichnen. Diese innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodelle stellen aber nur dann einen förderlichen soziobiografischen und beziehungsstrukturellen Bedingungsrahmen für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition dar, wenn sie eingebettet sind in tragfähige und stabile Interaktionsbeziehungen innerhalb des familiären Systems.²⁵

Die Pflege der nächsten Angehörigen wird oftmals unter schwierigen Bedingungen und widrigen Umständen praktiziert. Diese widrigen Umstände beziehen sich zum einen auf fehlende materielle Ressourcen, zum anderen aber auch auf die frühen Erfahrungen persönlicher Entbehrung. Das Fürsorgemodell sowie die stabilen und tragfähigen Interaktionsbeziehungen bieten den Familienmitgliedern aber gerade unter diesen widrigen Bedingungen einen handlungsschematischen Orientierungsrahmen für das Leisten von Pflegearbeit und erzeugen damit biografisch früh die für den Pflegeberuf relevante berufsbiografische Basisposition.

Nachfolgend wird dies am Beispiel Maria Fischers demonstriert.

Maria Fischer wächst in einer ostdeutschen Kleinstadt auf. Ihre Großmutter wohnt in unmittelbarer Nähe. Als die Großmutter einen Schlaganfall erleidet, nehmen sich die Eltern der Pflege der Großmutter an:

8 E: Ja,
9 sie hatte ´n Schlaganfall und wir hatten ja nun nur ´n kleines Häuschen mit drei
10 Zimmern und die Großmutter wurde dann (´) das war selbstverständlich (´) bei uns in
11 der Familie gepflegt. Und sie hatte bei uns im Wohnzimmer ihr Bett gehabt, na ja, das
12 war alles so ´n bisschen kompliziert. (12)
(*Maria Fischer, S. 123, 8 – 12*)

Maria Fischer erlebt in ihrer Herkunftsfamilie ein von Selbstverständlichkeit geprägtes Fürsorgemodell. Die plötzlich eintretende Fürsorgenotwendigkeit der Großmutter gegenüber

²⁵ Fehlen die Merkmale der Tragfähigkeit und der Stabilität innerhalb der innerfamiliären Interaktionsbeziehungen bzw. innerhalb des innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodells, so ergibt sich hieraus mit einer hohen Wahrscheinlichkeit die Tendenz, dass sich die fürsorglichen und Pflege leistenden Familienmitglieder - hier die zukünftigen Pflegekräfte im zumeist Kindes- und Jugendalter - in die Erleidensprozesse beispielsweise kranker Familienmitglieder schicksalhaft verstrickt sehen. Die mit dieser Verstrickung verbundene Aufschüttung von Verlaufskurvenpotenzial stellt wiederum einen Bedingungsrahmen für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve dar, wenn das zentrale Verlaufskurvenpotenzial nicht umsichtig bearbeitet wird. Für die umsichtige Bearbeitung von Verlaufskurvenpotenzial wiederum ist die Existenz tragfähiger, stabiler Interaktionsbeziehungen im familiären System wichtig und notwendig (siehe dazu auch 3.2).

wird von keinem Mitglied der familiären Gemeinschaft kritisch oder gar ablehnend hinterfragt, sondern aus innerfamiliärem Zusammenhalt heraus ganz selbstverständlich in Angriff genommen und bewältigt. Die Pflege der schwer kranken Großmutter wird trotz unzureichender räumlicher und materieller Ressourcen übernommen. Die Formulierung, “na ja, das war alles so ´n bisschen kompliziert“ (S. 123, 12) soll als Präambel darauf einstimmen, dass die Pflege der Großmutter mit erheblichen Erschwernissen und Widrigkeiten verbunden gewesen ist und sich keinesfalls problemlos gestaltet hat. Die nachfolgende zwölfsekündige Pause kann als paralinguistisch-symptomatischer Hinweis auf die nachhaltig erlebte und noch in der Erinnerung empfundene Ereignisverstrickung interpretiert werden.

Das Bett der pflegebedürftigen Großmutter wird wegen der beengten Wohnraumraumsituation im Wohnzimmer, einem zentralen Platz der Familie, aufgestellt. Dies unterstreicht die Bereitschaft der Familie, die schwer kranke Großmutter nicht einfach nur zu versorgen, sondern sie in die gegebene häusliche Situation optimal zu integrieren.

15 E: Ja (-) ... Ja, wir
16 hatten eben keinen Platz, weil alles so klein war. Und da wurden dann eben die
17 Schränke rausgeworfen, und dann stand ihr Bett bei uns im Wohnzimmer.
(*Maria Fischer, S. 123, 15 – 17*)

So hat sich die Familie sogar von Möbelstücken getrennt, um Platz für das Bett der Großmutter zu schaffen. Neben der fehlenden räumlichen Kapazität taucht noch ein weiterer Aspekt des Ressourcenmangels als zentrale Widrigkeit auf: Im Kontext der häuslichen Pflege fehlt es an den notwendigsten Pflegehilfsmitteln. Da die Mutter der Maria Fischer auf keinerlei Inkontinenzmaterial zurückgreifen kann, muss sie nach einer Alternative suchen. So wurden Haushaltstextilien wie Scheuerlappen zweckentfremdet als Alternative zur Windelhose genutzt, um die inkontinente Großmutter grundpflegerisch zu versorgen.

17 Ja, und sie
15 war wirklich bettlägerig (´) und inkontinent. Ja, und damals da gab es ja auch noch
16 kein Inkontinenzmaterial (-) und meine Mutter die hatte dann weiße Scheuerlappen
17 gekauft und hat das als Inkontinenzmaterial dann praktisch benutzt. Und die hat dann
18 bei Wind und Wetter und bei all der Kälte hat sie dann diese Scheuerlappen
19 ausgewaschen. & Ja, wie alt war ich denn da (-) fünfzehn, sechzehn Jahre alt (-) also
20 auch schon jugendlich. Ja und ich wurde dann mit in die Pflege einbezogen (-) Musste
21 unmittelbar auch mit helfen, weil meine Großmutter war auch körperlich / sie war sehr
22 schwer, also da musste ich schon mit anfassen. (8)
(*Maria Fischer, S. 123, 17 – 25*)

Maria Fischer wird bereits früh in ihrer Jugend, etwa zwischen dem fünfzehnten und sechzehnten Lebensjahr, unmittelbar in die Pflege der Großmutter involviert. Obwohl die Informantin dies nicht explizit verbalisiert, kann davon ausgegangen werden, dass hier eine weitere zentrale Widrigkeit bezüglich der häuslichen Pflege der Großmutter erlebt wird. Neben dem Fehlen materieller Ressourcen und der beengten Raumsituation wird gerade auch die Entbehrung des persönlichen Handlungs- und Entfaltungsspielraumes als zentrale Widrigkeit empfunden. So sieht sich die jugendliche Maria Fischer an den erprobten und selbstverständlichen handlungsschematischen Orientierungsrahmen des innerfamiliär praktizierten Fürsorgemodells gebunden. Daraus ergibt sich die Erwartung der signifikanten Interaktionspartner von Maria Fischer, nämlich in Person der Eltern, dass sie die Pflege der Großmutter mit zu tragen habe. Die Situation der häuslichen Pflege der Großmutter und der damit verbundenen Notwendigkeit, am innerfamiliären Fürsorgemodell handlungsaktiv zu partizipieren, stellte für Maria Fischer eine frühe Erfahrung von selbstverständlicher Entbehrung dar, die in Verbindung mit dem innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodell als tradierte Verhaltenskodizes internalisiert werden:

28 Ja,
29 und ich war dann auch schon so sechzehn (´) und da standen dann auch schon so die
30 ersten Diskobesuche an und da musste ich manchmal / Das konnte ich dann manchmal
31 nicht wahrnehmen, weil ich zu Hause bei der Pflege meiner Großmutter helfen musste.
(*Maria Fischer, S. 123, 28 – 31*)

Das jugendliche Lebensarrangement der Maria Fischer ist früh bestimmt durch das innerfamiliär existente Fürsorgemodell bezüglich der Pflegeverantwortung gegenüber der Großmutter. Die Eltern als die signifikanten Interaktionspartner haben die stabilen Erwartungen an ihre Tochter, am innerfamiliär gelebten Fürsorgemodell handlungsaktiv zu partizipieren. So ist Maria Fischer gehalten, ihre individuellen Lebensarrangements an den elterlichen Erwartungen auszurichten, obgleich sie sich im Alter von fünfzehn bzw. sechzehn Jahren in einem für die Phase der Adoleszenz typischen Ablöse- und Individuierungsprozess befindet. Sie sieht sich veranlasst, unter persönlicher Entbehrung den elterlichen Erwartungen zu entsprechen und ihre Bedürfnisse nach altersentsprechender und individueller Freizeitgestaltung den innerfamiliären Bedürfnissen und der innerfamiliären Gesamterwartung unterzuordnen. So internalisiert Maria Fischer im handlungsschematischen Orientierungsrahmen des innerfamiliären Fürsorgemodells familienspezifisch fundierte moralisch-sittliche Verhaltenskodizes.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass Erfahrungsaufschichtungen, wie das frühe Übernehmen von Fürsorgeverantwortung bei gleichzeitiger Erfahrung von Entbehrung ebenso wie das Internalisieren innerfamiliär tradierter Verhaltenskodizes, tiefer liegende biografische Sinnquellen und einen biografischen Orientierungsrahmen hervorbringen. Die biografisch früh vollbrachte Anpassungsleistung an die innerfamiliäre Gesamterwartung bezüglich der Partizipation am innerfamiliären Fürsorgemodell einerseits und die Unterordnung der eigenen biografischen Planung sowie des eigenen Lebensarrangements andererseits sind grundlegend und maßgeblich an der Herausbildung eines so genannten berufstypischen Habitus beteiligt. Exemplarisch sei hier die uneingeschränkte Hilfsbereitschaft auch unter persönlicher Entbehrung benannt, ebenso wie die Wahrnehmungssensibilität bezüglich der Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Mitmenschen. Somit ist davon auszugehen, dass der berufstypische Habitus als biografisch relevantes Handlungsschema²⁶ und die entsprechende berufsbiografische Basisorientierung aus der biografischen Erfahrungsaufschichtung gerade im Kindes- und Jugendalter als Quelle biografischer Ressourcen²⁷ erwachsen. Dies geschieht insbesondere unter dem Einfluss eines

²⁶ „Biografisch relevante Handlungsschemata sind in der Regel über lange Zeitspannen hinweg ablaufende soziale Prozesse. Es ändert sich dabei die das Handlungsschema tragende Selbstidentität in ihrem Selbstverständnis und in ihrer Eigenschaftsstruktur“ (vgl. Schütze 1981, S. 75). Bei langfristig ablaufenden Handlungsprozessen bestehe die Möglichkeit des Auftretens von Diskrepanzen zwischen einmaligen Planungsvorstellungen und Realisierungsergebnissen Schütze (1981)

²⁷ Der Begriff der individuellen *biografischen Ressourcen* umschreibt die Kompetenz des Biografieträgers bezüglich der Fähigkeit zur Perspektivübernahme sowie zur analytischen Reflexion biografischer und sozialer Bedingungsgefüge. Der Begriff der individuellen biografischen Ressourcen bezieht sich weiterhin auf das Eingebundensein der Informantin in soziale Netzwerke und in funktionierende Interaktionsbeziehungen, aber auch auf zur Verfügung stehende biografische Berater und die Verfügbarkeit von Informationen. Der Begriff der biografischen Ressourcen schließt darüber hinaus die individuellen psychischen Ressourcen ein, wie beispielsweise das Selbstvertrauen (auch bezüglich des Meisterns schwieriger Lebenssituationen), ebenso wie ein grundlegendes Vertrauen in die selbstverständliche Solidarität zentraler Beziehungen, positive „me“-Bilder sowie die Vorstellungen eigener Entwicklungsmöglichkeiten. Aber auch die materiellen Ressourcen sind im Begriff der individuellen biografischen Ressourcen eingeschlossen. (vgl. Reim 1997, 182 – 183; Reim 1996; Schütze 1981)

innerfamiliär existenten Fürsorge- und Solidaritätsmodells. Dieses Charakteristikum innerfamiliärer Interaktionsbeziehungen belegen die Biografien vieler Pflegekräfte.

Problematische soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen und deren Bedeutung für die Herausbildung der biografischen Basisdisposition

Neben der familiären Gemeinschaft kann aber auch der soziale Nahraum, wie beispielsweise der einer dörflichen Gemeinschaft, zum biografischen Orientierungsraum werden. Bemerkenswert erscheint, dass Maria Fischer das innerfamiliäre Fürsorgemodell und die familiär tradierten Verhaltenskodizes in ihrer Kindheit und Jugend auch auf die Mitglieder der dörflichen Gemeinschaft anzuwenden lernt. Sie hat das in der dörflichen Gemeinschaft existente Fürsorge- und Solidaritätsmodell erkannt und wird nun zur handlungsaktiv Mitwirkenden an der nachbarschaftlich-gemeinschaftlichen Verantwortung.

8 Ja (,) wir haben in einem
9 sehr kleinen Dorf gewohnt und da habe ich dann auch mitbekommen, wenn mal
10 Nachbarn gestorben sind. Die haben sich aber untereinander schon gekümmert, also die
11 Nachbarn untereinander haben sich gekümmert. Wenn man so zum Beispiel jemanden
12 schon lange nicht mehr auf der Straße gesehen hat, dann hat, man da mal hingeguckt.
(*Maria Fischer S. 125, 8 – 12*)

Frau Fischer erlebt in der dörflichen Gemeinschaft ein von nachbarschaftlich-gemeinschaftlicher Verantwortung geprägtes Fürsorgemodell, vergleichbar mit den Erfahrungen in der Herkunftsfamilie (123, 8 – 33). Neben der Herkunftsfamilie erscheint nun auch die dörfliche Gemeinschaft als handlungsschematischer Orientierungsrahmen für die biografische Entwicklung und die Individuierungsprozesse der Frau Fischer. Ihre früh entwickelte Sensibilität bezüglich der Befindlichkeiten und Bedürfnisse der Mitmenschen entfaltet sich weiter.

Als Frau Fischer wegen der sinkenden Geburtenrate aus dem Arbeitsverhältnis als angestellte Kindergärtnerin entlassen wird, entscheidet sie sich bewusst für eine Ausbildung zur Altenpflegerin (S. 124, 11 ff). Die berufsbiografische Neuorientierung, auf dem zweiten Bildungsweg den Beruf der Altenpflegerin zu erlernen, erscheint konsistent zu ihrer früheren Beruflichkeit – basierend auf tiefer liegenden biografischer Sinnquellen und sozial vorgeprägten Ablaufmustern. Dieser Zusammenhang soll im nachfolgenden Abschnitt eingehender betrachtet werden.

3.1.2 Der Pflegeberuf als bewusst gewählte berufsbiografische Perspektive auf der Basis tiefer liegender Sinnquellen

Nach Auswertung des autobiografisch-narrativen Teils der Interviews kann man von einer auffällig frühen Herausbildung der für das Pflegehandeln relevanten biografischen Sinnquellen sprechen. Aus dem Datenmaterial geht deutlich hervor, dass bereits frühzeitig in Kindheit und Jugend, eingebettet in die Phasen der Primär- und Sekundärsozialisation, die für den Pflegeberuf typischen Haltungen und Einstellungen internalisiert werden. Zu nennen sind hier zuvorderst eine von Selbstverständlichkeit geprägte Übernahme von Fürsorgeverantwortung bis hin zur Bereitschaft der persönlichen Aufopferung sowie eine ausgesprochen sensible Wahrnehmungsfähigkeit bezüglich der Befindlichkeiten und Bedürfnisse des sozialen Umfeldes. Das frühe Internalisieren dieser berufstypischen Grundhaltungen im Kindes- und Jugendalter kann durchaus als eine Art früher

berufsbiografischer Prägung auf der Basis tiefer liegender biografischer Sinnquellen und sozial vorgeprägter Ablaufmuster betrachtet werden.

Das Hauptaugenmerk dieses Abschnitts liegt darauf, die Bedingungsrahmen herauszustellen, die für eine bewusst formulierte und gewählte berufsbiografische Perspektive – einer Tätigkeit im Bereich der Altenpflege und einer Ausbildung zur Pflegekraft – auf der Basis tiefer liegender berufsbiografischer Sinnquellen verantwortlich sind.

Im Datenmaterial sind im Wesentlichen drei Wege zum Altenpflegeberuf als bewusst gewählter berufsbiografischer Perspektive vertreten:

- Formulierung des berufsbiografischen Entwurfes, den Beruf der Pflegekraft in der Erstausbildung zu erlernen, als organisierte Karrierestruktur im Sinne einer strategischen Planung der Berufskarriere.
- Die Wahl des Pflegeberufes als biografische Änderungsinitiative; mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit werden neue Möglichkeitsspielräume entdeckt.
- Während des Ableistens des Zivildienstes werden tiefer liegende biografische Sinnquellen reaktiviert; die Pflegetätigkeit wird als sinnstiftend erlebt.

3.1.2.1 Die Wahl des Pflegeberufes als biografische Änderungsinitiative. Mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit werden neue Möglichkeitsspielräume entdeckt

Eine Vielzahl der befragten Pflegekräfte wählte den Pflegeberuf auf dem zweiten Bildungsweg. Für die Pflegekräfte ist das Ergreifen des Pflegeberufes auf dem zweiten Bildungsweg nicht nur eine biografische Änderungsinitiative, sondern wegen des häufig anzutreffenden Verbleibs der Berufsorientierung im sozialen Bereich – viele der befragten Altenpflegerinnen gingen zuvor einer Tätigkeit als Kindergärtnerin oder Kinderkrippenerzieherin nach – eine biografische Neuorientierung im Sinne einer symbolischen Grenzüberschreitung. Das bedeutet, dass die späteren Pflegekräfte sich gezielt und spezifisch auf die Suche nach einer Tätigkeit im Bereich der Altenpflege begeben haben. Auf der Suche nach einem neuen Handlungs- und Möglichkeitsspielraum wird eine gewisse Kontinuität gewahrt: die berufsbiografische Neuorientierung verlässt nicht den Bereich der helfenden, sozialen Berufe. Innerhalb dieser Kontinuität findet mit der biografischen Neuorientierung dann aber ein thematischer Bruch statt: so beispielsweise vom Beruf der Kindergärtnerin zum Beruf der Altenpflegerin. Der Weg von der Kindergärtnerin zur Altenpflegerin ist in den Jahren nach der politischen Wende gerade in Ostdeutschland ein häufig gewählter Weg in den Pflegeberuf.

Oftmals werden gerade mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit neue Möglichkeitsspielräume entdeckt und tiefer liegende biografische Sinnquellen aktiviert. Diese bestimmen dann die Richtung der Handlungsimpulse während der biografischen Änderungsinitiative. So nutzt auch Maria Fischer die Situation der Kündigung aus dem Berufsalltag der Kindergärtnerin für eine berufliche Neuorientierung. Sie ergreift die Initiative, um ihre Lebenssituation, den Eintritt in die Arbeitslosigkeit, zu ändern:

- 11 und dann kam ja () also das war ungefähr
12 neunzehnhundertdreißig () da wurden dann die Kindereinrichtungen so nach
13 und nach geschlossen. Und ich war eine der Ersten, die gehen musste (,) laut
14 Sozialplan (,) ich bin ja verheiratet und hatte ´n Kind (-) das war für mich damals ganz
15 schön schlimm & Und heute sage ich aber: „Gott sei Dank!“; denn mit fünfunddreißig
16 hatte man noch mal die Chance, einen anderen Beruf zu erlernen.

(Maria Fischer, S. 124, 11 – 16)

Frau Fischer erkennt für sich, dass sie unzufrieden ist mit der Situation der Entlassung und dem Verlust des Arbeitsplatzes. Sie erlebt damit zusammenhängend eine tiefe Enttäuschung, worauf die Äußerung „...das war für mich ganz schön schlimm ...“ (S. 124, 14 – 15) einen deutlichen Hinweis gibt. Frau Fischer interpretiert die biografische Änderungsinitiative bezüglich der berufsbiografischen Neuorientierung retrospektiv als eine situativ begründete und mit der Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis zusammenhängende Handlungsaktivität. Was dieser Handlungsimpuls an positiven und bereichernden Erfahrungen mit sich gebracht hat, ersieht Frau Fischer erst in der Gegenwart: „Und heute sage ich aber: ‚Gott sei Dank!‘, denn mit fünfunddreißig hatte man noch mal die Chance, einen anderen Beruf zu erlernen“ (S. 124, 15 – 16). Hier ist deutlich das episodale Handlungsschema des Erlebens von Neuem mit nachträglicher biografischer Relevanz zu erkennen (vgl. Schütze 1981, S. 77). Aus der biografischen Initiative zur Änderung der Lebenssituation - hier die Situation der Arbeitslosigkeit - erwächst in Frau Fischer zunächst eine vage und unspezifische Absicht, eine Tätigkeit in der Altenpflege anzustreben. Frau Fischer unternimmt unmittelbar mit der Entlassung aus der Kindereinrichtung einen entsprechenden Fokussierungs- und Planungsaufwand. Frau Fischers gezielte Suche nach einer neuen beruflichen Sinnquelle kann als symbolische Grenzüberschreitung verstanden werden (Schütze 1981). Sie sucht gezielt die Arbeit in der Altenpflege und thematisiert nun den mit der biografischen Änderungsinitiative verbundenen Planungs- und Fokussierungsaufwand:

16 Man hatte ja dann
17 auch einige Rennereien mit dem Arbeitsamt, denn die wollten nicht immer so, wie
18 man selber wollte. Und da / Deswegen da musste ich mich selber kümmern,
19 Altenpflegerin zu werden.
(Maria Fischer, S. 124, 16 – 19)

Frau Fischer begreift die Arbeitslosigkeit als Chance, einen neuen berufsbiografischen Möglichkeitsspielraum zu entdecken. Das biografisch relevante episodale Handlungsschema wird in dieser Phase der Kündigung aus dem Arbeitsverhältnis mobilisiert, und die Bereitschaft für einen berufsbiografischen Neubeginn wird geweckt. Ganz offensichtlich war die Suche nach einer Tätigkeit in der Altenpflege aber begleitet von diversen Schwierigkeiten. Der Konstruktionsabbruch (S. 124, 18) an dieser Stelle der Erzählung unterstreicht diese Annahme. Trotz des nicht ausgeschöpften Themenpotenzials wird nachfolgend deutlich, dass Frau Fischer eigeninitiativ und zielstrebig an der Umsetzung ihres neuen berufsbiografischen Entwurfs arbeitete.

Nahe liegend ist, dass Frau Fischer in dieser Situation aus der lebensgeschichtlich früh angelegten Quelle biografischer Ressourcen schöpft: helfend und fürsorgend tätig zu sein als lebensgeschichtlich früh angelegte zentrale biografische Sinnquelle. Sie ist vor allem durch das Elternhaus, später auch von der dörflich-nachbarschaftlichen Gemeinschaft sozial vorgeprägt worden, was dann ganz offensichtlich Niederschlag in der Neuformulierung ihres Lebensplanes gefunden hat. Hier findet die Annahme Bestätigung, dass das innerfamiliär existente und von Frau Fischer internalisierte Fürsorgemodell als Quelle biografischer Ressourcen und damit als positiver Bedingungsrahmen für die Formulierung berufsbiografischer Perspektiven wirksam wird.

Frau Fischer erfährt von einer Bekannten, dass diese sich in einer altenpflegerischen Ausbildung befindet. Dieser Aufmerksamkeitsleistung folgend wird ein handlungsschematischer Impuls ausgelöst (S. 124, 19 – 24): Die zunächst vage und unspezifische Absicht der Frau Fischer, eine biografische Neuorientierung anzustrengen - spezifisch eine Tätigkeit in der Altenpflege - wird genährt durch den entsprechenden Hinweis

einer Bekannten.²⁸ Die berufsbiografische Umorientierung der Frau Fischer, vom Beruf der Kindergärtnerin hin zu dem der Altenpflegerin, ist somit von einem biografischen Relevanzhorizont bestimmt. Die Relevanzsetzung orientiert sich an den tiefer liegenden biografischen Sinnquellen: Im Fall von Frau Fischer sind die für die Ergreifung des Pflegeberufes relevanten Sinnquellen zum einen aus dem innerfamiliären Fürsorgemodell im Zusammenhang mit der häusliche Pflege der Großmutter erwachsen und zum anderen aus der nachbarschaftlich-solidarischen Dorfgemeinschaft, in der Frau Fischer bereits in ihrer Kindheit und Jugendzeit Fürsorgeverantwortung übernommen hatte.

So hatte Frau Fischer die häusliche Pflege der Großmutter trotz fehlender räumlicher Kapazität und fehlender materieller Ressourcen zu erbringen. Hierbei hat sie die Fähigkeit erworben, nach alternativen Handlungsmöglichkeiten zu suchen um die angeführten zentralen Widrigkeiten zu bewältigen. Darüber hinaus hat Frau Fischer sehr früh lernen müssen, mit der Erfahrung persönlicher Entbehrung umzugehen, das heißt die eigenen biografischen Planungsvorstellungen bezüglich des eigenen Lebensarrangements den familiären Gesamterwartungen unterzuordnen. Diese situativen Bewältigungsstrategien finden als biografisch relevantes Handlungsschema Wiederkehr im späteren Handlungsschema der Pflegearbeit:

30 Ja, die Arbeit ist eine schwere Arbeit (-) aber ich denke mal
31 ich kann damit umgehen, weil zu Hause / Mein Mann ist auch Schichtarbeiter und
32 wenn ich dann nach Hause komme, dann sieht er mir schon an, was mit mir ist, ob ich
33 kaputt bin.

(*Maria Fischer, S. 124, 30 – 33*)

Frau Fischer fokussiert die grundsätzliche Arbeitsbelastung im Pflegeberuf und betont, dass sie mit dieser Belastungssituation umgehen kann. Über den Konstruktionsabbruch lenkt Frau Fischer den Blick wieder zur gegenwärtigen Situation: Ihr Mann würde aus seiner Erfahrung als Schichtarbeiter heraus ihre Belastungssituation nachvollziehen können. Der Konstruktionsabbruch (S. 124, 31) selbst lässt sich wie folgt interpretieren: Die frühen Erfahrungen der Frau Fischer mit der Pflege der Großmutter bewegen sie bis in die Gegenwart hinein. Der Konstruktionsabbruch (S. 124, 31) kann als Indikator dafür verstanden werden, dass Frau Fischer eine tiefer gehende Thematisierung der Erschwernisse der Pflegearbeit – die objektive Tatsache der Belastung durch das Dreischichtsystem ausgenommen – nicht eingehender in den Blick nehmen möchte, weil die Belastung der häuslichen Pflege der Großmutter trotz widriger räumlicher und materieller Umstände eingebettet war in die Normalität des innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodells. Somit scheut sich Frau Fischer offensichtlich, ihre im Pflegealltag erlebten physischen und psychischen Belastungsmomente zu artikulieren, weil sie vermutet, dass diese einer gewissen Normalität zuzuordnen sind, die sie schon bei der Pflege der Großmutter aufbauen und ertragen konnte. Diese Annahme scheint um so wahrscheinlicher, als Frau Fischer lebensgeschichtlich früh nicht nur tradierte moralische Verhaltenskodizes in Verbindung mit Fürsorgeverantwortung verinnerlicht hat, sondern darüber hinaus auch Bewältigungsstrategien erlernt hat, die ihr ermöglichten, die Pflege der Großmutter auch unter ausgesprochenem Ressourcenmangel und persönlicher Entbehrung durchzuführen. Diese früh erlernten Bewältigungsstrategien finden nun später als berufsbiografische Basisposition Wiederkehr im Umgang mit Belastungsmomenten, die aus der Pflegearbeit als biografisch relevantem Handlungsschema resultieren. Die handlungsschematische Orientierung des Aufrechterhaltens der fürsorgenden Hinwendung auch unter eigenen Entbehrungen kann als intentionale Ordnungsstruktur und damit biografisch relevantes Handlungsschema verstanden

²⁸ „Für die Orientierungsstruktur biografisch relevanter episodaler Handlungsschemata ist kennzeichnend, dass sie dezidiert für die lebensgeschichtlich einschneidenden Erlebnisse und daraus resultierende zentrale biografische Sinngebung offen und bereit ist.“ (vgl. Schütze 1981, S. 78)

werden. In diesem Zusammenhang kann der Konstruktionsabbruch (S. 124, 31) auch als Verweis darauf interpretiert werden, dass das Handlungsschema der Pflegearbeit für Frau Fischer mittlerweile problematisch geworden ist – dies möglicherweise sogar aus einer notorisch gewordenen Diskrepanz heraus zwischen ursprünglichen Planungsvorstellungen den Altenpflegeberuf betreffend und den gegenwärtig erlebten Widrigkeiten und Arbeitsschwierigkeiten verbunden mit der Ausübung der beruflichen Pflegearbeit.

Die Problematik notorischer Erwartungszusammenbrüche bezüglich einmaliger Planungsvorstellungen – die Tätigkeit der beruflichen Altenpflege anbetreffend – wird an späterer Stelle noch einmal genauer in den Blick genommen (siehe dazu 3.2.4). Auch die systematischen Arbeitsschwierigkeiten werden an späterer Stelle (siehe dazu Kapitel 4) genauer in Fokus des analytischen Interesses gerückt.

3.1.2.2 Während des Ableistens des Zivildienstes werden tiefer liegende biografische Sinnquellen reaktiviert und die Pflgeetätigkeit als sinnstiftend erlebt

Die Erzählung von Herrn Brink lässt ebenfalls erkennen, dass der Entschluss, den Pflegeberuf zu ergreifen, aus einer bewussten und selbst gesteuerten biografischen Initiative zur Änderung der Lebenssituation erwachsen ist.

Herr Brink wächst in einer ostdeutschen Großstadt auf. Die damaligen institutionellen Rahmenbedingungen, zuvorderst sei hier die Bildungspolitik benannt, haben Herrn Brink keinerlei eigenen Handlungsspielraum zur Formulierung sinnquellengenährter berufsbiografischer Perspektiven gelassen. Auffallend ist das Fehlen biografischer Berater in der Phase der Berufsfindung. Im Rahmen eines Beratungsgespräches in einem kommunalen Berufsberatungszentrum sieht er sich gehalten, nach dem Prinzip eines Ausschlussverfahrens unter drei berufsbiografischen Möglichkeiten zu wählen:

2 E: Wie ich zum Koch
3 gekommen bin? Ganz einfach (!) Da wurde mir damals angeboten Koch,
4 Postfacharbeiter und Anlagenfahrer. Also unter Postfacharbeiter (-) / Ich bin nicht der
5 nette Mann vom Schalter (,) da konnte ich mir gar nichts drunter vorstellen & und
6 Anlagenfahrer auch nicht. Und Koch war denn so dieses (-) / na unter Koch konnte
7 man sich was vorstellen. So, da ist man dann nun Koch geworden. (9) Und dann kam ja
8 dann die Wende (10)
(Erik Brink, S. 177, 2 – 8)

Herr Brink schließt die Berufe „Postfacharbeiter“ und „Anlagenfahrer“ kategorisch aus, da er diese Tätigkeiten weder als sinnstiftend noch als biografisch orientierungsrelevant bewertet. Zum Berufsbild des Kochs hat er umrisshafte, schematische Vorstellungen. Deutlich zu erkennen ist hier die Ausblendungsstrategie des Herrn Brink hinsichtlich der Ernsthaftigkeit und der Folgenhaftigkeit dieser bildungspolitisch forcierten, fremdbestimmten berufsbiografischen Weichenstellung als institutionelle Prozessierung und Einschnitt in seinen Lebensablauf. Diese Prozessstruktur wurde dann durch einen biografischen Wandlungsprozess - ermöglicht durch die politische Wende und die sich damit eröffnenden neuen Handlungsfreiräume - abgelöst.

Mit der politischen Wende kommt es für den jugendlichen Herrn Brink zu einem biografischen Passungsverhältnis²⁹, welches das Fundament für seine weitere berufsbiografische Entwicklung darstellt.

²⁹ „Mit biografischem Passungsverhältnis soll eine Veränderungs- und Wandlungsprozessen günstige, im Leben aber selten dauerhaft vorfindbare Konstellation zwischen biografischen Voraussetzungen, dem Stand der Entwicklung biografischer Identität und Ressourcen sowie sozialen und kollektiv-historischen Prozessen

Herr Brink distanziert sich nicht abrupt von der berufsbiografischen Perspektive, als Koch zu arbeiten. Im Jahre 1990 beginnt er zunächst seinen Zivildienst in einem Altenheim abzuleisten. Diese Entscheidung für den Zivildienst erweist sich jedoch als berufsbiografisch folgenreich. Da Herr Brink hervorhebt, sich „...schon von jeher für Medizinalberufe interessiert ...“ zu haben (S.176, 33 - 34), kann davon ausgegangen werden, dass zum einen über die Zeit des Zivildienstes tiefer liegende biografische Sinnquellen reaktiviert worden sind und dass darüber hinaus die Pflögetätigkeit selbst als außerordentlich sinnstiftend erlebt worden ist.

11 So (.) dann bin ich
 12 von / Ich habe dann von neunzehnhundertneunzig bis neunzehnhunderteinundneunzig
 13 Zivildienst gemacht (.) und da beginnt dann auch die ganze Geschichte mit dem
 14 Altenpfleger. Ich habe mich im Zivildienst (-) da war ich einundzwanzig gewesen (-)
 15 dafür entschieden, eine Ausbildung zum Altenpfleger zu machen. Und habe dann im
 16 Prinzip meinen alten Beruf sausen lassen (') und habe dann von einundneunzig bis
 17 vierundneunzig die Altenpflegeausbildung gemacht (')
 (Erik Brink, S. 176, 8 – 17)

Der Zivildienst eröffnet neue Möglichkeitsspielräume. Die reaktivierten biografischen Sinnquellen werden zur Quelle biografischer Ressourcen und bestimmen die Richtung der Handlungsimpulse der biografischen Änderungsinitiative. Herr Brink entscheidet sich nun zum endgültigen Ausstieg aus seinem angestammten Beruf. Er unternimmt noch während des Zivildienstes den für die biografische Änderungsinitiative notwendigen Planungs- und Fokussierungsaufwand und begibt sich gezielt auf die Suche nach einer Tätigkeit im Bereich der Altenpflege.

17 Habe dann von
 18 vierundneunzig bis (-) ... ahm (-) bis (-) achtundneunzig als Altenpfleger gearbeitet (.)
 19 Habe da nebenbei noch berufsbegleitend noch 'ne Ausbildung als Pflegemanager
 20 gemacht (') .. und bin seit (-) ahm bin (-) seit achtundneunzig auch in dieser Tätigkeit,
 21 das heißt als Wohnbereichsleiter. Ich habe die Ausbildung ohne Unterstützung
 22 gemacht (.) alleine finanziert.
 (Erik Brink, S. 176, 8 – 17)

Hier wird deutlich, dass die berufsbiografische Wandlung auch eine Wandlung der (berufsbiografischen) Selbstidentität impliziert und in der weiteren berufsbiografischen Planung zum langfristigen handlungsschematischen Orientierungsrahmen wird - und zwar mit der Möglichkeit der Entfaltung der individuellen und sinnstiftenden Planungsvorstellungen (vgl. Schütze 1981, S.134). Herr Brink bildet sich eigeninitiativ und auf eigene Kosten weiter. Dies entspricht einem biografischen Handlungsschema im klassischen Modell intentionalen Handelns: „Formulierung des Ziels, Abwägen der Mittel, Entscheidung für einen Realisierungsweg, Durchführung des Handlungsschemas.“ (vgl. Schütze 1981, S. 134) Die sinnquellenorientierte berufsbiografische Entfaltung ist für Herrn Brink zu einem zentralen biografischen Thema und nicht zuletzt zu einem zentralen Element seiner berufsbiografischen und pflegeprofessionellen Basisposition geworden.

3.1.2.3 Formulierung des berufsbiografischen Entwurfes, den Beruf der Pflegekraft in der Erstausbildung zu erlernen als organisierte Karrierestruktur im Sinne einer strategischen Planung der Berufskarriere

gekennzeichnet sein. Menschen deren Lebenssituation durch eine solche Konstellation gekennzeichnet ist, können leichter als andere biografische Entwürfe oder anspruchsvolle Handlungsschemata realisieren bzw. Wandlungsprozesse substantiieren.“ (vgl. Reim 1997, S. 179).

Der berufsbiografische Entwurf der Ilka Lemke, Altenpflegerin zu werden, zeichnet sich aus durch eine überlegte und nahezu strategische Planung der Berufskarriere.

Ilka Lemke wurde in einer westdeutschen Großstadt geboren. Sie erinnert sich, einen sehr engen Bezug zu ihren Großeltern mütterlicherseits gehabt zu haben. Dort sei sie sehr oft und sehr gern und vor allem in den Ferien auch lange gewesen. Sie betont, dass sie bis in die Gegenwart ein sehr nahes und inniges Verhältnis zu den Großeltern, aber auch zu den anderen Familienmitgliedern hat (S. 181, 2 – 10). In der neunten Klasse, im Rahmen eines berufsorientierenden Praktikums, arbeitet sie in einem Kinderkrankenhaus. Diese Tätigkeit erlebt sie als derart sinnstiftend, dass sie den Beruf der Kinderkrankenschwester zumindest temporär als mögliche berufsbiografische Perspektive erwägt.

18 Also an Kinderkrankenschwester (,) das habe ich mal überlegt (,) aber da ist ja so
19 schwer ranzukommen. Dann habe ich gedacht, vielleicht werde ich Erzieherin.
(Ilka Lemke, S. 181, 18 – 19)

Statt eine entsprechende organisatorische Handlungsinitiative zu unternehmen, wägt Ilka Lemke ihre Chancen ab, einen Ausbildungsplatz erhalten zu können. Sie gelangt zu der Erkenntnis, dass die Ausbildungsplätze für den Beruf der Kinderkrankenschwester schwer zu bekommen sind, und ohne ihre Ahnung diesbezüglich zu verifizieren, präsentiert sie einen alternativen berufsbiografischen Entwurf. Sie wahrt hier die Kontinuität bezüglich des Suchens nach einem Ausbildungsplatz in einem helfenden, sozialen Beruf und entwirft die berufsbiografische Alternative, Erzieherin zu werden.

Nach dem erfolgreichen Realschulabschluss absolviert Ilka Lemke ein freiwilliges soziales Jahr in einem Seniorenzentrum. Obgleich die Informantin an keiner Stelle den thematischen Bruch in der bisherigen Kontinuität der berufsbiografischen Entwürfe plausibilisiert, kann aufgrund der beschriebenen positiven Interaktionserfahrungen in der Herkunftsfamilie davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Entscheidung für die Tätigkeit in der Seniorenwohngemeinschaft um ein sozial vorgeprägtes Ablaufmuster und somit um ein Handlungsschema mit biografischer Relevanz handelt. In Anbetracht der Tatsache, dass Ilka Lemke sich bereits in den Phasen der Primär- und der Sekundärsozialisation im Lebensarrangement ihrer Großeltern sehr wohl fühlte, kann des weiteren davon ausgegangen werden, dass die in der Seniorenwohngemeinschaft gesammelten Erfahrungen schon bestehende, lebensgeschichtlich früh angelegte biografische Sinnquellen und Quellen biografischer Ressourcen zum einen weiter verfestigten und bestärkten und zum anderen zum handlungsschematischen Orientierungsrahmen machten. Die Erwägung, einen Beruf im Tätigkeitsfeld der Altenpflege zu ergreifen, beruht somit mit großer Sicherheit auf einem sozial bereits vorgeprägten Ablaufmuster.

Der von Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit geprägte Planungs- und Fokussierungsaufwand der Ilka Lemke lässt deutlich erkennen, dass ihr die Ernsthaftigkeit der berufsbiografischen Weichenstellung durchaus klar ist.

19 Für mich
20 war aber wichtig, einen Beruf mit Zukunft zu haben. Aber wo hat man heutzutage
21 noch Zukunft? Kinder gibt es immer weniger (-) und die Leute / Die alten Leute
22 werden immer mehr und die Leute werden ja auch immer älter.
(Ilka Lemke, S. 181, 19 – 22)

Für Ilka Lemke ist von großer Wichtigkeit, ihren berufsbiografischen Entwurf auch perspektivisch abzusichern; er soll langfristig ausübbar sein. Sie argumentiert hier mit dem Faktum des mittlerweile nicht mehr zu übersehenden demografischen Wandels in unserer Gesellschaft. Ilka Lemke hebt dabei die Tatsache hervor, dass der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands bei gleichzeitig steigender

Lebenserwartung ständig wächst. Sowohl aus dieser sachlichen Überlegung heraus als auch aus den lebensgeschichtlich früh angelegten und tief verwurzelten biografischen Sinnquellen in Addition zu den positiven Erfahrungen in der Arbeit mit Senioren erwächst der Entschluss, für den Zeitraum von einem Jahr eine Sozialpflegeschule zu besuchen.

34
1 ich wollte also irgendwas mit Menschen machen (´) und (!) ich wollte auch irgendwas
2 machen (.) was auch Zukunft hat, wo ich dann auch sagen kann, da habe ich auch noch
3 in dreißig Jahren Arbeit, wenn ich das möchte.
(Ilka Lemke, S.181, 34 - 182, 3)

Dieser Entschluss zu einer langfristig abgesicherten berufsbiografischen Perspektive im sozialen Bereich kann als Ankündigung des handlungsschematischen Aktivitätskerns verstanden werden. Die Durchführungsstruktur ist von einer so genannten „Schritt-für-Schritt-Planung“ (vgl. Schütze 1981, S. 71) gekennzeichnet:

22 Dann habe ich mich
23 halt dafür entschieden, mal für ein Jahr zu gucken, ob mir das liegt. Kann das mein
24 Berufsziel sein (´) oder kann ich überhaupt damit umgehen, jemanden anders zu
25 pflegen (´) oder wenn jemand verstirbt?
(Ilka Lemke, S. 181, 22 – 25)

Die Informantin prüft zunächst ihre Einpassung in das Berufsfeld der Altenpflege. Noch während der biografischen Planung evaluiert Frau Lemke die Richtigkeit ihres Handlungsschemas. Dem Prozess der Evaluation während des einjährigen Besuchs der Sozialpflegeschule folgt eine Phase der Konsolidierung - zum einen indem sie ihren berufsbiografischen Entwurf, Altenpflegerin zu werden, langfristig verwirklicht, und zum anderen indem sie prüft, ob die Pfllegetätigkeit und die damit verbundenen Handlungsschemata, wie die grundpflegerische Versorgung oder Sterbebegleitung, von ihr bewältigt werden können.

Nach einjähriger Schulzeit verlässt Ilka Lemke die Sozialpflegeschule. Ihre guten Leistungen werden mit dem „Erweiterten Realschulabschluss“ honoriert. Sie beginnt gleich im Anschluss daran eine Ausbildung zur Altenpflegerin.

25 Ja, dann habe ich nach dem Jahr meine
26 Altenpflegeausbildung angefangen. Das waren drei Jahre Schule und ein Jahr
27 Anerkennungsjahr. Hab´ aber auch während der Ausbildung viel gearbeitet. Also ich
28 bin von montags bis freitags zur Schule gegangen. An den Wochenenden und den
29 Ferien bin ich arbeiten gegangen in einer Wohngemeinschaft.
(Ilka Lemke, (S. 181, 25 – 29)

Der berufsbiografische Entwurf der Ilka Lemke, Altenpflegerin zu werden, entspricht einem Handlungsschema von biografischer Relevanz mit deutlich ausgeprägtem intentionalem Aktivitätscharakter. Der handlungsschematische Aktivitätskern - das motivierte und engagierte Durchlaufen der Altenpflegeausbildung - ist geprägt von einem zeitlich und motivational konstanten persönlichen Einsatz. Ilka Lemke nimmt mit Aufnahme der Altenpflegeausbildung ihre Tätigkeit in der Seniorenwohngemeinschaft wieder auf, in der sie bereits nach Beendigung der Realschule im Rahmen eines freiwilligen sozialen Jahres tätig war. Sie arbeitet dort unentgeltlich (S. 181, 32 – 33).

Die Mutter der Ilka Lemke fand über den zweiten Bildungsweg zum Beruf der Altenpflegerin. Inwieweit dies in der Konstruktion berufsbiografischer Entwürfe der Frau Lemke orientierungsleitend war, geht aus der Erzählung nicht hervor. Wie orientierungsmächtig jedoch elterliche Beziehungsvorbilder auch gerade bei der Formulierung berufsbiografischer Entwürfe sein können, soll im folgenden Abschnitt betrachtet werden.

im Rahmen des Prozesses des Sich-selbst-bewusst-Werdens eine Vorstellung von den Bildern, die der Vater als Interaktionspartner von ihm hat. Das kleine Mädchen lernt aber auch eine Vorstellung zu entwickeln von den Erwartungen des signifikanten Anderen, des Vaters, an das eigene kindliche „mich“-Bild als Teil des eigenen „Selbst“. Hier werden beispielsweise soziale Verhaltensweisen³⁰ und soziale Rollen³¹ internalisiert. Aus den Reaktionen des Vaters – er erzeugt Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen bei ihr – schließt sie auf die Wahrnehmung ihres Vaters von ihrem „mich“-Bild.

Neben dem moralischen Appell praktiziert der Vater von Frau Lichtenfeld aber auch vorbildwirkend Solidarität, indem er seiner jungen Tochter zusätzliches Geld gibt, welches ausreichend ist, um auch eine Süßigkeit für die Freundin zu kaufen. Damit erzeugt er einen neuen Aushandlungskontext, um seine Tochter zu sozialem, solidarischem und fürsorglichem Handeln zu aktivieren. Das Kind orientiert sich an seinem Vater als signifikantem Anderen. Damit erzeugte der Vater eine Abwandlung des von seiner Tochter geplanten Handlungsmusters, die Süßigkeit trotz Gegenwart einer Freundin nur für sich alleine zu kaufen.

Kindliche Verhaltensweisen prägen sich in Abhängigkeit von den elterlichen Verhaltensweisen heraus. Wenn also das elterliche Verhalten geprägt gewesen ist von sozialem und verantwortungsvollem Verhalten wie Kooperationsfähigkeit und sozialem Miteinander, übt dies wiederum positiven Einfluss aus auf die Rollenübernahme im Fantasiespiel des „play“ und im Wettkampfspiel des „game“.

- 34 so auch den alten Leuten helfen, dass haben meine Eltern auch früher
1 immer schon gemacht (.) Mal Kohlen geholt oder auch mal Wasser geholt (.) das weiß
2 ich noch. Und dann gab es noch ein Ehepaar & ein Schusterehepaar (ˆ) da war die
3 Frau blind (-) und da sind se dann auch eingegangen und haben da den Garten
4 mitgemacht und haben da auch dann in der Häuslichkeit mitgeholfen. Ja(,)also meine
5 Mutter hat das früher auch sehr oft gemacht, ältere Leute besucht und da war ich dann
6 auch immer mit.
(Ute Lichtenfeld, 157, 34 – 158, 6)

Im „play“ werden Folien für das spätere Verhalten entwickelt; sie sind von großer Bedeutung für die Identitätsentwicklung. Mit diesen Folien experimentiert das Kind und probiert Möglichkeiten der Identitätsentwicklung aus. Im Rahmen des lebensgeschichtlichen Aufbaus der Identität wendet die junge, heranwachsende Ute Lichtenfeld so beispielsweise im „play“ und im „game“ die vom Vater vermittelten „mich“-Bilder auf sich an. Diese positiven Folien bzw. positiven „mich“-Bilder schlagen sich positiv in der Identitätsentwicklung nieder. (vgl. Mead 1968, S.192) So begleitet Frau Lichtenfeld ihre Mutter regelmäßig zu hilfebedürftigen alten Menschen, um bei der Bewältigung des Lebensalltages unterstützend und helfend tätig zu sein.

Da das elterliche Erziehungsverhalten geprägt war von Fürsorge und Solidarität, Gemeinschaftsgefühl und sozialer Verantwortung, nimmt dies positiven Einfluss auf die

³⁰ Mit sozialem Verhalten bzw. Handeln bezeichnet G. H. Mead die Reaktion eines Individuums auf ein anderes, oder wenn „... ein Individuum durch sein Handeln als Auslösereiz für die Reaktion eines anderen Individuums dient“ (vgl. Mead 1968, S. 210)

³¹ „Die Summe der durch Rollenübernahme erworbenen Elemente ergeben in struktureller Hinsicht nur einen Teil und in zeitlicher Hinsicht nur eine Phase der Identität bzw. des Selbst, eine Phase, die Mead als das ‚me‘ bezeichnet. Dieser (...) Teil der Identität ist (...) gesellschaftlichen Ursprunges. Daneben existiert - in Form einer spontanen, impulsiven, gleichsam aus dem ‚Unbewussten‘ auftauchenden Reaktion auf die Haltung und Sichtweise der Gruppe, die das ‚me‘ bestimmt – ein zweiter Teil bzw. eine zweite Phase der Identität bzw. des Selbst: das ‚I‘.“ (vgl. Mead 1968, S. 216)

heranwachsende Ute Lichtenfeld. Da die Erwartungen beider Elternteile an das „mich“ ihrer Tochter gleichbleibend konsistent sind, hat dies einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Selbstkonzeptes und die sich herausbildende Identität der Ute Lichtenfeld. Das Internalisieren dieser „mich“-Bilder erfasst auch den Individuierungsprozess, die Identitätsentwicklung³² und hat, wie hier am Beispiel von Frau Lichtenfeld dargestellt, eine positive Herausbildung gerade derjenigen sozialen Fähigkeiten zur Folge, die als zentrale Kompetenzen einer Pflegekraft gelten. Elterliche Identifikationsvorbilder sind damit als positiver Bedingungsrahmen für das Etablieren der sozialen Kernkompetenzen zu erachten - Bedingungsrahmen die im späteren pflegerischen Handlungsschema als biografische Basisposition erwartet werden.

Die elterliche Beziehung und die familiäre Harmonie der Herkunftsfamilie werden auch von Schwester Katja Herrmann als Vorbild für die eigenen biografischen Entwürfe erachtet. Die zentralen Beziehungserfahrungen in der Herkunftsfamilie der Informantin sind geprägt von elterlicher Fürsorge und familiärem Einklang. Auch in diesem Fall werden beide Elternteile zu Vorbildern bei der Identitäts- und Berufsrollenentwicklung. Für Katja Herrmann ist der Lebensentwurf der Mutter bezüglich der Vereinbarkeit von Berufsalltag und Familie sowie des ständigen Arbeitens bis an die Belastungsgrenze heran außerordentlich orientierungsmächtig.

- 6 Meine Mutti die war bei der Stadt angestellt (-) Sie hat uns
7 drei Kinder gekriegt und die ganze Zeit durchgearbeitet.
(*Katja Herrmann, S. 137, 6-7*)

Die Mutter erscheint in diesem Zusammenhang als unbewusstes Identifikationsvorbild. Auch Katja Herrmann selbst vereinbart die Erziehung ihres Sohnes mit ihrem Schichtdienst und darüber hinaus mit einer berufsbegleitenden Weiterbildung zur Praxisanleiterin. Gleichzeitig betont sie, wie stressbesetzt, dennoch aber ausfüllend diese Situation gewesen sei.

- 24 Ja (-) was kann man noch sagen (-) Ja (.)
25 neunzehnhundertvierundneunzig da habe ich noch mal eine Ausbildung gemacht zum
26 Praxisanleiter (.) das war in G. Stadt (.) ja. Finanziert hat das die Einrichtung, also hier
27 das Heim wo ich arbeite. Hat Spaß gemacht die Ausbildung und seit dem bin ich auch
28 Praxisanleiterin hier im Haus, was sehr viel Stress ist und manchmal auch sehr viel
29 Ärger (.) aber ich mache manchmal hier noch / Ich habe heute gerade erste wieder /
30 Ich mache Frühdienst Spätdienst und Nachtdienst voll mit (.) bin also auch noch in der
31 Pflege voll mit drinne, was auch ganz schön viel Stress ist (.)
(*Katja Herrmann, S. 136, 24 – 31*)

Katja Herrmann verortet sich zeitlich und erinnert, dass sie im Jahre 1994, also nur wenige Jahre nach Beendigung der Ausbildung zur examinierten Krankenschwester, eine Ausbildung zur Praxisanleiterin absolviert habe, was ihr der Arbeitgeber finanzierte. Sie merkt an, dass

³² „Identität ist (...) ein permanenter Prozess, bestehend aus einem Wechselspiel von ‚me‘ und ‚I‘: Das ‚me‘ liefert den Anlass für die Reaktion der anderen darauf – zu einem Teil des ‚me‘, auf das nun wiederum spontan die Antwort des ‚I‘ erfolgt usw. Das Gewicht dieser beiden Teile der Identität ist natürlich nicht bei allen Menschen gleich. Bei manchen überwiegt der konventionelle ‚me‘-Anteil, bei manchen der originelle ‚I‘-Anteil der Persönlichkeit.“ (vgl. Mead 1968, S. 236)

„Die organisierte Gemeinschaft, innerhalb derer das Individuum (...) seine Identität aufbaut, bezeichnet Mead mit dem Ausdruck ‚generalized other‘. Der ‚generalized other‘ ist zu unterscheiden vom signifikanten Anderen. Es ist ein wichtiger Schritt in der Sozialisation bzw. im Aufbau der Identität des Individuums, diese Unterscheidung zu lernen und zu erkennen, dass hinter den konkreten Zuschreibungen und Verhaltenserwartungen etwa der Mutter (=signifikante Andere) allgemeine Normen bzw. Haltungen der sozialen Gemeinschaft (=generalized other) stehen.“ (vgl. Preglau 1997, S. 60)

die Tätigkeit als Praxisanleiterin nicht nur mit Freude, sondern bisweilen auch mit sehr viel Stress verbunden sei. Wie ereignisreich sich diese Tätigkeit für die Informantin tatsächlich darstellt, spiegelt sich auch in den beiden aufeinander folgenden Konstruktionsabbrüchen wider (S. 136, 29). Nachdem sie den Erzählfaden wiedergefunden hat, plausibilisiert die Informantin, warum die Tätigkeit als Praxisanleiterin von ihr als so herausfordernd erlebt wird: Sie betont, dass sie ohne Einschränkungen im laufenden Schichtbetrieb eingeteilt werde und zusätzlich zu der ohnehin stressbesetzten Pflegetätigkeit die Tätigkeit als Praxisanleiterin ausübe. Gleichzeitig betont die Informantin aber auch die moralisch stützende Funktion ihres Teams und ihrer vorgesetzten Wohnbereichsleiterin:

31
32
33
34
1
2

Aber da muss ich jetzt

auch mal mein Team loben, den die stehen ganz doll hinter mir (,) gerade auch meine Chefin. Die macht die Diensterteilung dann auch so, dass ich mich auch wirklich mit den Schülern beschäftigen kann. Das könnte ich sonst vielleicht nicht so machen. Ja, weil es wäre sonst wohl kaum machbar. Also zu ihr kann ich immer kommen (-) auch wenn ich mal 'n Problem habe oder sonst irgendwas. So was ist schon schön. (6) Ja (-)

(Katja Herrmann, S. 136, 31 – 137, 3)

Auch die ersten zentralen Beziehungserfahrungen von Katja Herrmann sind geprägt von Harmonie und familiärem Einklang. Charakteristisch für diese positiven Beziehungserfahrungen ist die gelungene Aushandlung von individuellen und gesamtfamiliären Interessen. Die Handlungsmuster der Eltern bilden einen optimalen Bedingungsrahmen dafür, dass das familiäre System eine Quelle biografischer Ressourcen darstellen kann. Insbesondere das Vorbild der Mutter übt einen positiven Einfluss auf den Individuierungsprozess von Katja Herrmann aus, insbesondere auf das Ausprägen einer solidaritätsorientierten (berufs-)biografischen Basisposition, wie die Orientierung des mütterlichen Identifikationsvorbildes an sozialer Zugehörigkeit und Sicherheit sowie Fleiß und Disziplin.

Es kann festgestellt werden, dass (berufs-)biografische Sinnquellen als Interaktionsgrundlage des Handlungsschemas der Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege aus stabilen, tragfähigen und harmonischen Interaktionsbeziehungen innerhalb der Herkunftsfamilie erwachsen – hervorgehoben seien hier Fürsorgeverantwortung, aber auch die solidarische und uneigennütige Hilfsbereitschaft –, die für die Pflegekräfte bei der Entwicklung eigener (berufs-)biografischer Entwürfe orientierungsmächtig werden. Daraus erwächst für die Pflegekraft die Fähigkeit, den berufsbiografischen Entwurf des Pflegeberufes sicher und konsequent zu konstruieren und zu realisieren.

3. 2 Problematische soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen und deren Bedeutung für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition und -disposition

In diesem Kapitel sollen nun die schwierigen und problematischen Konstitutionsbedingungen hinsichtlich ihrer (nachteiligen) Bedeutung für die Entwicklung und Entfaltung der individuellen berufsbiografischen Basispositionen bzw. -dispositionen betrachtet werden. Es geht darum, den sozialen Mechanismus des Zusammenwirkens problematischer soziobiografischer und beziehungsstruktureller Bedingungsrahmen bezogen auf die Herausbildung eines so genannten berufstypischen Habitus und einer professionellen Identität als Interaktionsgrundlage des Handlungsschemas der Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege zu beschreiben. Das eingefügte empirische Material dient wiederum der besseren Eindrucksbildung bezüglich des biografischen Gewordenseins der Pflegekräfte.

Zunächst werden die im Datenmaterial repräsentierten Einflussfaktoren im Überblick dargestellt, die als problematische soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen für die Herausbildung der individuellen berufsbiografischen Basisposition und -Basisdisposition respektive der professionellen Identität von Bedeutung sind:

- Die biografisch frühe Konfrontation mit den Erleidensprozessen nahe stehender Familienangehöriger erzeugt Verletzungsdispositionen und schichtet Verlaufskurvenpotenzial auf, wenn keine Bewältigung dessen innerhalb tragfähiger und stabiler (innerfamiliärer) Interaktionsbeziehungen möglich ist. Gerade fehlende oder unzureichende Bearbeitungsversuche des zentralen Verlaufskurvenpotenzials stellen einen problematischen Bedingungsrahmen für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition dar.
Die Verstrickung in die Erleidensprozesse signifikanter Anderer erzeugt für den Biografieträger eine Konstellation zentraler Widrigkeiten, die wiederum - oftmals schon im Kindes- und Jugendalter - systematische Schwierigkeiten im Lebensarrangement und der Alltagsgestaltung erzeugen. Dies kann bereits in der biografisch frühen Phase des Kindes- und Jugendalters zum allmählichen Aufbau des Bedingungsrahmens für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve³³ führen;
- Das Ergreifen des Pflegeberufes als Bewältigungsversuch für tiefer liegende Verletzungsdispositionen und vorhandenes zentrales Verlaufskurvenpotenzial oder gar

³³ "Der soziale Prozess der Verlaufskurve ist durch Erfahrungen immer schmerzhafter und auswegloser werdenden Erleidens gekennzeichnet: die Betroffenen vermögen nicht mehr aktiv zu handeln, sondern sie sind durch übermächtig erlebte Ereignisse und deren Rahmenbedingungen getrieben und zu rein reaktiven Verhaltensweisen gezwungen. Im Laufe der Verkettung von Ereignissen werden sich die Akteure untereinander und auch selbst gegenüber fremd (...) Die Betroffenen reagieren auf die immer wieder eintretenden widrigen Ereignisse von Mal zu Mal unangemessener (...) und diese eigenen Aktivitätsbeiträge verschärfen noch die Erleidens-, Niedergangs- und Auflösemechanismen der Verlaufskurve." (vgl. Schütze 1995, S. 126) Die Betroffenen glauben ihren Alltag nicht mehr aktiv steuern und kontrollieren zu können. So werden sie gerade bezüglich ihrer Lebensorientierung und ihrer Lebensaktivitäten zunehmend passiver.

zur Kontrolle einer Verlaufskurvenerfahrung stellt einen außerordentlich problematischen Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition und einer pflegeprofessionellen Identität dar. Das Ergreifen des Pflegeberufes wird so zumeist nur zu einer weiteren Etappe innerhalb der gesamten Verlaufskurvenerfahrung, letztlich zu einer Verlaufskurve des Berufsversagens.

- Notorische Erwartungszusammenbrüche bezüglich der einmaligen berufsbiografischen Planungsvorstellungen³⁴ und der tatsächlichen Realisierungsergebnisse, oftmals verbunden mit Schuld wahrnehmung und Schuldverstrickung, münden in einem berufsbiografischen Orientierungszusammenbruch. Mit der manifesten Erschütterung individueller (berufs-)biografischer Sinnquellen und der berufsbiografischen Identität ist letztendlich auch eine empfindliche Erschütterung der Interaktionsgrundlage für das Handlungsschema der Pflegearbeit verbunden. So entwickeln Pflegekräfte Entfremdungstendenzen, um sich von Schwierigkeiten zu distanzieren, beispielsweise wenn sie erleben, dass sie nicht im erwünschten Umfang helfen können. Auch die systematische Erschöpfung erscheint als Ergebnis eines Ausbrennprozesses, der die (biografische und professionelle) Identität und damit gleichzeitig die berufsbiografische Grundhaltung der Pflegekräfte erfasst.
- Das Ergreifen des Pflegeberufes als Initiative, eine unbehagliche oder unattraktiv gewordene Lebenssituation zu ändern, ohne zunächst einen Sinnquellenbezug zum Handlungsschema der Pflegearbeit zu haben, erscheint zwar zunächst als problematischer Bedingungsrahmen für die Herausbildung eines berufstypischen Habitus und einer berufsbiografischen Basisposition. Bei genauerer Betrachtung wird allerdings deutlich, dass mit einer biografischen Initiative zur Änderung einer problematisch und unattraktiv gewordenen Lebenssituation auch eine schrittweise Wandlung der Selbstidentität und damit auch ein Prozess der beruflichen Identifizierung einsetzen kann im Sinne eines Prozesses der Entwicklung einer berufsbiografischen Basisposition.

3.2.1 Ereigniserzwungene Aufschichtung von Verlaufskurvenpotenzial und deren Bedeutung für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition und -disposition von Pflegekräften

Die Analyse des Datenmaterials hat gezeigt, dass eine Vielzahl der befragten Pflegekräfte bereits biografisch früh - innerhalb der Phase der Primär- und/oder Sekundärsozialisation - mit den Erleidensprozessen nahe stehender Menschen konfrontiert worden sind und diesen Erfahrungen in der autobiografischen Stegreiferzählung eine exponierte und darstellungssteuernde Position einräumen.

Nahezu alle befragten Pflegekräfte berichten von der Existenz innerfamiliärer Fürsorge- und Solidaritätsmodelle, insbesondere bezüglich der pflegerischen Versorgung kranker Familienangehöriger. Zeichnen sich die innerfamiliären Interaktionsmuster durch die Existenz von innerfamiliären Fürsorgemodellen aus, die sowohl von einer selbstverständlichen und selbstlosen Hilfsbereitschaft sowie Fürsorgeverantwortung charakterisiert, als auch in stabile

³⁴ Bezüglich der biografischen Planungsvorstellungen ist anzumerken, dass gerade bei Novizen in der Pflegeausbildung die romantische Vorstellung vom Heilen und der Linderung von Leiden als zentrales Handlungsschema der Pflegearbeit vorherrschend ist.

und tragfähige Interaktionsbeziehungen eingebettet sind, dann stellt, wie bereits angeführt, das innerfamiliäre Fürsorge- und Solidaritätsmodell einen positiven Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition dar. Fehlen jedoch die Merkmale der Tragfähigkeit und der Stabilität innerhalb der innerfamiliären Beziehungen bzw. innerhalb des innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodells, so ergibt sich hieraus mit einer hohen Wahrscheinlichkeit die Tendenz, dass sich die fürsorgenden und Pflege leistenden Familienmitglieder - hier die zukünftigen Pflegekräfte im zumeist Kindes- und Jugendalter - in die Erleidensprozesse beispielsweise kranker Familienmitglieder schicksalhaft verstrickt sehen.

Wie bereits zuvor betont, kann die Konfrontation mit den Erleidensprozessen signifikanter Anderer - im vorliegenden Datenmaterial vor allem repräsentiert durch Krankheitsverlaufskurven von Mitgliedern der Herkunftsfamilie - zu einem frühen Zeitpunkt in der Biografie der Pflegekraft insbesondere dann Verletzungsdispositionen erzeugen und Verlaufskurvenpotenzial³⁵ aufschichten, wenn keine Bewältigung des zentralen Verlaufskurvenpotenzials innerhalb tragfähiger und stabiler (innerfamiliärer) Interaktionsbeziehungen möglich wird.

Die Konfrontation mit den Erleidensprozessen signifikanter Anderer, insbesondere in der frühen biografischen Phase des Kindes- und Jugendalters, geht zumeist einher mit einer massiven Beanspruchung tiefer liegender biografischer Sinnquellen. Hervorzuheben sind hier die im Datenmaterial in hoher Frequenz repräsentierten biografischen Sinnquellen der Identifikation mit der Übernahme von Fürsorgeverantwortung sowie einer intrinsisch motivierten Hilfsbereitschaft als biografischer Grundhaltung, die verbunden ist mit dem Wunsch, psychisches, physisches und soziales Leid von anderen Menschen abwenden oder es lindern zu wollen. Führt die engagiert praktizierte Hilfsbereitschaft dann nicht zum gewünschten Erfolg - in Gestalt einer Heilung oder zumindest einer Milderung des Erleidensprozesses des erkrankten Familienmitgliedes - so werden eben diese tief verwurzelten Sinnquellen des Biografieträgers empfindlich erschüttert. Gerade aus dieser biografisch frühen Erfahrung von Hilflosigkeit, resultierend aus der oftmals mangelnden oder gar fehlenden Bearbeitung, erwachsen tiefe Schuldgefühle, die für die gescheiterten HelferInnen die Qualität eines Verlaufskurvenpotenzials im Sinne einer biografischen Verletzungsdisposition haben. Diese biografisch früh erworbenen Verletzungsdispositionen können dann in der weiteren lebensgeschichtlichen Entwicklung durchaus die Kraft entwickeln, eine Verlaufskurve des Erleidens in Gang zu setzen.³⁶ Gerade die im Datenmaterial ausgesprochen häufig erkennbare ereigniserzwungene Aufschichtung von Verlaufskurvenpotenzial durch die Konfrontation und Verstrickung mit den Erleidensprozessen signifikanter Anderer stellt einen problematischen soziobiografischen und beziehungsstrukturellen Bedingungsrahmen dar und damit eine zentrale problematische Konstitutionsbedingung für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition.

³⁵ Verlaufskurvenpotenzial kann ereignisgebunden aufgeschichtet werden, nachdem über das Hereinbrechen eines bestimmten Ereignisses Verletzungsdispositionen erzeugt worden sind, die keine bzw. keine adäquate Aufarbeitung gefunden haben. (vgl. dazu auch Schütze 1981, S. 98)

³⁶ Es erfolgt ein „(zumeist) allmählicher Aufbau eines Bedingungsrahmens für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve: des Verlaufskurvenpotentials; dieses hat in der Regel eine Komponente biografischer Verletzungsdispositionen und eine Komponente von zentralen Widrigkeiten in der aktuellen Lebenssituation (mit Quellen für systematische Schwierigkeiten der Lebens- und Alltagsgestaltung); diese beiden Komponenten wirken mit Falltendenz ineinander; die Falltendenz ist dem Betroffenen in der Regel mehr oder weniger verborgen, obwohl ausdeutbare Vorzeichen für die drohende Verlaufskurve durchaus gefunden werden können“. (Schütze 1995, S. 129)

Mithilfe des grundlagentheoretischen Konzepts der Verlaufskurve des Erleidens (Schütze 1995) sollen nun die soziobiografischen und beziehungsstrukturellen Entfaltungsmechanismen biografisch langgestreckter Erleidensprozesse und deren Bedeutung für die Herausbildung der berufsbiografischen Basisposition und -disposition am Fallbeispiel der Sandra Oertel biografieanalytisch untersucht werden.

Sandra Oertel, zum Interviewzeitpunkt dreiundvierzig Jahre alt, wird als erste von insgesamt vier Geschwisterkindern geboren. Der Altersunterschied zwischen den Geschwisterkindern ist gering, da alle Kinder sehr kurz aufeinander folgend geboren worden sind. Sandra Oertel wächst in einer ostdeutschen Kleinstadt auf. Bis zu ihrer Schulpflichtigkeit füllt die Mutter die Rolle der Hausfrau und mütterlichen Fürsorgerin aus. Der Vater bekleidet die Rolle des wirtschaftlichen Alleinversorgers der Familie. Zeitgleich mit dem Schuleintritt der jungen Sandra Oertel verunfallt der Vater schwer. Sandra Oertel wird damit bereits sehr früh in ihrer Kindheit mit den existenzerschütternden und langgestreckten Erleidensprozessen, hier denen des eigenen Vaters, konfrontiert. Die hieraus für Sandra Oertel resultierende biografische Verletzungsdisposition und die damit verbundene ereigniserzwungene Aufschichtung von Verlaufskurvenpotenzial³⁷ hallt bis in die Gegenwart hinein nach:

16 Mein Vati hatte, als ich noch ´n Kind war (-) .. da bin ich in die erste
17 Klasse gekommen (´) ´n ganz ganz schweren Unfall. (5) Das hat mich so bleibend / Das
18 habe ich nie vergessen (.) ... ´s stand damals auf der Kippe, er hat sich aber wieder gut
19 erholt. (4)

(Sandra Oertel, S. 60, 16 – 19)

Der Unfall des Vaters ereignet sich gerade zu dem Zeitpunkt, als Sandra Oertel eingeschult wird. Zu diesem Zeitpunkt nimmt die Mutter ihre berufliche Tätigkeit wieder auf, um die finanzielle Existenz der Familie zu sichern. Mit dem Unfall des Vaters ändert sich somit die Konstellation der Verantwortlichkeiten innerhalb des innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodells: Sandra Oertel wird bereits unmittelbar mit dem Schuleintrittsalter in die Erfüllung innerfamiliärer Haushalts- und Fürsorgepflicht in zentraler Funktion - stellvertretend für die Mutter - eingebunden. Sandra Oertel als ältestes Geschwisterkind wird in dieser Situation dazu angehalten, große Teile der Aufgaben der Mutter zu übernehmen. Dies beinhaltet die Verantwortung und die Sorge um die Geschwisterkinder ebenso wie die Übernahme eines großen Teils der haushaltlichen Pflichten. Auch hat die Familie einen großen Garten zu bewirtschaften. Da weder der verunfallte Vater noch die wieder berufstätige Mutter dieser Pflicht nachkommen können, wird Sandra Oertel auch zur Bewirtschaftung des Gartens mit herangezogen (S. 60, 7). Die Eltern, insbesondere die Mutter, als Identifikationsvorbild von Sandra Oertel haben feste Erwartungen, was die Partizipation ihrer Tochter am Fürsorgemodell der Familie anbelangt.

Mit der Statuspassage des Schuleintritts wird noch ein anderes Erwartungsmuster an die kindliche Sandra Oertel herangetragen. Dieses Erwartungsmuster ist von einer trimodalen Erwartungsstruktur gekennzeichnet (Schütze 1981, S. 68): So hat Sandra Oertel zunächst einmal ihre eigenen erwartungsvollen Vorstellungen bezüglich des institutionellen Ablauf- und Erwartungsmusters der Schullaufbahn. Darüber hinaus haben aber auch die Eltern, ebenso wie die Lehrer als Vertreter der Institution Schule konkrete Erwartungen bezüglich der von der Schülerin Sandra Oertel zu erbringenden Aufmerksamkeits- und Anpassungsleistung in dieser neuen sozialen Situation. Die junge Sandra Oertel wiederum ist sich dieser

³⁷ Verlaufskurvenpotenzial kann ereignisgebunden aufgeschichtet werden, nachdem über das Hereinbrechen eines bestimmten Ereignisses - in diesem Fall der schwere Unfall des Vaters und die damit zwangsläufig verbundene innerfamiliäre Umorganisation der Fürsorgeverantwortung - Verletzungsdispositionen erzeugt worden sind, die keine bzw. keine adäquate Aufarbeitung gefunden haben. (vgl. dazu auch Schütze 1981, S. 98)

Anforderungen bewusst. Sie gerät nunmehr in einen Erwartungskonflikt: Zum einen ist sie der trimodalen Erwartungsstruktur, resultierend aus der Statuspassage Schuleintritt, verpflichtet. Diametral dazu steht die innerfamiliär existente Erwartungsstruktur hinsichtlich einer vollumfänglichen Partizipation der jungen Sandra Oertel am innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodell, um die Folgen und Veränderungen, die sich aus dem Unfall des Vaters für das familiäre System ergeben haben, zu kompensieren.

11
12
13
14
15
16

Erst als ich mit

sechs zur Schule kam ist meine Mutti wieder arbeiten gegangen. Wie gesagt (,) ich bin die Älteste von uns vieren und habe sozusagen somit immer die Rolle des Aufpassers und der Führung sozusagen übernommen. Ich musste auch zu Hause *sehr sehr* viel machen (°) weil ich die Älteste war und weil meine Mutti ja nachher arbeiten gegangen ist.

(Sandra Oertel, S. 60, 11 – 16)

Mit dem schweren Unfall des Vaters und dem darauf notwendig gewordenen beruflichen Wiedereinstieg der Mutter ergibt sich für die Informantin ein bipolarer Erwartungsdruck: Die schwierige Herausforderung, den Schuleintritt zu meistern - inklusive der bereits angeführten trimodalen Erwartungsstruktur zu entsprechen - und gleichzeitig einen großen Teil des Rollensets der Mutter in deren Stellvertretung zu übernehmen. Die noch kindliche Sandra Oertel entspricht der elterlichen Erwartung und richtet sich orientierungsmäßig und handlungsschematisch darauf ein, diese zentralen Widrigkeiten der aktuellen Lebenssituation zu meistern. Durch diese Konstellation zentraler Widrigkeiten ergeben sich für Sandra Oertel systematische Schwierigkeiten in der Alltags- und Lebensgestaltung. Hervorzuheben ist hier die Erfahrung der Aufopferung unter persönlicher Entbehrung: Die junge Sandra Oertel sieht keinerlei persönlichen Entfaltungs- und Handlungsfreiraum für sich. So muss sie beispielsweise auf eine alterstypische Freizeitgestaltung wie Unternehmungen mit Gleichaltrigen weitestgehend verzichten. Der innerfamiliäre Erwartungsdruck an die junge Sandra Oertel und der daraus resultierende zeit- und arbeitsintensive Einbezug in innerfamiliäre Verpflichtungen lässt wenig Planungs- und Handlungsspielraum für alterstypische Aktivitäten bzw. Freizeitgestaltung. Auch lässt die Tatsache, dass Sandra Oertel in ihrer Erzählung auf eine Erlebnis- und Erfahrungsschilderung bezüglich ihrer Schulzeit verzichtet, erahnen, dass sie den nötigen Aufmerksamkeits- und Fokussierungsaufwand, bezogen auf das institutionelle Ablauf- und Erwartungsmuster der Schulausbildung, nicht unbeschwert und ohne Interferenzen erbringen kann.

Resultierend aus den systematischen Schwierigkeiten und Konstellationen dieser zentralen Widrigkeiten kommt es zur Anhäufung von Verlaufskurvenpotenzial und damit zum allmählichen Aufbau des Bedingungsrahmens für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve. Zum Zeitpunkt des Übertritts von der Phase der Primärsozialisation in die Phase der Sekundärsozialisation bis in die Phase der Sekundärsozialisation hinein sind zwei Prozessstrukturen dominant etabliert: a) die Prozessstruktur der Verlaufskurve und b) die Prozessstruktur des Wandlungsprozesses:

a) *Die Prozessstruktur der Verlaufskurve*

Die Konfrontation und schicksalhafte Verstrickung mit den Erleidensprozessen des schwer verunfallten Vaters ist ein lebensgeschichtliches Ereignis, das als übermächtig erlebt wird (S. 60, 7 – 19) und dessen Auswirkungen von der noch kindlichen Sandra Oertel nicht zu kontrollieren sind. Sie reagiert konditionell und fügt sich in den Erwartungsfahrplan der Eltern ein: Sie übernimmt in Stellvertretung die große Last der Fürsorgeverantwortung und haushaltlichen Pflichten der Mutter, damit diese an Stelle des schwer verunfallten Vaters einer

Erwerbstätigkeit nachgehen kann, um die finanzielle Existenz der Familie zu sichern. Sandra Oertel sieht sich in einem Erwartungskonflikt zwischen der elterlichen Erwartung - der aufopferungs- und entbehrungsvollen Partizipation am innerfamiliären Solidaritäts- und Fürsorgemodell als familiäres Orientierungsmuster - und den Erwartungs- und Ablaufmustern bezüglich des Erbringens der notwendigen Aufmerksamkeits- und Fokussierungsleistung im Zusammenhang mit dem Schuleintritt. Hieraus erwächst ein zentrales Verlaufskurvenpotenzial mit der Komponente einer Verletzungsdisposition. Diese biografisch prägende Erfahrungsaufschichtung und Ereignisverstrickung entwickelt sich zu einem problematischen soziobiografischen Einflussfaktor für die Herausbildung der berufsbiografische Basisposition, da Bearbeitungsversuche des zentralen Verlaufskurvenpotenzials gar nicht erst angestrengt worden sind (siehe dazu auch 3.2.2 bis 3.2.3). Die Erfahrung der Ereignisverstrickung und Verletzbarkeit wird von der Biografieträgerin als weitgehend unverrückbarer Bestandteil der Identitätsausstattung wahrgenommen (vgl. Schütze 1984, S. 86).

b) *Die Prozessstruktur des Wandlungsprozesses*

Sandra Oertel entwickelt aber auch - eingebettet in einen Wandlungsprozess³⁸ - eine grundlegende biografische Orientierung und systematische Haltung gegenüber ihrer frühkindlichen Erfahrungsaufschichtung - sie übernimmt und verinnerlicht „die Rolle des Aufpassers und der Führung“ (S. 60, 13-14) verbunden mit der Fürsorge- und Verantwortungspflicht innerhalb der Familie. Hier entdeckt Sandra Oertel bewusst neue Handlungsmöglichkeiten. Sie bringt ihre Kindheit dominant mit der frühen Übernahme der Fürsorge- und Verantwortungspflicht innerhalb des familiären Systems in Verbindung. Diese Fürsorge- und Verantwortungspflicht fand dann als zentrale Beziehungserfahrung in den innerbiografischen Prozessen und der biografischen Identität der Sandra Oertel Niederschlag. Sie erlebt eine systematische Veränderung ihres Handlungsspielraums und ihrer Handlungsmöglichkeiten und entwickelt daraus eine grundlegende (berufs-)biografische Orientierung in Form einer systematischen Haltung: So hat sie auch in ihrem Berufsleben einen entsprechenden Entfaltungsraum in Form von Leitungspositionen gefunden und mehr noch, sie wird sowohl in der Kindertagesstätte als auch im Alten- und Pflegeheim nur kurz nach der Berufseinmündungsphase mit einer leitenden Funktion betraut (S. 60, 28 – 61, 14 sowie S. 62, 5 – 19). Die autobiografische Stegreiferzählung lässt erkennen, dass sich diese systematische Haltung langfristig durch die gesamten (berufs-)biografischen Erfahrungsabläufe der Sandra Oertel zieht. Aus der Basisstrategie, „die Rolle des Aufpassers und der Führung“ (S.60, 13 – 14) zu übernehmen, entwickelt sich eine zentrale biografische Sinnquelle, die gleichzeitig eine wichtige biografische Ressource darstellt und später zu einer wichtigen Grundlage der berufsbiografischen Basisposition³⁹ wird.

³⁸ Gemeint sind hier Wandlungsmuster der Selbstidentität, die aus dem Entdecken unerwarteter neuer Handlungsmöglichkeiten erwachsen.

³⁹ Der Begriff der „professionellen Basisposition“ geht auf das biografiethoretische Konzept von Fritz Schütze zurück (vgl. Schütze 1981 und 1984) und bezieht sich hier auf die systematische Haltung des Biografieträgers – hier der Pflegekraft – bezüglich des Handlungsschemas der Pflegearbeit sowie bezüglich der Herausbildung eines pflegeberufstypischen Habitus vor dem Hintergrund der eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen und Ereignisverstrickungen der Pflegekraft (Schütze 1984, S. 87).

3.2.2 Die Erschütterung tiefer liegender (berufs-)biografischer Sinnquellen – das Wirksamwerden und Dynamisieren bereits angehäuften Verlaufskurvenpotenzials

Fehlende oder unzureichende biografische Arbeit⁴⁰ kann dazu führen, dass im Falle einer (neuerlichen) Aktivierung frühkindlich erworbener Verletzungsdispositionen das bereits angelegte Verlaufskurvenpotenzial wirksam werden und sich dynamisieren kann (vgl. Schütze 1995, 129). Eine (neuerliche) Ereignisverstrickung erschüttert tiefer liegende (berufs-)biografische Sinnquellen und erzeugt lang gezogene Erleidensprozesse in der biografischen Erfahrungsaufschichtung der Pflegekräfte. Gerade die aus der Pfl egetätigkeit resultierenden Eindrücke - und hier sind Auseinandersetzungsarenen wie innerfamiliär zu erbringende Fürsorge- und Pflegeleistungen ebenso gemeint wie die ersten Kontakte mit dem Handlungsschema der Pflegearbeit im Rahmen von Schülerpraktika und / oder Ferienarbeit oder innerhalb der Berufseinmündungsphase zum Pflegeberuf - aktivieren dann alte Verletzungsdispositionen, die bis dahin keine Aufarbeitung gefunden haben.

Sandra Oertel zeigte sich seit ihrer Kindheit fasziniert von der Lebensart älterer Menschen in ihrem privaten Umfeld (S. 63, 16 – 64, 15). Insbesondere über die regelmäßigen und eigenmotivierten Besuche bei ihrer hoch betagten Großmutter lernte sie sehr früh die Bedürfnisse und Befindlichkeiten hilfsbedürftiger Menschen wahrzunehmen und darauf mit Hilfsangeboten und Fürsorge zu reagieren (S. 62, 22 – 26). Zur Familie gehörte außerdem eine hoch betagte Tante, die sie bei der Bewältigung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten unterstützte. Sandra Oertel hat hier wiederholt sehr früh in ihrer Kindheit und Jugend die Erfahrung gesammelt, die vielfältigen und unterschiedlichen Bedürfnisse und Befindlichkeiten anderer Menschen wahrnehmen, entsprechende Interventionen oder Hilfsangebote anbieten und eine gewisse Handlungsverantwortung übernehmen zu können. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Fürsorge der Großmutter aber auch der älteren Tante gegenüber für die junge Sandra Oertel eine tief verwurzelte biografische Sinnquelle darstellt - neben der Partizipation am innerfamiliären Fürsorgemodell, einschließlich der Fürsorge den Geschwistern gegenüber.

Offensichtlich resultierend aus dieser tiefer liegenden biografischen Sinnquelle entschließt sich Sandra Oertel im Alter von vierzehn Jahren zu einer dreiwöchigen Ferientätigkeit als Stationshilfe (S. 62, 26 – 30) in einem ortsansässigen Krankenhaus. Sandra Oertel beschreibt in einer sachlich tätigkeitsfokussierenden Darstellung die ihr übertragenen Aufgaben, die sich im Wesentlichen auf pflegehelferische Tätigkeiten bei der Grundpflege und der Nahrungsaufnahme der Patienten beschränkten. Das nachfolgend absolvierte

⁴⁰ Die Dimensionen biografischer Arbeit, also mit dem selbstreflexiven Auseinandersetzen mit der eigenen Lebensgeschichte/Erfahrungsaufschichtung und Ereignisverkettungen, sind: a) das Kontextualisieren der Ereignisverstrickung, Bearbeiten der Verlaufskurve und Verorten in der Biographie, b) die Reinterpretation und der Neuentwurf der Biographie, c) die Bedeutung biografischer Arbeit für die perspektivische biografische Stabilität. (Corbin, Strauss 1988, 2004)

Das Fehlen biografischer Arbeit lässt sich in der Erzählung der Sandra Oertel daran erkennen, dass sie Abkürzungsstrategien unternimmt und Ausblendungsmechanismen aktiv sind, wenn sie Ereignisverstrickungen, Verletzungsdispositionen und Verlaufskurvenerfahrungen zu kommunizieren versucht.

Schülerpraktikum im Krankenhaus scheint in völligem Kontrast zu den bisher gemachten Erfahrungen zu stehen.

Begründet in der ereigniserzwungenen Aufschüttung von Verlaufskurvenpotenzial mit der Komponente einer biografischen Verletzungsdisposition tritt Frau Oertel nicht voraussetzungslos in die Pfl egetätigkeit - zunächst im Rahmen eines so genannten Ferienjobs, dann im Rahmen eines berufsorientierenden Schülerpraktikums - ein. Auch bringt sie durch den internalisierten Erwartungsfahrplan der Eltern bezüglich ihrer Einbindung in das innerfamiliäre Fürsorgemodell ein hohes Maß an Verständnisvoraussetzungen aus ihrer eigenen biografischen Erfahrungsaufschichtung mit. Die Fürsorge und Sensibilität gegenüber den Befindlichkeiten und Bedürfnissen alter Menschen hat die Informantin bereits in ihrer Kindheit als Selbstverständlichkeit und tiefe biografische Sinnquelle internalisiert (S. 63, 16 – 64, 15). So begegnet sie in ihrem späteren pflegeprofessionellen Handlungsschema den Pflegebedürftigen mit ähnlichen Gefühlen wie etwa dem verunfallten Vater, der hilfsbedürftigen Großmutter und der hoch betagten Tante. Sandra Oertel überträgt damit den Mechanismus des frühkindlich internalisierten familiären Fürsorgemodells direkt in das Handlungsfeld der Pflegearbeit.

Die erschütternden Erfahrungen während ihres Schülerpraktikums lassen sich drei Ebenen zuordnen: a) das Leid der Patienten, b) die von Verständnislosigkeit geprägte Interaktionsbeziehung des Pflegepersonals gegenüber der fachpflegerischen Unerfahrenheit der Praktikantin, c) das routinisierte Handlungsschema der Pflegekräfte, das mehr auf Erledigung der Pflegeaufgaben als auf fürsorgliche Hinwendung ausgerichtet scheint.

In einer Detaillierungsexpansion (S. 64, 20 – S. 65, 8) beschreibt Sandra Oertel das Handlungsschema und den Interaktionsstil der Pflegekräfte in der stationären Krankenhausversorgung zum Zeitpunkt ihres Schülerpraktikums, einmal ihr selbst gegenüber, aber auch den Patienten gegenüber: Eine Patientin nicht näher benannten Alters habe sich wegen maligner Wucherungen im Gesicht auf der Station versorgen lassen. Die Pflegekräfte hätten die Informantin völlig unvermittelt zu dieser schwerkranken Frau geschickt, um ihr die Mittagsmahlzeit darzureichen. Sandra Oertel habe sich über die Abgeschirmtheit dieser Patientin gewundert und auch darüber, dass ihr Gesicht verdeckt gewesen sei. Um die Mahlzeit darreichen zu können, habe die Informantin der Patientin den schützenden Lappen aus dem Gesicht entfernen müssen. Das von malignen Wucherungen stark entstellte Gesicht habe die jugendliche Sandra Oertel in Erschrecken und völlige Regungslosigkeit versetzt. Die Patientin sei bei völliger geistiger Klarheit gewesen und habe auf das Entsetzen der Sandra Oertel mit der Bemerkung reagiert, dass besser eine andere Pflegekraft diese Tätigkeit hätte übernehmen sollen. Diese tief greifende und erschütternde Erfahrung hat keinerlei Aufarbeitung gefunden, vielmehr ist diese Verletzungsdisposition bis in die Gegenwart hinein präsent: „...und das ist mir auch immer so in Erinnerung geblieben.“ (S. 64, 30 – 31)

Neben dem so unvermittelt gewonnen Eindruck von der augenscheinlichen Schwere des Leidens der Patientin scheint für Sandra Oertel auch das unangepasste Interaktionsschema einiger Krankenschwestern von nachhaltig belastender Bedeutung zu sein: So hätten einige Pflegekräfte der Station die von Fassungslosigkeit und Entsetzen geprägte Reaktion junger PraktikantInnen bzw. SchülerInnen auf besonders schwere Krankheitsverläufe als Unterhaltung genossen. Der Konstruktionsabbruch (S. 64, 32) lässt vermuten, dass Sandra Oertel wegen ihrer nachhaltig emotionalen Bewegtheit und der damit verbundenen Ereignisverstrickung Schwierigkeiten mit der linearen Organisation ihrer Erzählung hat. Rückblickend fasst sie die im Schülerpraktikum gesammelten Erfahrungen zusammen als die schlimmsten Erfahrungen, die sie je in einem Praktikum gemacht hat. Ganz offensichtlich sieht sich die Informantin nunmehr in dem Zwang, diese Aussage mit der Darlegung eines weiteren Erlebnisses zu plausibilisieren. So habe sie bei einer an Diabetes mellitus erkrankten Patientin einen Verbandswechsel vornehmen sollen, wozu ihr jedoch jegliche fachlichen Grundkenntnisse

gefehlt hätten. Eine weitere erschütternde Erfahrung sei gewesen, beim Ausreichen des Nachmittagskaffees eine tote Patientin entdeckt zu haben. Sandra Oertel sieht sich in der Gewissheit, dass das Pflegepersonal um das Ableben der Patientin gewusst habe und auf eine entsprechende Reaktion der Praktikantin auf die unvermittelte Konfrontation mit dem Tod gewartet habe. Sandra Oertel habe vor Bestürzung aufgeschrien und „alles fallen lassen“, wie sie sagt (S. 65, 2). Sie erinnert sich zudem, dass sie dann aufgefordert worden sei, sich an der pflegerischen Versorgung der Verstorbenen zu beteiligen. Die noch sehr junge Sandra Oertel scheint damit emotional absolut überfordert gewesen zu sein. Auffällig erscheint hier, dass niemand vom Pflegepersonal zur Übernahme der Perspektive der jungen Sandra Oertel in der Lage scheint und sie behutsam an den Umgang und die Versorgung Verstorbener heranführt beziehungsweise sie emotional bei der Bewältigung dieser erschütternden Erfahrung begleitet. Die tiefen Erschütterungen lassen Sandra Oertel erstmalig in eine ablehnende Haltung treten. So habe sie die grundpflegerische Versorgung der Verstorbenen abgelehnt, was deutlich macht, dass sie sich an ihrer Belastungsgrenze angekommen sieht. Da niemand der jungen Sandra Oertel unterstützend zu Seite zu stehen scheint, sieht sie ganz offensichtlich keine andere Bewältigungs- und Umgangsmöglichkeit in dieser Situation erlebter Hilflosigkeit, als in eine Verweigerungshaltung überzutreten. In einer Ergebnissicherung (S. 65, 8 – 14) fasst Sandra Oertel dann zusammen, dass diese Erfahrungen des Schülerpraktikums sehr nachhaltig auf sie eingewirkt und sie „geprägt“ haben (S. 65, 8 – 14). So hat sie eine tiefe Angst entwickelt, sich selbst der stationären Krankenhausversorgung anzuvertrauen.

Angelehnt an das Verlaufskurvenkonzept (Schütze 1989, 1995) hat die Aktivierung des bereits angehäuften Verlaufskurvenpotenzials – nämlich im Zusammenhang mit der Verstrickung in die Erleidensprozesse des Vaters - zur Folge, dass Sandra Oertel im Schülerpraktikum temporär ihre biografische und berufsbiografische Orientierung verliert. Sandra Oertel hat durch ihr eigenen biografischen Erfahrungsaufschichtungen und Ereignisverstrickungen einen Sinn für das Leiden pflege- und hilfebedürftiger Menschen und damit auch eine besondere Kommunikationssensibilität und Fähigkeit zur Perspektivenübernahme entwickelt. Die Erfahrungen in dem Schülerpraktikum dagegen lassen die jugendliche Sandra Oertel lediglich eine Entmoralisierung des Pflegeberufes erahnen. Mit der Erschütterung der biografischen Sinnquelle - bezüglich des von Sandra Oertel frühkindlich internalisierten innerfamiliären Fürsorge- und Solidaritätsmodells - wird bereits angehäuften Verlaufskurvenpotenzial wirksam und dynamisiert sich.

Im frühen Jugendalter, zeitnah dem Schülerpraktikum folgend, wird Sandra Oertel außerdem mit der Dramatik der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter und deren desaströser krankenhausbetragender Betreuung konfrontiert: Als sie die Klassenstufe neun besucht, erkrankt ihre Großmutter schwer. Die Informantin zeigt hier, dass sie schon als Jugendliche über ein sensibles Gespür für Krankenbeobachtung verfügt. Sie nimmt nicht nur den sich verschlechternden Allgemeinzustand ihrer Großmutter wahr, auch der sich ausbreitende Hautdefekt am Fuß der Großmutter fällt ihr als besorgniserregend auf. Sandra Oertel erkennt sofort und intuitiv den Handlungsbedarf, der in dieser Situation geboten ist. Ohne über pflegeprofessionelles Wissen zu verfügen, besitzt Sandra Oertel ein außerordentliches prognostisches Gespür für die Entwicklung der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter.

Mit der Krankenhauseinweisung der Großmutter wird ihre natürliche und tiefer liegende Sinnquelle bezüglich der Faszination, Fürsorge und Hilfsbereitschaft gegenüber alten Menschen erneut erschüttert. Die von desaströsen pflegerischen Defiziten gezeichnete krankenhausbetragende Versorgung der Großmutter erlebt Sandra Oertel im Widerspruch zu ihrem frühkindlich internalisierten, auf Fürsorge und Hinwendung ausgerichteten Handlungsschema. Diese Erfahrung steigert das bereits aufgeschüttete Verlaufskurvenpotenzial in seiner Wirkung, ohne dass das zentrale Verlaufskurvenpotenzial Bearbeitung finden oder gar kontrolliert werden kann. Die Konfrontation mit der

Krankheitsverlaufskurve der Großmutter (S. 62, 30 – 63, 6) bringt damit eine Verstärkung der biografischen Fallensituation mit sich.

Das plötzliche Ableben der Großmutter im Kontext der desaströsen krankenhausstationären Versorgung führt zu einer Grenzüberschreitung des Wirksamwerdens des Verlaufskurvenpotenzials.

12 Und dann ist sie ganz plötzlich gestorben. Da
13 habe ich schon Schwierigkeiten gehabt (-) dann damit umzugehen. (8)
(Sandra Oertel, S. 63, 12 – 13)

Sandra Oertel erinnert sich, dass ihre Großmutter plötzlich verstorben sei. Gleichzeitig betont sie, dass sie Schwierigkeiten gehabt habe, mit dem plötzlichen Ableben der Großmutter umzugehen. Ihre nachhaltige Betroffenheit lässt sich an der sehr langen Erzählpause von acht Sekunden ablesen. Die Tatsache, dass Sandra Oertel im Anschluss an diese sehr lange Sprechpause ihre bewegenden negativen Eindrücke der Mangelversorgung im Krankenhaus wiederholt - so beispielsweise dass das Getränk für die Großmutter unerreichbar auf dem Nachtschrank platziert gewesen sei - lässt die Erschütterung der tiefer liegenden (berufs-)biografischen Sinnquelle erahnen. So scheint es nicht verwunderlich, dass sich Sandra Oertel zunächst bewusst gegen den Krankenschwesternberuf entscheidet und stattdessen als berufsbiografischen Entwurf formuliert, Krippenerzieherin werden zu wollen (S. 60, 20 – 28). Die Entscheidung gegen den Krankenschwesternberuf erscheint damit als entmoralisierende Auswirkung, resultierend aus der Verlaufskurvenverstrickung.

Aber auch die Entscheidung für den Beruf der Krippenerzieherin entspricht einem Handlungsschema von biografischer Relevanz, in Anlehnung an die frühkindlich internalisierte Fürsorgeverantwortung den Geschwisterkindern gegenüber (S. 60, 7 – 19). Die einstmals internalisierte „Rolle als Aufpasser“ (S. 60, 13) fand jetzt in der biografischen Orientierung der Sandra Oertel Niederschlag. Aus der sehr frühen Übernahme an Verantwortung und Fürsorgepflicht für die Betreuung der kleineren Geschwister und die gleichzeitige Übernahme eines immensen Pensums an haushaltlichen Pflichten ist eine tiefer liegende biografische Sinnquelle erwachsen - bezüglich der Betreuung und Fürsorge kleiner Kinder. Somit liegt es nahe anzunehmen, dass die Informantin die berufsbiografische Perspektive der Krippenerzieherin nicht unwillkürlich, sondern bewusst auf der Basis dieser tiefer liegenden biografischen Sinnquellen formuliert hat. Aus dieser systematischen Veränderung ihrer berufsbiografischen Planung entwickelt sich eine systematische Haltung gegenüber ihren frühkindlichen Erfahrungen im innerfamiliären Fürsorgemodell – hier die „Rolle des Aufpassers und der Führung“ (S. 60, 13 – 14); neue Handlungsspielräume und – Möglichkeiten werden entdeckt.

Gleichzeitig kann das vehemente Zurückweisen des berufsbiografischen Entwurfes, den Krankenschwesternberuf zu ergreifen, als ein Versuch interpretiert werden, die nicht aufgearbeiteten Eindrücke im Zusammenhang mit dem Leiden des verunfallten Vaters, der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter und den entmoralisierenden Erfahrungen bezüglich der krankenhausstationären Versorgung (innerhalb der Ferienarbeit, des Schülerpraktikums und bei der desaströsen Versorgung der Großmutter) in ihrer biografischen Bedeutung in den Hintergrund treten zu lassen. Trotz der konditionellen Verkettung dieser Ereignisse schafft es die jugendliche Sandra Oertel, zu einem labilen biografischen Gleichgewicht zwischen der Bewältigung des (Berufs-)Schul- und Familienalltages und dem Bemühen um Zurückdrängen der Verlaufskurvenprobleme zu finden. Offensichtlich ist hier insbesondere die Entscheidung für den Beruf der Krippenerzieherin und gegen den Beruf der Krankenschwester hilfreich.

Die Organisationsanstrengungen beim Aufrechterhalten des Orientierungs- und Bewältigungssystems brechen später aber dennoch zusammen: Die problematische innerkollegiale Beziehungskonstellation in der Kinderkrippe, insbesondere aber auch die neue und veränderte Situation durch die politische Wende - Rückgang der Geburtenrate und daraus folgend der Verlust des Arbeitsplatzes - sind Ursachen für das Zerbrechen der berufsbioграфischen Perspektive als Einrichtungsleiterin in der Kinderkrippe. Auffallend ist hier insbesondere die schnelle innerliche Kündigung der Frau Oertel mit Beendigung ihrer Tätigkeit. Nahe liegend scheint somit die Schlussfolgerung, dass nun auch der Beruf der Kinderkrippenerzieherin den Status einer tiefer liegenden berufsbioграфischen Sinnquelle verloren hat. Diese Vermutung stützt sich auf die Tatsache, dass es nicht - wie eigentlich zu erwarten - zu einem vollständigen Zusammenbruch der bioграфischen Handlungsorientierung kommt. Sandra Oertel beginnt nun vielmehr, sich über eine berufsbioграфische Neuorientierung in der Bearbeitung ihrer Ereignisverstrickungen und verschachtelten Verlaufskurvenerfahrung zu versuchen. Diese Anstrengung mit dem Charakter einer bioграфischen Änderungsinitiative soll im nachfolgenden Abschnitt betrachtet werden.

3.2.3 Die bewusste Entscheidung für den Pflegeberuf als Bearbeitungsversuch der Verlaufskurvenerfahrung

Das Ergreifen des Pflegeberufes als theoretischer und handlungsschematischer Versuch der Kontrolle einer Verlaufskurvenerfahrung, ohne dabei das zentrale Verlaufskurvenpotenzial zu bearbeiten, stellt einen ausgesprochen problematischen Bedingungsrahmen für das Herausbilden einer berufsbioграфischen Basisposition dar. Die Analyse des Datenmaterials zeigt deutlich, dass die schleichende Wirkung einer Verlaufskurve von den Biografieträgern zumeist unterschätzt wird. Das Ergreifen des Pflegeberufes trägt nicht, wie vom Biografieträger erwartet, zur theoretischen und handlungsschematischen Kontrolle der Verlaufskurvenerfahrung bei, sondern stellt stattdessen lediglich eine weitere Station innerhalb der gesamten Verlaufskurvenerfahrung dar. Bricht die handlungsschematische Orientierung dann vollends zusammen, so ist die wahrscheinlichste Folge des Orientierungsverlustes eine Desillusionierung mit dem Resultat der Einmündung in eine Verlaufskurve des Berufsversagens.

Auch im Fall der Sandra Oertel ist die Wahl des Altenpflegeberufes als Versuch zu sehen, die Verlaufskurvenerfahrungen bearbeiten und kontrollieren zu wollen. Die Verlaufskurvenerfahrungen hatten bis dahin zu keinem Zeitpunkt Aufarbeitung gefunden. Sandra Oertel selbst benennt die spätere Wahl des Pflegeberufes nicht als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses. Vielmehr stellt sie sie als Initialerlebnis dar im Zusammenhang mit der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter, mit deren desaströser krankenhausstationärer Versorgung und letztlich dem - für Sandra Oertel unerwarteten - Ableben der Großmutter. Die Formulierung des Wunsches, den Altenpflegeberuf zu ergreifen, erscheint dennoch als Bewältigungsversuch dieser erlebten Hilflosigkeit und traumatischen Erfahrung.⁴¹ Diese Annahme soll nachfolgend plausibilisiert werden:

⁴¹ Die Labilität des bioграфischen Gleichgewichtes ist nachhaltig. Die Grenzüberschreitung des Wirksamwerdens des Verlaufskurvenpotenzials hatte nicht nur zur Folge, dass Frau Oertel eine tiefe Angst entwickelte, sich selbst der stationären Krankenhausversorgung anzuvertrauen. Auch eine Umformulierung der berufsbioграфischen Perspektive ist das Ergebnis. Gegen Ende der Schulzeit, in der Phase der berufsbioграфischen Orientierung weist Frau Oertel eine berufsbioграфische Perspektive als Krankenschwester vehement von sich (S. 60, 20 – 28). Die ursprüngliche und tiefer liegende berufsbioграфische Sinnquelle des Krankenschwesternberufes wurde möglicherweise derart erschüttert, dass die Informantin sich bewusst gegen diese Ausbildung entscheidet. Als alternativen berufsbioграфischen Entwurf formulierte die Informantin den Beruf der Zahnarzhelferin, welcher aus der von der Informantin wahrgenommenen Mangelsituation erwuchs, denn am Wohnort der Informantin gab

12 Und dann ist sie ganz plötzlich gestorben. Da
13 habe ich schon Schwierigkeiten gehabt (-) dann damit umzugehen. (8) Und das tat mir
14 dann auch so leid & Auch wenn dann da das Trinken so auf dem Nachtschrank stand
15 und sie ist da nicht selber ran gekommen (.) Ja (.) und das war auch so ´n Auslöser mit,
16 Altenpfleger zu werden. (Sandra Oertel, S. 62, 12 – 16)

Die Informantin selbst begründet ihre Entscheidung für den Altenpflegeberuf eigentheoretisch und retrospektiv mit der erlebten Hilflosigkeit, insbesondere bezogen auf die Zeit, als sie der Krankheitsverlaufskurve ihrer Großmutter und deren Erleidensprozessen hilflos gegenüber stand. Sandra Oertel hat massive Schwierigkeiten, diese Erfahrung und den Tod ihrer Großmutter zu bewältigen. Eine Möglichkeit der Verarbeitung sieht sie ganz offensichtlich Jahre später in der Formulierung der berufsbiografischen Perspektive, den Beruf der Altenpflegerin zu ergreifen.

Als Sandra Oertel dann ihre Arbeitsstelle als Kinderkrippenerzieherin und gleichzeitig stellvertretende Leiterin einer Kindertagesstätte verliert - der neuen strukturellen und demografischen Situation im Zusammenhang mit der politischen Wende geschuldet -, entdeckt sie eine tiefer liegende und bisweilen erschütterte biografische Sinnquelle neu: Es erfolgt eine Reaktivierung der tiefer liegenden biografischen Sinnquellen durch die hilfsbedürftige Nachbarin, die sie während der Zeit der Erwerbslosigkeit fürsorglich betreut hat:

15 Dann hatte ich in der Zeit wo ich arbeitslos war überlegt was ich mache. Und für mich
16 (-) / Weil ich / hier unten im Haus da wohnt ´ne ältere Dame (´) zu der hatte ich ´n
17 guten Kontakt (´) und um die habe ich mich ja schon während der ganzen Jahre
18 gekümmert und habe eigentlich auch gemerkt (-) das könnte dir liegen (,) die
19 Altenpflege.
(Sandra Oertel, S. 61, 15 - 19)

Sie unternimmt gezielt eine Selbst- und Situationsdefinition und erlebt sich zufrieden, als sie einer älteren, immobilen Nachbarin Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens offeriert. Die Informantin plausibilisiert ihre berufsbiografische Neuorientierung von der Kinderkrippenerzieherin zur Altenpflegerin mit der begründenden Detaillierung, dass sie sich bereits in den zurückliegenden Jahren liebevoll um die alte Dame gekümmert habe. Über diese Fürsorge habe die Informantin die Altenbetreuung für sich als Sinn stiftend wiederentdeckt: „...und habe eigentlich auch gemerkt (-) das könnte dir liegen (,) die Altenpflege.“ (S. 61, 18).

21 Hab´ dann während der Arbeitslosenzeit
22 immer versucht ´ne Ausbildungsstelle zu kriegen (´) .. und hab´ aber nichts gekriegt.
23 Und nachdem ich dann schon in der Arbeitslosenhilfe war (´) hab´ ich mir hier die
24 gelben Seiten genommen und habe einfach überall angerufen, wo „Altenpflege“
25 stand. Und hab´ dann bei einer Schule angerufen und die hatten (,) so ´n
26 Sonderprogramm für Erzieher und dadurch ging meine Ausbildungszeit nur eineinhalb
27 Jahre. Die haben dann eineinhalb Jahre meiner Ausbildung auf die medizinische
28 Ausbildung angerechnet.
(Sandra Oertel, S. 60, 21 – 28)

es keine Zahnarzhelferin. Zum Heranreifen dieses berufsbiografischen Entwurfes bezieht die Informantin nicht Stellung. Die Vorstellung der Informantin, den Beruf der Zahnarzhelferin zu erlernen, gleicht einer pragmatisch formulierten und temporären berufsbiografischen Perspektive und ist damit finaler Ausdruck der Distanzsuche und der Ablehnung des Krankenschwesternberufes aufgrund der erlebten Verletzungsdispositionen und des angehäuften Verlaufskurvenpotenzials.

Mit der Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis entdeckt Frau Oertel also eine andere, schon seit längerer Zeit existente, tiefer liegende biografische Sinnquelle neu. Die sich anschließende Phase der berufsbiografischen Umorientierung bzw. des berufsbiografischen Neuentwurfes dauert über einen Zeitraum von viereinhalb Jahren an. Die Zeit der Arbeitslosigkeit als „biografisches time off“ (vgl. Schütze 1981, S. 81 - 82) wird von Sandra Oertel aktiv zur beruflichen (Neu-)Orientierung mit dem Charakter einer biografischen Änderungsinitiative genutzt (S. 62, 21 – 28). Diese biografische Änderungsinitiative ist für Sandra Oertel mit einem erheblichen und insbesondere zeitlich sehr ausgedehnten Planungs- und Fokussierungsaufwand verbunden: Während ihrer gesamten Arbeitslosenzeit hat sie sich kontinuierlich, aber dennoch vergeblich, um einen Ausbildungsplatz beziehungsweise ein Tätigkeitsfeld in der Altenpflege bemüht. Als sie dann Leistungsempfängerin der Arbeitslosenhilfe wird, steigert Sandra Oertel ihr Engagement bezüglich der Ausbildungsplatzrecherche nochmals. Sie absolviert eine Qualifikationsmaßnahme, welche sich speziell an Erzieherinnen richtet und mit der es möglich geworden ist, die reguläre Ausbildungszeit zum staatlich anerkannten Altenpfleger von ursprünglich drei Jahren auf eineinhalb Jahre zu reduzieren. Ihre in der Erzieherausbildung erworbenen Kenntnisse finden damit im neuen Ausbildungsgang zur Altenpflegerin Anerkennung und Anrechnung. Sandra Oertel erwirbt so auf abgekürztem Weg ihr Altenpflegeexamen.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Wahl des Pflegeberufes durch Sandra Oertel keinem Initialerlebnis entspringt - wie sie eigentheoretisch vermutet (S. 62, 12 – 16) -, sondern vielmehr das Ergebnis eines biografisch tief verwurzelten Entwicklungs- und Erfahrungsprozesses ist. Sandra Oertel hat aus ihrer eigenen biografischen Ereignisverstrickung und Verlaufskurvenerfahrung einen Erfahrungsschatz gesammelt, aus dem heraus sie Kompetenzen zur Kontrolle der Verlaufskurvenerfahrung entwickelt hat. Da das zentrale Verlaufskurvenpotenzial aber zu keiner Zeit Aufarbeitung gefunden hat und eine Kontrolle der neuerlichen Verlaufskurvenerfahrungen ausschließlich in dem sehr begrenzten Handlungsrahmen der nachbarschaftlichen Hilfe erfolgreich ausprobiert wurde, ist dieses biografische Gleichgewicht äußerst fragil. Dieser Tatsache ist sich Sandra Oertel ebenso wenig bewusst wie der Tatsache, dass das zentrale und nicht bearbeitete Verlaufskurvenpotenzial immer noch latent wirksam ist.

An dieser Stelle kann festgestellt werden, dass das Ergreifen des Pflegeberufes als ein Versuch, biografische Arbeit zu leisten und Verlaufskurvenerfahrungen zu kontrollieren, insgesamt einen ungünstigen soziobiografischen Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition und einer professionellen Berufsidentifikation darstellt. Dass dieser Weg in den Altenpflegeberuf dramatische Überforderungssituationen bis hin zum vollständigen berufsbiografischen Orientierungszusammenbruch auslösen kann, soll - ebenfalls empirisch gestützt - im nachfolgenden Abschnitt belegt werden.

3.2.4 Notorische Erwartungszusammenbrüche hinsichtlich der einstmaligen Planungsvorstellungen und der Realisierungsergebnisse - Schuldverstrickung und deren Folgen für die berufsbiografische Basisposition und die berufsbiografische Identität

In diesem Abschnitt soll der Zusammenhang untersucht werden zwischen den (in der Vergangenheit) erworbenen biografischen Verletzungsdispositionen respektive nicht bearbeitetem Verlaufskurvenpotenzial und den aktuellen Schwierigkeiten des beruflichen Handelns in der stationären Altenpflege.

Pflegeschüler beziehungsweise Pflegekräfte erleben im Kontext der stationären Pflegearbeit eine Ereignisverkettung, zumeist dergestalt, dass sie sich überwältigt sehen vom Leid der

Pflegebedürftigen und dass sie sich angesichts der eigenen Hilflosigkeit überfordert sehen, die Pflegesituation angelehnt an die eigenen sinnquellenassoziierten Maßstäbe planungs- und handlungsaktiv mitzugestalten. Diese Ereignisverkettung löst dann zusätzliche Schwierigkeiten im Umgang mit den Pflegebedürftigen aus. Desillusionierung, systematische Entmutigung und Konfrontation mit Schuldgefühlen führen zum Zusammenbruch der pflegeprofessionellen Handlungsorientierung. Die Folge ist, dass die Pflegekräfte entweder ausgewählte Handlungsschemata der Pflegearbeit oder gar den kompletten Handlungsalltag der Pflegearbeit nicht mehr so bewältigen können, wie einstmalig im berufsbiografischen Entwurf vorgestellt und geplant.

Die notorischen Erwartungszusammenbrüche hinsichtlich der einstmaligen Planungsvorstellungen und hinsichtlich der tatsächlichen Realisierungsergebnisse lassen sich im Wesentlichen drei Dimensionen zuordnen⁴².

- Die erste Ebene ist die von emotionaler Überforderung geprägte, plötzlich hereinbrechende Konfrontation mit den Erleidensprozessen der Pflegebedürftigen; daran gebunden ist der Wunsch, helfen zu wollen, bei gleichzeitig erlebter Hilflosigkeit.
- Die zweite Ebene ist die der erlebten Arbeiterschwerisse, wie beispielsweise schwierige strukturelle Rahmenbedingungen der Pflegearbeit, verbunden mit dilemmatischen Anforderungen, die mit den sinnquellenassoziierten Planungsvorstellungen der Pflegekräfte kollidieren.
- Die dritte Ebene bezieht sich auf das zentrale Verlaufskurvenpotenzial, welches bis zum Eintritt in den Pflegeberuf keine Aufarbeitung gefunden hat und somit nach wie vor latent wirksam ist.

Diese Dimensionen des Erwartungszusammenbruches sollen nun am Fallbeispiel der Altenpflegerin Sandra Oertel analytisch betrachtet werden.

Sandra Oertel tritt - wie viele andere Pflegekräfte auch - nicht voraussetzungslos in den Pflegeberuf und die damit verbundene Arbeitssituation ein. Sie bringt einerseits ein gewisses Maß an Verständnisvoraussetzungen mit: Das bedeutet, dass Themen wie fürsorgegeprägtes, solidarisches Verantwortungsgefühl und uneigennütziges Hilfsbereitschaft als zentrale biografische Sinnquellen internalisiert und im Verlauf der Primär- und Sekundärsozialisation durch die innerfamiliären Strukturen biografisch tief verwurzelt sind. Daneben bringt Sandra Oertel aber auch biografische Verletzungsdispositionen aus der eigenen biografischen Erfahrungsaufschichtung mit in den Pflegeberuf. Erinnerung sei an dieser Stelle nochmals an die Verstrickung in die Erleidensprozesse des schwer verunfallten Vaters, an die im Schülerpraktikum gemachten entmoralisierenden Erfahrungen und an die nur wenig später stattfindende Konfrontation mit der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter und deren als desaströs empfundene krankenhausstationäre Versorgung. Bereits zum Zeitpunkt des Eintritts Sandra Oertels in die Altenpflegeausbildung ist damit der Bedingungsrahmen für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve existent. Dieses biografisch früh erworbene Verlaufskurvenpotenzial wird bereits mit dem ersten ausbildungsbegleitenden fachpraktischen Einsatz in einem Altenheim enaktiviert.

Die Altenpflegerin Sandra Oertel schildert zwar ihre Karriere und ihren Aufstieg in Leitungspositionen als sich linear fortentwickelnden Prozess,⁴³ macht aber gleichzeitig

⁴² Die Darstellung dieser Dimensionen sollte nicht als chronologische Abfolge oder gar Rangordnung verstanden werden, sondern vielmehr als Überblick über die soziobiografischen Möglichkeitsrahmen, in denen sich notorische Erwartungszusammenbrüche der examinierten Pflegekräfte bezüglich der einstmaligen Planungsvorstellungen und der tatsächlichen Realisierungsergebnisse im Handlungsfeld der stationären Altenpflege finden lassen.

deutlich, dass sich ihre innere Entwicklung, also die Entwicklung ihrer berufsbiografischen Identität und der berufsbiografischen Basisposition, keineswegs linear, sondern verlaufskurvenförmig gestaltet hat.

Sandra Oertel konstruiert aus ihren biografischen Erfahrungen ein Bild vom Altenpflegeberuf, welches, wie sie auch selbst nach Ausbildungsbeginn feststellte, realitätsfern war:

- 19 Das ist auch das was auch so ´n bisschen mit meinem ersten Beruf zu tun
20 hat (-) in Anführungsstrichen (´) .. Aber ahm (-) (5) musste eben nachher doch
21 feststellen, dass das was ganz anderes ist. (4)
(Sandra Oertel, S. 61, 19 – 20)

Erstaunlicherweise unternimmt die Informantin einen Anlauf, den neu formulierten berufsbiografischen Entwurf mit ihrer ehemaligen Tätigkeit in der Kinderbetreuung zu vergleichen. Denkbar ist, dass die Informantin sich hier auf die Parallelen bezüglich des Hilfebedürfnisses bezieht, was pflegebedürftige, kranke Menschen und kleine Kinder ohne Zweifel gemein haben. Dennoch scheint Frau Oertel gleichzeitig klar zu sein, dass es sich verbietet, die Tätigkeit der Altenbetreuung mit der in einer Kinderbetreuungseinrichtung zu vergleichen: Sie betont, dass sie ihren Vergleich „in Anführungsstrichen“ verstanden wissen möchte (S. 61, 19 - 20). Doch der Prozess der Erkenntnis, dass zwischen der Altenpflege und der Kinderbetreuung wesentliche Unterschiede existieren, scheint nicht problemlos verlaufen zu sein, denn die Informantin benötigt eine fünfsekündige Erzählpause, um diese Feststellung zu formulieren (S. 61, 20). Hier zeigt sich, dass sie bis zum Zeitpunkt des Eintritts in die Altenpflegeausbildung keine gesicherte Vorstellung davon hat, was genau das Berufsbild des Altenpflegers bezüglich der Arbeitsaufgaben, Tätigkeitsfelder und bezüglich der altenpflegespezifischen Interaktionsbesonderheiten⁴⁴ bedeutet. Unglücklicherweise vermögen es die Pflegekräfte nicht, den ersten Kontakt der Sandra Oertel mit dem Handlungsfeld der Altenpflege und den Pflegebedürftigen vorsichtig und einfühlsam zu steuern und zu begleiten. Als die Informantin ihren ersten ausbildungsbegleitenden Praktikumseinsatz absolviert, wird sie völlig unvorbereitet mit acht hochgradig dementen Menschen konfrontiert und aufgefordert, sich diesen acht Pflegebedürftigen im Rahmen einer Spielrunde zu widmen.

- 22 .. Ich wurde zwischen acht demente
23 Leute im Speiseraum gesetzt & haben mir ´n Spiel in die Hand gedrückt und dann
24 wurde mir gesagt: ´du kannst dich mal mit denen beschäftigen´ & die wurden da alle
25 hingesetzt (´) und ich habe mit denen gespielt...

⁴³ Nach Beendigung ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin wurde Sandra Oertel für einen mehrwöchigen Zeitraum in ihrem ehemaligen Ausbildungsbetrieb befristet als Altenpflegerin eingestellt. Dem folgte zeitnah eine weitere, halbjährlich befristete Einstellung als Altenpflegerin. Dieser halbjährlich befristeten Einstellung folgte erstaunlich schnell der berufliche Aufstieg zur Wohnbereichsleiterin. Sandra Oertel führt ihren weiteren Werdegang wie folgt aus: Nur einige Monate später sei sie in einen anderen Pflegebereich umgesetzt worden. Sie habe dort ihre Tätigkeit als Wohnbereichsleiterin für zwei Jahre fortgeführt. Durch die Umstrukturierung der Pflegeeinrichtung sei ihr dann die Tätigkeit als stellvertretende Pflegedienstleiterin angeboten worden. (S.62, 5 – 19)

⁴⁴ Hier seien insbesondere alle gerontopsychiatrischen Symptom- und Krankheitsbilder benannt, welche die zeitliche, örtliche, persönliche und situative Orientierung der Betroffenen zeitweise oder dauerhaft beeinträchtigen; gemeint ist aber auch die mögliche Reduktion der so genannten Alltagskompetenz als sozialer Interaktionsgrundlage: gemeint ist die soziale Kompetenz (wie beispielsweise die Kontakt- und Kooperationsfähigkeit), die kognitive Kompetenz (beispielsweise das Wortfindungs- und Sprachverständnis, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Merkfähigkeit) sowie die sensomotorische Kompetenz (beispielsweise Körpergefühl, grob- und feinmotorische Fertigkeiten). Als wichtig bezüglich der Interaktionsbeziehung ist hier auch herauszustellen, a) dass es sich bei den pflegebedürftigen Altenheimbewohnern um Menschen mit biografischen Besonderheiten, wie beispielsweise biografischen Bruchereignissen, handelt und b) dass es sich hier auch um eine Projektionsfläche für eigene Erfahrungen mit älteren und alten Menschen im sozialen Nahumfeld der biografischen Entwicklung der Pflegekraft handelt.

Diese Aussage legt die Vermutung nahe, dass die Durchführung der besagten Spielrunde sowohl den demenzkranken Pflegebedürftigen, als auch der Informantin fremdbestimmt auferlegt worden ist. Da Frau Oertel sich überrascht und überfordert vom Verhalten der Demenzkranken sieht, insbesondere von deren Weglauftendenzen, bleibt zu vermuten, dass sie tatsächlich bis zu ihrem ersten fachpraktischen Ausbildungstag keinerlei Einblick in den Arbeitsalltag einer Pflegestation hatte. Offensichtlich scheint sie buchstäblich „ins kalte Wasser geschubst“ worden zu sein (S. 67, 25 – 27), wie sie es ausdrückt.

Diese Situation des Bemühens um Handlungskontrolle, ohne dabei über die notwendigen fachlichen Kenntnisse zu verfügen, spitzt sich zu, als Frau Oertel darüber hinaus noch die Erfahrung macht, dass die Demenzerkrankungen der Pflegebedürftigen und deren Symptombild Anlass für Gespött bei Teilen des Pflegepersonals sind.

Frau Oertel hat sich danach über den Zeitraum einer Woche nicht in der Lage gesehen, diese Eindrücke zu verarbeiten. Das bereits vor Antritt der Ausbildung zur Altenpflegerin latent vorhandene Verlaufskurvenpotenzial konkretisiert sich, es kommt zu einer plötzlichen Grenzüberschreitung beim Wirksamwerden des Verlaufskurvenpotenzials (vgl. Schütze 1995, 129). Sandra Oertel ist derart erschrocken und entsetzt, dass ihre Fähigkeit, den Arbeitsalltag aktiv-handlungstechnisch zu bewältigen, zunehmend verloren geht. Das Ergebnis dieser Problemkumulation und des Gefühls des Gefangenseins in einer unüberschaubaren Ereignisverstrickung ist ein Orientierungszusammenbruch. Frau Oertel kontaktiert die zuständige Agentur für Arbeit fernmündlich mit dem Anliegen einer Terminvereinbarung, um den Wunsch des Ausbildungsabbruches zu äußern. Sandra Oertel sei dann kurz nach dem Telefonat auf die Pflegedienstleitung getroffen, dies „durch einen dummen Zufall“⁴⁵ (67, 33) und sichtlich niedergeschlagen, so erinnert sie sich. Sie wird in ihrer Entmutigung und Resignation von der Pflegedienstleiterin wahrgenommen. Frau Oertel realisiert im Gespräch mit der Pflegedienstleitung einen offenen Bewusstseinskontext (Glaser, Strauss 1974) und teilt ihr ohne Umschweife mit, dass sie die Agentur für Arbeit kontaktiert habe, um die Ausbildung bereits zu diesem frühen Zeitpunkt abzubrechen.

Das Gespräch mit der Pflegedienstleiterin führt zu dem Ergebnis, dass das Problem der Überflutung mit nicht zu verarbeitenden Eindrücken, die Erleidensprozesse der Pflegebedürftigen betreffend, während des weiteren Praktikums Beachtung findet. Die Pflegedienstleiterin regt an, zunächst einmal mit Pflegebedürftigen zu arbeiten, die nicht in dieser Schwere erkrankt sind, um einen langsamen Prozess der Gewöhnung an die schweren Pflegefälle und damit eine Chance des Einarbeitens zu gewährleisten. So menschlich diese Geste seitens der Pflegedienstleiterin auch scheinen mag, das zentrale Verlaufskurvenpotenzial bleibt dennoch unbearbeitet. Die Interventionsimpulse der Pflegedienstleiterin helfen Frau Oertel lediglich, zu einem temporär-labilen biografischen Gleichgewicht zurückzufinden, im Sinne des Zurückdrängens der schockierenden Erfahrungen. Sandra Oertel steht nun immer massiver unter dem Wirksamkeitseindruck des Verlaufskurvenpotenzials, und ihr selbst fehlt die notwendige Handlungskompetenz um dieses wirksam unter Kontrolle zu bringen.

Frau Oertel schafft es dennoch, das labile Gleichgewicht über die eineinhalb Ausbildungsjahre und auch über die Berufseinmündungszeit weitestgehend aufrechtzuerhalten. Dies gelingt ihr bis zu dem Tag, an dem eine bettlägerige pflegebedürftige Frau verstirbt, während ihr Sandra Oertel eine Mahlzeit darreicht. Frau Oertels

⁴⁵ An dieser Stelle wird nicht davon ausgegangen, dass die Informantin diese Begegnung als „dumm“ im Sinne von „unpassend“ erlebt hat, denn die Ergebnissicherung der Informantin am Ende dieser Hintergrundkonstruktion spricht dagegen: Hier betont die Informantin, dankbar für die Interventionen der Pflegedienstleiterin gewesen zu sein, welche diesem Gespräch folgend eingeleitet worden seien (S. 68, 6 – 7).

berufsbiografische Handlungsorientierung und ihr mit Anstrengung aufrecht erhaltenes labiles biografisches Gleichgewicht brechen vollends zusammen. Die Informantin ist in einer Verlaufskurve: einer Erfahrung des (scheinbar) schuldhaften beruflichen Fehlverhaltens. Sie verliert damit das grundlegende Vertrauen in sich und ihre pflegerische Handlungskompetenz:

21 Die Bewohnerin ist bei mir beim
22 Darreichen des Essens *gestorben* (7) Und ich habe mir lange eingeredet, dass sie
23 gestorben ist, weil ich ihr das Essen gereicht habe (-) weil ich nicht so viel Zeit habe,
24 alles unter Zeitdruck und du musst fertig werden. Ich hatte sie hochgestellt richtig, ich
25 habe sie auch eigentlich langsam gefüttert so wie bei allen anderen auch. Ich habe mir
26 schon die Zeit genommen. Hab´ mir aber eingeredet, dass es wirklich zu wenig Zeit
27 war. Sie hat aber während des Essens ´n Herzinfarkt gekriegt (6) und hat dann
28 angefangen / konnte nicht mehr richtig schlucken und ist dann dabei erstickt. Also
29 wird haben ihr dann noch Sauerstoff gegeben, der Notarzt war noch da (-) aber dann
30 ist es doch dabei geblieben. Und es fällt mir heute noch schwer, denen, die so schlecht
31 schlucken oder denen, die Bettlägerig sind Essen zu geben (6) Ich brauche doppelt und
32 dreifach so viel Zeit wie die anderen, die das Essen reichen. (4) Ich habe heute immer
33 noch ´n schlechtes Gewissen, so dass ich mir immer noch sage, wenn ich mir nur mehr
1 Zeit genommen hätte, dann wär´ das vielleicht nicht passiert (7) ich weis das ist nicht
2 so, ich versuche dann auch, mir das auszureden (,) .. Jetzt geht es langsam auch schon
3 wieder. Aber ´ne Zeit lang da war ´s ganz ganz schlimm. Ich habe lange gebraucht (8)
(Sandra Oertel, S. 69, 21 – 3)

Sandra Oertel erzählt diese Falldarstellung weder in chronologischer Abfolge, noch stimmt sie den Zuhörer auf die dramatische Falldarstellung ein. Vielmehr eröffnet sie den Darstellungszusammenhang unmittelbar mit dem tragischen Ereignishöhepunkt - dem Versterben der Pflegebedürftigen während sie der bettlägerigen pflegebedürftigen alten Dame das Essen darreicht. Die siebensekündige Erzählpause an dieser Stelle lässt die nachhaltige emotionale Betroffenheit von Frau Oertel erahnen. Sie resümiert, dass sie sich über einen (nicht näher definierten) längeren Zeitraum in der Gewissheit sah, das Ableben der Pflegebedürftigen verschuldet zu haben, da sie sich bei der Erledigung dieser Pflegehandlung unter Zeitdruck gesehen habe. Nachfolgend schildert die Informantin die Situation bzw. den Hergang im Rechtfertigungscharakter. So betont sie, die bettlägerige Pflegebedürftige in die korrekte aufrechte Position verbracht und die Nahrung „auch eigentlich langsam“ (S. 69, 25) zugeführt zu haben. Um die Richtigkeit ihrer Handlungsweise zu unterstreichen, verweist sie darauf, dass sie auch bei anderen Pflegebedürftigen nach eben diesem Handlungsschema verfahren würde. Anzunehmen ist, dass sie damit auch implizit ausdrücken möchte, dass das Darreichen der Nahrung bei gleicher Vorgehensweise bei allen anderen Pflegebedürftigen ohne Komplikationen vor sich gehen würde. Im Charakter einer Selbstbestätigung argumentiert Frau Oertel wiederholt, dass sie sich zwar ausreichend Zeit für das Darreichen des Essens genommen habe, dennoch habe sie sich von Selbstzweifeln geplagt gesehen, ob der Zeitrahmen für die Pflegehandlung des Essendarreichens tatsächlich ausreichend gewesen sei. Sandra Oertel betont hier in exponierter Position eine spannungsreiche strukturelle Rahmenbedingung der Pflegearbeit – der Zeitdruck bei der Durchführung der Pflegehandlungen (S. 69, 23 – 24).

Nach einer sechssekündigen Erzählpause fügt Frau Oertel an, dass die pflegebedürftige alte Dame mit dem Erleiden des Herzinfarktes die Nahrung nicht mehr hinunter schlucken konnte und dann schließlich erstickt sei. Trotz der sofortigen Intervention einer Sauerstoffgabe und trotz notärztlicher Versorgung sei die Frau verstorben. Sowohl der Konstruktionsabbruch (S. 69, 28) als auch die vorangegangene sechssekündige Erzählpause (S. 69, 27) können als ein deutlicher Indikator für die nachhaltig erlebte Schuldverstrickung der Informantin verstanden werden. Der Eindruck der tiefen Schuldverstrickung findet Bestätigung in der Ergebnissicherung dieses Darstellungszusammenhanges (S. 69, 30 – 70, 3). So fällt es Frau

Oertel bis in die Gegenwart hinein schwer, Pflegebedürftigen das Essen darzureichen. Sie spezifiziert diese Aussage und unterstreicht, dass sie diese Schwierigkeiten insbesondere bei den Pflegebedürftigen erleben würde, die unter Schluckbeschwerden bzw. Schluckstörungen leiden. Auffällig ist hier, dass die Informantin innerhalb dieses Darstellungszusammenhangs wiederholt eine sechssekündige Pause benötigt, bevor sie ihre Erzählung fortsetzen kann. Sandra Oertel hat Schwierigkeiten, ihre erlebte Fallverstrickung zu rekapitulieren und zu reflektieren. Vielmehr gibt Frau Oertel an, dass sie zwei- bis dreimal so viel Zeit benötige wie andere Mitarbeiter des Pflorgeteams, wenn sie Pflegebedürftigen die Mahlzeiten darreicht. Im Anschluss an eine viersekündige Pause fasst die Informantin zusammen, dass sie bis in die Gegenwart hinein ein „schlechtes Gewissen“ (S. 69, 33) habe und sich schuldig am Tod der Pflegebedürftigen sehe. Dennoch betont sie, dass sie sich allmählich, wenn auch unter massiven Anstrengungen, im Prozess der Verarbeitung fortbewegen würde. Sandra Oertel hebt in diesem Zusammenhang auch die Zeitintensivität dieses Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesses hervor. Sie erinnert sich, dass ihre Kollegen ihr „eigentlich“ (S. 70, 5) geholfen hätten bei der Bewältigung der Ereignis- und Schuldverstrickung. Der hier auffällige Vagheitsmarkierer lässt den Schluss zu, dass es möglicherweise keine professionelle Hilfe und Unterstützung seitens der Pflegeeinrichtung für die Informantin gab, stattdessen die Kollegen lediglich aus randständiger Position heraus unterstützend gewesen seien. Immerhin hätten die Kollegen sich bemüht gezeigt, den Vorfall zu generalisieren, indem sie Sandra Oertel glaubhaft zu machen versuchten, dass jeder anderen Pflegekraft in dieser Situation das Gleiche passiert wäre. Eine andere Interpretationsmöglichkeit besteht darin anzunehmen, dass die Informantin andere Quellen der Unterstützung, beispielsweise im privaten Nahraum, hatte, und die Kollegen, wenn auch randständig, eine supportiv wichtige Rolle bei der Bewältigung der Ereignis- und Schuldverstrickung eingenommen haben.

Eine weitere Strategie, das Gefühl der Schuldverstrickung zu bewältigen, ist für Sandra Oertel, dass sie Trost in der Tatsache sieht, selbst anstelle einer Schülerin am Pflegebett der sterbenden Dame gearbeitet zu haben (S. 70, 6 – 11). Diese Annahme bestärkt sich insbesondere vor dem Hintergrund des biografisch früh manifestierten Verlaufskurvenpotenzials (hinsichtlich der krankenhausstationären Versorgung der Großmutter und hinsichtlich der im Schülerpraktikum erlebten und durch entmoralisierende Erfahrungen charakterisierte Ereignisverstrickungen).

Abschließend fokussiert die Informantin nochmals die dramatische Situation und betont in diesem Zusammenhang, dass sie sich „gelähmt“ und „geschockt“ (S. 70, 12) gefühlt habe. Die tiefe Erschütterung spiegelt sich in den Konstruktionsabbrüchen wider (S. 70, 11 - 13). Der Zweifel am eigenen pflegeprofessionellen Handlungsschema wird von Sandra Oertel jetzt als quälender erlebt als die ursprünglichen Erfahrungen im Prozess der Verlaufskurve, bis hin zum Verlust des Vertrauens in die eigene Berufsfähigkeit. Die Tendenz der Sandra Oertel zur Eigenschulduweisung spitzt sich zu, da dem Leidensdruck nicht mit biografischer Arbeit begegnet wird. Sie erlebt eine zeitlich sehr lang gestreckte Phase der schmerzhaften Auseinandersetzung mit den eigenen Handlungsanteilen, die ihrer Meinung nach zum Versterben der pflegebedürftigen Frau beigetragen hätten. Frau Oertel weist die Schuld am Tod der Heimbewohnerin zunächst sich selbst zu und bringt den Tod der Bewohnerin mit ihrem Handlungsschema des Darreichens des Essens in Kausalverbindung. Diese Selbstvorwürfe, da nicht kommuniziert und keiner helfenden Beziehung zugänglich, werden für sie zu einer eigenen, bedrückenden und kaum widerlegbaren Realität. Dies führt unweigerlich zu einer massiven Schwächung biografischer Ressourcen und zu einer Erschütterung der berufsbiografischen Identität.

Frau Oertels Wunsch war planungs- und erwartungsgemäß, einen Beruf auszuüben, der mit ihrem eigenen Schicksal in einer sinnhaften Beziehung steht. Sandra Oertel internalisierte im Rahmen des in der Herkunftsfamilie erlebten innerfamiliären Fürsorge- und

Solidaritätsmodells bestimmte moralische Verhaltenskodizes. Die hier internalisierte Form der fürsorglich-solidarischen Hinwendung wird von ihr als Sinnquelle erlebt und somit entscheidungsleitend für die Berufsorientierung. Die Schuld wahrnehmung im Sinne einer Eigenschuldzuweisung am Tod der pflegebedürftigen Dame erschüttert die biografischen Sinnquellen der Altenpflegerin Sandra Oertel und führt damit gleichzeitig zu einer Schwächung ihrer biografischen Ressourcen. Die Schuldverstrickung mündet in einen immer wiederkehrenden Erwartungszusammenbruch bezüglich der einmaligen Planungsvorstellungen und deren Realisierungsergebnissen. Gestalten sich die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflege dann auch noch derart, dass sie zur Interferenz für die Ergebnis- bzw. Erfolgserwartung der Pflegekraft werden, forciert das tiefe Schuldgefühle im Erleben der Pflegekraft. Der ursprünglichen Erwartung an das Berufsbild der Pflegekraft, heilen und Leiden lindern zu können, steht dann in der Pflegerealität die Tatsache gegenüber, dass die Tätigkeit - hier das Handlungsschema des Verabreichens einer Mahlzeit - vordergründig durch grundlegende Versorgungsleistungen geprägt ist und unter erschwerten institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen - wie hier der von Sandra Oertel betonte Zeitdruck während des Verabreichens der Mahlzeit (S. 69, 23 – 24) - zu erbringen ist. Die Pflegekraft erlebt sich mit einer bipolaren dilemmatischen Anforderungen konfrontiert: die persönliche Planungs- und Erwartungsvorstellung bezüglich einer sinnquellenassoziierten und fürsorglichen Erledigung der Pflegearbeit steht der tatsächlichen Realität der Pflegearbeit gegenüber, so wie sie unter den eingeschränkten strukturellen Rahmenbedingungen möglich ist. Aus diesen dilemmatischen Anforderungen, den damit verbundenen Ereignisverstrickungen und kumulierenden Problemkonstellationen erwachsen tiefe Schuldgefühle bis hin zu massiven Zweifeln an der eigenen pflegeprofessionellen Handlungskompetenz. Systematische Arbeitsschwierigkeiten - im Fall der Sandra Oertel die massive Hemmung, Menschen mit Schluckstörungen bei der Nahrungsaufnahme zu helfen, - sind die Folge.

Frau Oertel erlebte mehrfach verschachtelte Verlaufskurvenprozesse bis hin zu dem Gefühl des Sich-selbst-fremd-Werdens und macht dennoch einen bemerkenswerten und schwierigen Professionalisierungsprozess in einem schwierigen Feld durch. Sie verfügt zwar über ein Gefühl für Unrecht und moralische Verwahrlosung, kann sich aber nicht aktiv gegen derartige Erscheinungen auflehnen. Vielmehr verharrt sie handlungsinaktiv oder tritt gar den Rückzug an. Die Informantin geht jedoch sehr umsichtig mit den Kernproblemen und Paradoxien pflegeprofessionellen Handelns um. Sie ist permanent bestrebt, den SeniorInnen trotz schwieriger gesundheitspolitischer und prekärer finanzieller Rahmenbedingungen in der Pflegearbeit angenehme Lebensbedingungen zu schaffen, eine optimale pflegerische Betreuung sicherzustellen und dem Pflegeteam angenehme Arbeitsbedingungen zu schaffen. Die Informantin hat damit einen bemerkenswerten Wandlungs- und Entwicklungsprozess durchlebt. Diese Wandlungsstruktur ist zwar in der Entwicklung der professionellen Identität der Sandra Oertel dominant, wird aber durch die problematischen strukturellen Bedingungen der stationären Altenpflegearbeit immer wieder gefährdet.

3.2.5 Das Ergreifen des Pflegeberufes als Initiative zur Änderung einer unbehaglich und unattraktiv gewordenen Lebenssituation

Eingebettet in die thematisch zentrale Fokussierung dieses Kapitels - problematische soziobiografische und beziehungsstrukturelle Bedingungsrahmen und deren Bedeutung für die Herausbildung der berufsbio grafischen Basisposition - scheint es äußerst interessant zu untersuchen, ob die bio grafische Initiative zur Änderung einer unbequem und unattraktiv

gewordenen Lebenssituation ein geeigneter Rahmen für die Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition und einer professionellen Identifizierung mit dem Pflegeberuf darstellen kann. Das Datenmaterial bringt diese Variante der Berufsfindung nur sehr vereinzelt und eingebettet in die folgenden Lebenssituationen hervor:

- a) im Zusammenhang mit dem Übertritt in das wirtschaftlich-existenziell schwierige Lebensarrangement der Arbeitslosigkeit und das Entkommen aus diesem sowie
- b) im Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer Einkommensquelle mit geografischer Nähe zum Wohnort.

Nachfolgend sollen diese beiden im Datenmaterial repräsentierten Varianten der Initiative zur Änderung einer unbehaglich gewordenen Lebenssituation Beachtung finden. Die analytische Betrachtung soziobiografischer und beziehungsstruktureller Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer berufsbiografischen Identität erfolgt angelehnt an die autobiografischen Stegreiferzählungen von Heidi Peters und Peter Lehmann.

a) Die Entscheidung für den Pflegeberuf wegen der Notwendigkeit der eigenen finanziellen Existenzsicherung - ein problematischer soziobiografischer Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer professionellen Identifizierung mit dem Altenpflegeberuf?

Die Altenpflegerin Heidi Peters wuchs in einer ostdeutschen Großfamilie mit mehreren Geschwisterkindern auf. Retrospektiv betrachtet schreibt sie sich zu, schon immer ein gewisses Interesse an der Medizin gehabt zu haben. Dennoch sei sie aber niemals darauf gekommen, dieses Interesse in einen berufsbiografischen Entwurf zu fassen (S. 40, 1 – 6). Vielmehr sei es so gewesen, dass im Kontext des Großfamilienlebens die Individualität der biografischen Entwicklung und Planung weniger von Bedeutung schien als vergleichsweise das gesamtfamiliäre Wohl. Heidi Peters betont, dass ihr zu keiner Zeit berufsbiografische Berater zur Seite gestanden hätten. Als es dann angezeigt war, die Berufswahl zu treffen, habe sie sich für den Beruf der Gärtnerin entschieden, obgleich sie Arbeiten im elterlichen Garten nie gerne nachging. Entscheidungsleitend sei die Tatsache gewesen, dass sich ihre Freundin für den Gärtnerberuf entschied und dem schloss sich die junge Heidi Peters dann an (S. 40, 7 – 16). Obwohl der Beruf der Gärtnerin keiner sinnquellenorientierten berufsbiografischen Planung entstammt, richtet sich Heidi Peters in diesem Lebensarrangement zu ihrer Zufriedenheit ein. Sie findet einen Möglichkeitsrahmen, indem sie innerhalb der Gärtnerarbeit, nämlich in der Fachrichtung Floristik, ihre kreativen Emergenzen entfalten kann. So arbeitet sie dann mehrere Jahre mit Freude als Floristin in einem Blumengeschäft. Nachdem Frau Peters ihre Tochter gebar und zwei Jahre lang die so genannte Erziehungszeit in Anspruch nahm, findet sie sich nach Ende der Erziehungszeit in der Arbeitslosigkeit wieder und „stand auf einmal vor dem Nichts“ (S. 40, 28). Heidi Peters entscheidet sich in dieser Situation aus rein wirtschaftlichen Gründen für den Altenpflegeberuf:

- 29 Also man könnte jetzt sagen ich bin (k) ich möchte Altenpfleger werden oder bin
30 Altenpfleger geworden weil es für mich eine Berufung ist (..) jemandem zu helfen (.)
31 der nicht mehr selber kann (.) Das wäre ja nun ´n sehr wünschenswerter Weg (.)
32 Oder das man irgendwas erlebt hat .. mhm (-) ... bei mir war das mehr oder weniger ´n
33 wirtschaftlicher Aspekt der mich dazu gebracht hat (.) überhaupt die Idee (k) mich
34 dahin zu bewegen (.) dass ich das werden könnte (.) (Heidi Peters, S. 39, 29 – 34)

Das Ergreifen des Altenpflegeberufes entspringt einer biografischen Initiative zur Änderung der Lebenssituation, ausgelöst durch die Selbsteinschätzung, dass die aktuelle Situation der Arbeitslosigkeit und der damit eingetretenen, bis dahin nicht gekannten Situation der wirtschaftlich-finanziellen Not keine attraktive Lebenssituation darstellt.

- 29 Also ich hatte nichts & ich hatte kein / ich war es immer gewohnt mein eigenes

30 Budget zu haben und hatte ein Auskommen (-) und dann hatte ich auf einmal nichts
31 mehr“
(Heidi Peters, S. 40, 29 – 31)

Es ist gerade die biografische Brucherfahrung der Arbeitslosigkeit, der Verlust des Einkommens und der damit einsetzenden prekären familienwirtschaftlichen Lage, aus der die biografische Initiative zur Änderung der Lebenssituation erwächst. Aus dieser plötzlich eingetretenen und als überaus unangenehm empfundenen Veränderung der wirtschaftlichen Situation entspringt die Kraft für die biografische Änderungsinitiative und dem damit notwendig werdenden Planungs- und Fokussierungsaufwand bezüglich der Suche nach einer neuen Einkommensquelle.

Heidi Peters erkennt die entsprechenden Ressourcen in ihrem sozialen Umfeld - hier in Person einer ihr gut bekannten und vertrauten Pflegedienstleiterin. Über diese Bekannte, die in einer Altenpflegeeinrichtung arbeitet, kommt Heidi Peters erstmalig in Kontakt mit dem Berufsfeld der Altenpflege. Diese Pflegedienstleiterin wird zur berufsbiografischen Beraterin. Sie rät Heidi Peters, die Tätigkeit als Pflegekraft nur im Zusammenhang mit einer entsprechenden Ausbildung zu avisieren. Sie vermittelt Heidi Peters damit gleichzeitig, dass die Chancen auf eine Anstellung als ungelernete Pflegehelferin ausgesprochen schlecht sind. Diese sachliche Argumentation leuchtet Heidi Peters in ihrer wirtschaftlichen Notlage ein. Sie ergreift umgehend die Initiative in Form des notwendigen Planungs- und Fokussierungsaufwandes, indem sie nach einer Ausbildungseinrichtung sucht. Es dauert nicht lange und Heidi Peters beginnt eine Ausbildung zur staatlich anerkannten Altenpflegerin.

Mit dieser biografischen Änderungsinitiative wird interessanterweise auch eine schrittweise Wandlung der Selbstidentität in Gang gesetzt:

9 Wo ich das dann
10 begonnen habe (,) da habe ich mir sehr wohl schon Gedanken gemacht was das wohl
11 bedeutet und wie das so ist mit den alten Menschen und wie eigentlich so mit denen
12 umgegangen wird (-)
(Heidi Peters, S. 41, 9 – 12)

Die Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition, einhergehend mit der Wandlung der Selbstidentität beginnt bei Heidi Peters bereits mit der Einmündungsphase in die Pflegeausbildung: So prüft Heidi Peters moralische und sittliche Maßstäbe bezogen auf die Interaktionsmodalitäten im Umgang mit pflegebedürftigen alten Menschen. Die Altenpflegeschülerin Frau Peters macht sich so mit der Bedeutung von Verantwortung- und Pflichtbewusstsein im Sinne eines berufstypischen Habitus und dem handlungsschematischen Orientierungsrahmen der stationären Altenpflegearbeit⁴⁶ vertraut.

Dabei setzt sich die Altenpflegeschülerin Heidi Peters auch kritisch mit der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Altenpflegeberufes und der Berufsbezeichnung „staatlich anerkannter Altenpfleger“ auseinander:

27 Naja (.) und dann habe ich mich halt entschlossen (-)
28 diese Altenpflegeausbildung zu machen (.) .. Wo ich aber auch dazu sagen muss (‘)
29 dass mich das Wort „Altenpfleger“ (!) ahm .. „staatlich anerkannter Altenpfleger“ in
30 seiner Wortführung nicht sehr gereizt hat (.) Ich fand das hat sich angehört wie / Das
31 merkt man dann erst (,) was dahinter steht (-) merkt man erst wenn man das wirklich

⁴⁶ Das Handlungsschema der Pflegearbeit hat bis dato keine spezifische Zuordnung - entweder zum Gesundheitswesen oder zur Sozialarbeit - finden können. Pflegearbeit wird zu einem Teil unter dem Dach des Gesundheitswesens geleistet, aber auch zu einem beträchtlichen Teil eingebettet in das Sozialwesen. Der Grundtenor der Fachliteratur ist eine bipolare Zuordnung. (vgl. Lay 2004, S. 41) Der Altenpflegeberuf ist damit in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Sozialfachberuf und dem Gesundheitsfachberuf angesiedelt (vgl. Schwerdt et al. 1998, S. 329).

32 wird & wenn man das wird (,) .. dass das was Anderes ist (!) Berufsehre kommt mit
 33 dem Wort „staatlich anerkannter Altenpfleger“ nicht (!) ... Die Berufsehre kommt erst
 34 (,) wenn man in dem Beruf arbeitet und wenn man merkt (,) dass man ein Examen hat
 1 (') dass man gewisse Kenntnisse hat (-) dass man die auch umsetzen kann (-) und dass
 2 man eben ganz anders auch mit der Situation umgeht als jemand (,) der in dem
 3 gleichen Beruf arbeitet und nicht dieses Examen hat (.) Weil man eben auch ganz
 4 einfach dieses Hintergrundwissen hat und die Dinge auch aus einer ganz anderen
 5 Sichtweise eben betrachtet. Als ich damals damit angefangen habe & mit diesem (k)
 6 mit dieser Ausbildung (-) da hat mich die Berufsbezeichnung gestört (,) das muss ich
 7 ganz ehrlich sagen (.) Und auch in der Bevölkerung (-) wenn man das so sagen kann
 8 ist verbreitet / wenn man gefragt wird „Was machst ´n ?“ & „Na Altenpflege!“ &
 9 „Och!“ Der Beruf hat für andere nichts mit irgendwelchem Fachwissen zu tun und das
 10 hatte auch nicht damit zu tun dass man ja im Grunde auch medizinisch geschult ist (')
 11 dass man Kenntnisse hat und das man mit Menschen umgeht & Viele sehen immer nur
 12 die Ausscheidungen (,) mit denen man so zu tun hat (.) Ja (,) was man eben mit
 13 Fäkalien zu tun hat (.) Das ist das einzige (,) was die Leute / Und das (,) was so heute
 14 noch (') / Ich meine / Also ich habe Berufsehre entwickelt (.) weil ich auch finde (,) dass
 15 dieser Beruf was ganz Besonderes ist (.)
 (Heidi Peters, S. 41, 27 – 42, 15)

Wenn man die Bestimmungselemente der beruflichen Identifikation⁴⁷ auf die Wandlung der Selbstidentität der Heidi Peters zu übertragen versucht, so werden tief greifende Problemkonstellationen innerhalb des Prozesses der Herausbildung einer beruflichen Identität⁴⁸ und damit auch der Wandlung der Selbstidentität augenscheinlich. Heidi Peters findet zwar recht schnell eine Haltung zum Handlungsschema der Pflegearbeit und identifiziert sich mit den für den Altenpflegeberuf typischen Arbeitsaufgaben⁴⁹. So entwickelt Heidi Peters ein Bewusstsein dafür, dass es wichtig ist über einen fachprofessionellen Wissensbestand zu verfügen, einmal um sich damit von anderen Berufsgruppen - hier den Pflegehelfern - abgrenzen zu können und zum anderen um ein fachliches Problem aus unterschiedlichen Perspektiven heraus betrachten zu können. Im Laufe der alltäglichen pflegerischen Arbeitsroutine und der fortschreitenden theoretischen Berufsausbildung ändern sich die persönlichen Relevanzen. Frau Peters ist nun nicht mehr nur der wirtschaftliche Aspekt wichtig, sondern Fach- und Handlungskompetenz im Handlungsschema der Pflegearbeit gewinnen an Bedeutung. Die Bindung an die mit dem Handlungsschema der Pflegearbeit assoziierten Aufgaben hat im Wandlungsprozess der (berufs-)biografischen Identität von Heidi Peters Niederschlag gefunden.

⁴⁷ Die Hauptelemente der Berufsidentifikation sind wie folgt bestimmt: Die Berufsbezeichnung und die damit verbundene Ideologie; die Bindung an eine Aufgabe; das Interesse an bestimmten Organisationen und Institutionen; die Bedeutung der eigenen Person in der Gesellschaft (Becker, Carper 1982, S. 264 - 272).

⁴⁸ Thomas Reim (1997) erachtet den (biografischen) Prozess der Entwicklung einer professionellen Identität und damit zusammenhängend dem beruflichen Selbstverständnis dann als erfolgreich, wenn die Entwicklung der biografischen und der professionellen Identität aufeinander bezogen sind. Die Prozesse der erfolgreichen/nicht erfolgreichen Professionalisierung können nicht geklärt bzw. nicht verstanden werden, wenn nicht gleichzeitig auch die Entwicklung der biografischen Identität in den Blick genommen wird.

⁴⁹ „Berufe lassen sich auch nach dem Maß vergleichen, in dem ihre Träger sich mit einer spezifischen Art von Arbeit identifizieren. Es kann die Meinung vorhanden sein, dass nur eine streng eingegrenzte Menge von Arbeitsaufgaben, die in einer ganz bestimmten ausschließlichen Art und Weise ausgeführt werden, dem Beruf angemessen ist; dazu gehört u.a. auch, dass nur ganz bestimmte Personen diese Arbeit tun können. Es kann auch das Gegenteil dieser Einstellung geben: Dass nämlich keine Aufgabe unmöglich ist. Man kann ferner auch nur eine vage Vorstellung von der ganzen Sache haben und nicht richtig wissen, was man zu tun hat oder wie man seine Arbeit erledigen soll. Das Element der Bindung – oder auch fehlenden Bindung – an eine spezifische Reihe von Aufgaben und an die Art und Weise, diese zu behandeln, wie auch das Gefühl der Fähigkeit, sich mit solchen Tätigkeiten zu beschäftigen, spielen also auch eine wichtige Rolle für die Identifikation mit der eigenen Arbeit.“ (Becker und Carper 1972, S. 266 - 267)

Heidi Peters schafft es allerdings über eine längere Zeit hinweg nicht, sich mit der Berufsbezeichnung „staatlich anerkannte Altenpflegerin“ und der damit verbundenen Ideologie⁵⁰ zu identifizieren. Die autobiografische Stegreiferzählung der Heidi Peters lässt deutlich erkennen, dass sie die Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ wegen der Bedeutung der Berufsbezeichnung in der öffentlichen Wahrnehmung aber auch bezüglich der vorausgesetzten Eigenschaften und Kompetenzen des Trägers ablehnt: Heidi Peters sieht sich - wie im übrigen nahezu ausnahmslos alle für diese Untersuchung befragten Pflegekräfte - in der Gewissheit, dass das Berufsbild eines Altenpflegers von einem großen Teil der Bevölkerung assoziiert wird mit der Beseitigung von Ausscheidungen, was wiederum in seiner Durchführung keinerlei Fachkompetenz erfordern würde. Damit fühlt sich Heidi Peters als Trägerin der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ stigmatisiert. Wegen dieses Gefühls der Stigmatisierung beklagt Heidi Peters die Bedeutung des Berufsbildes des Altenpflegers in der Gesellschaft⁵¹: So würde der Beruf des Altenpflegers vordergründig mit einer niedrig qualifizierten Tätigkeit der stupiden Ausscheidungs-beseitigung ohne jegliches Anspruchsniveau (S. 42, 6 – 13) in Verbindung gebracht werden. Dieses in der Bevölkerung vorherrschende Meinungsbild kollidiert mit dem langfristigen handlungsschematischen und berufsbiografischen Orientierungsrahmen der Heidi Peters.

Gerade weil sich Heidi Peters über die Stigmatisierung des Altenpflegeberufes und auch über das gesellschaftliche Ansehen des Berufsbildes des Altenpflegers empört zeigt, lässt sich eine erfolgreiche Identifizierung mit dem Handlungsschema der Pflegearbeit, der damit verbundenen Ideologie sowie der eigentlichen - wenn auch wenig honorierten - gesamtgesellschaftlichen Bedeutung des Altenpflegeberufes erkennen: Heidi Peters ist sich dieses Wandlungsprozesses bewusst, denn sie betont: „Also ich habe Berufsehre entwickelt (.) weil ich auch finde (.) dass dieser Beruf was ganz Besonderes ist (.)“ (S. 42, 14 – 15).

Die erfolgreiche Berufssozialisation von Heidi Peters erfolgte eingebettet in den sozialen Rahmen der tiefen Involvierung in das spezifische berufsbiografische Handlungsschema, dies insbesondere innerhalb der theoretischen und fachpraktischen Altenpflegeausbildung. Diese ebenso tiefe wie bedeutungsvolle Involvierung bringt für die Biografieträgerin neue Einsichten hervor. Der täglich wachsende Erfahrungshorizont bildet die Basis eines endogenen Reifungsprozesses (vgl. Schütze 1981, S. 75). Der Prozess der Wandlung der Selbstidentität der Heidi Peters entfaltet sich. Im Ergebnis der Wandlung der Selbstidentität als ein Entwicklungs- und Lernprozess bildet sich ein langfristiger berufsbiografischer handlungsschematischer Orientierungsrahmen heraus - in Gestalt der „Berufsehre“ (S. 42, 14) und damit zusammenhängend eine entsprechende (professionelle) Berufsidentifikation. Dies impliziert die moralische und sittliche Grundhaltung, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein in Gestalt der Sinnesart des pflegetypischen Habitus als berufsbiografische Basisposition.

⁵⁰ Zur Berufsbezeichnung und der damit verbundenen Ideologie: „Bestimmte Arten von Arbeit bekommen gewöhnlich einen Namen, werden zu genau definierten Berufen und ein wesentlicher Teil der auf die Arbeit gegründeten Identität eines Individuums entstammt einer Beziehung, die es zu dieser Berufsbezeichnung hat. Diese Namen enthalten ein großes Maß an symbolischer Bedeutung, die gewöhnlich zu einem Bestandteil der Identität wird. Erstens legen diese Namen einen Tätigkeitsbereich fest, der allein denen gehört, die den Namen tragen, und sie bestimmen die Stellung dieses Bereiches in einem breiten Feld ähnlicher Tätigkeiten. Zweitens implizieren sie zu einem guten Teil die Eigenschaften ihrer Träger, und diese Bedeutungen werden oft zu ausgefeilten Ideologien systematisiert, welche die Qualitäten, Interessen und Fähigkeiten derer die den Namen tragen, festhalten.“ (Becker und Carper 1972, S. 264)

⁵¹ „Berufsidentitäten erhalten einen impliziten Bezug zur Position der jeweiligen Person in der Gesamtgesellschaft, womit gewöhnlich die Positionen umrissen werden, die einer Person, welche eine derartige Arbeit tut, angemessen oder aufgrund seiner Arbeit erreichbar sind. Am häufigsten bezieht sich dies natürlich auf die Position in einer sozialen Schicht und darauf, ob der Eintritt in einen bestimmten Beruf Aufstiegschancen eröffnet oder nicht. Es ist auch möglich, dass die Identifikation Aussagen über die spezifische Beziehung der Mitglieder einer Berufsgruppe zur Gesamtgesellschaft enthält, ganz unabhängig von Überlegungen hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit.“ (Becker und Carper 1972, S. 272)

Der soziale Prozess der Veränderung der Identität bezieht sich zum einen auf Heidi Peters' (berufliches) Selbstverständnis – gerade bezüglich des als sinnstiftend erlebten pflegeprofessionellen Handlungsschemas des Pflegeberufes – aber auch auf die das Handlungsschema tragende Selbstidentität in Gestalt der verinnerlichten „Berufsehre“ und auf den Stellenwert des Pflegeberufes in der Gesellschaft.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass das Ergreifen des Pflegeberufes aus einer wirtschaftlich-existenziellen Notlage heraus zwar oberflächlich betrachtet als ein problematischer soziobiografischer Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition und einer (professionellen) Berufsidentifizierung erscheint. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass über die spezifische Involvierung in das Handlungsschema der Pflegearbeit neue Einsichten hervorgebracht werden. Das Ergebnis ist ein wachsender Erfahrungshorizont. Die Identifizierung mit dem Handlungsschema der Pflegearbeit und dem (tatsächlichen versus dem in der gesellschaftlichen Vorstellung existenten) Berufsbild des Altenpflegers ist damit das Resultat eines endogenen Reifungsprozess (vgl. Schütze 1981, S. 75). Die Wandlung der Selbstidentität bringt eine Veränderung der persönlichen Relevanzen für den Biografieträger mit sich: Anstelle der Entscheidung, den Pflegeberuf aus wirtschaftlich-existenzieller Not heraus zu ergreifen, sind nunmehr die (professionelle) Berufsidentifikation und eine internalisierte „Berufsehre“ zum langfristigen handlungsschematischen Orientierungsrahmen geworden. Somit konnte belegt werden, dass das Ergreifen des Pflegeberufes allein aus einer wirtschaftlich-existenziellen Notlage heraus nicht zwangsläufig ein problematischer soziobiografischer Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition und einer (professionellen) Berufsidentifizierung sein muss.⁵²

b) Die Entscheidung für den Pflegeberuf aufgrund des Wunsches nach einer Einkommensquelle mit geografischer Nähe zum Wohnort - ein problematischer soziobiografischer Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer professionellen Identifizierung mit dem Altenpflegeberuf?

Peter Lehmann wuchs in einer kleinen dörflichen Gemeinschaft in Ostdeutschland auf. Er entschied sich nach Beendigung der 10. Klasse für den Beruf des Schweißers in einem landwirtschaftlichen Betrieb. Seine Bewerbung wurde positiv beschieden. Für die Berufsausbildung zum Schweißer wurde es dann aber notwendig, in ein Internat weit weg vom Elternhaus zu ziehen. Zwar wusste Peter Lehmann die mütterliche Fürsorge sehr zu schätzen, dennoch war er gerne bereit, für den Zeitraum der Berufsausbildung in einem Internat zu wohnen (S. 112, 32 – 113, 8). Nach dem Ende der Berufsausbildung kehrte Peter Lehmann in sein Heimatdorf zurück und arbeitet dort bis zu seiner Einberufung in die Nationale Volksarmee (NVA) in einem landwirtschaftlichen Betrieb als Schweißer. Dann absolvierte er seinen Grundwehrdienst von 18 Monaten bei den so genannten Grenztruppen. Kurz bevor Peter Lehmann seinen Grundwehrdienst abgeleistet hatte, kam es - für ihn unerwartet - zur Auflösung der NVA im Jahre 1990. Ursprünglich hatte Herr Lehmann geplant, nach Beendigung des Grundwehrdienstes wieder als Schweißer in dem landwirtschaftlichen Betrieb seines Heimatdorfes tätig zu werden. Dieser Betrieb schloss aber

⁵² An dieser Stelle sei noch einmal darauf verwiesen, dass hier nur auf die Fakten Bezug genommen werden kann, die tatsächlich in dem für diese Untersuchung erhobenen Datenmaterial repräsentiert sind. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass in anderen Fällen eine Wandlung der Selbstidentität und damit das Erwachen einer Berufsidentifikation als langfristiger Orientierungsrahmen im Handlungsfeld der Pflegearbeit und damit auch eine Relevanzverschiebung bezüglich der Berufsmotivation - von der Notwendigkeit zur wirtschaftlichen Absicherung zur überzeugten Freude am Beruf, wie hier am Fallbeispiel der Heidi Peters beschrieben - ausbleiben.

im Zuge des politischen und wirtschaftlichen Strukturwandels der so genannten Wendezeit. Herr Lehmann entschließt sich nun ohne zeitlichen Verzug zu einer beruflichen Anpassungsmaßnahme, um seine Kenntnisse als Schweißer den neuen Erfordernissen des Arbeitsmarktes anzugleichen. So findet Herr Lehmann auch recht schnell eine Tätigkeit als Schlosser in einer Baufirma. Dort arbeitet er einige Jahre und ist beruflich viel unterwegs: „War nur unterwegs, auf Montage arbeiten (-)“ (S. 116, 9). Dieses Lebensarrangement als Pendler wird unattraktiv, als Herr Lehmann seine spätere Ehefrau kennen lernt und entsprechend des lebenszyklischen Ablaufmusters die gemeinsame Familienplanung, einschließlich den Baus eines Eigenheimes, fokussiert.

8 Dann hatte ich die
 9 Schnauze voll mit Bau. War nur unterwegs, auf Montage arbeiten (-) war auch bis K.-
 10 Stadt (!) Naja, dann habe ich auch meine jetzige Frau kennen gelernt (´) ... So, da sind
 11 wir dann zusammen in Urlaub gefahren (´) und da hat se dann auch gesagt, guck mal
 12 in die Zeitung, da ist ´ne Anzeige drin für ´ne Umschulung zum Altenpfleger (.) da
 13 hab´ ich gesagt, dass ich eigentlich die Schnauze voll habe von Schule (-) .. Naja, dann
 14 habe ich da angerufen in der Schule (-) Die Leiterin hat dann gesagt, dass die
 15 Umschulung zwar schon angefangen hat, aber ich sollte doch noch mal zu Arbeitsamt
 16 gehen & „Nein“ hat se gesagt „Ich rufe beim Arbeitsamt an!“ & Ja und dann am
 17 nächsten Tag musste ich zum Arbeitsamt und danach hatte ich gleich meinen ersten
 18 Schultag (-) und dann habe ich angefangen (.) Altenpfleger zu werden (.) Naja (.) war
 19 ´ne sehr sehr schwierige Zeit für mich (((sehr leise))) weil ich auch nicht mehr so jung
 20 war und auch ewig raus war mit ´m lernen. Naja, wir haben uns auch parallel dazu ´n
 21 Haus gebaut (-) .. Meine Frau war schwanger (-) und (-) ja (.) nun haben wir ja alles
 22 geschafft. Sie hat mich auch dolle unterstützt. Sie hat mit mir gelernt (´) früher hat ja
 23 meine Mutti mit mir auch Vokabeln gelernt (((lachen))) na ja, und dann ging ´s auch.
 24 Nach der Schule habe ich dann ´n halbes Jahr in der ambulanten Krankenpflege
 25 gearbeitet (´) ... und dann habe ich mitbekommen, dass hier noch Altenpfleger
 26 gesucht werden. Nun arbeite ich hier.
 (*Dirk Lindemann, S. 116, 8 – 6*)

Zunächst unternimmt die Ehefrau von Herrn Lehmann den notwendigen Planungs- und Fokussierungsaufwand, um die unbehaglich gewordene Lebenssituation des jungen Paares zu ändern. Sie schlägt ihrem Mann ein in der Tagespresse annonciertes Angebot zur Altenpflegeausbildung als biografische Änderungsinitiative vor. Herr Lehmann resümiert seine Einstellung diesem Vorschlag gegenüber, indem er betont, dass er „die Schnauze voll“ hat von Schule (S. 116, 13). Gleichzeitig ist ihm aber seine berufliche Situation als Pendler derart unangenehm, dass er umgehend die für den Planungsaufwand der biografischen Änderungsinitiative notwendige Kraft mobilisiert, um einen erheblichen Fokussierungsaufwand für die (berufs-)biografische Änderungsinitiative anzustrengen. Er tritt eigeninitiativ in einen Aushandlungsprozess mit den zuständigen Institutionen Arbeitsamt und Berufsschule, und dies mit dem Ziel, eine Ausbildung zum Altenpfleger zu beginnen. Herr Lehmann stellt diese Änderungsinitiative in seiner autobiografischen Stegreiferzählung explizit als rein situativ bedingte Handlungsaktivität dar.

Bereits hier kann festgestellt werden, dass das Ergreifen des Pflegeberufes im Zusammenhang mit einer biografischen Änderungsinitiative – hier dem Wunsch nach einer Erwerbstätigkeit mit geografischer Nähe zum Wohnort - nicht unbedingt ein problematischer soziobiografischer Bedingungsrahmen für die Herausbildung einer pflegeprofessionellen

berufsbiografischen Basisposition sein muss⁵³, wie das Fallbeispiel Peter Lehmanns auch weiterhin zeigt.

⁵³ An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass hier nur auf die Phänomene Bezug genommen werden kann, die aus dem für diese Untersuchung erhobenen Datenmaterial hervorgehen. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass in anderen Fällen der Pflegeberuf tatsächlich lediglich als Einkommensquelle und weniger als sinnstiftendes und sinnquellenassoziiertes Handlungsschema verstanden wird.

Die Änderung des beruflichen Lebensarrangements - hier das Pendlerschicksal - zu Gunsten des familienzyklischen Ablaufmusters – die räumliche Nähe zur schwangeren Ehefrau und der Bau des Eigenheims - erzeugt bei Peter Lehmann eine neue Lebenszufriedenheit. Die biografische Änderungsinitiative wird insofern lebensgeschichtlich steuerungswirksam, als dass diese neue Lebenszufriedenheit im familienzyklischen Ablaufmuster eine bewusste Wirkebene für ein neues Lebensgefühl des Biografieträgers bietet. Aus der biografischen Änderungsinitiative, der unbehaglich gewordenen Lebenssituation des Pendlerschicksals zu entfliehen, ist eine so genannte Basisbefähigung erwachsen (vgl. Schütze 1981, S. 109), die ihrerseits identitätsbestimmend und damit zu einer Merkmalskomponente der Selbstidentität wird. Mit der biografischen Änderungsinitiative erlebt Herr Lehmann nicht nur einen (berufs-)biografischen Wandlungsprozess, sondern er wählt auch eine neue (berufs-)biografische Basisposition: Er distanziert sich bewusst vom Beruf des Schweißers bzw. Schlossers, der von Baustelle zu Baustelle reisen muss, und beginnt sich mit dem Beruf des Altenpflegers und dem altenpflegerischen Handlungsschema zu identifizieren

Der persönlichkeitspezifische Entwicklungsprozess, an dem Herr Lehmann gewachsen ist, begründet sich vor allem aber auch darin, dass Herr Lehmann langfristig von der Sozialbeziehung zu seiner Ehefrau profitiert. Sie hat nicht nur das biografische Handlungsschema der Änderungsinitiative initiiert. Sie setzt auch das Handlungsschema des Lernens im Kontext der schulischen Ausbildung zum Altenpfleger wieder in Gang, welches Herr Lehmann ursprünglich nicht als für sich sinnstiftend erkannte. Die Unterstützung und Hilfe der Ehefrau sind die wesentlichen Erfolgsbedingungen der biografischen Änderungsinitiative des Herrn Lehmann.

Darüber hinaus verbessern sich mit dem Eintritt in die Umschulung zum Altenpfleger tatsächlich und spürbar die biografischen Gesamtbedingungen von Herrn Lehmann und seiner Ehefrau. In diesem Prozess der Wandlung tritt nicht nur ein Wechsel der Lebensstimmung ein, sondern auch eine Veränderung der biografischen Relevanzstrukturen und des sozialen Orientierungsapparates: So scheint es Herrn Lehmann nun nicht mehr allein wichtig, in der Nähe des Wohnortes zu arbeiten und eine gewisse Lebenszufriedenheit bezogen auf sein familienzyklisches Ablaufmuster zu erleben. Vielmehr hat sich Herr Lehmann mit seiner Tätigkeit im Pflegeberuf und dem damit verbundenen Handlungsschema identifiziert – auf diese Weise ist eine Bindung an den Beruf über die Aufgabe erfolgt, wie auch der folgende Ausschnitt belegt:

27 Ich muss mich auch einlassen können auf den alten
 28 Menschen, also auch sie mal in den Arm nehmen oder mal die Hand streicheln. Sich
 29 Zeit nehmen / Es gibt nur wenig Zeit, wo der Bewohner das Personal mal nur für sich
 30 hat, für sich ganz alleine. Man muss sich auf ´n Gespräch einlassen und merken, der hat ´n
 31 Anliegen und will sich mit mir unterhalten. Und die zehn Minuten für ´n Gespräch die
 32 muss man haben (.)

(Dirk Lindemann, S. 119, 27 – 32)

Herr Lehmann hat ein Gefühl für das pflegerische Handlungsschema bekommen und darüber hinaus auch Einstellungen in der Sinnesgestalt eines berufstypischen Habitus etabliert. So entwickelt er nicht nur eine Kommunikationssensibilität, sondern darüber hinaus auch ein Gefühl für die psychosozialen Bedürfnisse der ihm anvertrauten pflegebedürftigen Menschen. Er schafft es sogar, den Pflegebedürftigen diese zwischenmenschliche Zuwendung unter den schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit zu schenken, wie beispielsweise ausgeprägter Arbeitsroutine bei zeitlich stark strukturiertem Pflegealltag.

Die Pflgetätigkeit wird für Peter Lehmann bereits in der Berufseinmündungsphase zum handlungsschematischen Zukunftshorizont: Unmittelbar nach Beendigung der

Berufsausbildung arbeitet er für ein halbes Jahr in einer mobilen Krankenpflege und sucht sich dann gezielt eine Tätigkeit als Altenpfleger in einem Pflegeheim.

4. Umgang mit Kernproblemen, Paradoxien und Fehlerquellen pflegeprofessionellen Handelns im Kontext der stationären Altenpflege

Im Handlungsfeld der stationären Altenpflege hat sich eine besondere ethische und wissenschaftlich begründete Sinnwelt entwickelt, die für das Handeln von Fachpflegekräften orientierungsrelevant ist (Behrens 1995, 2007/C83; Lay 2000a, 2000b, 2004). Innerhalb dieser Sinnwelt sind die Orientierungstendenzen jedoch nicht harmonisch, sondern durch eine Vielzahl von Auseinandersetzungsarenen bestimmt.

So werden Pflegekräfte im alltäglichen Handlungsschema der Pflegearbeit mit einer Vielzahl von Kernproblemen⁵⁴ und Paradoxien⁵⁵ konfrontiert. In diesem Kapitel sollen nun exemplarisch ausgewählte systematische Arbeitschwierigkeiten und dilemmatische Anforderungen an das Handlungsschema der stationären Altenpflege fallanalytisch betrachtet werden (Schütze 1999).

Die ebenso systematisch wie interaktionslogisch auftretenden Schwierigkeiten, die als Bedingungen für das Entstehen von Deprofessionalisierungstendenzen im Handlungsschema der stationären Altenpflege identifiziert worden sind, lassen sich auf vier Ebenen einordnen: a) Kernprobleme, b) Paradoxien professionellen Handelns, c) suboptimale Umgangsstrategien mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns sowie d) Folgen der suboptimalen Umgangsstrategien.

Diese vier Ebenen sollen nun zunächst theoretisch – mit Blick auf die stationäre Altenpflege – betrachtet werden. Im Anschluss werden die im Datenmaterial repräsentierten Störpotenziale, die im Handlungsschema der stationären Altenpflege als systematische Irritationen und Kernprobleme auftauchen, im Überblick dargestellt und daran anschließend fallanalytisch betrachtet. In thematischer Anknüpfung werden die grundlegenden Paradoxien der pflegeprofessionellen Arbeit herausgestellt. Sie betreffen die suboptimalen institutionellen, organisatorischen und bürokratischen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit ebenso wie die

⁵⁴ Kernprobleme sind unaufhebbar und tauchen zunächst unmerklich als kleinere Ärgernisse im Kontext von lösbaren Schwierigkeiten auf. Sie entstehen im Zuge der Bewältigung der üblichen Pflegeroutine. Die Pflegekraft bemerkt die Kernprobleme zumeist nicht („seen but unnoticed“- Garfinkel 1973). Dieses Nicht-Erfassen der Handlungserschwerisse erzeugt seitens der Pflegekraft Verdruss und Irritation. Wenn die Pflegekraft dann meint, das entsprechende Problem erkannt zu haben, durchschaut sie zumeist nicht, dass es sich um tiefer liegende paradoxe und unaufhebbare Schwierigkeiten handelt, welche sich arbeits- und interaktionslogisch aus dem pflegerischen Handeln ergeben (vgl. Schütze 2000, 67 - 70).

⁵⁵ Paradoxien professionellen Handelns sind nach drei Problemkonstellationen zu unterscheiden: a) nach widerstreitenden Impulsen im Zuge der internen Arbeitsnotwendigkeit des professionellen Handelns, b) nach grundlegenden Unvereinbarkeiten bei der Konstitution sozialer Rahmen, in welche das professionelle Handeln eingebettet ist, c) nach Diskrepanzspannungen zwischen der Entfaltungslogik der soziobiografischen Prozesse, in welche der Patient verwickelt ist, und der Entfaltungslogik des professionellen Handelns und der soziobiografischen Prozesse der Pflegekraft (vgl. Schütze 2000, S. 70 - 75).

Schwierigkeiten der Arbeitsbogenkoordination und -gestaltung und die suboptimalen Umgangsstrategien der Pflegekraft mit den systematischen Irritationen der Pflegearbeit.

a) Kernprobleme

Aus den Kernproblemen, die für das pflegeprofessionelle Handlungsschema typisch sind, und aus den mit ihnen verbundenen dilemmatischen Anforderungen gehen systematische Irritationen hervor. Kernprobleme sind nach Schütze (1996, 2000) unaufhebbar und tauchen zunächst unmerklich als kleinere Ärgernisse im Kontext von lösbaren, bearbeitbaren Schwierigkeiten auf. Sie entstehen im Zuge der Bewältigung der üblichen Pflegearbeit. Das Handlungsschema der Pflegearbeit beinhaltet nach Fritz Schütze (1996, 2000) die Bewältigung von Standardproblemen, wie desjenigen der Informationsbeschaffung und -übermittlung, desjenigen der Arbeitsteilung oder desjenigen der Hintereinanderschaltung von Arbeitsschritten. Treten Routinisierung und Schematisierung bei der Abwicklung des Handlungsschemas der Schwierigkeit der Pflegearbeit auf, führt dies zu Sensibilität hinsichtlich unerwartet eintretender Sachverhalte, wie beispielsweise des sich verändernden gesundheitlichen und/oder psychosozialen Befindens eines pflegebedürftigen Menschen. Um den ordnungs- und erwartungsgemäßen Ablauf der Pflegearbeit abzusichern, werden fokussierende orientierungsmäßige Bemühungen und interaktive Bemühungen unternommen. Die Effektivität und Zuverlässigkeit des Pflegehandelns sollen so sichergestellt werden. Dabei besteht die Gefahr, dass Ereignisse, die außerhalb der Arbeitsroutine stattfinden, ebenso wenig wahrgenommen werden wie Prozesse der Identitätsveränderung der zu versorgenden pflegebedürftigen Menschen.

Die Pflegekraft bemerkt solche Kernprobleme, wie den Verlust der Aufmerksamkeitsbreite und -tiefe, zumeist nicht. Das gleichzeitige Wirken und das Nicht-Erfassen der Handlungserschwerisse erzeugen bei der Pflegekraft Verdruss und Irritation. Wenn die Pflegekraft dann meint, das entsprechende Problem erkannt zu haben, durchschaut sie zumeist nicht, dass es sich um tiefer liegende paradoxe und unaufhebbare Schwierigkeiten handelt, welche sich arbeits- und interaktionslogisch aus dem pflegerischen Handeln ergeben (vgl. Schütze 2000, S. 70 - 75).

b) Paradoxien pflegeprofessionellen Handelns

Mit den Kernproblemen sind unaufhebbare Paradoxien professionellen Handelns verbunden, die immer wieder professionsethisch, in eigener Selbsterfahrung und persönlicher Handlungsreflexion widergespiegelt werden müssten (Schütze 1996, 2000). Stattdessen werden sie oftmals nur als quälende systematische Irritationen erlebt, die nicht nur nicht umsichtig erkannt und bearbeitet, sondern oftmals ausgeblendet und verschleiert werden. So führen sie dann zu systematischen Fehlern bei der Arbeit. Als Beispiel sei hier Folgendes genannt: Eine Pflegekraft nimmt wegen der verinnerlichten beruflichen Routine und/oder wegen des Strebens nach Effizienz - die Stationsroutine weist eine starke zeitliche und organisatorische Strukturierung auf, an der sich die Pflegekraft in ihren Arbeitsabläufen orientiert - dem Patienten Handlungen oder Aktivitäten ab. Dies kann dann gerade im Hinblick auf die aktivierende Pflege oder gar im Hinblick auf das eigeninitiative Management der Krankheitsverlaufskurve durch den Patienten äußerst problematisch sein. Das Grunddilemma besteht hier darin, dass in allen spezifischen Lehr- und Lernsituationen, in denen es um die Stärkung der Selbsthilfe- und Alltagskompetenz geht, der Gepflegte durch Anleitung, Demonstrieren und aktivierende Pflege zur partiellen Selbstständigkeit angeregt werden muss; ansonsten entsteht die Gefahr, dass die eigenen Handlungskompetenzen der Gepflegten durch zu weit gehendes Erledigen der Aufgaben durch die Pflegekraft unausgeschöpft bleiben. Die Schwierigkeit bezüglich der Konstitution des Arbeitsbogens der

Fallbearbeitung durch die (professionelle) Pflegekraft besteht mithin darin, einerseits dem Pflegebedürftigen bei der aktivierenden Pflege aktiv zur Seite zu stehen, ohne andererseits die Eigenimpulse des Pflegebedürftigen für Prozesse des Lernens und der inneren Veränderung zu unterminieren.

Ein Gesichtspunkt dieses Kapitels ist also, Paradoxien professionellen pflegerischen Handelns, die im Zuge der Situationsgestaltung die Eigenaktivierung der Altenheimbewohner zu untergraben drohen, und die daraus resultierenden systematischen Irritationen, welche die Pflegekraft dann als quälend und belastend empfindet, aufzudecken und zu analysieren.

c) Suboptimale Umgangsweisen

Die Pflegekraft ist gehalten, sich mit den Kernproblemen, d.h. den unterschiedlichen Problemkonstellationen, im Kontext des professionellen pflegerischen Handelns auseinandersetzen und dazu eine eigene Haltung finden. Die Auswertung des Datenmaterials macht jedoch deutlich, dass diese Auseinandersetzung vielen Pflegekräften misslingt. Daraus ergibt sich die Frage nach den Auswirkungen der nicht umsichtig behandelten Kernprobleme. Daher möchte ich die Umgangsstrategien der Pflegekräfte mit systematischen Irritationen untersuchen und den damit im Zusammenhang auftretenden systematischen Fehlern in der Pflegearbeit auf den Grund gehen. Als entscheidend wird der Gesichtspunkt angesehen, dass die Fehler bei der Arbeit insbesondere wegen des Versuchs der einseitigen Auflösung der Paradoxien des professionellen Handelns entstehen – und dies unter den Rahmenbedingungen des enormen Arbeitsdrucks bei Personalknappheit. Die professionelle Pflegekraft versucht im beschriebenen Grunddilemma nicht mehr, das Demonstrieren und das Selbermachen ausgewogen anzuwenden, sondern sie führt angesichts des Zeitfaktors die notwendige Verrichtung selbst aus und verzichtet auf die zeitraubenden Lehr- und Lernsituation. Auf diese Weise werden die Altenheimbewohner passivisiert.

Deshalb lässt sich sagen: Wenn sich die Pflegekraft auf das einseitige Auflösen der Paradoxien des professionellen Handelns einlässt, dann entwickelt sie suboptimale Umgangsstrategien mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns. Infolge dessen geschehen systematische Fehler (wie die Passivisierung der Altenheimbewohner), die durch eine verzerrte Bearbeitungsordnung – gestützt durch die Organisation der Heime – zugedeckt werden. Die Bearbeitungsordnung besteht erstens darin, „dem Klienten die Arbeit aus der Hand zu nehmen“, im zweiten Schritt in der Delegation dieser Substitutionsarbeit an Hilfskräfte, im dritten Schritt in der Meidung der Begegnung mit dem Demenzen usw. Die Bearbeitungsordnung hat also einen verzerrten, sekundären Regelungscharakter (vgl. Schütze 2000, S. 71 - 75). Werden sich die Pflegekräfte dieses Verzerrungscharakters bewusst, leiden sie unter dieser sekundären Bearbeitungsordnung, denn all ihre Umgehungs- und Vermeidungsstrategien widersprechen ihrem Selbstverständnis als Pflegekraft. Eine typische suboptimale Umgangsstrategie mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns ist der Versuch wegzuschauen, sich vom Leid des zu Pflegenden abzugrenzen - mit der Folge der Abstumpfung oder des Flüchtens in die Stationsroutine. Dies wiederum untergräbt, sobald es bewusst wird – und es wird bewusst -, das berufliche Selbstverständnis noch mehr – mit der Folge, dass die betroffenen Pflegekräfte psychische Erschöpfung bis hin zu Burnout-Symptomen beklagen. Oftmals wird die Pflegekraft dann aber noch mehr gefordert und zwar wegen schlechter werdender struktureller Rahmenbedingungen der Pflege, wie Zeitdruck und Personalmangel, die mit den skizzierten Deprofessionalisierungstendenzen oftmals systematisch verbunden sind. Das spitzt die Situation der psychischen Erschöpfung der Pflegekraft weiter zu.

d) Die Folgen dieser suboptimalen Umgangsweisen

Die suboptimale Bearbeitung der systematischen Irritationen und Paradoxien des pflegeprofessionellen Handelns wird zu einer Quelle für neue Handlungsschwierigkeiten in Gestalt von emotionaler Distanzierung, Abstumpfung bis hin zu einer biografischen Verlaufskurve des Berufsversagens mit Fallencharakter.

Die Pflegekraft tritt nicht voraussetzungslos in den Pflegeberuf und die damit verbundene Arbeitssituation ein, sondern sie bringt ein gewisses Maß an „Verständnisvoraussetzungen und Bedingungen der Einschränkung aus der Lebens- und Berufsgeschichte mit. Einiges verstärkt die in der Arbeitssituation liegenden Fehlertendenzen, anderes schwächt sie ab.“ (Schütze 2000, S. 69 - 71). Die Folgen können das berufliche Selbstverständnis und die Identifizierung mit dem Pflegeberuf also stark erschüttern.

In einer erfolgreichen Berufssozialisation kommt es zur biografischen Identifikation des Professionellen mit der Berufsrolle, seiner Profession und deren Werten. Hierbei entwickelt sich die professionelle Identität. Die im Pflegeberuf tätigen Professionellen werden dann aber gerade durch ihre starke Identifizierung mit dem Pflegeberuf und durch die Orientierung an dessen spezifischen Sinnquellen in die unaufhebbaren Grundprobleme des professionellen Handelns verstrickt. Bei nicht-umsichtiger Bearbeitung sind Erfahrungen von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ausgebranntsein, d.h. des Gefangenseins in einer Berufsfalle, die Folgen (Haller 2000; Hölzer 2003; Becker et al. 1998; Schmidbauer 2002). Gerade die starke biografische Berufsidentifikation der Pflegekraft kann bei systematischen Schwierigkeiten im Arbeitsablauf dazu führen, dass Burnout-Symptome entstehen und die Pflegekraft sich in einer Berufsfalle verstrickt (Schmidbauer 1994 und 2002; Henze 2004). Ironischerweise kann dann gerade aus der Orientierung auf rationales Problemlösungshandeln eine Entfaltungsdynamik von Verlaufskurvenproblemen der Behandlung und in weiterer Folge eine kumulierte Unordnung⁵⁶ („cumulative mess“ – Strauss et al. 1985, S. 163 - 181) erwachsen. Die Pflegekraft empfindet dann diese Verstrickung mehr oder weniger als schuldhaft, und das untergräbt noch zusätzlich ihre (berufs-)biografische Identität und verstärkt das Auftreten von Burnout-Symptomen. Dies wissend kann die Pflegekraft dazu tendieren, sich zukünftig vom Leiden der Gepflegten abzugrenzen. Es breitet sich eine latente Angst vor Fehlern im eigenen pflegerischen Handeln aus und vor den daraus erwachsenden Schädigungen des Gepflegten - zum Beispiel beim Umgang mit Notfällen oder im Umgang mit infauster Prognose, dem Sterbeprozess und dem Tod und den damit zusammenhängenden Ohnmachts- oder Schuldgefühlen (Fengler 2001; Domnowski 2004; Knobelung 1999). Eine solche emotionale Distanzierung gegenüber der Verlaufskurvennot des Patienten birgt die Gefahr des Abgleitens in systematische mentale und psychische Abstumpfung in sich; dieser Prozess scheint für Pflegekräfte unglücklicherweise kaum bemerkbar zu sein.

Pflegekräfte nehmen in der Regel zunächst an, Kernprobleme und Paradoxien des professionellen Handelns seien aus eigener Kraft oder im Teamverbund zu bewältigen. Die durch systematischen Zeit- und Ressourcenmangel geprägten institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen bremsen die Pflegekraft jedoch in ihrem Bestreben nach Umsetzung ihrer professionellen Orientierung in die alltägliche Handlungspraxis. Dies

⁵⁶ Mit der Entstabilisierung des labilen Gleichgewichts der Alltagsbewältigung verbraucht der Betroffene die ihm noch verbliebenen Energien zur Bewältigung und Aufrechterhaltung des labilen Gleichgewichts. Meine Sichtweise ist hier angelehnt an das von Fritz Schütze entwickelte Ablaufmodell für Verlaufskurvenprozesse (Schütze 1995). Die Überfokussierung auf spezifische Aspekte der Problemlage bringt für das Individuum die Vernachlässigung anderer Problemaspekte mit sich. Die unterschiedlichen, sich anhäufenden Problemaspekte und die unangemessenen Reaktionen des Individuums darauf wirken im Sinne einer kumulierten Unordnung ineinander. Bei Hereinbrechen eines weiteren Belastungsereignisses kommt es dann dazu, dass das labile Gleichgewicht einer Verkettung von Alltagsproblemen weicht und damit zunächst verloren geht (Schütze 1995).

veranlasst die Pflegekraft zunehmend zu der Meinung, sie könne die Kernprobleme und Paradoxien nicht allein oder mit kollegialer Hilfe bewältigen. Die Pflegekraft reagiert dann oftmals mit Umgehungs- und Verschleierungsstrategien: Sie sieht beispielsweise weg, wenn etwas problematisch erscheint, oder es werden aus der Pflege resultierende dauerhafte Belastungssituationen einfach defokussiert (Schütze, 2000; Knobling 1999) - was letztlich die Verstrickung der Pflegekraft in die systematischen Schwierigkeiten und Paradoxien des Pflegehandelns keineswegs reduziert, sondern vielmehr die Problematik verschärft. Langfristig ergeben sich so negative Auswirkungen auf die Biografie und die Identität der Pflegekraft, denn sie läuft Gefahr, in eine biografische Verlaufskurve des Berufsversagens mit Fallencharakter hineingezogen zu werden (Schütze 2000; Hotze 1997). Die pflegerisch-professionelle Kompetenz kann nach Einbruch der Verlaufskurve erschüttert werden, und Demoralisierungstendenzen⁵⁷ können sich entwickeln.

Wiederholtes Versagen im Handlungsschema der professionellen Pflege kann zu Desillusionierung führen. Neue Muster von übereinstimmendem Handeln werden gesucht. Beim immer wieder vergeblichen Ausprobieren unterschiedlicher Ausrichtungen von Handlungen kann die Handlungskoordination dann schließlich zusammenbrechen. Aus einer solchen desillusionierenden Arbeitsschwierigkeit kann einerseits der Wille erwachsen, innovativ zu werden und offen für Alternativen im professionellen Handlungsschema zu sein, die zuvor keine Beachtung fanden. In diesem Kontext kann sich dann ein neuer normativer Rahmen etablieren, der besser zu den bestehenden Verhältnissen im pflegerischen Berufshandeln passt. Wenn andererseits aber realisiert wird, dass neue Handlungsweisen keineswegs notwendig für die „Irgendwie-Bewältigung“ des schlechten Arbeitsalltages sind und der Verzicht auf sie nicht in einer Katastrophe endet, erwächst eine Resistenz gegenüber Veränderungen. Auf die Dauer treibt ein solches Verhalten die Pflegekraft in eine fallenartige Ausbrennsituation. Wird diese Ausbrennsituation schließlich doch individuell hinterfragt und professionsethisch bearbeitet, kann daraus immer noch eine Sensibilität für neue Handlungsmöglichkeiten erwachsen (Shibutani 2000). Der Alltag in der stationären Pflege aber ist, dass der Zeit- und der Ressourcenmangel so groß sind, dass die Pflegekraft entmutigt wird und dadurch geneigt ist, auf eine professionelle Orientierung zu verzichten. Das lässt die kooperativen Interaktionsgrundlagen zusammenbrechen, irritiert nachhaltig das kollegiale Arbeitsklima und die Beziehung zu den Altenheimbewohnern und führt dann natürlich auch zur systematischen Entmutigung der Pflegekräfte. Man kann hier mit Sicherheit von Demoralisierung als einer systematischen Transformation der Verlaufskurve und der Störung des professionellen Handelns mit negativer Auswirkung auf den Ablauf der Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegekräften und den Altenheimbewohnern und zu sich selbst sprechen. Dies impliziert die Gefahr des Einsetzens systematischer Deprofessionalisierung. Die Pflegekraft wird (immer weiter) in eine demoralisierende Verlaufskurventransformation hineingezogen, da nunmehr auf den Vollzug eines professionellen Handlungsschemas der Pflege verzichtet wird, was Vertrauensbrüche gegenüber den Altenheimbewohner impliziert - ganz abgesehen von der Ergreifung unmoralischer Strategien bei der Abwicklung des Organisationsalltages.

Die Demoralisierung der Pflegekraft zeigt sich beispielsweise im Abstumpfen gegenüber der Erleidenssituation des Pflegebedürftigen. Dies wiederum hat negative Auswirkungen auf die (berufs-)biografische Identifikation der Pflegekraft, und das erschwert dann wiederum das

⁵⁷ Unter bestimmten Umständen hören die Pflegekräfte auf, effizient tätig zu sein. Exemplarisch genannt sei hier der immense Dokumentationsaufwand, der es mit sich bringt, dass die Pflegearbeit selbst nur unter großem Zeitdruck absolviert werden kann. Der Prozess der Demoralisation (vgl. Shibutani 2000, S. 316 - 322) beginnt, wenn Normen zerfallen und damit einhergehend die Ernsthaftigkeit von Handlungsschemata zunehmend verloren geht. Abrupte Änderungen im pflegerisch-professionellen Handeln werden wahrscheinlich. Dies ist ein Prozess voller Missverständnisse und persönlicher Verletzungen.

offene, verständnisvolle Zugehen auf den Arbeitsalltag - ein sich ständig verfestigender Circulus vitiosus ist in Gang gekommen.

Die gerade skizzierten Fehlertendenzen und Fehlentwicklungen intensivieren und verschärfen sich unter den strukturellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der eklatanten materiellen Unterausstattung der Pflegeheimarbeit. Es ist zu wenig professionell ausgebildetes Personal in den Pflegeheimen beschäftigt, und die Pflegestufen bieten oftmals keinen realistischen Finanzierungsrahmen für die Pflegearbeit. Aus diesem Grunde konzentriert sich das Personal dann nur noch auf das Überleben im desolaten Arbeitsalltag; die Kernprobleme und die Paradoxien des professionellen Handelns geraten nicht mehr in den Blick.

Das Datenmaterial bringt klar umrissene Kernprobleme, Paradoxien und Fehlerquellen hervor, mit denen Pflegekräfte im Kontext der stationären Altenpflege konfrontiert sind. Ziel ist es, die systematischen Irritationen, Schwierigkeiten der Arbeitsorganisation/Gestaltung des Arbeitsbogens sowie den Umgang mit den systematischen Arbeitsschwierigkeiten und den mit ihnen gesetzten Fehlerpotenzialen, die aus der Perspektive der Pflegekräfte im Zuge der Arbeitsorganisation der stationären Altenpflege auftauchen, herauszuarbeiten. Diese Problemdimensionen werden zunächst im Überblick dargestellt. Daran anschließend erfolgt die eingehende analytische Betrachtung der einzelnen Problemdimensionen.

1) Im Kontext der stationären Altenpflege fällt auf, dass die Kontrakte zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und dem Pflegeanbieter – und damit in zweiter Instanz auch zwischen den Pflegekräften – nicht immer freiwillig etabliert worden sind: Pflegebedürftige müssen sich nicht selten situationsgedrungen in eine stationär-altenpflegerische Betreuung begeben. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass der Pflegekontrakt nicht auf wechselseitigem Interesse fußt. Die Aushandlung von Pflegekontrakten zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegekraft bzw. der Pflegeeinrichtung ist zumeist aus gesundheitliche Gründen oder wegen mangelnder Fähigkeit zur Eigenfürsorge notwendig – und nicht selten fremdbestimmt von betreuenden Angehörigen oder behördlichen Instanzen⁵⁸ etabliert. Gleichzeitig sind die Pflegekräfte gehalten, die Interessen, Bedürfnislagen und biografischen Besonderheiten des pflegebedürftigen Altenheimbewohners und seiner Angehörigen in der Koordination des Gesamtarbeitsbogens umsichtig zu beachten. Die Schwierigkeit besteht hier vor allem darin, die unterschiedlichen Erwartungshorizonte zu berücksichtigen: Gemeint sind hier insbesondere die differenten Erwartungen der Pflegebedürftigen ihrer Angehörigen an das Handlungsschema der Pflegekräfte (Adressatendilemma). Das soziale Beziehungsarrangement/die Interaktionsbeziehung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen ist damit äußerst voraussetzungsreich.

2) Die Pflegekraft ist einerseits Koordinator des Gesamtarbeitsbogens, andererseits füllt sie aber auch einen genau umrissenen Teil innerhalb des Gesamtarbeitsbogens der stationären Versorgung Pflegebedürftiger aus: Dabei sind die grundlegenden Handlungskomponenten der stationären Pflegearbeit eingebettet in ein von Bürokratisierung, Zeitdruck, Personal- und Ressourcenmangel geprägtes Spannungsfeld. Das Handlungsschema einer Pflegekraft ist

⁵⁸ Gemeint ist hier auch eine Betreuung im Sinne einer Vormundschaft nach dem Betreuungsrecht, die über ein gerichtliches Verfahren angeordnet wird, wenn ein Mensch körperlich, geistig oder seelisch erkrankt ist und/oder aufgrund einer Behinderung seine persönlichen Angelegenheiten nicht mehr selbständig und eigenverantwortlich regeln kann. Die Betreuung kann für die Bereiche der Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung und Unterbringung sowie für vermögensrechtliche Angelegenheiten veranlasst werden.

deutlich überformt durch die organisatorische und bürokratische Rahmenorganisation der Pflegearbeit. Die sich zuspitzende Ökonomisierung zwingt die Pflegekräfte zu einer Verdichtung ihrer Arbeitsabläufe. Der zwischenmenschliche Kontakt zum pflegebedürftigen alten Menschen, ebenso wie aktivierende und mobilisierende Pflegemaßnahmen sowie auch geragogische Bemühungen zur Steigerung des Selbstaktivierungsgrades des Pflegebedürftigen müssen sich den umfangreichen administrativen Aufgaben unterordnen.

3) Bei der Bearbeitung der komplexer Pflegefallentfaltung durch die Pflegekräfte und im Zuge der Bereitstellung des Gesamtarrangements der Arbeitsschritte bildet sich ein fester Organisationsrahmen heraus, der dann abstrakt schematisierte und Routine ermöglichende Handlungsalgorithmen zur automatischen Arbeitsabwicklung auf Vorrat bereithält. Dieser Organisations- und Handlungsroutine gegenüber steht jedoch die Anforderung an die Pflegekraft, trotz der Ausbildung von pflegeprofessionellen Gewohnheitsmustern ein gewisses Grundmaß an Flexibilität zu wahren, um jederzeit der komplexen Singularität einer jeden Pflegefallentfaltung Rechnung tragen zu können. Die Pflegekräfte müssen ihre Handlungsstruktur über Analyse-, Bewertungs- und Reflexionsprozesse mit Blick auf die singulär-fallspezifische Fallentfaltung immer wieder an die tatsächlichen Verlaufskurvenzustände anpassen (vgl. Schütze 1984, S. 12). Jedoch ist die Offenheit des Arbeitsbogens beeinträchtigt: Pflegekräfte als Manager und Koordinatoren des Gesamtarbeitsbogens haben nur eingeschränkt die Möglichkeit, auf die Arbeitsaufgaben und die Art ihrer Erledigung Einfluss zu nehmen. Durch die Vorartikulation des Arbeitsbogens (vor allem durch die festgefügten routinemäßigen Arbeitsabläufe der Pflegestation, durch die Pflegestufen, die den Leistungsumfang der Pflege bemessen sowie auch durch die gewissenhafte Orientierung an Pflegestandards) entsteht eine starke organisatorische Ausrichtung des Gesamtarbeitsbogens der stationären Altenpflegearbeit. Eine freie und autonome Ausgestaltung des Arbeitsbogens durch die Pflegekraft ist schwer möglich, nahezu unmöglich. Eine derartig vororganisierte und gleichzeitig routinisierte Behandlungsschablone steht den Pflegekräften bei der Entfaltung eigener kreativer Emergenzen und bei der Entfaltung selbstgestalteter Handlungsspielräumen im Wege. Zudem besteht die Gefahr der Gewöhnung an die Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen. Routinisierte Wahrnehmungs- und Handlungsmuster verschärfen Fehlertendenzen. Mit einer Anhäufung von Fehlern wiederum wächst dann die Gefahr eines Verlustes der Gesamtsteuerung des Arbeitsbogens.

4) Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen stellen eine schwierige strukturelle Rahmung für die Organisation der Pflegearbeit dar. Die befragten Pflegekräfte haben diesbezüglich mit sehr großer Übereinstimmung folgende Kernprobleme identifiziert:

- Die Diskrepanz zwischen festgesetzten Pflegestufen und dem tatsächlich zu erbringenden Pflegeaufwand und damit zusammenhängend der ungenügende zeitliche und personelle Rahmen zur ordnungsgemäßen Durchführung des Handlungsschemas der aktivierenden und mobilisierenden Pflege,
- der Generalisierungsdruck durch die Notwendigkeit der schablonenartigen Einordnung der Pflegebedürftigen in Maßvorgaben wie die des Body-Maß-Index (BMI),
- die Kosten- und Budgetproblematik,
- der Dokumentationsaufwand,
- der ökonomische Reduzierungsrahmen

5) Eine weitere Quelle für Handlungsschwierigkeiten sind die systematischen Probleme im Zusammenhang mit der Koordinierung der Akteure des interdisziplinären Teams. Die Pflegekräfte benennen übereinstimmend folgende Handlungsschwierigkeiten:

- Fehlende wechselseitige Sinnübereinstimmung zwischen den Akteuren des interdisziplinären Teams hinsichtlich der zu bearbeitenden Probleme; hervorzuheben sind hier die unterschiedlichen Relevanzsetzungen und Interessenlagen der Akteure bezüglich der biografie-, gesundheits- und kostenspezifischen Definition der Situation in Bezug auf die Fallbearbeitung,
- Streit über Zuständigkeiten,
- schlechter oder fehlender Informationsfluss zwischen den Akteuren des interdisziplinären Teams und dem Pflegeteam.

Nun folgend sollen die im Pflegeberuf in einer Vielzahl existierenden und systematisch auftretenden Störpotenziale und die daraus erwachsenen Belastungssituationen, die für das Handlungsschema der Pflegearbeit typisch sind, im Einzelnen identifiziert und anhand empirischer Belege analysiert werden.

4.1. Die Rahmenbedingungen der Pflegestufen und des engen Zeitrahmens und die entsprechende Verschärfung der Arbeitsprobleme: das Kernproblem der ausblendenden Routine

Obgleich die im Datenmaterial repräsentierten Störpotenziale, die im Handlungsschema der stationären Altenpflege als systematische Irritationen und Kernprobleme auftauchen, ebenso vielschichtig wie zahlreich sind⁵⁹, so stellt letztlich doch der organisatorische Rahmen der Pflegestufenfestsetzung und -berechnung in exponierter Position eine Quelle für die unterschiedlichsten Handlungsprobleme dar. Man kann sich sogar fragen, ob dies ein systematischer Bedingungsrahmen für eine übermächtige strukturelle Deprofessionalisierungstendenz ist.

Nun folgend soll das zentrale Standardproblem der Diskrepanz zwischen der festgesetzten Pflegestufe und dem tatsächlichen Pflegeaufwand Betrachtung finden. Das geragogische Grunddilemma in Gestalt des Orientierungskonfliktes zwischen der Interventionsform der Bildungsarbeit versus der Interventionsform der Hilfe und die damit verbundenen systematischen Irritationen und paradoxalen Arbeitsschwierigkeiten rücken somit in den

⁵⁹ Das Handlungsschema einer Pflegekraft ist deutlich determiniert durch die organisatorischen und bürokratische Rahmenorganisation der Pflegearbeit: Die oftmals enorme Diskrepanz zwischen der festgesetzten Pflegestufe und dem tatsächlichen Pflegeaufwand bringt nicht nur einen ungenügenden zeitlichen Rahmen für die pflegeprofessionelle Versorgung mit sich, sondern daneben allzu häufig auch einen zu geringen Personalschlüssel. Zudem sind die Pflegekräfte durch die Notwendigkeit der Einordnung der Pflegebedürftigen in Pflegestufen und Maßtabellen (wie beispielsweise dem Body-Maß-Index) einem Generalisierungsdruck ausgesetzt. Die Kosten- und Budgetproblematik sowie die oftmals damit verbundene materielle und personelle Unterausstattung der stationären Pflegeheime stellen ebenso ein zentrales Arbeiterschwernis dar wie der immense Aufwand bezüglich der schriftlichen Planung, Dokumentation und Evaluation des gesamten Pflegeprozesses. Eine weitere Quelle für Handlungsschwierigkeiten sind die systematischen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der komplexen Arbeitsbogenkoordination und -gestaltung. Symptomatisch zu nennen sind Kooperations- und Kommunikationsprobleme im interdisziplinären therapeutischen Team. Daneben ist auch das soziale Beziehungsarrangement zwischen den Altenheimbewohnern und den Pflegekräften äußerst voraussetzungsreich, überdeterminiert und nicht selten spannungsreich, den die Arbeitskontrakte zwischen den Altenheimbewohnern und den Pflegekräften sind – von beiden Seiten aus gesehen – nicht immer freiwillig etabliert. Aber auch Störpotenziale wie eine rigide Diensthierarchie und letztlich auch die Degradationsproblematik – Pflegekräfte als Erfüllungsgehilfen der Ärzte, der Kostenträger und bisweilen auch der Angehörigen der Pflegebedürftigen – stellen zusätzliche Arbeiterschwernisse dar. Letztendlich wird aber auch eine suboptimale Bearbeitung der systematischen Irritationen, Paradoxien und Kernprobleme des pflegeprofessionellen Handelns zu einer Quelle für neue Handlungsschwierigkeiten in Gestalt von emotionaler Distanzierung, Abstumpfung bis hin zu einer biografischen Verlaufskurve des Berufsversagens mit Fallencharakter.

zentralen Fokus einer genauen mikroanalytischen soziologischen Betrachtung. Gerade die problematischen und bisweilen sogar ausgesprochen hinderlichen strukturellen Rahmenbedingungen der stationären Altenpflegearbeit lassen die Problemkonstellationen der arbeitsintensiven und emotional anstrengenden Pflege Tätigkeit für die in der stationären Altenpflege tätigen Pflegekräfte zugespitzt wirksam werden. So sehen sich die Pflegeheime zunehmend mehr gezwungen, ihre Existenz erhaltende finanzielle Einnahmen dadurch sicherzustellen, dass sie besonders pflegebedürftige Menschen mit einer entsprechend hohen Pflegestufe gewinnen können. Diese gezielte Auswahl der Altenheimbewohner bringt eine immens kraftraubende physische und psychisch-emotionelle Belastung für Pflegekräfte mit sich. Diese Belastungen können derart enorm sein, dass der anspruchsvolle Charakter einer dezidiert professionellen Pflegearbeit zumindest teilweise nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Der diesbezügliche Problemhorizont - wie von den befragten Pflegekräfte definiert - ist weit: So ist es schwierig, pflegebedürftige Menschen als Individuen mit all ihren biografischen Besonderheiten und mit den Besonderheiten ihrer individuellen Krankheitsverlaufskurven in Kategorien – hier die Pflegestufen – einzuordnen. Mit der Festlegung und Definition der Pflegebedürftigkeit – ausgedrückt in den Pflegestufen – erfolgt gleichzeitig aber auch die Festlegung der Finanzierung für die notwendig werdenden Versorgungsleistungen. Die Obhut von verwirrten, an Demenz erkrankten Menschen, gerade auch von denen mit Weglauftendenzen, wird nur sehr eingeschränkt und begrenzt anerkannt. Obwohl die so genannten "Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit" nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches den Gutachtern des Medizinischen Dienstes der (gesetzlichen und privaten) Krankenkassen (MDK) einheitliche Maßstäbe für die Begutachtungen der pflegebedürftigen Menschen bieten sollen⁶⁰, sind Diskrepanzen zwischen den Gutachtern und den Pflegekräften existent, gerade was die Einschätzung des individuellen Hilfebedarfes anbelangt. So beklagen die Pflegekräfte, dass den Gutachtern im Rahmen ihrer zeitlich sehr begrenzten Beobachtung der Lebenswelt, der Kompetenz und des Leidens des Pflegebedürftigen nur ein kleiner Ausschnitt der Wirklichkeit zugänglich ist.

Die strukturelle Deprofessionalisierungstendenz der Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege entfaltet und verstärkt sich gegenwärtig gerade in der Situation des Altenpflegeberufes, in der sich endlich auf der Grundlage einer immer komplexer und anspruchsvoll werdenden Altenpflegeausbildung ein professionalistisches Selbstverständnis mit dementsprechend hohen professionellen Ansprüchen an das eigene Pflegehandeln etabliert hat. Es muss davon ausgegangen werden, dass die suboptimale Bearbeitung der Kernprobleme und Paradoxien des professionellen Handelns unter den strukturellen Rahmenbedingungen der erheblichen materiellen Unterausstattung des Pflegebereiches besonders stark ausgeprägt ist – oftmals bis zu der entmutigten Auffassung von Pflegekräften hin, dass professionelle Arbeit im Sinne „guter Pflegearbeit“ gar nicht mehr möglich ist. Der ursprünglichen Erwartung an das Berufsbild der Pflegekraft, heilen und Leiden lindern zu können, steht die Tatsache gegenüber, dass die Tätigkeit der Pflegekraft durch standardisierte Versorgungsleistungen, insbesondere im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege, und deren extrem schnelle Abwicklung im Zuge neuer, anderer Abläufe und Aufgaben von ausblendender Routinisierung geprägt ist. Diese problematischen Rahmenbedingungen der

⁶⁰ Seit dem September des Jahres 2006 sind die neuen Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches gültig. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen prüfen und definieren nun nicht nur das Maß der Pflegebedürftigkeit, sondern darüber hinaus auch die Prozess- und Ergebnisqualität der erbrachten Pflegeleistung.

Pflegearbeit erschweren erheblich die umsichtige Bearbeitung der Kernprobleme und Paradoxien professionellen Handelns.

Die Pflegekraft wird mit den dilemmatischen Anforderungen der Kernprobleme und Paradoxien des professionellen Pflegehandelns nicht nur allein gelassen, sondern immer tiefer in sie verstrickt. Dabei sind als extrem verschärfende Rahmenbedingungen die Diskrepanz zwischen festgesetzten Pflegestufen und dem tatsächlich zu erbringenden Pflegeaufwand und daraus resultierend der ungenügende zeitliche und personelle Rahmen zur ordnungsgemäßen Durchführung des Handlungsschemas der Pflegearbeit als zentrale Problemkonstellation im pflegeprofessionellen Handlungsschema zu identifizieren.

Die Pflegestufen bieten keinen realistischen Finanzierungsrahmen für die Pflegearbeit, die getan werden muss⁶¹. Nur allzu oft differiert der tatsächlich zu erbringende Pflegeaufwand erheblich mit der Pflegestufe und der damit festgesetzten Aufwandsberechnung.

Wenn die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgesetzte Pflegestufe im Vergleich zum tatsächlichen Pflegeaufwand zu gering festgesetzt ist, dann ergibt sich daraus zwangsläufig ein zu geringer Personalschlüssel. Ein zu eng bemessener zeitlicher Rahmen für die Durchführung der Pflegehandlungen und die damit verbundene notorische personelle Unterbesetzung verlangen der Pflegekraft ein routinisiertes Pflegehandeln in einer stark strukturierten Pflegeroutine ab. Eine immense physische und psychische Belastung der Pflegekraft, bis hin zu emotionaler und psychischer Erschöpfung – aufgrund des Arbeitens unter großem Zeitdruck bei gleichzeitigem Wunsch, dem Pflegebedürftigen eine zeit- und pflegeintensivere Zuwendung zu geben – ist die Folge. Aus der Diskrepanz zwischen der festgesetzten Pflegestufe, d. h. dem daraus resultierenden ungenügenden zeitlichen und personellen Rahmen zur ordnungsgemäßen Durchführung des Handlungsschemas der Pflegearbeit einerseits und dem tatsächlich zu erbringenden Pflegeaufwand andererseits, ergeben sich Wahrnehmungs- und Bearbeitungsbarrieren für das Leisten der Pflegearbeit, die durch die ausblendenden Pflegeroutinen der Altenpflege charakterisiert sind.

An den Pflegeroutinen haben natürlich auch die Gewohnheiten und biografischen Besonderheiten der Altenheimbewohner Anteil. So haben die Altenheimbewohner biografisch tief verwurzelte Lebensroutinen, was ihre täglichen Bewegungs-, Handlungs- und Tagesabläufe anbetrifft, die seitens der Pflegekräfte nur sehr schwer zu Gunsten der Grund- und Behandlungspflege unter Zeitdruck geändert werden können. Die Pflegekräfte hingegen haben im Verlauf einer längeren Pflege- bzw. Berufsgeschichte Grundroutinen im Arbeitshandeln entwickelt und darüber hinaus sich an den jeweiligen Pflegebedürftigen mit seinen Alltagsroutinen „gewöhnt“ - hinzu kommt der Versuch der ausblendenden Schnell-Pflegeroutine aufgrund des zu geringen Personalschlüssels. Aus allen drei Routinequellen erwächst die Gefahr des Verlustes an Beobachtungs- und Wahrnehmungssensibilität hinsichtlich der Krankheitsentwicklung und hinsichtlich der situativen Bedingungen der

⁶¹ Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) prüfen nach der so genannten Begutachterrichtlinie (BRi), ob nach §14 SGB XI die Voraussetzungen für die gewünschte bzw. erforderliche Pflegestufe gegeben sind. Die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Pflegestufe wird maßgeblich getragen von dem entsprechenden Zeitaufwand, der für die Hilfe- oder Pflegeleistung aufgewendet werden muss. Für die häufigsten alltagsroutinemäßigen Verrichtungen in Bezug auf die Grundpflege (wie beispielsweise Baden, Harre kämmen usw.) wurden Zeitkorridore als verbindliche Orientierungen für die zeitliche Ausdehnung einer Pflegehandlung entwickelt. An dieser Stelle sei ausdrücklich angemerkt, dass diese Zeitkorridore nicht ausschließlich als Grundlage pflegeprofessionellen Handelns entwickelt worden sind, sondern Novizen eben so wie Nicht-Pflegeprofessionellen (wie beispielsweise Angehörige, die an der pflegerischen Versorgung partizipieren) die Durchführung - im Sinne einer vollständigen Übernahme einer spezifischen Pflegehandlung - in einem genau bestimmten Zeitrahmen definieren. Die so genannte "teilweise Übernahme" oder „Anleitung“ respektive "Beaufsichtigung" bringt mit sich, dass die Zeitrahmen der Zeitkorridore nur teilweise zur Anrechnung kommen. Die Zeitkorridore sind Bestandteil der "Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit" (BRi) nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches" und somit verbindlich.

Krankheitsbearbeitung bzw. der Organisation der Pflege: „... und dann kam ich zum Dienst und dann war er plötzlich tot, das geht ganz schnell“, so erinnert sich eine der befragten Pflegekräfte. Gemeint ist die Gefahr, nicht mehr genau hinzuschauen, weil die Pflegekräfte wie selbstverständlich davon ausgehen, das Notwendige von dem Pflegebedürftigen zu wissen und deswegen nicht mehr genau hinschauen zu müssen. Diese Gewöhnung an die Krankheits- und Gesundheitssituation des Pflegebedürftigen und seine Alltagsroutinen unter dem Druck der zu gering bemessenen Pflegestufe und der Personalknappheit birgt die Gefahr des Entstehens von Wahrnehmungslücken, die eine systematische Ursache von Wahrnehmungs- und Bearbeitungsbarrieren für das Leisten von Pflegearbeit darstellen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Pflegekräfte mit zunehmender Berufserfahrung ohnehin abgekürzte Diagnose-, Bearbeitungs- und Einschätzungsroutinen nutzen, welche die Befähigung zum genauen Hinschauen und zur Evaluationsumsicht reduzieren oder gänzlich nehmen.

Daraus ergibt sich folgende Paradoxie: Routine erleichtert die Arbeit, erschwert aber zugleich die Aufmerksamkeitsleistung.

Resultierend aus dem ungenügenden zeitlichen und personellen Rahmen, der zur ordnungsgemäßen Durchführung des Handlungsschemas der Pflegearbeit zur Verfügung steht, ergeben sich Wahrnehmungs- und Bearbeitungsbarrieren, die durch die Gewohnheiten und biografischen Besonderheiten einerseits der Altenheimbewohner und andererseits der Pflegekräfte gesetzt sind: So haben die Altenheimbewohner biografisch tief verwurzelte Lebensroutinen, was ihre täglichen Bewegungs-, Handlungs- und Tagesabläufe anbetrifft, die seitens der Pflegekräfte nur sehr schwer zu Gunsten der Grund- und Behandlungspflege unter Zeitdruck geändert werden können. Die Pflegekräfte hingegen haben im Verlauf einer längeren Pflege- bzw. Berufsgeschichte Grundroutinen im Arbeitshandeln entwickelt und darüber hinaus auch sich an den Pflegebedürftigen „gewöhnt“. Hieraus erwächst die Gefahr des Verlustes an Beobachtungs- und Wahrnehmungssensibilität hinsichtlich der Krankheitsentwicklung und hinsichtlich der situativen Bedingungen der Krankheitsbearbeitung bzw. der Organisation der Pflege:

10 „... und dann kam ich zum Dienst und dann war er plötzlich tot,

11 das geht ganz schnell.“

(Ilse Rindermann, S. 248)

Gemeint ist die Gefahr des nicht mehr genauen Hinschauens, weil die Pflegekräfte wie selbstverständlich davon ausgehen, alles von dem Pflegebedürftigen zu wissen und deswegen nicht mehr genau hinschauen zu müssen. Diese Gewöhnung an die Situation des Pflegebedürftigen birgt die Gefahr des Entstehens von Wahrnehmungslücken als eine systematische Ursache von Wahrnehmungs- und Bearbeitungsbarrieren für das Leisten von Pflegearbeit in sich. Erschwerend hinzu kommt, dass die Pflegekräfte mit zunehmender Berufserfahrung ohnehin abgekürzte Diagnose-, Bearbeitungs- und Einschätzungsroutinen nutzen, welche die Befähigung zum genauen Hinschauen und zur Evaluationsumsicht reduzieren oder gänzlich nehmen. Die Problematik der Beobachtungs- und Wahrnehmungssensibilität verschärft sich gerade dann, wenn sich die Pflegekraft gezwungen sieht, ihre Pflegehandlungen innerhalb rigider Zeitfenster zu erledigen.

Die Problematik der Beobachtungs- und Wahrnehmungssensibilität verschärft sich gerade dann, wenn sich die Pflegekraft gezwungen sieht, ihre Pflegehandlungen innerhalb rigider Zeitfenster zu erledigen. Ein weiterer Interviewausschnitt soll hierzu – der besseren Eindrucksbildung wegen – als empirischer Beleg angeführt werden:

27 Ja (.) die Zeit (.) das ist belastend manchmal. Wenn man die Nahrung schnell

28 verabreichen muss und so & Ich gehe ja für acht Stunden (.) aber manche gehen nur

29 für sechs Stunden (,) und da hat man dann ganz schön zu tun.
(Frau Ute Lichtenfeld, S. 162, 27 - 29)

Die zur Verfügung stehende achtstündige Arbeitszeit wird von der Pflegekraft als insgesamt unrealistischer Zeitrahmen für die Erledigung der notwendigen Pflegeleistungen erachtet. Der achtstündige Arbeitstag reiche kaum aus für eine vertretbare Erfüllung der Pflegeaufgaben – diesbezüglich wird auf das Darreichen des Essens abgehoben. Für andere Pflegekräfte sei es notwendig, die benötigte Zeit für das Pflegehandeln noch weiter zu konzentrieren, sodass die Pflegearbeit auch in einem sechsstündigen Arbeitstag Erledigung findet. Die Altenpflegerin Frau Lichtenfeld empfindet den Umstand, dass selbst bei der pflegerischen Befriedigung so elementarer körperlicher Grundbedürfnisse des Altenheimbewohners wie der Nahrungsaufnahme noch nicht einmal genug Zeit vorhanden ist und dass das Pflegehandeln hier ausschließlich auf zügige Erledigung der Versorgung ausgerichtet ist, als belastend. Neben der von der Informantin hier angeführten emotionalen Belastung wird auch deutlich, dass die Pflegearbeit durch die bestehende Zeitnot zu einer physischen Belastung wird. Es bedarf - so lässt sie verstehen - einer erheblichen körperlichen Anstrengung, den Anforderungen des zeitlich stark strukturierten Pflegealltages gerecht zu werden

Die nun folgende Textpassage verdeutlicht die moralische Dimension der dilemmatischen Anforderung, der sich die bereits zitierte Pflegekraft Frau Lichtenfeld in Bezug auf andere Pflege- und Versorgungsleistungen ausgesetzt sieht:

31 (,) wie gesagt, ich wünschte mir mehr Zeit. Gerade auch dann, wenn ein Bewohner
32 sagt: „Och, bleiben se doch noch 'n bisschen hier.“ Und es ist nicht so, dass ich das
33 nicht will (,) aber ich kann es einfach nicht. Und das passiert eben oft.
(Frau Ute Lichtenfeld, S. 162, 31 - 33)

Die extreme zeitliche Strukturierung des Pflegehandelns wird zum handlungsschematischen Orientierungsrahmen. Die arbeitsorganisatorische Schwierigkeit des Arbeitens unter immensem Zeitdruck – ohne ausreichend Zeit für zwischenmenschliche Gesten der Zuwendung – widerstreben der eigentlichen professionellen Sinngebung des Altenpflegehandelns, auch das „Innenleben“ der anbefohlenen Altenheimbewohnerin zu fördern. Der enge, nahezu fließband-industrielle Zeittakt wiederum verlangt der Altenpflegerin ein Höchstmaß an Aufmerksamkeitsleistung und routinisierte Schnelligkeit ab. Gleichzeitig existiert aber auch bei der Altenpflegerin das Bestreben, auf die individuellen, z. T auch innerpsychischen und sozialen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen – die außerhalb der pflegestufenorientiert festgelegten Pflegeminuten liegen – einzugehen. In der stark strukturierten Wohnbereichspflegeroutine, innerhalb der vorherrschenden engen Zeitkorridore, bleibt letztlich aber zu wenig Zeit für eine persönliche und zwischenmenschlich-bedarfnisfokussierte Hinwendung zum Pflegebedürftigen. Das Streben nach Effizienz – gefordert durch die staatlichen Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes und die internen Vorgaben der Pflegeanbieter wie beispielsweise Dienstpläne mit unzureichendem Personalschlüssel – kollidiert mit dem beruflichen Selbstverständnis der Frau Lichtenfeld und damit auch mit ihrer ethisch-moralischen Grundhaltung: „...ich wünsche mir mehr Zeit“ (Frau Lichtenfeld, Altenpflegerin, S. 162, 31). Der hier diskutierte strukturelle Deprofessionalisierungstendenz zeigt, dass es immer schwieriger wird, den eigenen professionalistischen Erwartungen - und natürlich auch den hohen Erwartungen unserer Gesellschaft an die Qualität der Pflegearbeit - gerecht zu werden.

Frau Lichtenfeld beklagt in diesem Zusammenhang, dass der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als Instanz des Gesetzgebers die desolaten und unwürdigen Arbeitsbedingungen der Zeitreduktion im Pflegehandeln nur allzu oft ignoriert und damit stillschweigend duldet.

4 MDK mal ´n bisschen überlegen würden (!) Wie kann den eine Pflegekraft
5 frühmorgens so viele Leute schaffen (!) Das ist doch ein Unding (!) Da müssten die
6 doch drüber weg fallen (!) Das müsste doch allen auffallen. Ja (,) der Personalmangel,
7 das wollte ich sagen (.)
(Frau Ute Lichtenfeld, S. 163,3 - 7)

Würden die Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die (ohnehin schon knapp bemessenen) Pflegeminuten addieren und mit dem pro Arbeitsschicht zur Verfügung stehenden Pflegepersonal ins Verhältnis setzen, so müsste dieser unhaltbare Zustand des notorischen Personalmangels und des permanenten Arbeitens unter Zeitdruck augenscheinlich werden, so klagt die Altenpflegerin. Der strukturelle Widerspruch liege in der gebieterisch werdenden Effektivitäts- und Zeittaktorientierung mit der entsprechenden Deprofessionalisierungstendenz einerseits, und den sich permanent erhöhenden Anforderungen an die Pflegequalität andererseits. Die Deprofessionalisierungstendenz, die die Altenpflegerin Frau Lichtenfeld benennt, erhält ihre Dynamik aus den schwierigen Makroarbeitsbedingungen: Gemeint ist die Pflegeversicherung als Organisationsrahmen der Pflegearbeit - und hier insbesondere die Pflegestufenberechnung. Die von der Informantin fokussierten schwierigen Makroarbeitsbedingungen im Kontext der stationären Pflegearbeit wirken kontraproduktiv auf die Auskristallisierung einer pflegeprofessionellen beruflichen Kompetenzsubstanz. Der Demoralisierung der Altenpflegerin Frau Lichtenfeld wird dadurch Vorschub geleistet. Generalisierend kann man feststellen: Die Enttäuschungs- und Machtlosigkeitserfahrung findet Niederschlag in den innerbiografischen Prozessen der Altenpflegekraft und führt bei suboptimaler Bearbeitung zu einer Beschädigung der berufsbiografischen Identität.

4.1.1 Divergenzen zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und den Pflegekräften bezüglich der festgesetzten Pflegeminuten/Pflegestufen bezüglich der fallspezifischen Problemdefinition

Wenn ein pflegebedürftiger Mensch sich der pflegeprofessionellen stationären Fürsorge eines Alten- und Pflegeheimes anvertraut, dann erfordert dies vom Pflegepersonal und der Institution des Alten- und Pflegeheimes die Einrichtung eines Arbeitsbogens. Zu den Aktivitätsdimensionen der Explorations- und Informationsarbeit – im Rahmen der so genannten Einrichtungskomponente (Strauss et al. 1985; Strauss 1985; Schütze 1984) - gehören vor allem:

- das so genannte Pflegeassessment - im Zuge der Definition der Situation müssen Pflegeprobleme und Ressourcen erkannt und die biografische, gesundheitliche und psychosoziale Situation des Altenheimbewohners ganzheitlich erfasst werden,⁶²
- Festlegung der Pflegeziele und der Möglichkeiten der Umsetzung, einschließlich der (interdisziplinären) Aufteilung der Handlungsbeiträge,
- Beantragen der Pflegestufe.

Bereits mit der Explorations- und Informationsarbeit entstehen die ersten Schwierigkeiten in Gestalt von Perspektivendivergenzen. Diese Perspektivendivergenzen beziehen sich häufig

⁶² Auch wenn das Pflegeproblem erkannt worden ist, so ist doch von Zeit zu Zeit eine Refokussierung des Problems erforderlich. Dies ist auch wichtig, um neue Problemhorizonte innerhalb der Fallentfaltung zu erfassen.

unter hohem personellen und zeitlichen Aufwand möglich gewesen, den multimorbiden Altenheimbewohner in den Rollstuhl zu verbringen und das wiederum kollidierte mit den tatsächlich gegebenen zeitlichen und personellen Ressourcen der Pflegestation. Sandra Oertel habe daraufhin die tatsächlich erbrachten Pflegeminuten hochgerechnet, um damit die höchstmögliche Pflegestufe zu erwirken. Ihr Antrag habe dennoch Ablehnung gefunden. Dieses Beispiel macht einmal mehr deutlich, dass die Institution des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen den Arbeitsbogen und die gesamte Situation des Pflegebedürftigen nicht kontextualisiert betrachtet. Daraus ergibt sich für die Informantin die Schwierigkeit, den Arbeitsbogen zum Zweck einer durchlaufend konsistenten Pflege zu gestalten. Die eigentliche Planung der Sequenzen der Arbeitsschritte – die sich im Sinne einer pflegeprofessionellen Fallbearbeitung an der problem- und ressourcenorientierten Pflegeplanung ausrichtet – kann nunmehr nicht mehr sichergestellt werden.

Resümierend kann festgestellt werden, dass die Divergenzen in der fallspezifischen Problemdefinition zwischen dem Pflgeteam und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Gefahr in sich bergen, dass die Pflegekräfte sich zukünftig in ihrem Bestreben um Planung eines pflegeprofessionelles Handlungsschemas zurückhalten. Damit bestünde dann auch die Gefahr des Zusammenbrechens der moralischen Interaktionsgrundlage der Pflegekräfte. So könnten sich die Pflegekräfte zukünftig gehalten sehen, von vorn herein auf eine zeitintensive und personell aufwendige Aktivierung und Mobilisierung zu verzichten. Zwar macht auch Sandra Oertel deutlich, dass aus der in diesem Darstellungszusammenhang geschilderten Situation eine dauerhafte Belastungssituation für die Pflegekräfte resultiere, dennoch konzentriert sie sich nicht – wie schlimmstenfalls erwartbar – ausschließlich auf das Überleben im desolaten Arbeitsalltag. Vielmehr reflektiert Sandra Oertel sachlich-analytisch ihre Verstrickung in diese systematische Schwierigkeit des pflegeprofessionellen Handelns, was als Ausdruck ihrer professionellen Grundhaltung gewürdigt werden kann.

4.1.2 Die geragogische Aufgabe in der Theorie und die Praxis ihrer Missachtung

Mit den Kernproblemen der Arbeit in der Altenpflege sind – wie schon gesagt – unaufhebbare Paradoxien professionellen Handelns verbunden, die immer wieder professionsethisch, in eigener Selbsterfahrung und persönlicher Handlungsreflexion widergespiegelt werden müssten (Schütze 1996, 2000). Stattdessen werden sie oftmals nur als quälende systematische Irritationen erlebt, die nicht nur nicht umsichtig erkannt und bearbeitet, sondern oftmals ausgeblendet und verschleiert werden. So führen sie dann zu systematischen Fehlern bei der Arbeit in der Altenpflege. Es kann beispielsweise davon ausgegangen werden, dass eine Pflegekraft wegen der verinnerlichten beruflichen Routine und des den Ausblendungseffekt der Routine verschärfenden Strebens nach zeitlicher Effizienz – die Stationsroutine weist eine starke zeitliche und organisatorische Strukturierung auf, an der sich die Pflegekraft in ihren Arbeitsabläufen orientiert – dem Pflegebedürftigen Handlungen oder Aktivitäten abnimmt, die dieser mit einer einhergehenden Anstrengung und dem damit verbundenen Zeitbedarf selber leisten könnte (geragogische Paradoxie). Dies kann im Hinblick auf die aktivierende Pflege oder gar im Hinblick auf das eigeninitiative Management der Krankheitsverlaufskurve durch den Pflegebedürftigen äußerst problematisch sein, denn er lernt dann nicht die körperlichen Beschwerlichkeiten zu überwinden und selber herauszufinden, was er leisten kann. In allen spezifischen Lehr- und Lernsituationen, in denen es um die Stärkung der Selbsthilfe- und Alltagskompetenz geht, muss der Gepflegte durch Anleitung, Vormachen und aktivierende Pflege zur partiellen Selbstständigkeit angeregt werden. Sonst entsteht die Gefahr, dass die Handlungskompetenzen der Gepflegten durch zu weit gehendes Erledigen

persönlicher Handlungsreflexion (Schütze 2000): Auf der einen Seite vermittelt Frau Peters in ihrer Funktion als Lehrbeauftragte an einer Berufsschule den Schülern ein professionalistisches Selbstverständnis, verbunden mit hohen Ansprüchen an das eigene Pflegehandeln. So gehört zum Grundlagenwissen der Auszubildenden der Altenpflege beispielsweise die pflegeprofessionelle Handlungskompetenz, eingebettet in den handlungsschematischen Rahmen einer Grundpflege sinnvoll aktivierende und mobilisierende Maßnahmen zur Förderung der oben in ihren Aktivierungsdimensionen angedeuteten Alltagskompetenz zu integrieren. Die Altenpflegeschüler lernen, wie sie diese Maßnahmen planen müssen, abgestimmt auf die singular fallspezifische Situation des Pflegebedürftigen. Methodisch-didaktische Prinzipien gehören dabei ebenso zu den Ausbildungsinhalten wie medizinische und geistes- und sozialwissenschaftliche Grundlagen. Das Ziel ist das sinnvolle und effektive Reaktivieren, Fördern und Erhalten der noch vorhandenen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. In der eigenen fachpraktisch-pflegerischen Routine jedoch vermag Frau Peters ihre Anforderungen, die sie in ihrer Funktion als Lehrbeauftragte einer Pflegeschule an die Schüler richtet, nicht umzusetzen. Anstelle einer Bewusstmachung blendet sie diese systematische Irritation während ihrer fachpraktischen Arbeit auf einer Pflegestation tendenziell aus. Die Notwendigkeit, die Pflegearbeit zu erledigen, zwingt sie zum Streben nach der eng definierten Effizienz und damit zu einer Orientierung an den genauen Zeitkontingenten für die Arbeitsabläufe innerhalb der Stationsroutine und damit an den engen Zeitkorridoren, welche die Pflegeroutine maßgeblich strukturieren. Die Altenpflegerin Frau Peters sieht sich der systematischen Schwierigkeit ausgesetzt, dass sie zum einen nur einen klar abgesteckten Zeitraum für die Durchführung der Grundpflege zur Verfügung hat, gleichzeitig aber auch gerne eine aktivierende und mobilisierende Pflege praktizieren möchte. Dies allerdings wäre angesichts des physischen und/oder psychischen Störungsbild des Pflegebedürftigen mit einem unberechenbaren zeitlichen Mehraufwand verbunden. Damit lässt sich Frau Peters – trotz besseren theoretischen Wissens – dazu hinreißen, dem Pflegebedürftigen Handlungen oder einzelne Tätigkeiten abzunehmen, die der Pflegebedürftige – wenn auch bei erheblichem zeitlichem Mehraufwand – selber durchführen könnte.

- 4 Das Problem ist, dass nicht genug mobilisiert wird, weil ´s zu viel Zeit
5 kostet. Das ist das, was ständig und immer wieder auftaucht
(*Frau Peters / S. 49, 4 - 5*)

Die unter starkem Zeitdruck arbeitende Frau Peters sieht sich gehalten, dem Pflegebedürftigen die Tätigkeiten abzunehmen, die zeitintensiv sind und damit die Dauer der Grundpflege unberechenbar ausdehnen. Dies ist problematisch, weil die Pflegekraft damit dem Pflegebedürftigen auch das Management seiner Lebens- und Alltagsroutine und die einschlägigen Lernanlässe hierfür abnimmt. Damit arbeitet Frau Peters – wenn auch ungewollt – kontraproduktiv zu der eigentlichen Intention des Gesetzgebers, rehabilitative Maßnahmen durch Lehr- und Lernprozesse zu fördern.

Die strukturelle Deprofessionalisierungstendenz der stationären Pflegearbeit entfaltet bzw. verstärkt sich gerade in der gegenwärtigen kollektiv-mentalhistorischen Situation des Altenpflegeberufes, in der sich ein dezidiert professionalistisches Selbstverständnis⁶³ im

⁶³ Im Sinne der „humble professions“ der Chicago-Soziologie und des symbolischen Interaktionismus. Auch die „bescheidenen“ Professionen, wie die Sozialarbeit und der Krankenschwesternberuf, orientieren sich an einem gesellschaftlichen Mandat, das ihre die Lebensqualität der Hilfebedürftigen erhaltenden Aufgabenstellung umreißt, und an einer Lizenz, welche die Interventionsmöglichkeiten definiert, die „notwendige Schmerzen“ (im weitesten Sinne des Wortes) bereiten können. Die Kompetenz zum unterstützenden Handeln wurde auch in den „bescheidenen“ Professionen auf der Grundlage einer komplexen Berufsausbildung erworben (vgl. Schütze 1996, S. 190 - 196).

Pflegeberuf etabliert hat. Dazu gehört auch die Interventionsform der Bildung, die eingebettet sein müsste in die Situationsgestaltung einer aktivierenden und mobilisierenden grundpflegerischen Versorgung. Gerade die Interventionsform der Bildungsarbeit zielt – im Sinne der Intention des Pflegeversicherungsgesetzes – darauf ab, den pflegebedürftig gewordenen Menschen trotz seiner eingeschränkten gesundheitlichen Möglichkeiten wieder lernfähiger, selbstständiger, handlungsfähiger und damit im Sinne intrinsischer Motivation selbstaktivierungsfähiger zu machen, als dies zum Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre Altenpflege bzw. zum Zeitpunkt des Hereinbrechens einer Krankheitsverlaufskurve der Fall war. Das Dilemma – auch als geragogisches Grunddilemma zu bezeichnen – besteht darin, dass in spezifischen Lehr- und Lernsituationen, in denen es um die Stärkung des Selbstaktivierungsgrades und der Alltagskompetenz geht, der Pflegebedürftige einerseits durch Vorzeigen bestimmter Handlungselemente – beispielsweise des Waschens des Gesichtes – im Sinne einer aktivierenden und mobilisierenden Grundpflege zu mehr Selbstständigkeit angeregt werden muss, andererseits beinhaltet genau dieses pädagogische Vormachen die Gefahr, dass der Pflegebedürftige das als helfende Ersatzhandlung versteht und die Pflegekraft zu veranlassen versucht, diese Ersatzhandlung nunmehr für ihn zu machen. In der Regel muss also sein Lernwiderstand überwunden werden, zumal die Krankheit die entsprechenden Kompetenzen erschüttert hat. Zusätzlich zu diesem inneren Lernwiderstand des Altenheimbewohners bringt die Organisation der Stationsroutine und die notwendige Fokussierung der gestatteten Pflegezeit pro Altenheimbewohner die Gefahr mit sich, dass die noch vorhandenen Handlungskompetenzen des Pflegebedürftigen weitestgehend unausgeschöpft bleiben und mehr noch, durch kontinuierliche Nichtforderung atrophieren. Die systematische Schwierigkeit besteht also darin, dass die Pflegekraft einerseits durch die verständliche krankheitsbedingte und altersbedingte Lernbarriere des Altenheimbewohners und die festgesetzten Pflegestufen nur einen begrenzten zeitlichen Rahmen für die Verrichtung der Grundpflege zur Verfügung hat, andererseits aber die aktivierende Pflege praktizieren möchte, welche allerdings die schwierige Überwindung der Lernbarriere des Altenheimbewohners und einen höheren - und oftmals unberechenbaren - zeitlichen Aufwand erfordert, innerhalb dessen die gerade zitierte pädagogische respektive geragogische Paradoxie umsichtig bearbeitet werden muss, was in der zeitlich stark strukturierten Arbeitsroutine jedoch selten beherzigt werden kann.

Grundlage der Zusammenarbeit zwischen der Pflegekraft und dem pflegebedürftigen Menschen sind zwei Aktivitätslinien, die eng miteinander verbunden sind: die der Bildung einerseits und andererseits die der helfenden Problembearbeitung und Situationsgestaltung (Schütze 2000). Es besteht die Gefahr, dass die Pflegekräfte die Pflegebedürftigen zu passiven und ihnen fern stehenden Objekten der Bearbeitung und Manipulation machen, wenn sie diesen Verständnis und eigenen Willen im Hinblick auf Lern- und Bildungsprozesse absprechen. Die Pflegebedürftigen werden so systematisch entmündigt und in die Passivität gedrängt. Ein analytischer Gesichtspunkt ist der, dass die Pflegekräfte sich immer wieder von der Tendenz erfassen lassen, „das Interaktionsfeld der Pflegebedürftigen langfristig und lückenlos zu kontrollieren, deren Eigenimpulse in der Interaktion nachhaltig zu entmutigen und damit die Kooperativität und Egalität fördernde Interaktionspotentiale zumindest partiell zu missachten, die Handlungsbeiträge bei der Bearbeitung des Arbeitsbogens einseitig festzulegen und zu dominieren - die kooperative Steuerungsordnung bei der Gestaltung des Arbeitsbogens ist damit dekalibriert“ (vgl. Schütze 2000, S. 71). Frau Peters findet zwar eine reflektierte Haltung zu den systematischen Irritationen; eine umsichtige Bearbeitung der geragogischen Paradoxie bleibt jedoch – begründet durch den Druck der zeitlich stark strukturierten Arbeitsroutine – aus.

Der Begriff der „Pflegeprofession“ gilt mittlerweile als fachsprachlich etabliert und ist in der einschlägigen Fachliteratur als pflegetheoretischer Grundbegriff gebräuchlich (vgl. auch Kollak, Hesook 1999, S. 10).

Auch werden in Verbindung mit der Arbeits- und Stationsroutine Offenheits- und Innovationsmomente bei den Pflegekräften zurückgedrängt. Somit sind die Entfaltung kreativer Emergenzen und die Entwicklung und Umsetzung neuartiger Bearbeitungs- bzw. Behandlungsweisen kaum oder nur schwer möglich.

9 Das heißt ab sechs wird gewaschen
10 und ab acht gibt's Frühstück dann bis um neun so ungefähr und das finden einige
11 Bewohner als störend (.) ahm .. (4) ja (.) ahm also was mich dabei auch stört, was auch
12 ´n Problem wäre (´) was auch die Menschen betrifft (´) ist (´) dass sich viel bemüht
13 wird um die, die ohnehin noch mobil sind. Die werden gefragt (!) da wird das Essen
14 verschoben (-) die können später aufstehen und so weiter (.) ... ahm .. ich meine, wenn
15 jemand hochgradig dement im Bett liegt, dann wird es ihm wohl wahrscheinlich auch
16 egal sein, ob er um sechs gewaschen wird, oder um neun. Aber es gibt ja
17 dazwischen auch noch Bewohner, mit Krankheitsbildern, die sehr wohl noch das
18 Äußern von Wünschen und Gewohnheiten erlauben würden. Aber die werden nicht
19 gefragt (-) die werden gemacht. Die stehen dann früh auf und werden in ihren
20 Rollstuhl gesetzt, oder werden an ´n Esstisch gesetzt. Da wird nicht gefragt: „Soll ich
21 noch mal wieder kommen?“ „Möchten sie später aufstehen?“ Das ist, was mich so
22 organisatorisch stört. (9)
(Frau Peters, S. 50, 9 - 20)

Frau Peters macht deutlich, dass die zeitlich stark durchorganisierte Pflegeroutine nicht nur von ihr selbst, sondern auch von verschiedenen Altenheimbewohnern als unerwünscht und belastend empfunden wird. Das lässt erkennen, dass Frau Peters trotz der Verstrickung in die systematischen Irritationen noch zu einem Perspektivenwechsel in der Lage ist und sich so in die Gefühls- und Erlebniswelt der Altenheimbewohner hineinversetzen kann. Darüber hinaus zeigt sie sich in der Lage, die von den Altenheimbewohnern erlebten Problemkonstellationen in ihrer Vielschichtigkeit zu erfassen. So würden die Altenheimbewohner, die noch über ein verhältnismäßig hohes Maß an Selbstständigkeit verfügen, darin unterstützt, ihren Tagesablauf entsprechend ihrer Wünsche und Gewohnheiten zu gestalten. Mit der Zunahme von körperlichen und/oder psychosozialen Einschränkungen jedoch würden die Bewohner zunehmend mehr zu der Pflegekraft emotional fernstehenden Objekten der Manipulation zu Gunsten der Ablaufsicherung der Pflegeroutine gemacht. Dass auch die Altenpflegerin Frau Peters bereits von diesem Prozess erfasst worden ist, spiegelt sich in ihrer Annahme wider, dass es den hochgradig dementen bettlägerigen Menschen wohl egal sein würde, zu welcher Zeit sie gewaschen würden.

4.1.2.1 Das geragogische Grunddilemma und dessen Missachtung durch die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Es besteht gerade wegen der starken zeitlichen Strukturierung der Arbeitsroutine die Gefahr, dass die Pflegekräfte die Pflegebedürftigen – und hier im Besonderen die Menschen, die einen fortgeschrittenen hirnganischen Abbauprozess zu beklagen haben, – zu passiven und fernstehenden Objekten machen. Pflegebedürftigen wird so der eigene Willen im Hinblick auf die (Re-)Aktivierung eigener Lern- und Bildungsprozesse abgesprochen. Daneben wird so auch eine selbstbestimmte Tagesgestaltung erschwert. Die Pflegebedürftigen – und auch hier wiederum gerade die an Demenz erkrankten Altenheimbewohner – werden dann der Tendenz nach in die Passivität von Aufbewahrungsobjekten gedrängt.

Die Erzählung der Altenpflegerin Frau Oertel, die als Pflegedienstleiterin in einem Alten- und Pflegeheim in Trägerschaft der Diakonie arbeitet, verdeutlicht in einer szenisch eindrücklichen Darstellung die Diskrepanz zwischen festgesetzter Pflegestufe und tatsächlich

zu erbringendem Pflegeaufwand. Sie tut dies in Form eines Einschätzungsprozesses und mit Fokus auf die Dekalibrierung des Arbeitsbogens.

Der besseren Eindrucksbildung zuliebe soll hier zunächst der entsprechende Ausschnitt als empirischer Beleg angeführt werden:

19 Wir haben
20 ´ne Bewohnerin (´) die hat Parkinson (.) Sie konnte anfangs eigentlich noch ´n paar
21 Schritte laufen (-) sie konnte sich selbst waschen (.) Sie hat Tage (-) das geht ´s besser
22 (-) und Tage (-) da geht´s ihr wirklich schlecht, da kann sie sehr sehr wenig selber
23 machen. Sie versucht aber immer noch, selbst zu essen und selbst zu trinken (-) an
24 manchen Tagen mehr und an manchen Tagen weniger. Wenn man sich mehr Zeit bei
25 ihr nehmen würde (.) alleine bei der Grundpflege (.) und würde sie richtig anleiten (.)
26 ja (´) sich selber zu waschen & also Arme Beine, Brust & also das, was sie noch selber
27 kann (.) bräuchte man mehr Zeit (.) Aber diese Zeit haben wir nicht. Ja (-) und wir
28 haben in der Pflegeplanung und in der Pflegedokumentation sichtbar gemacht (-) dass
29 es eben Anleiten und teilweise Unterstützung oder eben die Übernahme der
30 Grundpflege ist. Und dann wenn die Begutachtung aber kommt, dann wird die
31 Bewohnerin gefragt, was sie noch selber macht und kann und sie sagt, sie ist so krank,
32 sie kann nichts mehr alleine machen & Es ist immer so, dass nicht zählt, was in der
33 Pflegedokumentation steht, sondern das, was die Bewohnerin sagt. Und obwohl das in
34 der Pflegeplanung abgetragen wird und obwohl in der Pflegeplanung steht, es wird die
1 aktivierende Pflege gemacht, es wird angeleitet, es wird versucht mit ihr noch ein zwei
2 Schritte vom Rollstuhl zur Toilette zu laufen (-) sie wird von den Pflegekräften auf die
3 Toilette gesetzt, denn sie kann sich noch melden (-) und trotzdem wird das nicht
4 angerechnet (!) Ja (.) Es zählt das, was die Bewohnerin sagt. Wenn sie sagt, sie kann
5 das nicht mehr, dann heißt das, es ist die volle Übernahme der Pflege durch die
6 Pflegekräfte. Also das sind so typische Sachen ja (´) Also das ist so ´n typisches
7 Beispiel und es ist immer so zwischen Hoffen und Bangen (-) welche Pflegestufe es
8 dann wird. Hoffentlich wird ´s ´ne zwei oder ´ne drei (-) weil nach diesen
9 Pflegeminuten ja dann auch das Personal eingeplant wird (.) ja (´) (10)
(Frau Oertel, *Altenpflegerin*, S. 76, 19 – 77, 9)

Frau Oertel zieht die Fallgeschichte einer an Morbus Parkinson erkrankten Bewohnerin als Exempel heran. Diese Pflegebedürftige sei sehr eigenmotiviert hinsichtlich des Erhaltes ihrer Selbstständigkeit, gerade was die Aktivitäten des täglichen Lebens anbelangt, insbesondere Mobilität, Körperpflege und Nahrungsaufnahme betreffend. Obgleich sie temporär und für einzelne Verrichtungen die Hilfestellung des Pflegepersonals benötige, sei sie doch um die selbstständige Durchführung der Aktivitäten ihres täglichen Lebens bemüht. Frau Oertel schätzt ein, dass sie bei zeitintensiverer Zuwendung die Möglichkeit sehen würde, die Bewohnerin derart aktivierend und mobilisierend anzuleiten, dass sie ihren Oberkörper und ihre Beine gänzlich alleine waschen könne. Die Schwierigkeit, die dem entgegensteht, liegt aber im eng begrenzten zeitlichen Rahmen, welcher der Informantin für die Verrichtung der Grundpflege zur Verfügung steht. Damit sind zuvorderst die zeitlich stark strukturierte Arbeitsroutine sowie die pflegestufengebundene Pflegezeitorientierung gemeint. Die Pflegekraft möchte die Bewohnerin ressourcenorientiert, sowie aktivierend und mobilisierend pflegen, was durch den höheren – und oftmals unberechenbaren – zeitlichen Aufwand der damit verbunden wäre, allerdings unmöglich erscheint. Die kooperative Steuerungsordnung bezüglich der Gestaltung des Arbeitsbogens scheint damit dekalibriert. Da die der Altenheimbewohnerin zugebilligte Pflegestufe und die damit festgesetzte Pflegezeit bzw. die so genannten Pflegeminuten für die Eigenaktivierung der Bewohnerin keinen realistischen Betreuungsrahmen darstellen, sieht sich die Pflegekraft nun gezwungen, die Gestaltung von Lern- und Lehrprozessen nicht den durchaus vorhandenen Ressourcen der Heimbewohnerin, sondern der stark zeitlich strukturierten Stationsroutine anzupassen. Diese systematische Irritation erlebt Frau Oertel als äußerst quälend. Sie rekapituliert in ihrer Erzählung, dass der Mehraufwand, der die berechneten Pflegeminuten und die festgesetzte Pflegestufe übersteigt, ordnungsgemäß in der Pflegedokumentation dokumentiert worden sei. Damit sei die

Pflegeplanung für die Altenheimbewohner und die so genannte Durchführungskontrolle entsprechend aussagekräftig aus der Pflegedokumentation hervorgegangen. Die Begutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) hätten allerdings im Gespräch mit der pflegebedürftigen Altenheimbewohnerin ihrer Einlassung geglaubt, sie könne sich nicht mehr körperlich aktivieren, und sodann den anders lautenden, aber fachlich fundierten Aussagen der Pflegekraft, der Pflegeplanung und -Pflegedokumentation hinsichtlich des Aktivierungsarbeitsaufwandes keinen Glauben geschenkt. So habe Frau Oertel deutlich auf den zeitintensiven Pflegeaufwand hingewiesen, welcher sich aus dem Bemühen der Förderung und Aktivierung der Ressourcen der an Morbus Alzheimer erkrankten Pflegebedürftigen ergebe. Der Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) habe die anderslautende Darstellung der Altenheimbewohnerin nicht vor dem Hintergrund der gesamten Situation, sondern als „at face value“ und damit völlig dekontextualisiert aufgenommen.

Der Gutachter hat darauf verzichtet, die Aussagen der pflegebedürftigen Dame im Rahmen ihrer Tendenz zur Bequemlichkeit zu sehen, d. h. diese auf die Lebens- und Krankheitssituation hin pragmatisch zu brechen (vgl. Schütze 2005, 217 – 219). Die individuelle Fallentfaltung findet außerdem keine Berücksichtigung aus fachpflegerischer Sicht, also aus Sicht der Pflegekraft in der Situation des Begutachtens. Es kommt in der Begutachtung somit nicht zur notwendigen Perspektiventriangulation. Die hier beschriebene Verfahrensweise ist – das ist jedenfalls das von der Informantin vermittelte Bild – charakteristisch für zahlreiche Begutachtungssituationen in der stationären Altenpflege. Der Begutachtung folge dann charakteristischer Weise die Zeit des Hoffens und des Bangens, denn aus der Festsetzung der Pflegestufe ergeben sich die für das Pflegepersonal zur Verfügung stehenden Zeitkorridore. An Hand der festgelegten Zeitkorridore können die Pflegekräfte schließlich den Arbeitsbogen neu gestalten und koordinieren – dies allerdings in Abhängigkeit von der festgesetzten Pflegestufe in der Varianz von optimal bis suboptimal. Diese Ungewissheit und Abhängigkeit von der Instanz des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) wird von den Pflegekräften als eine systematische Irritation erlebt. Die mit dem organisatorischen Rahmen der Pflegestufen und dem wirtschaftlichen Kostendruck gesetzte strukturelle Deprofessionalisierungstendenz zeigt sich also im weitestgehenden oder absoluten Rückgang der Interventionsform der Bildung hinter die Interventionsform der Hilfe. In Extremfällen löst sich schließlich die Interventionsform der Hilfe sogar in ein bloßes Aufbewahren der Pflegebedürftigen auf. Diese Situation der pflegebedürftigen Person entspricht der Endform der Deprofessionalisierung. Individualisierte, gruppale und orientierungsmäßige gesamtgesellschaftliche Solidaritätsanforderungen werden unterhöhlt. Die Pflegekräfte sprechen bereits resigniert und zynisch von einer „Satt-Sauber-Trocken-Pflege“.

Was geschieht aber, wenn durch engagiertes und pflegeprofessionelles Handeln tatsächlich Lern- und Pflegeerfolge eintreten und zu einer augenscheinlichen Besserung der Gesamtsituation und Steigerung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen führen? Paradoxiertweise bringt auch das Herbeiführen eines Lern- und Pflegeerfolges systematische Irritationen im altenpflegerischen Handeln mit sich. Erfolgreichem und pflegeprofessionell engagiertem Krankheitsverlaufskurvenmanagement steht die Tatsache gegenüber, dass die Altenheimbewohner mit einer Verbesserung ihres physischen und psychosozialen Wohlbefindens eine Herabstufung der Pflegestufe erfahren. Nach Herabsetzung auf die Pflegestufe I oder gar 0 wird der Altenheimbewohner für den Pflegeanbieter nicht nur wirtschaftlich unrentabel, sondern – so inhuman dies auch klingen mag – sogar zu einem immensen Kostenfaktor. Die Konsequenz erfolgreicher Bildungsarbeit, pflegeprofessionellen Krankheitsverlaufskurvenmanagements und einer entsprechenden Situationsgestaltung kann

paradoxerweise sogar die Entlassung des Altenheimbewohners aus dem geschützten sozialen Arrangement der stationären Altenbetreuung sein.

Gerade die rigide Orientierung des Altenpflegerischen Handlungsschemas an bürokratischen Rahmenbedingungen – hier die Pflegestufen und die daran gebundenen Bestimmungen – verhindern bisweilen ein moralisch-sittlich vertretbares und mit dem Berufsethos der Pflegekräfte übereinstimmendes Krankheitsverlaufskurvenmanagement. Die Altenpflegerin und Pflegedienstleiterin Sandra Oertel berichtet von ihrer dilemmatischen Verstrickung in das eigentlich pflegeprofessionell erfolgreich praktizierte Management der Abhängigkeits- und Krankheitsverlaufskurve einer ehemals obdachlosen Altenheimbewohnerin.

30 Wir haben ´ne Bewohnerin gekriegt,
31 die ist aus ´m Obdachlosenheim gekommen (-) ja (-) ´ne Alkoholikerin (.) Das ist aber
32 ´ne ganz ganz liebe Person (´) also die haben wir aufgepöppelt (´) ja (-) wirklich
33 aufgepöppelt (-) Sie ist Diabetikerin (´) läuft ´n bisschen schlecht (-) also muss sich
34 immer festhalten und sie ist auch in ihrer Orientierung gestört. Aber sonst ist sie
1 geistig noch relativ fit. Sie ist eben bloß in ihrer Orientierung gestört. Sie ist Raucherin
2 und hat aber auch, seitdem sie bei uns im Heim ist, ihren Alkoholkonsum so
3 gedrosselt, dass sie abends vielleicht mal noch ein oder zwei Gläser trinkt und man ihr
4 das dann eben auch nicht anmerkt. Ja (-) und für diesen Fall haben wir ´ne
5 Kurzeitpflege beantragt. Das wurde auch von der Kasse bewilligt (´) Und dann haben
6 wir ´ne vollstationäre Pflege beantragt, die leider abgelehnt wurden ist. Es war ´ne
7 Pflegestufenbegutachtung (-) und diese sagte aus, dass der Pflegeaufwand noch nicht
8 mal für die Pflegestufe eins ausreicht. (5) Aber die Frau hat sich aber seitdem sie bei
9 uns im Haus ist sehr zum Positiven entwickelt (4) sie hat viel dazugelernt, sie sieht
10 gepflegt aus, sie fühlt sich wohl (-) sie geht tagsüber zur Ergotherapie und (-) ... bloß
11 weil die Zeit für die Pflegestufe eins nicht ausreicht (!) Wir denken aber, dass
12 wenn die Frau wieder raus aus dem Heim ist, dass sie sich wieder rückwärts
13 entwickeln wird (!) Also die wird wieder sehr dem Alkoholkonsum verfallen (-) und
14 das nur weil sie keine Pflegestufe hat (!) & Weil der Gesetzgeber diese Pflegeminuten
15 vorgibt und die reichen bei ihr nicht aus und das heißt, dass sie unsere Einrichtung nun
16 verlassen muss. Sie hätte mindestens ´ne Pflegestufe eins haben müssen. So (!) (7) Das
17 ist also ´n typisches Beispiel &
(Sandra Oertel, S. 74, 30 – 75, 17)

Sandra Oertel erinnert sich an den Fall einer wohnsitzlosen, alkoholabhängigen Frau die zur pflegerischen Versorgung in ein Altenpflegeheim zog. Sandra Oertel fügt umgehend an: „das ist aber ´ne ganz liebe Person“. Diese Äußerung scheint bemerkenswert, denn ganz offensichtlich ist sich die Informantin auch der Wirkung ihrer Aussagen bei ihrer Zuhörerin bewusst und möchte daher einer Stigmatisierung und Etikettierung dieser Frau begegnen. Der allgemeine Gesundheits- und Ernährungszustand dieser obdachlosen Frau stellte sich anfangs ausgesprochen dramatisch dar. Die Altenpflegerin Sandra Oertel stellt fest, dass die multimorbide Frau an Diabetes mellitus litt, alkoholabhängig war, daneben an einer nicht näher definierten Orientierungsstörung litt, sowie Schwierigkeiten in der Fortbewegung zu beklagen hatte.

Sandra Oertel und das Pflgeteam erkennen die Eigenaktivierungs-Ressourcen der pflegebedürftigen Dame, aber auch ihre singular-fallspezifischen Probleme. Die Arbeitsbogenkoordination wird, ebenso wie das Krankheitsverlaufskurvenmanagement der besonderen Situation der Heimbewohnerin angepasst – dies zunächst eingebettet in den zeitlich begrenzten Versorgungsrahmen einer so genannten Kurzeitpflegebetreuung. Das engagierte Pflgeteam schaffte es, die Krankheits- und Abhängigkeitsverlaufskurve der pflegebedürftigen Dame derart optimal zu managen, dass sie tatsächlich wieder „aufgepöppelt“ werden konnte, wie es Sandra Oertel ausdrückt. Sie habe sogar mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Pflegeheim ihren Alkoholkonsum reduziert, so erinnert sich Sandra Oertel. Damit liegt die Vermutung nahe, dass es das Pflgeteam bereits kurz nach Heimaufnahme geschafft hat, einen positiven Einfluss auf die innere Haltung der

pflegebedürftigen Frau zu nehmen. Während der Zeit der Kurzzeitpflegebetreuung wurde die durch Multimorbidität und Alkoholabhängigkeit gezeichnete Frau auf pflegeprofessionelle Weise derart mobilisiert, dass der Selbstaktivierungsgrad und damit zusammenhängend die so genannte Alltagskompetenz erfolgreich gesteigert wurden. Darüber hinaus wurde sogar eine neue Alltagsroutine mit sehr stark reduziertem Alkoholkonsum eingeübt. Mit diesem beachtlichen Erfolg stieg nicht nur das physische Wohlbefinden der pflegebedürftigen Frau. Durch die engagierte pflegeprofessionelle Hinwendung gelang schließlich die so genannte Milieuumstellung erfolgreich. Das Pflegeteam hatte es außerdem geschafft, gegen die Rückzugs- und Isolationstendenzen der Altenheimbewohnerin zu arbeiten und damit ein neues Gefühl von Zugehörigkeit, Sicherheit, Wertschätzung – kurzum, ein Gefühl des Zuhause-seins – zu erzeugen. Angesichts dieser so erfolgreichen Milieuumstellung und Steigerung des gesamten Wohlbefindens schien es dem Pflegeteam nunmehr wichtig, das ganzheitliche Management der Abhängigkeits- und Krankheitsverlaufskurve perspektivisch zu orientieren, um das erreichte Wohlbefinden perspektivisch langfristig sichern zu können. So wurde in pflegelogischer Schlussfolgerung für die Zeit nach dem kalendarischem Ablauf der Kurzzeitpflege eine langfristige vollstationäre Pflege beantragt. Damit wurde eine Neubegutachtung der Pflegestufe notwendig. Die Pflegestufenbegutachtung kam angesichts des erfolgreichen Pflegeengagements zu dem Ergebnis, dass der nunmehr reduzierte Pflegeaufwand für die Aufrechterhaltung der bisherigen Pflegestufe nicht ausreichen würde und selbst die Gewährung von Pflegestufe I nicht möglich sei. Sandra Oertel drückt ihr Unverständnis gegenüber dieser Entscheidung des Krankenkassengutachtens aus. Sie fasst nach einer fünfsekündigen Erzählpause in einem kurzen Einschub die angestrebten therapeutischen Interventionen zusammen: Das Pflegeteam sei der Lernbereitschaft der alten Dame begegnet, indem Lernprozesse gezielt gefördert worden seien. Zu diesen Lernprozessen gehörte – so die Informantin –, dass ein positiver Einfluss auf das Körpergefühl und die Selbst- und Eigenverantwortung der Altenheimbewohnerin genommen worden sei. Die alte Dame achte wieder auf ein gepflegtes Erscheinungsbild und fühle sich damit in ihrem subjektiven Befinden erheblich besser als zuvor. Der Selbstaktivierungsgrad der Heimbewohnerin sei sehr erfolgreich gefördert worden, und auf die innere Haltung der Informantin sei ebenfalls positiv Einfluss genommen worden. Auch sei sie in ein Ergotherapieprogramm integriert gewesen. Die Verbesserung des allgemeinen Zustandes der alkoholkranken und ehemals obdachlosen Frau bringe nun aber mit sich, dass die einstmals berechneten Pflegeminuten, die der Pflegestufe zugrunde lagen, nicht mehr benötigt würden. Die neu antrainierte Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Altenheimbewohnerin als Ergebnis des vom Pflegeteam initiierten Lernprozesses habe nun völlig unerwartet eine Verschlechterung des Lebensarrangements der alten Dame zur Folge. Mit dem Wegfall der Pflegestufe müsse sie nun die Pflegeeinrichtung wieder verlassen und zurückkehren in das Obdachlosenheim. Im Anschluss an eine siebensekündige Erzählpause betont die Informantin, dass genau dies ein typisches Beispiel für das Widersinnige der jetzigen stationären Altenpflege sei. An dieser Schlussfolgerung wird deutlich, wie groß die persönlich erlebte Belastung der Informantin sein muss. Eine systematische Entmutigung für die Zukunft ihrer Pflegearbeit ist eine erwartbare Folge.

Die dilemmatische Anforderung im Pflegehandeln besteht also darin, einerseits einen Arbeitsbogen mit einer stark ausgeprägten Lehrkomponente ausgestalten zu müssen, wodurch die Pflegebedürftigen im Rahmen einer aktivierenden und mobilisierenden Pflege zu eigenem Lernen, Alltagsgestalten und Vorausschauen aktiviert werden sollen, und andererseits, dass gleichzeitig mit dem Erreichen eines Pflegeerfolges - im Sinne einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes, der positiven Einflussnahme auf die innere Haltung des Pflegebedürftigen, der Lern- und Lehrerfolge durch erfolgreiche Bildungsinterventionen und letztendlich der gesteigerten Eigenverantwortlichkeit und Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen – eine neue problematische Fallentfaltung erwächst. Im hier dargestellten

Fall äußerst die Altenpflegerin ihre Sorge, dass es mit der Heimentlassung zu einer Umkehr des im Pflegeheim mit der Klientin erarbeiteten Lern- und Wandlungsprozesses kommen wird, d. h. zu dramatischen Auswirkungen auf die gesundheitliche und soziobiografische Situation der ehemals obdachlosen und alkoholabhängigen multimorbiden Frau. Hieraus erwächst die Gefahr, dass die Pflegekräfte zukünftig Eigenimpulse der Pflegebedürftigen unterminieren, möglicherweise sogar einer positiven Fallentfaltung entgegenwirken. Auswirkungen auf die künftige Beziehungs- und Arbeitsbogengestaltung der Pflegekräfte sind damit ebenso erwartbar wie das Hineingezogenwerden der Pflegekraft in eine entmutigende Deprofessionalisierungsverlaufskurve. Diese Fallentwicklung hat ohne Zweifel das Potenzial, mit dem Deprofessionalisierungsprozess Demoralisierungstendenzen auszulösen bzw. bestehende Demoralisierungstendenzen zu dynamisieren.

4.2 Die Handlungsparadoxie zwischen Offenheit und Schematisierung

Die Fallschilderungen der Pflegekräfte bringen in der Summe hervor, dass der Body-Maß-Index (BMI) sowohl als handlungsschematischer Orientierungsrahmen wie auch als pflegequalitativer Kontrollwert für die Planung und Evaluation des Pflegeprozesses herangezogen werden muss. Dabei leiden die Pflegekräfte unter dem Generalisierungsdruck – durch die Einordnung der Pflegebedürftigen in schablonenhafte Maßtabellen wie die des Body-Maß-Index (BMI) und vororganisierte Interventionsschablonen. Die dilemmatische Anforderung an das Handlungsschema der Pflegearbeit besteht darin, einerseits dem Wunsch des Pflegebedürftigen nach Berücksichtigung seiner biografischen Gesamtsituation, seinen Lebensroutinen und situativen Befindlichkeiten zu entsprechen,⁶⁴ andererseits aber werden Messtabellen wie die des Body-Maß-Index (BMI) zur Beurteilung der Ernährungssituation herangezogen.

Die Pflegekräfte erleben die Notwendigkeit, Pflegebedürftige in Maßtabellen einordnen zu müssen, als emotional außerordentlich belastend. Gerade eine derartige Bewertungsschablone erschwert eine singulär-fallspezifische Zuwendung und belastet die Interaktionsbeziehung zwischen der Pflegekraft und dem pflegebedürftigen Menschen. Die Pflegekräfte sehen sich im Spannungsfeld zwischen den institutionell-administrativen Anforderungen einerseits und den Wünschen und individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen andererseits. Die Diskrepanzspannung liegt damit zwischen zwei Erwartungshorizonten: Der eine Erwartungshorizont ergibt sich aus der Tatsache, dass es staatliche (externe) und pflegeeinrichtungsspezifische (interne) Kontrollinstanzen gibt, die ihre Erwartungen – hier der optimale Ernährungszustand – der Objektivität wegen über den Body-Maß-Index (BMI) und damit letztlich auch generalistisch stützen. Hinzu kommt, dass schon mit der Aufnahme in die stationäre altenpflegerische Versorgung und/oder im Zusammenhang mit der Pflegeprozessevaluation im Rahmen der Pflegeprozessplanung neben anderen Interventionen und Pflegemaßnahmen auch der Ernährungszustand festgestellt und entsprechende Pflegemaßnahmen festgesetzt werden. Hierbei wird ärztlicher Rat ebenso eingeholt, wie beispielsweise auch der Rat speziell ausgebildeter ernährungsberatender Fach(pflege)kräfte. Dem Body-Maß-Index (BMI) als handlungsschematischem Orientierungsrahmen für die

⁶⁴ Gerade spezielle Pflegemodelle, wie das so genannte *psychobiografische Pflegemodell* von Erwin Böhm, geben der Pflegekraft einen handlungsschematischen Orientierungsrahmen, um der biografischen Ganzheitlichkeit der pflegebedürftigen Menschen, eingebettet in die Pflegeprozessplanung, Rechnung zu tragen.

Pflegearbeit steht der andere Erwartungshorizont diametral gegenüber, nämlich der der Pflegebedürftigen. Nicht alle Pflegebedürftigen möchten beispielsweise die für sie individuell als optimal festgesetzte Trinkmenge bewältigen. Der vom Pflegebedürftigen subjektiv empfundene Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf stimmt aus verschiedensten Gründen nicht mit den geplanten – und ohne Zweifel auch fachprofessionell gut gemeinten – Pflegemaßnahmen und Interventionen zur Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr überein.⁶⁵ Einige Pflegebedürftige liegen unter den Vorgaben des Body-Maß-Index (BMI) und möchten dennoch ihre Ernährungsgewohnheiten beibehalten.

Ursachen für Nahrungsverweigerung sind vielfältig. Sie müssen von der Pflegekraft wahrgenommen werden und im Rahmen der Pflegeplanung Berücksichtigung finden. Wenn ein Mensch aber aufhört, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen, oder aber die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme drastisch reduziert, bringt dies die verantwortlichen Pflegekräfte nicht selten in einen tiefen Zwiespalt. Gerade in der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Pflege bewegen sich die Pflegekräfte oftmals im Grenzbereich zwischen ärztlichen Anordnungen, administrativen Richtwerten – wie beispielsweise dem Body-Maß-Index (BMI) – und bedürfnisorientiertem palliativpflegerischem Handeln. Zur Problemstellung „Verhungern versus Zwangsernährung“ konsolidieren sich gegenwärtig klare Kriterien für den State-of-the-Art im Rahmen des aktuellen pflegewissenschaftlichen Diskurses⁶⁶: Es besteht in unserer Gesellschaft nahezu durchgängig die Auffassung, dass heutzutage niemand mehr verhungern dürfe. Gerade im Zusammenhang mit der Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme der pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären Altenbetreuung sind die Pflegekräfte diesbezüglich systematischen Irritationen und widersprüchlichen Handlungsanforderungen ausgesetzt.⁶⁷ In letzter Konsequenz kann sogar

⁶⁵ Hier können nicht alle Ursachen von reduziertem Appetit bis hin zur Nahrungsverweigerung behandelt werden. Exemplarisch seien aber einige häufig auftretende Ursachen benannt: Nahrungsverweigerung oder reduzierte Aufnahme von Nahrung können als finaler Ausdruck von psycho-sozialem und emotionalem Stress, aber auch aufgrund von alterstypischen gesundheitlichen Problemen und deren medikamentöser Behandlung auftreten. Gerade bei älteren Menschen sind der Appetit und das Geschmacksempfinden häufig gestört. Dies kann zum einen mit der Einnahme bestimmter Medikamente, die ein gestörtes Geschmacksempfinden, somnolente Zustände oder auch Übelkeit als Nebenwirkung hervorrufen, zusammenhängen; auch kognitive (u. a. gustatorische und olfaktorische) Wahrnehmungs- und Reizverarbeitungsstörungen im Zusammenhang mit altersbedingten hirnorganischen Abbauprozessen seien hier genannt; auch Orientierungsstörungen und Wahnvorstellungen sind pathologische Phänomene, die von einer reduzierten Nährstoff- und Flüssigkeitseinnahme begleitet sein können; Mundtrockenheit und schlecht sitzende Prothesen können eine Ursachen für die reduzierte Nahrungsaufnahme oder gar eine Nahrungsverweigerung sein. Eine beharrliche Nahrungsverweigerung kann aber auch Ausdruck einer regressiven oder aggressiven Haltung gegen sich selbst und/oder anderen sein – hier gegen die Institution Altenheim und deren Vertreter, die Pflegekräfte oder das interdisziplinäre Behandlungsteam.

⁶⁶ Der State-of-the-Art in der stationären Altenpflege steht in Bedeutungszusammenhang mit einer respektvollen, verantwortungsvollen und ganzheitlichen Wahrnehmung der psychosozialen, seelisch-geistigen und physischen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen durch ein interdisziplinäres therapeutisches Team. Unter Einbeziehung pflegewissenschaftlich fundierten Erfahrungswissens mit entsprechender wissenschaftlicher Evidenz werden die Bedürfnisse, Ressourcen und Problemlagen der Pflegebedürftigen in den zentralen Fokus des pflegerischen Assessments, der Pflegeprozessplanung, des Pflegehandelns und der Pflegeevaluation gerückt. Dies geschieht mit dem Ziel, das individuelle Wohlbefinden, den Selbstaktivierungsgrad und die entsprechenden Alltagskompetenzen (wie die kognitive, soziale und sensomotorische Kompetenz) gezielt zu fördern.

⁶⁷ Die Inappetenz in der Finalphase des Sterbeprozesses ist als ein biologischer Prozess, der das Sterben erleichtert, anzusehen: Die mit der Inappetenz einsetzende reduzierte Kalorienaufnahme führt zur Gewichtsreduktion und damit zum Abbau von Körperfett. Dies führt zu Stoffwechseleränderungen und der Bildung von Keton, was wiederum einen Effekt der reduzierten Schmerzempfindung mit sich bringt. Die Dehydration dämpft die Bewusstseinslage und trägt so – nach heutigem Kenntnisstand – zur Angstreduktion bei. Studien haben belegt, dass ernährungstherapeutische Interventionen, wie beispielsweise die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), die Überlebenszeiten nicht verlängern (vgl. Finucane et al. 1999, 1365-1370).

eine (Zwangs-)Intervention als Indikationsstellung zur perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) für die parenterale Ernährung erfolgen.

Auch wenn es bedrückend, nicht immer leicht zu verstehen und moralisch-sittlich schwierig zu artikulieren ist, so erleben doch eine Vielzahl von Pflegebedürftigen den Milieuwechsel von der vertrauten häuslichen Umgebung hin zur stationären Altenbetreuung – temporär oder dauerhaft – als eine Art biografische Endstation. Biografische Verlusterfahrungen – wie der Verlust des Ehepartners, der Verlust der eigenen Kinder oder auch der Verlust des häuslichen, nachbarschaftlich-freundschaftlichen Umfeldes – erzeugen bei Bewussterwerden häufig Rückzugstendenzen in die eigene innere Welt. Dies ist oftmals verbunden mit Isolationstendenzen und im schlimmsten Falle sogar mit einer Sehnsucht nach dem Tode. Hinzu kommen häufig massive gesundheitliche Probleme, verbunden mit Einschränkungen, Missempfindungen oder starken chronischen Schmerzen.

Aus den hier zitierten Erwartungshorizonten – den sich diametral gegenüberstehenden Erwartungen des Pflegebedürftigen an die Pflegekraft einerseits und den institutionell-administrativen Erwartungen an das Handlungsschema der Pflegekraft andererseits – ergeben sich dilemmatische Anforderungen an das Handlungsschema der Pflegearbeit: Die Pflegekräfte sehen sich in einem dilemmatischen Handlungsdruck. Lehnt ein Altenheimbewohner aus unterschiedlichen Gründen die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ab oder reduziert er diese drastisch, so muss die Pflegekraft dennoch den Altenheimbewohner immer wieder nachdrücklich und eindringlich zur Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme auffordern. Die systematische Irritation liegt hier vor allem in der Tatsache, dass sich die Pflegekraft den institutionell-administrativen Anforderungen⁶⁸ gegenüber – vor allem auch berufsrechtlich – verpflichtet sieht⁶⁹, ebenso wie der Berücksichtigung der singulär-fallspezifischen Bedürfnisse der pflegebedürftigen alten Menschen. Der Problemhorizont ist ebenso einfach wie entmutigend: Die Altenheimbewohner haben lebensalltägliche Grundroutinen, die auch die Art und Weise sowie die Menge der täglichen Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr betreffen. Diese oftmals biografisch tief verwurzelten Routinen sind von der Pflegekraft nur schwer zu Gunsten von beispielsweise einer Dehydrationsprophylaxe oder gegebenenfalls auch zu Gunsten der Bearbeitung einer Krankheitsverlaufskurve zu beeinflussen. Die Pflegekraft ist gehalten, dem Pflegebedürftigen tagtäglich eine empfohlene Menge an Flüssigkeit und Nährstoffen zukommen zu lassen. Dem gegenüber steht – wie bereits ausgeführt – nicht selten eine ablehnende Haltung des Pflegebedürftigen bis hin zur vollständigen Verweigerung der täglichen Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr. Gewohnheitsmäßig und selbstverständlich gehört es zum pflegerischen Assessment dazu, den Ernährungszustand des Pflegebedürftigen mit dessen Heimaufnahme zu erheben und entsprechende Maßnahmen einzuleiten sowie Gewohnheiten, Rituale, Vorlieben und andere individuell-biografische Besonderheiten zu erfragen. Dennoch kann sich die Pflegekraft „nur“ bemühen, die Pflegebedürftigen entsprechend dem pflegeprofessionellen Handlungsschema zu versorgen, das heißt Essen und Trinken regelmäßig und fürsorglich anzubieten. Gleichzeitig möchten die Pflegekräfte jedoch aus moralisch-sittlichen Gründen – die eng mit

⁶⁸ Dazu sind Ernährungsrichtlinien existent wie beispielsweise die Empfehlung zur Nährstoffzufuhr der Deutschen Gesellschaft für Ernährung – www.dge.de (10. Januar 2008, 18:00) – sowie eine Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – www.mds-ev.org/download/030707_grundsatzstellungnahme.pdf (09. Januar 2008, 14:00) – die von den Pflegeeinrichtungen empfehlungsgemäß übernommen und damit zum handlungsschematischen Orientierungsrahmen gemacht werden sollen. Derartige Ernährungsrichtlinien sowie ein speziell dafür etabliertes (pflegeeinrichtungsinternes und externes) Qualitätsmanagementsystem zur Verhinderung von Mangelernährung prüfen nach § 114 SGB XI die Einhaltung dieser Richtlinien.

⁶⁹ Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil die Pflegekraft gehalten ist, die für den Altenheimbewohner als optimal festgesetzte Trinkmenge in einer so genannten Flüssigkeitsbilanzierung zu dokumentieren.

Auftrag des Gesundheitswesens nicht als erfüllt erachtet, was sie mit ihrer Befürchtung, selbst gebrechlich und pflegebedürftig zu werden, untermalt. Dieser Ankündigung folgend beschreibt Katja Herrmann nun in einem Darstellungszusammenhang die tiefer liegenden Schwierigkeiten, die ursächlich für existente Problemkonstellationen und Schwierigkeiten im stationären Pflegealltag sind. Katja Herrmann kritisiert zunächst die einseitige mediale Inszenierung von kachektischen und dehydrierten Altenheimbewohnern. Sie beklagt die einseitig inszenierte Medienberichterstattung zur angeblich mangelhaften Versorgung alter Menschen in Pflegeheimen und zu defizitärerer Pflegequalität⁷⁰. Wie bereits zuvor in diesem Darstellungszusammenhang wechselt die Informantin das Sprachregister, um ihre persönliche Distanz zu dieser Diskussionsführung zu unterstreichen: „So ´n Quatsch (!)“ (S. 148, 7). Die von Katja Herrmann beklagte einseitige und oftmals negativ gefärbte Berichterstattung bringt massive Schwierigkeiten für das tägliche Pflegehandeln mit sich: Gerade diese negativen medialen Inszenierungen von Negativbeispielen als Exempel für die Situation der stationären Altenpflege schüren in der öffentlichen Wahrnehmung ein generelles Misstrauen gegenüber dem Handlungsschema der Pflegearbeit. Dieser medial inszenierte Argwohn trifft auch Katja Herrmann – wie hier im dargestellten Textausschnitt deutlich zu sehen ist – schwer. Hier wird eine ganze Berufsgruppe durch die Gesellschaft systematisch demoralisiert.

Gleichzeitig nimmt Katja Herrmann in einer Gegensatzanordnung Bezug auf die im privat-familiären Rahmen geleistete häusliche Versorgung alter Menschen. Sie beklagt, dass in diesem Bereich keine adäquaten Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Pflegequalität existent seien.

Die Schwierigkeiten im Arbeitshandeln beziehen sich – wie hier diskutiert – häufig auf die Ernährungssituation Pflegebedürftiger. So betont Katja Herrmann die Schwierigkeit, die Bedürfnisse und Gewohnheiten der Pflegebedürftigen – die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme – betreffend, mit den standardisierten Vorgaben und Richtwerten, die im Rahmen der Pflegequalitätskontrolle einrichtungsintern und bei externen Kontrollen maßgebend sind, in Einklang zu bringen (S. 148, 10 – 149, 2). Katja Herrmann macht hier nochmals deutlich, dass sie diese Art der Kontrolle der Pflegequalität in der ebenfalls durch die Pflegekasse finanzierten privat-häuslichen Pflege vermissen würde.

Katja Herrmann beklagt zudem auch, dass ihr bezüglich der Berücksichtigung der biografischen Besonderheiten, individuellen Bedürfnissen, Gewohnheiten und Besonderheiten im Lebensführungsstil der Pflegebedürftigen nach Übertritt von der häuslichen Versorgung in die stationäre Betreuung eines Pflegeheims keine angemessenen Handlungsspielräume zur Verfügung stünden. So führt Katja Herrmann an, dass sie sich nicht im Stande sehe, einen Menschen, der zeitlebens nur sehr wenig getrunken habe, nunmehr eine vorgeschriebene Trinkmenge von zwei Litern Flüssigkeit pro Tag, die wider die Gewohnheit des Menschen und dessen gefühltem Bedarf ist, zu verabreichen. Die Informantin sieht sich einer dilemmatischen Anforderung gegenüber. Zum einen ist sie als Pflegekraft den

⁷⁰ „Pflegequalität wird in einem Aushandlungsprozess zwischen Leistungserbringern, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, der Politik, den Professionen und den Kostenträgern definiert. Für die Umsetzung der Pflegequalität in den Einrichtungen und Diensten trägt jedoch das Management die zentrale Verantwortung. Während die einzelnen in einer Einrichtung tätigen Berufsgruppen und kooperierende Berufe, wie Hausärzte, Physio- und Ergotherapeuten etc., jeweils nur die Aktivitäten der eigenen Berufsgruppe verantworten, muss das Management die Verantwortung für den Gesamtprozess übernehmen. (...) Zudem obliegt dem Management die Einführung und Anwendung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Es ist die Aufgabe des Managements, die Überzeugung in die Einrichtung zu vermitteln, dass die Anwendung moderner Methoden und insbesondere die Beachtung des State of the Art in der Pflege zwar zunächst eine finanzielle und zeitliche Investition darstellt, dass sich diese Investitionen aber durch die Einsparungen für die Behebung von Versorgungsfehlern und durch die Erhöhung der Pflegequalität auszahlen.“ (vgl. Adolph und Heinemann 2003, S. 19)

Pflegestandards des Hauses und den allgemeingültigen pflegerischen Grundsätzen verpflichtet; zum anderen sieht sie sich den individuellen, sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und biografischen Besonderheiten der Pflegebedürftigen moralisch verpflichtet. Diese dilemmatische Anforderung scheint für die Informantin auch gerade deswegen kaum aushaltbar, weil sie als Pflegekraft zu einer ehrlichen Ein- und Ausfuhrkontrolle im so genannten Bilanzierungsblatt der Pflegedokumentation verpflichtet ist. Darüber hinaus sei der so genannte Body-Maß-Index (BMI) ein Indikator für den unbedingten Beginn von Pflegeinterventionen, wenn der Wert von einundzwanzig unterschritten würde. Mögliche Pflegeinterventionen seien dann beispielsweise das Erstellen eines Kostplanes sowie das Kontrollieren und das Dokumentieren der zugeführten Nahrungsmenge. Wiederholt wechselt die Informantin das Sprachregister, um ihr Unverständnis gegenüber dieser dilemmatischen Handlungsanforderung der Schematisierung, welche die Offenheit der Fallbearbeitung einschränken und damit auch keinen Spielraum für die individuellen Besonderheiten der pflegebedürftigen Menschen lassen würde, zu verdeutlichen: „So ein Quatsch!“ (S. 148, 16). Einerseits möchte Katja Herrmann eine bedürfnisorientierte Pflege praktizieren; andererseits aber müsse sie pflegebedürftige Menschen, denen es nach ihrer fachlichen Einschätzung bestens geht, ab einem BMI unter einundzwanzig an einen Kostplan binden.

Katja Herrmann vertraut, trotz rigider Vorschriften und allgemeingültiger Standards, ihrer eigenen fachkompetenten Einschätzung bezüglich der Falleinschätzung. Dabei behält sie zwar den BMI-Richtwert der Pflegebedürftigen kritisch im Auge, beachtet aber auch die singulär-fallspezifisch wichtige Grenze zwischen Wohlbefinden und Interventionsnotwendigkeit. Dass die Informantin diesen Entscheidungsspielraum verantwortungsvoll und in professionsethischer Selbstreflexion handhabt, zeigt sich in der Tatsache, dass sie ab einem auch für sie bedenklich scheinenden BMI-Richtwert von unter siebzehn ärztlichen Rat und Unterstützung einholen würde, um weitere Pflegeinterventionen abzustimmen.

Katja Herrmann sieht sich wiederholt „zwischen Amboss und Hammer“, denn selbst wenn ein Arzt den Unwillen eines Pflegebedürftigen zur Nahrungsaufnahme dokumentiert, würde der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und die externen Qualitätskontrollen⁷¹ „vor der Tür stehen“, wie Katja Herrmann sagt, und es würden „...dann Protokolle geschrieben“ (S. 148, 20 – 21)⁷². Die Aussage der Katja Herrmann, dass es furchtbar sei und dass sie die

71 Den externen Qualitätskontrollen kommt die „wichtige Funktion zu, einen Mindestqualitätsstandard durch die Androhung von Sanktionen im Falle des Unterlaufens einer bestimmten Qualitätsschwelle zu gewährleisten. Für Leistungserbringer, die bislang keine Anstrengungen in Richtung einer internen Qualitätssicherung unternommen haben, geben Qualitätskontrollen häufig überhaupt erst Anstöße in diese Richtung. Ferner hat die externe Qualitätskontrolle die Aufgabe, die Träger von Einrichtungen in der Altenpflege bei der Qualitätssicherung beratend zu unterstützen. Wichtig ist im Zusammenhang mit den externen Qualitätskontrollen aus Sicht der Experten, dass die mit den Prüfungsergebnissen evtl. einhergehenden Auflagen und Empfehlungen auch umgesetzt bzw. die Umsetzung kontrolliert wird.“ (vgl. Adolph und Heinemann, 2003, S. 18)

72 Auszug aus „Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste“: „Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) haben in den vergangenen Jahren in 1.800 ambulanten und in ca. 2.200 stationären Pflegeeinrichtungen Qualitätsprüfungen durchgeführt. Diese Prüfungen haben ein äußerst heterogenes Qualitätsniveau in den Pflegeeinrichtungen offen gelegt. Nach einer Auswertung der Medizinischen Dienste aus dem Jahr 1999 bestehen Defizite insbesondere bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und von Pflegekonzepten in die Pflegepraxis. Darüber hinaus zeigen sich Defizite in der Qualifikation der verantwortlichen Pflegekräfte und bei der Aktualisierung des pflegfachlichen Wissens durch Fortbildung. Besondere Problembereiche sind die Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie die Ernährung und die ausreichende Versorgung mit Flüssigkeit - mit der Folge, dass es nicht selten zu Unterernährung oder Austrocknung kommt, die wiederum eine medizinische Akutversorgung notwendig machen kann. In vielen Einrichtungen werden die Ressourcen der Bewohner und Bewohnerinnen nicht erhalten oder aktiviert, sondern im Interesse eines reibungslosen und schnellen Arbeitsablaufs wegen nicht vorhandener Planungsvorgaben deaktiviert bzw. 'passiviert'.“ (Quelle: Gemeinsame Presseerklärung von: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Verband

deren Willen einflößen. Auf der anderen Seite steht die Instanz des MDK, der die Lösung des Problems ganz einfach darin sieht, dass die Pflegekräfte das Trinken lediglich konstant anbieten müssen. Sie reagiert auf dieses vom MDK vorgeschlagene Handlungsschema hilflos, nahezu entmutigt und mit Unverständnis: Katja Herrmann fädelt sich wieder auf der Haupterzähllinie ein (149, 19) und nimmt eine Gegensatzanordnung vor (S. 149, 19 – 26):

19 Was ist das für ein Staat, der Kinder verhungern lässt und / Gerade habe ich
20 einen Bericht gelesen. Da gibt es in Berlin so eine Art Suppenküche, da können die
21 Kinder nach der Schule essen gehen, weil die Eltern nicht dafür sorgen können, dass
22 ihre Kinder eine warme Mahlzeit haben. Da ist so ein Jugendtreff (´) und da wird von
23 Spendengeldern dieses unterstützt. Das ist für die Kinder oftmals die einzige Mahlzeit
24 (-) oder warme Mahlzeit am Tag. Das ist zwar nichts Pompöses, aber sie sind umsorgt.
25 Ist das nicht traurig? Und hier stehen se uns auf ´m Zeh und wollen uns da nötigen,
26 diese alten Leute voll zu stopfen und zu mästen, obwohl die das nicht mehr möchten?
(Katja Herrmann, S. 149, 19 – 149, 26)

Katja Herrmann hat ein grundlegendes und engagiertes Interesse am Zustand unserer Gesellschaft. Sie nimmt den Missstand der Kinderarmut in den Blick und bezieht sich dabei auf einen Zeitungsartikel: Auf der einen Seite seien einige Eltern nicht mehr im Stande, ausreichend Lebensmittel oder eine tägliche warme Mahlzeit für ihre Kinder vorzuhalten. Von Spendengeldern finanzierte Suppenküchen würden diese Kinder umsorgen, so Katja Herrmann. Sie selbst dagegen sähe sich gezwungen, dem alten pflegebedürftigen Menschen wider dessen Willen und trotz dessen Inappetenz die Mahlzeiten aufzuzwängen. In einer Ergebnissicherung (S. 149, 27 – 28) fasst die Informantin zusammen: „Ich kann dann eben nur dokumentieren, dass das Essen verweigert worden ist (S. 149, 27 – 28). Hier wird deutlich, dass die Informantin nunmehr neue Rationalitäten bei der Arbeit entwickelt. Sie dokumentiert schlichtweg jede Nahrungsverweigerung in der Pflegeokumentation des Pflegebedürftigen. Dieser Umstand scheint die Informantin berufsethisch und emotional sehr zu belasten, denn sie selbst beschreibt diese Situation als „...wirklich ganz extrem.“ (149, 28). Die paradoxe Anforderung an Katja Herrmann liegt hier zwischen der im beruflichen Selbstverständnis begründeten Offenheit gegenüber der biografischen Ganzheitlichkeit des Pflegebedürftigen und dem Body-Maß-Index (BMI) als bindendem Orientierungsrahmen für das Handlungsschema der Pflegearbeit.

In diesem Zusammenhang stellt sich nunmehr die Frage, wie die Pflegekraft einen Pflegeerfolg evaluieren kann. Katja Herrmann betont eingangs in ihrer Fallschilderung, dass es sehr schwer sei, den Erfolgsbegriff in der praktischen Altenpflege festzusetzen:

29 Erfolg(-) eigentlich hier auf die Pflege bezogen und auf den Bewohner (-) *das ist sehr*
30 *schwer*. Man kann / ich weiß nicht
(Katja Herrmann, S. 137, 29 - 30)

Der Konstruktionsabbruch an dieser Stelle der Erzählung legt die Vermutung nahe, dass Katja Herrmann zunächst tatsächlich Schwierigkeiten hat, Erfolge in der Pflegearbeit zu beschreiben. Diese Schwierigkeit kann daraus resultieren, dass die Informantin den Erfolgsbegriff nicht allein aus ihrer Perspektive als Pflegekraft fokussiert, sondern dabei auch die Perspektive der alten Menschen einnimmt. Katja Herrmann macht deutlich, dass der Erfolgsbegriff nach ihrer Auffassung - appliziert auf die Pflegearbeit - eher die kleinen Besonderheiten des Pflegealltages meint. So verweist sie in diesem Zusammenhang darauf, dass es schon ein Erfolg sei, wenn dank des fachkompetenten und persönlichen Altenpflegerischen Engagements stark pflegebedürftige, geschwächte alte Menschen trotz ungünstiger persönlicher Disposition einen schweren Krankheitsverlauf, wie den einer Lungenentzündung, überleben würden (S. 137, 30- 138, 1). Katja Herrmann sieht sich dabei aber auch gefangen in einer Antinomie zwischen Sinnfragen das berufliche Selbstverständnis betreffend, d.h. würdiges Leben zu ermöglichen und zu begleiten und der Verpflichtung, das

4.3 Der bürokratische und zeitintensive Aufwand im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation

Die Pflegeanbieter und die dort beschäftigten Pflegekräfte sind in den gesundheitspolitischen Herrschaftsapparat und sein hoheitsstaatliches Verwaltungshandeln eingebunden – sie führen die Pflegedokumentation in gesellschaftlich-gesundheitspolitischem Auftrag. Dabei bedienen sie sich speziell für diesen Zweck entwickelter Verwaltungshandlungen. Hierbei müssen sich die Pflegeanbieter und die bei ihnen beschäftigten Pflegekräfte an den Vorgaben der staatlichen Verwaltung und an den Kontrollen durch andere Professionen – wie beispielsweise der Heimaufsichtsbehörde oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) – orientieren. Die Pflegekräfte sind also dringend gehalten, die Verwaltungsarbeit – hier zuvorderst die Dokumentations- und Planungsarbeit im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation – zu bewältigen. Sie distanzieren sich jedoch zugleich scharf von der Verwaltungsdominanz im Altenpflegerischen Handlungsschema. Die zeitintensiven verwaltungsorganisatorischen Routinen und die Zugzwänge des hoheitsstaatlichen Verwaltungsapparates mit seinen Anordnungen, Kontroll- und Sanktionsmechanismen (Schütze 1996) sind in den Augen vieler der befragten Pflegekräfte zu einem zentralen Belastungsmoment im Handlungsschema der Pflegearbeit geworden. Drei Problemhorizonte sollen hier genannt werden:

- Innerhalb der pflegeminutenorientierten Arbeitsroutine bleibt nicht genug Zeit für die zeitaufwändige Pflegedokumentation; Lern- und Lehrprozesse sowie eine aktivierende und mobilisierende Tagesgestaltung müssen der Dokumentationsroutine untergeordnet werden.
- Die Interaktionsbeziehung zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften ist belastet: Die Pflegebedürftigen fühlen sich zurückgesetzt. Aus ihrer Perspektive nimmt sich die Pflegekraft nicht genügend Zeit für die zwischenmenschliche Hinwendung.
- Die Pflegekräfte erleben sich in der Diskrepanzspannung zwischen der Notwendigkeit der gewissenhaften Erfüllung verwaltungsorganisatorischer Aufgaben und dem Wunsch, mehr Zeit für eine unbeschwerte (nicht standardisierte und nicht pflegestufenorientierte) zwischenmenschliche Hinwendung zum Pflegebedürftigen zu haben. Dies würde der berufsbiografischen Sinnquelle der Pflegekräfte entsprechen: es besteht stattdessen eine notorische Diskrepanz zwischen Planungs- und Realisierungsvorstellungen mit der Folge

einer Erschütterung des beruflichen Selbstverständnisses bis hin zur Demoralisation.

Diese Problemhorizonte werden nachfolgend einer eingehenden fallanalytischen Betrachtung unterzogen.

4.3.1 Die zeitintensive Pflegedokumentation zu Lasten einer zwischenmenschlichen und bedürfnisorientierten pflegerischen Hinwendung

Die zeitnahe und detaillierte schriftliche Protokollierung aller Pflegehandlungen ebenso wie Berichte zum singulär-fallspezifischen Pflegeverlauf sind zentrale zeitintensive Elemente im strukturellen Arbeitsablauf des Altenpflegerischen Handelns. Aus diesem insistierenden Problem ergeben sich für die Pflegekräfte immense Arbeitsbelastungen: Die Pflegekräfte erleben den Umstand, dass sie wegen der verwaltungsorganisatorischen Dominanz für die Lern- und Lehrprozesse, ebenso wie für eine abwechslungsreiche Tagesgestaltung und letztlich sogar für die so elementare zwischenmenschliche Zuwendung – außerhalb des pflegeminutenorientierten Handlungsschemas der Grund- und Behandlungspflege – nicht genügend Zeit zur Verfügung haben, als eine systematische Irritation. An dieser Stelle soll ein Auszug aus dem Gespräch mit der Altenpflegerin und Pflegedienstleiterin Karin Naumann als Exempel herangezogen werden, um die Zugespitztheit des Dokumentationsaufwandes und der daraus resultierenden systematischen Irritationen empirisch zu belegen:

20 Wir würden uns lieber mehr um die Bewohner kümmern und mit
13 denen mal dies und jenes machen (-) wo sie sich auch drüber freuen würden (,) aber da
14 für bleibt keine Zeit, weil wir wieder an den Akten sitzen und schreiben, schreiben,
15 schreiben und der Bewohner wird im Endeffekt immer unzufriedener und isst
16 vielleicht deswegen auch noch weniger (´) weil er sich auf ´s Abstellgleis geschoben
17 fühlt (´) ja (-) und wir müssen stattdessen die Dokumentationssysteme pflegen (,) sag
18 ich mal. Also (!) wenn wir die Pflegedokumentation ins Bett legen würden und
19 pflegen würden, dann würden die sich in der Verwaltung so richtig wohl fühlen (!)
20 Das ist wirklich so (!)

(Frau Karin Naumann, S. 91, 20 – 91, 28)

Eine vorschriftsmäßig geführte Pflegedokumentation scheint vordringlicher zu sein und damit gewichtiger in der Bedeutung als die zwischenmenschliche Hinwendung zum Pflegebedürftigen. Der aber wolle nicht nur grundversorgt und verwaltet werden, so beklagt Frau Naumann. Ihre Ausführungen machen unmissverständlich deutlich, dass aus der zeit- und arbeitsintensive „Pflege“ der Akten folgender Problemhorizont entsteht: Zum einen wird die Interaktionsbeziehung zwischen den Pflegekräften und den Altenheimbewohnern belastet – die Altenheimbewohner haben ihrerseits die stabile Erwartung an die Pflegekräfte, dass sie sich kontinuierlich und fürsorglich um eine bedürfnisorientierte Situationsgestaltung bemühen. Die Pflegekräfte ihrerseits würden diese Erwartungen der Altenheimbewohner nur allzu gerne erfüllen. So beklagt Frau Naumann, dass selbst für die elementare zwischenmenschliche Zuwendung und eine abwechslungsreiche Tagesgestaltung nicht ausreichend Zeit zur Verfügung stünde – zur Enttäuschung der Altenheimbewohner. Diese empfinden die Fokussierung der Pflegekräfte auf verwaltungsorganisatorische Tätigkeiten, wie die Pflegedokumentation, im schlimmsten Fall sogar als persönliche Zurückweisung. Störungen des Appetits und des Essverhaltens sind nach Auffassung von Frau Naumann mögliche Reaktionsweisen der Altenheimbewohner – als dramatischer Ausdruck der Dekalibrierung des Arbeitsbogens durch die verwaltungsorganisatorische Dominanz im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation.

Auch Katja Herrmann beklagt, dass der sorgfältigen und lückenlosen Pflegedokumentation, den Pflegestandards und der stets aktualisierten Pflegeplanung eine höhere Bedeutung beigemessen würde als dem Menschen selbst (S. 149,34 – 150,3). Ihre Aussage – „Und wehe die Akten sind nicht anständig geführt.“ – lässt erahnen, dass bei Vernachlässigung der Dokumentationsorgfalt Sanktionen zu erwarten sind. Wie dramatisch entmutigend Katja Herrmann diese Situation erlebt, zeigt sich auch darin, dass sie das Sprachregister wechselt:

„...und das kotzt uns alle an (!)“ (S. 150, 2) Katja Herrmann macht hier – wie bereits zuvor in ihrer Erzählung – deutlich, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und deren Konsequenzen für die Pflegekräfte, wie der immense Schreib- und Dokumentationsaufwand und die streng an Standards gebundene Pflege, für die tatsächliche Praxis einer individuell-bedarfnisfokussierten Pflegearbeit äußerst hinderlich seien. So fühlt sich Katja Herrmann in ihrer Arbeit gehemmt und schildert diesbezüglich in einer kurzen Detaillierungsexpansion (S. 150, 5 – 8) die Diskrepanzspannung zwischen der notwendigerweise praktizierten standardorientierten Pflege und einer Pflege, die die ganzheitlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Blick hat. Katja Herrmann sieht sich diesbezüglich unter einem dilemmatischen Handlungsdruck: Zum einen ist sie gehalten, eine standardorientierte Pflegeleistung zu erbringen und sich an gesundheitspolitisch und vom Pflegeanbieter intern vorgegebenen Möglichkeitsrahmen zu orientieren, zum anderen strebt sie eine bedürfnisorientierte Pflege an, so wie sich der Pflegebedürftige dies wünscht und wie es auch der berufsbiografischen Sinnquelle der Pflegekräfte nahekommt. Katja Herrmann beschreibt die Situation der Diskrepanzspannung zwischen diesen beiden Erwartungspolen als „furchtbar“ (S. 150, 8).

Wiederholt wird die bereits im vorangegangenen Kapitel diskutierte Problemstellung Offenheit versus Generalisierungsdruck deutlich. Katja Herrmann meint hier vor allem die notwendige Einordnung aller Altenheimbewohner in vororganisierte Behandlungsschablonen, die einen Orientierungs- und Handlungsdruck in Richtung auf äußerliche Effektivitätskriterien erzeugen (Schütze 2000) – hier der Ernährungszustand der Pflegebedürftigen gemessen am so genannten Body-Maß-Index (BMI).

Katja Herrmann bedient sich einer Gegensatzanordnung, um ihrem Unverständnis gegenüber derartig rigider und verwaltungsdominanter Orientierungsrahmen Ausdruck zu verleihen: Sie betont, dass sie die Existenz von Standards und Richtlinien auch in der Kinderbetreuung oder bezogen auf die Schulbildung für wünschenswert halte. Sie beklagt, dass beispielsweise hinsichtlich der Kinderbetreuung niemand die Unterbringung der Kinder in vergleichbarer Weise in den Blick nimmt oder prüft, ob die Institution Schule bedürfnisgerecht orientiert ist. Katja Herrmann führt hierfür als Beleg ein Beispiel aus ihrem privaten Nahraum an (S. 150,11 – 20). So müsse ihr Sohn allmorgendlich einen völlig überfüllten Schulbus nutzen. Die Informantin fügt an, dass der Bus zeitweise derart überfüllt sei, dass einige Schüler noch nicht einmal einen Stehplatz bekämen, sondern die Fahrt zur Schule erst mit dem nächsten Bus antreten könnten. Bemühungen von Elterninitiativen seien verhallt, ebenso wie die Bemühungen der Schule um den Einsatz eines zusätzlichen Busses. Die Stadt würde keinen weiteren Bus zum Einsatz bringen, so Katja Herrmann. Mit ihrer Frage, wo denn in dieser Situation Standards, Richtlinien und Qualitätskontrollen seien, wirkt sie ebenso vorwurfsvoll wie hilflos. Katja Herrmann schließt die Gegensatzanordnung, indem sie der Situation um den maroden Schulbus und den diesbezüglich fehlenden Kontrollen ihre Meinung gegenüberstellt, dass die alten Menschen eher einen ruhigen Lebensabend verbringen möchten, anstatt objektiv in einer zeit- und standardorientierten Pflegeroutine zu sein (S. 150, 20 – 22). Ergebnissichernd betont Katja Herrmann die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Existenz von Qualitätskontrollen in der stationären Altenpflege, nur sollte „die Kirche im Dorf belassen werden“, wie sie sagt (S. 150, 24). Hier liegt nahe, dass Katja Herrmann mit dieser eher umgangssprachlichen Äußerung betonen möchte, dass das bürokratische Element im Handlungsschema der Pflegearbeit statt rigide und starr verpflichtend eher gelockert und undogmatisch umgesetzt werden sollte. Es sollte weder Pflegekräften noch Pflegebedürftigen aufdiktieren werden.

Für Katja Herrmann scheint die Prioritätensetzung der Gesundheitspolitik und der diese Politik vertretenden Instanzen äußerst fraglich. In ihrer Wahrnehmung „...haben se für die alten Leute politisch nichts mehr über, da werden se auf ´s Abstellgleis gestellt (´)“ (S.150, 24 – 25), was für das Alltagsleben der alten Menschen bedeute, Einbußen in der Rentenzahlung

hinnehmen zu müssen, so Katja Herrmann. Sie kritisiert die eklatante materielle Unterausstattung der stationären Altenpflege. Selbst an so elementaren Notwendigkeiten wie Inkontinenzmaterial würde gespart. Katja Herrmann bringt deutlich ihr Unverständnis gegenüber der Tatsache zum Ausdruck, dass kein realistischer Finanzierungsrahmen für die Inkontinenzversorgung alter Menschen in Pflegeheimen existent sei. Sie empfindet den Umstand, dass die Pflegebedürftigen oftmals zur Eigen- oder Mitfinanzierung ihrer Inkontinenzversorgung gebeten würden, als moralisch bedenklich (S. 150, 25 - 27).

Gleichzeitig sieht Katja Herrmann die rigide Fokussierung auf Standardisierung und bürokratische Richtlinien, begleitet von strengen institutionellen Kontrollmechanismen (S. 150, 27 - 28). Ergebnissichernd stellt sie fest, dass diese hier ausgeführten dilemmatischen Problemkonstellationen zu einer immensen emotionalen Belastung für sie und ihre Kollegen kumuliert sind, mit der Folge emotionaler Erschöpfung und Demoralisation (150, 28-29). Die erlebte Erschöpfung wird insbesondere im wiederholten Wechsel des Sprachregisters deutlich: „...und dass ist das, was uns maßlos ankotzt.“ (150, 28-29)

Im Zusammenhang mit der zeit- und arbeitsintensiven Pflegedokumentation entstehen aber auch Fehlerpotenziale, wenn mit der systematischen Irritation durch die zeitintensive Pflegedokumentation zu Lasten einer bedürfnisfokussierten zwischenmenschlichen Altenpflege nicht umsichtig umgegangen wird. Dieser Sachverhalt soll im folgenden Abschnitt genauer betrachtet werden.

4.3.2 Die Pflegedokumentation als systematische Arbeitsschwierigkeit - Routinevereinfachungsmittel im Zusammenhang mit der arbeits- und zeitintensiven Pflegedokumentation und die damit gesetzten Fehlerpotenziale

Im Zusammenhang mit der zeit- und arbeitsintensiven Aktenführung entstehen paradoxale Handlungsanforderungen und damit auch Fehlerpotenziale. Die Pflegekräfte selbst reflektieren die Fehlerpotenziale erstaunlich offen, und sie sind darüber hinaus in der Lage zu den Bewegungsmechanismen der Fallproblematik eine analytische und bisweilen auch professionell-distanzierte Haltung einzunehmen. Diese Fehlerpotenziale sollen nun im Einzelnen analytisch betrachtet werden.

Systematische Fehlerpotenziale im Zusammenhang mit dem Handlungsschema Pflegedokumentation ergeben sich aus der Tatsache, dass die Pflegekräfte Routinevereinfachungsmittel im Umgang mit der Pflegeakte respektive Pflegedokumentation entwickeln: Die Pflegekräfte praktizieren Handlungsrationaltäten mit dem Charakter von Abkürzungsstrategien. So berichtet die Altenpflegerin und Pflegedienstleiterin Frau Naumann, dass die Pflegekräfte immer wieder aus Zeitnot die Verfahrensregeln der Dokumentation missachten, mitunter bereits morgens die Pflegehandlungen für den ganzen Tag im Voraus per Unterschrift als erbracht abzeichnen (S. 89, 18 – 90, 6). Dies mit der Absicht, den Zeit- und Arbeitsdruck für den Rest des Arbeitstages zu reduzieren. Wenn allerdings für einen Altenheimbewohner eine Krankenhauseinweisung, beispielsweise nach einem Sturz, notwendig wird, dann sind Pflegeleistungen abgezeichnet, die wegen der Krankenhauseinweisung nicht erbracht worden sind, so gibt Frau Naumann zu bedenken (S. 89. 24 – 28). Daher sanktioniere sie in ihrer Rolle als Pflegedienstleiterin den Pflicht- und Regelverstoß des vorzeitigen Abzeichnens von Pflegeleistungen mit dem Aussprechen einer Abmahnung.

Ein weiteres Fehlerpotenzial liegt in fachlich mangelhaft formulierten Eintragungen, Berichten und Anmerkungen, weil die Zeit für eine fachprofessionelle Formulierung als nicht hinreichend erachtet wird. Frau Naumann versucht dafür eine Erklärung zu finden:

32 Das kommt wahrscheinlich aber auch, weil kein
33 Mensch die Zeit hat für die Akten. Wir müssen da immer schnell was rein schreiben,
34 denn es muss ja jeden Tag was drin stehen und was rein geschrieben werden, also
1 schreiben wir da jeden Tag was rein, aber es ist eben immer sehr wenig Zeit dafür da.
(Frau Karin Naumann, S. 92, 32 – 93, 1)

Frau Naumann hebt das Erfordernis hervor, dass grundsätzlich täglich ein Eintrag (im so genannten Berichtblatt) in der Pflegeakte eines jeden Altenheimbewohners zu erfolgen hat. Es besteht die Gefahr, dass mit der zeitintensiven Anforderung der alltäglichen Dokumentationsroutine die fallspezifische Hinwendung aus dem Blick gerät und damit auch der Blick der Pflegekraft für die Fallentwicklung des Altenheimbewohners schwindet. Hier liegt die Gefahr, dass der Arbeits- und Zeitdruck, der mit der Dokumentationsroutine gesetzt ist, massive Wahrnehmungsbarrieren bezüglich der individuellen Fallentwicklung des Altenheimbewohners erzeugt. Die verwaltungsorganisatorisch geforderte, tagesaktuelle Eintragung wird dann nur der Vollständigkeit wegen erledigt, die tatsächlichen Befindlichkeiten des Altenheimbewohners geraten dabei möglicherweise aber gar nicht mehr in den Blick. „Es geht (...) die Bereitschaft verloren, die Routinearbeitsverfahren beim Auftreten von Enttäuschungen, Erwartungsbrüchen, Unstimmigkeiten, Missverständnissen, Organisationsschwierigkeiten zu hinterfragen und Fallanalyse und Fallbearbeitung wieder explizit und interpretativ zu betreiben.“ (vgl. Schütze 1996, S. 234). Hier entsteht die Gefahr, dass das nur oberflächliche Führen der Pflegeakte bzw. Pflegedokumentation die Aussagekraft dieses wichtigen Dokuments empfindlich erschüttert.

Die Dominanz der bürokratischen Routinegrundleistung der Pflegedokumentation bringt noch eine weitere Quelle für Fehlertendenzen im Handlungsschema der Altenpflege hervor: So beklagt Frau Naumann, dass das Handlungsschema einer ganzheitlich orientierten, aktivierenden und fördernden Tagesgestaltung im geragogischen Sinne nicht realisiert werden könne. Der Gesamtarbeitsbogen wird hier insbesondere bezüglich der Sozialkomponente und der Inhaltskomponente (Strauss 1985, 1991; Schütze 1984) dekalibriert. Gerade die Interaktionsarbeit mit den Unteraktivitäten der Gefühlsarbeit und der ganzheitlichen und biografieorientierten Tagesgestaltung können nicht mehr vollzogen werden. Hieraus erwächst die Gefahr, dass die Altenheimbewohner wegen der Dominanz der bürokratischen Routinegrundleistung der Pflegedokumentation zu fernstehenden Objekten der Manipulation gemacht werden. Exemplarisch soll hierzu Karin Naumann zu Wort kommen:

12 So, und dann haben wir auch noch Demenzkranke, die zeitaufwändig
13 gepflegt werden müssten & dass da aber manchmal Beruhigungstabletten gegeben
14 werden, wo eigentlich lieber mal 'ne Beschäftigung gemacht werden sollte. Aber da ist
15 die Zeit nicht für da. Ich wüsste aber, wo man Zeit her nehmen könnte & der
16 Schreibkram weniger (!)
(Frau Karin Naumann, S. 92, 12 – 92, 16)

Frau Naumann verweist auf die Tatsache, dass gerade die Betreuung und Pflege an Demenz erkrankter Menschen sehr zeitintensiv ist. Die Organisation einer sinnvoll geplanten Tagesgestaltung als Abwechslung von der Stations- bzw. Wohnbereichsroutine käme – zum Bedauern von Frau Naumann – aus Zeitgründen oft zu kurz. Da die Pflegekräfte mit den grundlegenden Versorgungsleistungen der dementiell Erkrankten vollständig ausgelastet seien, würden den Pflegebedürftigen - alternativ zu einer ganzheitlich-fördernden Tagesgestaltung - Tranquilizern verabreicht. Die paradoxe Handlungsanforderung liegt hier zwischen dem Wunsch der Pflegekraft nach problem-, ressourcen- und bedürfnisorientierter Planung der Tagesgestaltung für Demenzkranke (dies würde auch den berufsbiografischen Sinnquellen und dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte entsprechen) und der

erdrückenden Notwendigkeit des umfänglichen und zeitraubenden Dokumentierens aller Pflegehandlungen. Die systematischen Arbeitsschwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der zeitintensiven und umfänglichen Dokumentationsroutine auftreten, kollidieren mit dem beruflichen Selbstverständnis von Frau Naumann. Mit dem Gefühl des Gefangenseins in der systematischen Arbeitsschwierigkeit des zeitintensiven Handlungsschemas Dokumentationsroutine reduziert sich die Freude von Karin Naumann am Pflegeberuf dramatisch.

In der Wahrnehmung von Frau Naumann ist die zeitintensive Pflegedokumentation mittlerweile zur zentralen Handlungsorientierung erwachsen. Die Erfahrung von Enttäuschung und Machtlosigkeit steht dem eigentlichen und sinnquellenassoziierten (berufs-)biografischen Selbstverständnis der Pflegekräfte diametral gegenüber. Die Einschätzung von Karin Naumann, die sie aus ihrer Position als Pflegedienstleiterin heraus trifft, belegt dies:

12 Die Probleme (.) die (.) was die Pflegekräfte
13 immer so sagen (-) das ist der ganze Scheißkram und alles drum und dran. Die Arbeit
14 am Bewohner ist für die meisten kein Problem. Aber in der Arbeit direkt ist das eben
15 so, dass durch die zeitaufwändige Dokumentation die Pflege am Bewohner viel zu
16 kurz kommt. Da müssen wir andauernd den BMI erheben und wenn der dann unter
17 achtzehn geht, dann geht 'n großer Dokumentationsaufwand los. Dann müssen wir
18 alles aufschreiben, was derjenige so gegessen hat und wie viel er getrunken hat. Da
19 muss man dann ständig alles nachweisen können. Also das ist mit so das
20 Hauptproblem.

(Karin Naumann, S. 91, 12 – 91, 20)

Die Pflegedienstleiterin Karin Naumann definiert zum Zweck der Verständigungssicherung und Differenzierung zunächst noch einmal die Problemkonstellation: Die zeitintensive und umfassende Dokumentationsroutine sei ein zentrales Arbeiterschwernis für die Pflegekräfte. Die Pflegearbeit als solche würde von den meisten Pflegekräften nicht als Problemstellung erlebt. Erst aus der ungleichgewichtigen und damit problematischen Verquickung der Dokumentationsroutine mit dem Handlungsschema der singulär-fallspezifischen, bedürfnisorientierten Pflegearbeit entstünden die systematischen Arbeitsschwierigkeiten und paradoxalen Handlungsanforderungen. Frau Naumann führt als Beispiel die zeit- und arbeitsintensive Dokumentationsroutine im Zusammenhang mit der kontinuierlichen und differenzierten Erfassung aller Parameter bezüglich des Ernährungszustandes eines gefährdeten oder bereits mangelernährten Pflegebedürftigen an: Fällt ein Pflegebedürftiger unter einen BMI von achtzehn, so würde neben dem Einsetzen pflegetherapeutischer Interventionen routinemäßig eine sehr differenzierte Protokollierung aller pflegerischen Interventionen, wie Essprotokolle und Flüssigkeitsbilanzierung, erfolgen. Frau Naumann stellt in ihren Ausführungen deutlich die zeitintensiven verwaltungsorganisatorischen Routinen und die Zugzwänge des hoheitsstaatlichen Verwaltungsapparates mit seinen Anordnungen, Kontroll- und Sanktionsmechanismen heraus. Auf deren Grundlage müssen die Pflegeanbieter und die dort beschäftigten Pflegekräfte den Beginn bestimmter Pflegeinterventionen – hier das Ernährungsprotokoll angelehnt an den Body-Maß-Index (BMI) als Bewertungsschablone für die Bestimmung des Ernährungszustandes und die Flüssigkeitsbilanzierung – an den Vorgaben der staatlichen Verwaltung und an den Kontrollen durch andere Professionen, die dazu beauftragt sind, wie die Heimaufsichtsbehörde und der Medizinische Dienst der Krankenkassen, ausrichten. Dieses verwaltungsorganisatorische Erfordernis der Dokumentationsroutine, geprägt durch rigide bürokratische Bestimmungen und Behandlungsschablonen, ist in der Wahrnehmung der Pflegedienstleiterin Karin Naumann zu einem zentralen Belastungsmoment und Handlungserschwernis in der Pflegearbeit kumuliert. Somit wird an dieser Stelle einmal mehr deutlich, dass das Beziehungsarrangement zwischen dem Pflegebedürftigen und der

Pflegekraft eingebettet ist zum einen in die (externen) gesellschaftlichen Organisationsstrukturen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und zum anderen in die (internen) Arbeitsbedingungen in der Pflegeeinrichtung. Diese externen und internen Organisationsbedingungen des Arbeitsbogens steuern die Interaktion der Pflegekraft mit den Pflegebedürftigen, ebenso wie die Interaktion und Arbeitsbogenorganisation im Pflegeteam. Das pflegeprofessionelle Handlungsschema der stationären Altenpflege ist also nicht allein an pflegeprofessionellen Wissensbeständen, sondern auch an internen und externen Organisationsstrukturen orientiert (Schütze 2000).

Die Pflegekräfte sind dennoch darum bemüht, den pflegedokumentatorischen Anforderungen im Zusammenhang mit dem nutritiven Assessment und eventuellen pflegerischen Interventionen gerecht zu werden und sich in der Antinomie zwischen der ungleichgewichtigen, problematischen Verquickung der Dokumentationsroutine mit dem Handlungsschema der singulär-fallspezifischen, bedürfnisorientierten Pflegearbeit einzurichten. So flüchtet sich Frau Naumann in Zynismus:

4 (-) .. weil es nur heißt (.) schreiben (.) schreiben (.)
 5 schreiben (.) & Die Pflegeplanungen müssen ständig überarbeitet werden und
 6 korrigiert werden und da kommt dann (k) dann reichen die Ressourcen immer noch
 7 nicht aus (.) dann muss die Arbeit der Angehörigen noch mit in die Planung
 8 geschrieben werden und und und (.) Das ist sicherlich alles richtig, wenn man sich das
 9 mal so in Ruhe anhört & ist alles richtig. Aber wir haben nun mal auf dem
 10 Wohnbereich keine fünf Sekretärinnen, denen wir den ganzen Tag lang zurufen (-) das
 11 und das muss jetzt noch in die Pflegeakte rein (-) das müssen alles die Pflegekräfte
 12 schreiben (!)
 (*Frau Naumann, S. 92, 4 – 92, 12*)

Die Altenpflegerin und Pflegedienstleiterin Frau Naumann übernimmt zum wiederholten Male die Perspektive des gesamten Pflegeteams. Sie verweist wiederholt auf die Dekalibrierung des Gesamtarbeitsbogens, indem sie die unverhältnismäßige Prioritätensetzung bezüglich der verwaltungsorganisatorischen und pflegedokumentatorischen Routine als dominantes Element im altenpflegerischen Handeln hervorhebt. Sie versucht dieser Antinomie mit Quasi-Zynismus zu begegnen. So stellt Frau Naumann beinahe spöttisch fest, dass ihr keine fünf professionellen Schreibkräfte zur Verfügung stünden, die auf Zuruf arbeiten würden. Die quasi-zynische Bezugnahme auf den Berufsstand der Sekretärin legt nahe, dass Frau Naumann eine Gegensatzanordnung inszenieren möchte – mit dem Ziel, über die Assoziation zur Kompetenz und zum Handlungsfeld einer ausgebildeten und geübten Schreibkraft die von den Pflegekräften geforderte Quantität und Qualität in der Dokumentationsroutine herauszustellen. Sie schließt die Gegensatzanordnung, indem sie verdeutlicht, dass die Pflegekraft den Umstand als bedrückend erlebt, die Handlungskompetenzen zweier unterschiedlicher Berufsstände in einer Person vereinen zu müssen – die der Sekretärinentätigkeit und die der Pflegearbeit.

Die systematischen Schwierigkeiten, wie der immense Aufwand bezüglich der bürokratischen Organisation der Pflegedokumentationen in Addition zum unrealistischen Finanzierungsrahmen der Pflegearbeit und die beständige Personalknappheit, führen zu systematischen Fehlern bei der Arbeit.

Die Informantin Frau Naumann, die als ausgebildete Altenpflegerin in ihrer Funktion als Pflegedienstleiterin spricht, führt hier exemplarisch Fehler im Führen der Pflegedokumentation und Defizite in der Krankenbeobachtung an:

7 Also durch diese Dokumentationsflut
 8 und durch diesen Personalmangel (.) das knapp gehaltene Budget an Personal passiert
 9 es ganz ganz oft, dass gerade die Bilanzierungsblätter und die Lagerungsblätter nicht
 10 korrekt geführt werden. Dann auch, dass bestimmte Sachen (.) gerade die wichtigen

11 Sachen (.) übersehen werden. Ja (✓) Das wenn ich als Außenstehender komme und
12 habe (✓) sagen wir mal (.) habe jemanden sagen wir mal vierzehn Tage lang nicht
13 gesehen und sehe dann, dass der doller abgenommen hat und schmal aussieht und das
14 Pflegepersonal dann sagt, dass der sieht aber immer so aus (-) ja (✓) die kriegen dass
15 dann eben nicht mehr hin und sehen das nicht mehr. (12)
(Frau Karin Naumann, S. 79, 7 – 15)

So würden Außenstehende die Gewichtsabnahme eines Pflegebedürftigen viel eher registrieren als das Pflegepersonal selbst. Das nicht Registrieren der Gewichtsabnahme eines Pflegebedürftigen ist als eine typische suboptimale Umgangsstrategie mit Kernproblemen und Paradoxien des professionellen Handelns zu erachten. Es kann angenommen werden, dass es sich bei dem hier zitierten Defizit in der Krankenbeobachtung – im vorliegenden Fall die Wahrnehmungsbarriere hinsichtlich des Ernährungszustandes eines Altenheimbewohners – um einen Versuch des Wegschauens handelt, um den Versuch, sich vom Leid des Pflegebedürftigen abzugrenzen. Daraus erwachsen Abstumpfung, emotionale Distanzierung von den Erleidensprozessen des Pflegebedürftigen und das Flüchten in die Stationsroutine. Diese Beobachtungs- und Wahrnehmungsbarriere der Frau Naumann kann somit als eine systematische Fehlerquelle im Handlungsschema der stationären Altenpflege identifiziert werden. Die problematischen strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit – wie Zeit- und Personalmangel, der ökonomische Reduzierungsrahmen sowie der immense bürokratische Aufwand der Pflegedokumentation als strukturelle Deprofessionalisierungstendenz – verschärfen zum einen die im Handlungsschema der Pflegedokumentation liegenden Fehlertendenzen. Darüber hinaus spitzt sich die fallenartige Ausbrennsituation zu, sodass in Folge der suboptimalen Umgangsstrategien mit den systematischen Irritationen und den mit ihnen gesetzten Fehlerpotenzialen das berufliche Selbstverständnis und die berufsbiografische Identität von Frau Naumann empfindlich erschüttert werden.

Experten suchen gemeinsam mit den Pflegeanbietern und Pflegekräften nach neuen Möglichkeiten, um den bürokratischen Aufwand der Pflegedokumentation auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und damit besser in die Routine der Pflegearbeit einzubetten. Obgleich zunehmend mehr Altenpflegeheime von der klassischen Pflegedokumentation, die *paper based* ist, auf die computergestützte Dokumentation (E-Government als modernes Verwaltungsmanagement) als arbeitserleichternde und bürokratiereduzierende Innovation umstellen, ist die Situation für die Pflegekräfte nicht minder belastend geworden. Das computergestützte Dokumentieren wird als ebenso zeitlich aufwändig erlebt, wie die Dokumentation in der klassischen Form der Papierakten. Trotz der immensen und zeitintensiven Belastung, die die umfängliche Pflegedokumentation – gleich welcher Form – mit sich bringt, fällt eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes schwer. Denn die Pflegedokumentation erfüllt den Zweck eines Kontroll-, Planungs-, Nachweis- und Abrechnungsinstrumentes der pflegeprofessionellen Arbeit: Aus wirtschaftlicher Sicht erfüllt die Pflegedokumentation den Zweck einer Abrechnungsgrundlage, eines Leistungsnachweises respektive des Nachweises an Mehrleistung, aus juristischer Sicht erfüllt die Pflegedokumentation den Zweck eines Nachweises der pflegeprofessionell durchgeführten Pflege, und letztendlich gibt die Akte mit ihrer Informationssammlung und der Pflegeplanung eine verbindliche und genaue Orientierung für das singulär-fallspezifische Pflegehandeln.

4.4 Der ökonomische Reduzierungsrahmen der Kosten- und Budgetproblematik und die daraus resultierenden systematischen Irritationen und Schwierigkeiten pflegeprofessionellen Altenpflegerischen Handelns

Mit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung im Jahre 1996 hat sich die wirtschaftliche Rahmensituation für die Arbeit in der stationären Altenpflege tendenziell verschlechtert. Die wirtschaftlich-haushalterische Situation der Pflegeanbieter wird in den Augen der befragten Pflegekräfte zunehmend prekärer. So erleben die Pflegekräfte die Diskrepanzspannung zwischen den pflegewissenschaftlich-fachtheoretisch bekannten Möglichkeiten pflegeprofessionellen Handelns einerseits und dem ökonomischen Reduzierungsrahmen und der kosten- und budgetgebundenen Organisation des Gesamtarbeitsbogens andererseits als systematische Arbeitsschwierigkeit. Die Auswertung der Fallschilderungen der für die vorliegende Studie befragten Pflegekräfte bringt diesbezüglich folgende Problemhorizonte hervor:

- die unzureichende Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln,
- die eingeschränkte Verfügbarkeit von Arbeitsmitteln, wie z.B. Schutzhandschuhe,
- die Kosten- und Budgetproblematik.

Nachfolgend wird eine differenzierte fallanalytische Betrachtung der einzelnen Problemkonstellationen und der damit verbundenen systematischen Irritationen und paradoxalen Handlungsanforderungen vorgenommen.

4.4.1 Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln durch die Notwendigkeit der kostenorientierten Pflege – die unzureichende Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln

Die Pflegekräfte kritisieren scharf, dass dringend benötigte Pflegehilfsmittel – wie Rollstühle, Anti-Dekubitus-Matratzen und Inkontinenzmittel – nicht in erforderlichem Umfang zur Verfügung stehen würden. Pflegeziele, die im Zusammenhang mit der Pflegeprozessplanung formuliert werden – wie beispielsweise die Vermeidung von Dekubitalulcera –, können somit nicht zufriedenstellend erreicht werden. Die Pflegekräfte erleben diese Mangelsituation bezogen auf die Pflege- und Behandlungseffektivität und die ergebnisorientierte Fallbearbeitung als zentrale Arbeitsschwierigkeit.

Der Berufsethos und das berufliche Selbstverständnis als Basis-Handlungsorientierung mögen sich freilich zuvorderst an Immateriellem orientieren, dennoch bedarf es auch grundlegender materieller Ressourcen, um den ständig steigenden Erwartungen bezüglich der Pflegequalität gerecht zu werden und zum anderen um pflegeprofessionelle Zielsetzungen – im Sinne der Pflegeprozessplanung – erreichen zu können. Die Pflegekräfte evaluieren im Rahmen der

Pflegeprozessplanung den Pflegeerfolg, und die hier gefundenen Diskrepanzen wirken multidimensional belastend auf:

- das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte,
- das Management des Gesamtarbeitsbogens,
- den problem-, ressourcen- und zielorientierten Pflegeprozess insgesamt, von der Pflegeplanung bis zur Pflegeevaluation einschließlich des Managements der Krankheitsverlaufskurve des Altenheimbewohners,
- die Interaktionsbeziehungen zwischen den Pflegekräften und der verordnenden Instanz der Ärzte,
- die Interaktionsbeziehungen zwischen den Pflegekräften und den Altenheimbewohnern und deren Angehörigen.

Resultierend aus der erlebten Diskrepanzspannung zwischen den Zielvorstellungen, die im Zusammenhang mit der Pflegeplanung formuliert werden, einerseits und dem eingeschränkten ökonomischen Reduzierungsrahmen andererseits sehen die Pflegekräfte die Wirksamkeit ihrer pflegeprofessionellen Bemühungen erheblich beeinträchtigt. Hierzu soll ein Ausschnitt aus dem Gespräch mit der Krankenschwester und Praxisanleiterin Katja Herrmann als empirischer Beleg herangezogen werden: Katja Herrmann führt als Exempel für den ökonomischen Reduzierungsrahmen in der Altenpflegearbeit den permanenten Mangel an sogenannten Inkontinenzhosen an (S. 149, 28 - 33). Sie erinnert die Fallgeschichte einer inkontinenten pflegebedürftigen Altenheimbewohnerin, die vom zuständigen Kostenträger keinerlei Inkontinenzartikel – noch nicht einmal den Minimalbedarf – zugebilligt bekommen hätte. Katja Herrmann macht unter Bezugnahme auf dieses Fallbeispiel mit Nachdruck deutlich, wo sie moralische Verwahrlosungstendenzen unserer Gesellschaft sieht: So habe die hoch betagte alte Dame Deutschland während des Krieges erleben müssen, in welchem sie sogar ihren Mann verlor. Ihre Kinder habe sie deshalb allein großgezogen. In den Nachkriegsjahren habe sie als so genannte Trümmerfrau aktiv und engagiert beim Wiederaufbau geholfen. Gerade vor dem Hintergrund dieser Tatsachen, die das schaffensreiche Leben dieser alten Dame zum gesamtgesellschaftlichen Wohl belegen, empfindet es Katja Herrmann als einen moralisch nicht haltbaren Zustand, dass dieser alten Dame nunmehr keine selbstverständliche Grundversorgung mit Pflegehilfsmitteln wie Inkontinenzartikel zustünde. Die ökonomische Rationalität scheint für Katja Herrmann dennoch nicht zu durchbrechen zu sein. Ergebnissichernd beschreibt sie daher ihre emotionale Befindlichkeit zusammenfassend als „wütend“ (S. 149, 33), und sie sagt sogar, dass sie sich handlungsunfähig erleben würde (S. 149, 33 - 34). Diese Aussagen können als Ausdruck einer empfindlichen Erschütterung der professionellen Orientierung der Katja Herrmann interpretiert werden. Neben der Problemdimension der persönlich-emotionalen Betroffenheit und der Erschütterung der Ansprüche der Pflegekräfte an die moralische Qualität der Pflegearbeit ist aber noch eine weitere Problemdimension existent, die des erschwerten Managements des Gesamtarbeitsbogens. Wenn Pflegehilfsmittel, wie Inkontinenzmittel, Rollstühle oder Anti-Dekubitus-Matratzen, nicht in notwendigem Umfang zur Verfügung stehen, ist eine standardorientierte pflegeprofessionelle Versorgung nicht oder nur schwer möglich, und dies wiederum bietet den Nährboden für Fehler im Handlungsschema der Pflegearbeit.

Gerade die eklatante materielle Unterausstattung der Pflegeheimarbeit intensiviert und verschärft Fehlertendenzen und Fehlentwicklungen im Charakter systematischer Irritationen und paradoxaler Handlungsanforderungen an die Pflegekräfte. Das empirische Material – hier stellvertretend ein Ausschnitt aus dem Interview mit der Altenpflegerin Frau Lichtenfeld – bringt folgende systematische Irritationen im Zusammenhang mit der materiellen Unterausstattung der stationären Altenpflege hervor:

1. Oh ja (!) Also (!) Das Inkontinenzmaterial da haben wir schon ganz schön zu
 2. kämpfen. Die Kassen schreiben zum Beispiel vor, wie viel einer Person pro Tag an
 3. Windeln zusteht. Aber, normalerweise bräuchten wir manchmal mehr (!) Da gibt es
 4. eben die Verordnungen, wie viel Windeln wann (°) also früh (-) mittags (-) abends (-)
 5. so (.) .. ja (°) und dann schwimmen die manchmal (!) Und dann / Es sei denn (°) die
 6. Heimbewohner kaufen privat Windeln zu. Aber da stöhnen ja dann die Angehörige
 7. (!) Wir haben manchmal noch eiserne Reserven an Windeln. Aber wissen se was (.)
 8. wenn der Vertreter für das Windelmaterial kommt und uns sagt, dass da ein ganzer
 9. Wassereimer rein passt, dann muss ich aber sagen, für die Heimbewohner funktioniert
 10. das nicht immer so. Und dass ist das, was mich immer so auf die Palme bringt. Wissen
 11. se, wenn die im Bett liegen, dann ist das eine Stelle, wo sich das so voll saugt (-) u
 12. wir sollen dann nur nach den Indikatorenstreifen gucken (.) ja (°) also da ist noch was
 13. frei (°) also klatsch (.) wieder drum (!) Also nee (!) Und was ist denn da nun
 14. vorprogrammiert (!) Der Pilz (!) dann kaufen wir wieder die Creme (-) die müssen die
 15. Bewohner ja auch selber kaufen. Also das ist das wo ich ganz schön / Aber ich kann 's
 16. nicht ändern. Das geht einem durch und durch, aber da muss man dann einfach
 17. Abstriche machen, sonst geht man unter (.) da leidet man ja selber.
- (Frau Ute Lichtenfeld, S. 162, 5 – 21)*

Die Altenpflegerin Frau Lichtenfeld eröffnet den Darstellungszusammenhang mit einer Präambel, die auf die Problematik der Indisponibilität von Inkontinenzartikeln einstimmen soll. Da Frau Lichtenfeld in diesem Darstellungszusammenhang den Plural gebraucht, wird deutlich, dass sie bei der Beschreibung dieser Problemkonstellation auch die Perspektive anderer Pflegekräfte – hier naheliegenderweise die ihres Pflgeteams – einnimmt. Sie betont, dass es gerade die Thematik der unzureichenden Verfügbarkeit von Inkontinenzartikeln sei, die den Pflegekräften als systematische Schwierigkeit arbeitsalltäglich gegenübersteht. Frau Lichtenfeld beklagt, dass die Krankenkassen den individuellen Tagesbedarf an Inkontinenzartikeln in Widerspruch zum tatsächlichen Bedarf der Altenheimbewohner festsetzen. Mit diesem extern-institutionell festgesetzten Tagesbedarf würde noch nicht einmal der tatsächliche Minimalbedarf abgedeckt. Frau Lichtenfeld unterstreicht diese Problematik mit der Assoziation, dass die Altenheimbewohner bisweilen „schwimmen“ würden (S. 162, 8). Frau Lichtenfeld kann sich in ihrer pflegeprofessionellen Orientierung beim Handlungsschema Inkontinenzversorgung nicht an den individuellen und situativen Bedürfnissen der Altenheimbewohner orientieren, sondern vielmehr an einem wirtschaftlich-kostenorientierten Handlungsrahmen. Diese Deprofessionalisierungstendenz ist Frau Lichtenfeld durchaus bewusst. Sie zeigt sich bemüht, im Rahmen der eigenen Handlungsmöglichkeiten zu verhindern, dass die inkontinenten Altenheimbewohner allzu lange einen eigentlich ausgelasteten Inkontinenzartikel tragen müssen. So bittet sie die Angehörigen der Altenheimbewohner um das Zukaufen der benötigten Inkontinenzartikel – dies mit dem Ziel, die Spanne zwischen dem extern-institutionell ermittelten Bedarf durch die Krankenkasse und dem tatsächlichen Bedarf des Altenheimbewohners zu überbrücken. Dieses pflegeprofessionelle Bemühen um die Einbeziehung der Angehörigen der Altenheimbewohner würde von den Angehörigen jedoch als Belastung empfunden. Frau Lichtenfeld zeigt sich gemeinsam mit ihrem Pflgeteam bemüht, mit den von der Krankenkasse zugebilligten Ressourcen wohlüberlegt umzugehen. Ihre strategische Handlungskompetenz findet nicht nur in ihrem Bemühen Ausdruck, die Angehörigen in ihrer Fürsorgeverantwortung anzusprechen, sondern auch darin, die nicht benötigten Inkontinenzartikel aufzusparen, um eventuell auftretenden Mehrbedarf kompensieren zu können. Ihr Bemühen um strategisch-haushalterischen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen – der Inkontinenzartikel – begründet Frau Lichtenfeld mit den paradoxalen Handlungsanforderungen: Die Produktvertreter statuieren, dass die Inkontinenzartikel unter Berücksichtigung auf das produktspezifische Fassungsvermögen benutzt werden sollen. Das verlangt von Frau Lichtenfeld, dass eine Windelhose erst dann gewechselt wird, wenn diese laut Indikatorenstreifen tatsächlich ausgelastet ist und die maximal mögliche Urinmenge

aufgenommen wurde. Um die Zugespitztheit dieser Handlungsanforderung zu unterstreichen, zitiert Frau Lichtenfeld den Produktvertreter, der statuiert, dass der Inhalt eines Wassereimers von nur einem Inkontinenzprodukt aufgenommen werden könne (S. 162, 11 -12). Frau Lichtenfeld erkennt umsichtig das hier liegenden Potenzial für mögliche Pflegefehler. Sie betont, dass beispielsweise durch den langen Kontakt der Haut mit dem Urin Hautirritationen bis hin zu Mykosen entstehen können. Tritt dieser Fall bei einem Altenheimbewohner ein, so würden die Pflegekräfte mit dem Unverständnis des behandelnden Arztes konfrontiert; die Hautirritationen und Mykosen würden als Pflegefehler beurteilt. Daneben wären die Pflegekräfte dann gehalten, die gesundheitlich geschädigten Altenheimbewohner und deren Angehörige davon zu überzeugen, dass sie die zur Heilung benötigten und zumeist nicht verordnungspflichtigen Arznei- bzw. Heilmittel selbst zahlen sollten. Folglich wird nicht nur das Management des problem-, ressourcen- und zielorientierten Pflegeprozesses erheblich erschwert, sondern darüber hinaus auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, beispielsweise zu den Ärzten, ebenso würde die Interaktionsbeziehung zu den Altenheimbewohnern und den Angehörigen erheblich belastet. Die betroffenen Altenheimbewohner leiden somit gesundheitlich, psychosozial und finanziell. Die Pflegekraft wiederum leidet, weil sie ihre Vorstellungen von einem pflegeprofessionellen Handlungsschema mit hohen Ansprüchen an die moralische Qualität des eigenen Pflegehandelns nicht zur Umsetzung bringen kann und sich gleichzeitig auch noch für entstandene Pflegefehler verantworten muss.

Neben dem Pflegehilfsmittel der Inkontinenzprodukte wird aber auch die unzureichende Verfügbarkeit von Rollstühlen beklagt. Hierzu soll die Argumentation des Altenpflegers Erik Brink, der als Pflegemanager und Wohnbereichsleiter tätig ist, als empirischer Beleg angeführt werden:

16 Ja, ich hatte mal ´n Fall, wo wir ´n ganz normalen Rollstuhl beantragt haben
 17 (´) bei der Kasse (´) .. und wo dann die Kasse gesagt hat, dass wir ein Protokoll führen
 18 sollten, wann und zu welchen Tageszeiten wir bei dem Betreffenden einen
 19 Rollstuhl benutzen. Also, weil die Einrichtungen ja selber für den Transfer (-) also den
 20 Rollstuhl verantwortlich gemacht werden. Wenn der Bewohner aber nun seinen
 21 persönlichen Rollstuhl braucht, um am täglichen Leben teilzunehmen, das interessiert
 22 niemand.

(Herr Erik Brink, S.178, S. 16 – 22)

Herr Brink führt als Fallbeispiel das Bewilligungsverfahren für einen „ganz normalen Rollstuhl“ (S. 178, 15), wie er sagt, an. Diese Wortwahl lässt das Bemühen von Herrn Brink erkennen, dem Zuhörer verständlich zu machen, dass es sich bei der Beantragung des Rollstuhls nicht um eine individuelle und kostenintensive Sonderanfertigung, sondern vielmehr um ein Standardmodell handeln würde. Im Zuge des Bewilligungsverfahrens scheint die fachkompetente Bedarfseinschätzung durch Herrn Brink als Altenpfleger, Pflegemanager und Wohnbereichsleiter zur Begründung des Hilfsmittelbedarfes gegenstandslos. Anstatt seiner Fachkompetenz zu vertrauen – begründet in der pflegeprofessionellen Berufsqualifikation –, wird ihm als Antragsteller die zeit- und arbeitsaufwändige Prozedur einer protokollarischen Beweiserbringung des Hilfebedarfes auferlegt. Herr Brink rechtfertigt diese institutionelle Handlungsstrategie sogar, indem er erklärend anfügt, dass tatsächlich der Pflegeanbieter selbst in der Verantwortung steht, den benötigten Rollstuhl herbeizuschaffen. Herr Brink lässt an dieser Stelle offen, warum der Pflegeanbieter dieser Verantwortlichkeit nicht nachkam. Dennoch macht er summierend deutlich, dass die gesamtgesellschaftliche Verantwortlichkeit für elementare Hilfsmittel, wie beispielsweise Rollstühle, die zur Bewältigung des Alltagslebens benötigt werden, mittlerweile gänzlich zu vermissen ist.

Neben dem hier bereits diskutierten Mangel an Pflegehilfsmitteln wie Inkontinenzartikel und Rollstühle, gerät auch der Streit um die Kostenzuständigkeit für Anti-Dekubitus-Matratzen in die Kritik:

8 Da wird einem vorgeschrieben, man soll eine
9 Dekubitusprophylaxe machen. Aber wie soll ich die denn machen, wenn ich die Mittel
10 dafür nicht habe (!) Und die Krankenkasse sagt dann, das Heim soll das vorhalten. Ja
11 gut (,) das Heim kann eine Dekubitusmatratze haben, vielleicht auch zwei (,) aber
12 doch nicht falls mehr eine brauchen.
(Birgit Stolze, S. 325, 8 – 12)

Frau Stolze, die als ausgebildete Altenpflegerin auch für die fachpraktische Unterweisung der Auszubildenden der Altenpflege verantwortlich ist, arbeitet auf einer kleineren Pflegestation in einem Altenpflegeheim, das sich ansonsten eher auf die teilstationäre und ambulante Altenpflegerische Versorgung spezialisiert hat. Frau Stolze erlebt sich in dem Dilemma zwischen dem Anspruch einer standardorientierten pflegeprofessionellen Dekubitusprophylaxe einerseits und dem Mangel an dafür notwendigen Pflegehilfsmitteln, wie beispielsweise einer Anti-Dekubitus-Matratze, andererseits. Die Krankenkasse weist im hier zitierten Fall die Kostenzuständigkeit von sich; sie sieht den Pflegeanbieter in der Herbeischaffungspflicht. Frau Stolze sieht sich nun im Streit um Kostenzuständigkeit gefangen. Um diese Antinomie aushaltbar zu machen, versucht sie zu dieser dilemmatischen Situation eine eigene Haltung zu finden: Sie argumentiert im Charakter einer Rechtfertigung, dass der Pflegeanbieter, bei dem sie beschäftigt ist, aus Kostengründen und aus Gründen des schwankenden und unregelmäßigen Bedarfes nicht mehr als zwei Anti-Dekubitus-Matratzen für ihre Pflegestation verfügbar halten könne.

Wie dramatisch die wirtschaftliche Situation einiger Pflegeanbieter tatsächlich ist, zeigt sich auch in der Tatsache, dass bisweilen sogar Arbeitsmittel des täglichen Bedarfs fehlen: So führt die Notwendigkeit der kostenorientierten Pflege schlimmstenfalls sogar dazu, dass der Zugang zum Arbeitsmittel der Schutzhandschuhe begrenzt ist, was systematische Irritationen auf Seiten der Pflegekräfte mit sich bringt. Exemplarisch für die problematische wirtschaftlich-haushalterische Situation einiger Pflegeanbieter und für den daraus resultierenden reduzierten und stark budgetierten Zugang zu Arbeitsmitteln – hier Schutzhandschuhen – soll hier ein Ausschnitt aus dem Gespräch mit Ilse Rindermann angeführt werden:

14 Ja (-) die Handschuhe,
15 die wir brauchen, da möchte ich mich nicht rechtfertigen müssen, wenn die alle sind.
16 Das muss da sein wenn wir das brauchen und in der Menge die wir brauchen. Solche
17 Diskussionen kann ich nicht begreifen.
(Ilse Rindermann, S.257, 14 – 17)

Ilse Rindermann betont, dass sie ihre Bitte um ausreichend zur Verfügung stehende Schutzhandschuhe nicht im Rechtfertigungscharakter formulieren möchte. Diese Aussage impliziert, dass sie sich bereits zu einer Rechtfertigung bezüglich des Bedarfes an Schutzhandschuhen gehalten sah. Ilse Rindermann ist sich dieser systematischen Irritation bewusst und findet dazu eine eigene Haltung: Sie benennt die Perspektivendivergenzen zwischen dem Pflegeanbieter und dessen wirtschaftlich-haushalterische Handlungsorientierung einerseits und dem Pflegeteam mit seiner pflegeprofessionellen Orientierung andererseits. Die Unterschiede in der Relevanzsetzung und die unterschiedlichen Interessenlagen sind für Ilse Rindermann nicht nachvollziehbar. Sie bringt hier unübersehbar ihre Betroffenheit und damit verbunden die Erschütterung ihrer pflegeprofessionellen Handlungsorientierung zum Ausdruck. Diese grundlegende Unvereinbarkeit bei der

Konstitution sozialer Rahmen (Schütze 2000) findet Ausdruck in einer Anforderungsunvereinbarkeit: Zum Zweck der arbeitsmedizinischen Vorsorge und in Verpflichtung der hygienischen Grundsätze ist es unabdingbar, dass das Arbeitsmittel Schutzhandschuhe für die Pflegekräfte in ausreichendem Maße zur Verfügung steht. Der Pflegeanbieter ist über das Arbeitsschutzgesetz in die Pflicht genommen, den Pflegekräften Arbeitsschutzmittel, wie beispielsweise Handschuhe, in ausreichender Menge sowie auch Hautschutz- und Pflegemittel für die in der Pflegearbeit besonders beanspruchten Hände der Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen. Die problematische wirtschaftlich-haushalterische Situation der Pflegeanbieter bringt jedoch auch einen reduzierten und stark budgetierten Zugang zum Arbeitsmittel Schutzhandschuhe mit sich – zum Unverständnis der Pflegekräfte, denn das Einfordern der Arbeitsmittel kostet zusätzliche Kraft im ohnehin stressbesetzten Pflegealltag und wird somit von den Pflegekräften als unnötiges Erschwernis herausgestellt.

4.4.2 Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln durch die Notwendigkeit der kostenorientierten Pflege – die Budgetproblematik

Die Gespräche mit den Pflegekräften haben deutlich hervorgebracht, dass die Budgetproblematik ein zentrales Störpotenzial ist, das zum einen negativ in der Ablauforganisation des Pflegeprozesses Niederschlag findet, darüber hinaus aber auch die Interaktionsbeziehung zwischen Medizinprofessionellen und Pflegekräften belastet.

Die Medizinprofessionellen als verordnende Instanz sind ihrerseits dem institutionell vororganisierten Kostenrahmen in Gestalt von Budgets verpflichtet. Die Pflegekräfte wiederum sehen sich pflegequalitativen und pflegeprofessionellen Ansprüchen ebenso verpflichtet wie ihrer pflegeprofessionellen ethischen und wissenschaftlichen Sinnwelt. Sie fordern für die professionelle Verrichtung materielle und finanzielle Rahmenbedingungen, die sich an den ganzheitlichen Bedürfnissen der Altenheimbewohner ebenso orientieren wie an den materiell-gegenständlichen Notwendigkeiten, die sich aus der Pflegeprozessplanung ergeben. Stattdessen sehen sich die Pflegekräfte im Spannungsfeld zwischen den ganzheitlichen Bedürfnissen der Altenheimbewohner und dem ökonomischen Reduzierungsrahmen der Pflegearbeit. Wenn Injektions- und Verbandsmaterial nicht wie benötigt zur Verfügung steht oder Arzneimittel von den Pflegekräften nur schwer beschafft werden können - gerade wenn diese der Selbstzahlungspflicht des Altenheimbewohners unterliegen -, beeinträchtigt dies die qualitativ-konstante Verlässlichkeit pflegeprofessionellen Arbeitshandelns entscheidend.

Wieder wird ein Ausschnitt aus dem Interview mit Ilse Rindermann herangezogen, um diese Problemkonstellation mikroanalytisch zu betrachten:

27 Weiterhin habe ich Probleme mit der Verschreibung bei den Ärzten,
28 die ja auch an ihre Kosten gebunden sind und dann teilweise auch sagen: "Nein, das
29 schreibe ich ihnen nicht auf, das geht über meinen Budget." Und dann gibt es auch
30 noch Angehörige, die sagen: „Nee, das ist uns zu teuer.“ & nur ein simples Beispiel
31 dafür (.) Abführmittel. Wir hatten hier in unserem Bereich mal einen Fall (.) da
32 wollten die Angehörigen die Abführmittel nicht bezahlen. Dann haben wir versucht
33 Überzeugungsarbeit zu leisten, dass sie das wirklich brauchte. Was ist denn das für
34 eine Pflege (.) wenn man nicht weiter kommt (-) wenn man nicht arbeiten kann und
1 einem manchmal eben solche Dinge widerfahren (,) und die ärgern einen dann schon.
(Ilse Rindermann, S. 255, 27 – 256, 1)

Die ökonomische Rationalität der Budgetierung und der kostenorientierten Pflege scheint auch von den Medizinprofessionellen nicht zu durchbrechen zu sein. Ilse Rindermann sieht

21 unseren Männern keine Katheter mehr. Wir sollen das selber machen.
(*Frau Stolze, S. 333, 14 – 21*)

Die Krankenschwester Frau Stolze sieht sich in der dilemmatischen Situation, im Rahmen der Behandlungspflege – auf ausdrückliche ärztliche Anordnung, hier durch den behandelnden Urologen – einen Katheter transurethral legen zu müssen, ohne dass ihr das dafür notwendige so genannte Katheterset zur Verfügung steht. Frau Stolze erhält durch die ärztlich statuierte Notwendigkeit der Katheterisierung der Harnblase lediglich den Handlungsauftrag zur Durchführung dieser behandlungspflegerischen Maßnahme. Der Urologe weist die Kostenverantwortung für die materiellen Voraussetzungen zur Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahme von sich. Auch die Leitung des Pflegeanbieters, für den Frau Stolze tätig ist, weist die Kostenverantwortung für das Katheterset zurück. Frau Stolze sucht nun verzweifelt nach Möglichkeitsspielräumen zur Herbeischaffung des Kathetersets. Letztendlich geht sie subversiv mit dieser Situation um: Aufbegehrend delegiert sie die komplette behandlungspflegerische Leistung des Katheterisierens an den behandelnden Hausarzt, der seinerseits die Verantwortung für die Kostenübernahme des Kathetersets zurück weist, da er diese Maßnahme nicht verordnet habe. Der Urologe wiederum, der die behandlungspflegerische Maßnahme des Katheterisierens angeordnet hat, verweist darauf, dass er lediglich die Notwendigkeit des Katheterisierens angeordnet habe, die dazugehörigen personellen und materiellen Leistungen seien jedoch von dieser Verordnung auszuschließen. Letztendlich sind es dann doch entweder die Pflegeanbieter oder die Altenheimbewohner und deren Angehörige, welche die Kosten für das Katheterset zu tragen haben. Damit liegt es dann wieder an der Pflegekraft, dem Hilfebedürftigen und seinen Angehörigen die finanziellen Aufwendungen in ihrer Notwendigkeit zu plausibilisieren. In der Summe lässt sich somit sagen, dass die Konflikte, die aus dem ökonomischen Reduzierungsrahmen, der Budgetierung und dem Arbeiten unter Kostendruck resultieren, auf den Schultern der Pflegekraft ausgetragen werden.

4.4.2.1 Die Paradoxie zwischen Professionalisierungsstreben und ökonomischem Reduzierungsrahmen

Examinierte Pflegekräfte haben mit ihrer Tätigkeit in der stationären Altenpflege den gesellschaftlichen Auftrag zur pflegeprofessionellen Versorgung hilfebedürftiger alter Menschen. Jedoch gestalten sich die Bedingungsrahmen – hier der ökonomische Reduzierungsrahmen – für die Ausübung der Pflegearbeit äußerst problematisch. Die Folge sind systematische Irritationen und Arbeitsschwierigkeiten, welche die Pflegekräfte dann vor paradoxe Handlungsanforderungen stellen.

In diesem Abschnitt wird eine Reihe von Standardproblemen diskutiert, die im Zusammenhang mit der sich zusehends verschärfenden wirtschaftlich-haushalterischen Situation im Kontext der stationären Altenpflege stehen. Die Standardprobleme, die aus dem ökonomischen Reduzierungsrahmen der stationären Pflegearbeit erwachsen – wie fehlende oder unzureichend vorhandene Pflegehilfsmittel, Arbeitsmittel, Heil- und Arzneimittel – erschweren das Handlungsschema der Pflegearbeit sowie die Gestaltung des Arbeitsbogens zum Wohle einer pflegeprofessionellen Fallbearbeitung. Dies führt zu einer Belastung für das professionelle Selbstverständnis und stellt die Orientierungsparadigmen der pflegeprofessionellen Sinnwelt in Frage. Denn die Pflegekräfte sehen sich pflegequalitativen und pflegeprofessionellen Ansprüchen ebenso verpflichtet wie ihrer pflegeprofessionellen ethisch und wissenschaftlich begründeten Sinnwelt. Sie fordern daher für eine professionelle Verrichtung der Pflegeleistungen entsprechende Bedingungsrahmen:

16 Der Träger sieht oftmals auch nur das Ökonomische
17 (,) aber hier unter diesem Dach gibt es Menschen (.) Menschen die gepflegt werden
18 möchten und Menschen die hier arbeiten. Das finde ich wichtig.
(Ilse Rindermann, S.256, 16 – 18)

Ilse Rindermann fokussiert in einer Gegensatzanordnung die Diskrepanzspannung zwischen dem ökonomischen Reduzierungsrahmen einerseits und dem beruflichen Selbstverständnis und der damit verbundenen ethisch-moralischen Grundhaltung andererseits. Ilse Rindermann sieht sich einer dilemmatischen Handlungsanforderung ausgesetzt: Der ökonomische Reduzierungsrahmen steht einer individuell-bedinfnisorientierten pflegeprofessionellen Hinwendung diametral gegenüber.

Auch die Altenpflegerin Karin Naumann begegnet der Tatsache, dass Optimierungspotenziale perspektivisch und zum gesellschaftlichen Wohle nicht besser ausgeschöpft werden, mit Unverständnis:

11 ich kann das nicht verstehen, dass den alten Leuten,
12 die ihr Leben lang gearbeitet haben, dieses Geld verwehrt werden soll (!)
(Frau Naumann, S. 11 – 12)

Ebenso wie Ilse Rindermann in der vorangegangenen Falldarstellung legt auch Karin Naumann ihrem pflegeprofessionellen Engagement ethische Prinzipien zugrunde.

In der pflegeprofessionell-moralischen Grundhaltung einer Pflegekraft herrscht die Vorstellung vom Prinzip der sozialen Gerechtigkeit, dem Prinzip der Unversehrtheit des Menschen einschließlich seiner Seele, seines Geistes und seines Körpers und der damit verbundenen Würde sowie das Fürsorgeprinzip (Bremer-Roth et al. 2005). Die Kosten- und Budgetproblematik und die damit zusammenhängende materielle Unterausstattung stellt insgesamt einen problematischen Rahmen für die pflegeprofessionelle Verrichtung der Altenpflege und die Entfaltung berufsbiografischer Sinnquellen dar. Die daraus resultierenden systematischen Irritationen versetzen die Pflegekräfte in dilemmatische Situationen im Charakter paradoxaler Handlungsanforderungen: So erleben Pflegekräfte die kosten- und budgetorientierte Pflege ihrem sinnquellenassoziierten beruflichen Selbstverständnis als diametral gegenüberstehend. Orientierung und Entscheidungsfindung im altenpflegerischen Arbeitsalltag gestalten sich schwierig, obwohl trotz systematischer Irritationen und trotz Standardproblemen die Quellen für Pflegefehler/Fehlertendenzen umsichtig erkannt und bearbeitet werden müssen.

Das professionalistische Selbstverständnis der Pflegekräfte orientiert sich an tiefer liegenden (berufs-)biografischen Sinnquellen, an einem sich ständig verbessernden Qualifikationsprofil der Pflegekräfte mit Fokus auf ein fortwährendes Professionalisierungsstreben und letztlich auch an den in der Pflegerealität erlebten Rahmenbedingungen zur Umsetzung des pflegeprofessionellen Handlungsschemas in Verbindung mit der Erfolgsevaluation. Gerade in diesem Zusammenhang erleben die Pflegekräfte die eklatante materielle Unterausstattung und den von Budgets und Kostendruck geprägten ökonomischen Reduzierungsrahmen als insgesamt problematische Rahmenbedingung für das Professionalisierungsbestreben im Handlungsschema der Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege. Die Ausführungen der Pflegekräfte lassen deutlich erkennen, dass die verantwortlichen Institutionen ebenso wie die Pflegeanbieter bemüht sind, eine Belastung der eigenen Kostenstelle abzuwenden. So werden der hilfebedürftige alte Mensch mit seinem Pflegehilfsmittelbedarf und letztlich auch die Pflegekraft als Arbeitsbogenkoordinator zu einem prozessierbaren Objekt in Antrags- und Bewilligungsverfahren zur Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln. Dieser Fakt tritt als Barriere für ein fortwährendes Professionalisierungsstreben der Altenpflegearbeit hervor.

4.4.2.2 Das Orientierungsdilemma zwischen der ökonomisch orientierten Organisation der Arbeit und der moralisch-pflegeethischen Grundhaltung der Pflegekräfte

Die rasante Entwicklung medizinischer und pflegerischer Neuerungen – besonders eindrücklich zu erleben auf Pflegemessen, in den Printmedien und einschlägigen Fernsehbeiträgen – formen die Erwartungshaltung einer breiten Masse der Gesellschaft an die soziale Welt der stationären Altenpflege. Dieser ständig wachsenden Anspruchs- und Erwartungshaltung einer immer älter werdenden Gesellschaft gegenüber steht die sich fortlaufend zuspitzende materielle Unterausstattung als Pflegerealität; die eklatante materielle Unterausstattung wird mittlerweile auch zu einem Sicherheitsrisiko in der Arbeitsbogenorganisation und im altenpflegerischen Handeln. Das Qualifikationsprofil der Pflegekräfte hingegen verbessert sich kontinuierlich und die Pflegekräfte entwickeln zunehmend ein professionalistisches Selbstverständnis. Die Pflegeaus- und Weiterbildung bietet immer weiterreichende Möglichkeiten der Fachspezialisierung. Die problematischen materiellen Rahmenbedingungen jedoch verhindern eine handlungspraktische Umsetzung der vielfältigen pflegeprofessionellen Qualifikationsprofile. Die berufliche Motivation und das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte leiden, denn die Berufszufriedenheit hängt vor allem auch vom Erfolg des eigenen pflegeprofessionellen Engagements ab. Kann die Pflegearbeit nicht im Sinne einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung erbracht werden, so sind negative soziale Auswirkungen - wie die allgemeine gesellschaftliche Unzufriedenheit mit der stationären altenpflegerischen Versorgungsleistung - die Folge. Eine weitere Nachwirkung, die mit dieser allgemeinen gesellschaftlichen Unzufriedenheit zusammenhängt, ist die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung des altenpflegerischen Handelns.

Alten- und Pflegeheime sehen sich aus wirtschaftlichem Selbsterhaltungsinteresse zunehmend gedrängt, vorwiegend Pflegebedürftige mit der Pflegestufe II oder III aufzunehmen. Dies bringt - als schwierige strukturelle Bedingung für die Konstitution und Ausgestaltung des Gesamtarbeitsbogens - einschneidende Folgen für die Pflegekräfte mit sich, die berufsgruppenintern bereits von einer „Satt-Sauber-Trocken-Pflege“ sprechen. Die Pflegekräfte sehen sich in einem Orientierungsdilemma zwischen dem gesundheitspolitischen Kosten- und Möglichkeitsrahmen der Pflegestufe, den Budgetzwängen der Ärzte, begrenzten finanziellen Möglichkeitsspielräumen des Pflegeanbieters und letztlich – dies soll nicht unerwähnt bleiben – den begrenzten finanziellen Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Dieses unaufhebbar scheinende Orientierungsdilemma schränkt nicht nur den Handlungs- und Möglichkeitsspielraum bezüglich der Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsbogens ein. Vielmehr wirft die Pressuren zur ökonomischen Rationalität im Handlungsschema der Pflegearbeit zwangsläufig die Frage auf, ob das Handlungsschema der Pflegearbeit unter dem Druck der ökonomischen Rationalität stehend überhaupt ein geeigneter Rahmen für ein moralisch und pflegeethisch korrektes Verhalten bieten könne.⁷³

⁷³ Die Berufsethik spezifiziert – gerade auch zum Zweck der Selbstkontrolle des pflegeprofessionellen Handelns – Werte des pflegeprofessionellen Handlungsschemas und entsprechende moralische Anweisungen für den Pflegeberuf. Die Vorgaben dieser moralischen Anweisungen für den Altenpflegeberuf finden Darlegung in Form einer verbindlichen Anordnung in der so genannten Berufsordnung, die pflegeprofessionelle Verhaltenskodizes definiert (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. 1992). Das Studium der Literatur lässt jedoch eine deutliche Uneinigkeit bezüglich der Definition des Begriffs „Pflegeethik“ erkennen. Dies resultiert letztendlich aus der andauernden Unklarheit der Zuordnung des Altenpflegeberufes - entweder zu den Gesundheitsberufen oder zu den sozialen Berufen (Lay 2004). So fordert Dr. Ruth Schröck die Zuordnung der Pflegeethik zur Medizinethik (vgl. Schröck 1995, S. 319) Auch von Engelhardt (1997) erachtet die Pflegearbeit als Teilgebiet der Medizin und ordnet damit auch die Pflegeethik der Medizinethik zu. Im Zentrum dieser traditionellen Sichtweise stehen Arzt und Pflegeperson, Kranker und Gesellschaft sowie die Bedingungen von Diagnostik,

Die Auswertung des Datenmaterials zeigt die deutliche Tendenz, dass Pflegekräfte zumeist nicht die Möglichkeit haben, sich ihrem moralischen Gewissen entsprechend zu entscheiden. Vielmehr wird der Entscheidungs- und Möglichkeitsrahmen diktiert durch die Festsetzung von Pflegestufen und dem damit vorgegebenen zeitlichem, personellem und finanziellen Rahmen sowie durch das ärztliche Verordnungsbudget und das entsprechend ausgerichtete Behandlungs- und Therapieregime: „Pflegekräfte müssen häufig Entscheidungen ausführen, die von anderen getroffen worden sind, wodurch der Rahmen ihrer eigenen Wahlmöglichkeiten eingeschränkt ist. Pflegekräfte sind Rädchen in einem hochkomplizierten Pflegesystem, das von anderen – meist Nicht-Pflegekundigen wie Wirtschaftswissenschaftlern, Juristen, Politikern usw. – beherrscht wird.“ (Gastmanns 2003, S. 97). Dem Altenpflegeberuf fehlt es diesbezüglich beträchtlich an beruflicher Autonomie. Mit der Abhängigkeit der Pflegearbeit von ökonomischen Rahmenbedingungen ist es für die Pflegekraft schwer, den eigenen Berufskodizes⁷⁴ sowie auch den moralischen Standards der Gesellschaft zu entsprechen. Die Pflegekräfte benötigen mehr gesellschaftliche Anerkennung sowie mehr Autorität, Handlungsfreiheit und Mitentscheidungsmöglichkeit (vgl. Käppeli 1988, S. 26).

Die Autonomie der Pflegekräfte innerhalb des Handlungsschemas der stationären Altenpflege bezieht sich auf das begrenzte Handlungsschema der problem- und ressourcenfokussierten Pflegeprozessplanung sowie auf die entsprechende Durchführungs- und Evaluationsverantwortung und damit zu einem gewissen Anteil auch auf das Krankheitsverlaufskurvenmanagement bzw. der Fallbearbeitung der zu pflegenden Person. Daneben obliegt der Pflegekraft zumeist auch die Verantwortung für die Koordination des interdisziplinären Teams im Gesamtarbeitsbogen. Die Autonomie der Pflegekraft wird aber just in dem Moment beendet, indem ärztliche, politische oder innerbetriebliche Anweisungen sowie rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen das pflegerische Handlungsschema bestimmen:

27 E: Ich würde mir wünschen, dass der Gesetzgeber die
28 Gesetze mal überdenkt und mehr für alte Menschen tut. Ich würde mir wirklich
29 wünschen, das die Gelder so gestaffelt sind, dass für alte Menschen mehr Zeit ist und
30 das man denen mehr Zuwendung geben kann.
(Sandra Oertel, S. 81,27 – 30)

Frau Oertel nimmt eine moralische und gleichzeitig auch ökonomisch fokussierte Beurteilung der gesellschaftlichen Organisationsstrukturen der stationären Altenpflegearbeit vor. So

Therapie und Pflege. Schmidt-Noerr (2001) hingegen erachtet die Pflegeethik der Ethik der sozialen Arbeit zugehörig und formuliert folgende drei Hauptaspekte der Ethik sozialer Arbeit: 1. Die Ethik der Hilfe für den Klienten: Zum beruflichen Selbstverständnis gehören die Förderung der Selbstständigkeit, der Freiheit der Selbstbestimmung sowie die Wahrung der Würde des Klienten und grundsätzlicher Gerechtigkeit, 2. Die Ethik des institutionellen Handelns: Dazu gehören vor allem die Beachtung des Schutzes der Persönlichkeit und des Datenschutzes, 3. Die Ethik des Sozialstaates: Dazu gehört vor allem die kritische Reflexion des Verhältnisses zwischen dem Altenpflegeberuf und der Gesellschaft.

Das Internalisieren eines Berufsethos hängt maßgeblich davon ab, ob das pflegeprofessionsethische Verständnis im berufstypischen Habitus introjiziert worden ist. Oevermann (1981) statuiert die Existenz des „schweigenden Habitus“ und betont, dass die bloße Artikulation und verbale Wiederholung keinesfalls hinreichend sei. Vielmehr muss der Habitus vollständig internalisiert werden.

⁷⁴ Der Berufskodex ermöglicht – grob gesagt – der Pflegekraft leitlinienorientiert die Selbstkontrolle des pflegeprofessionellen Handlungsschemas. So formulieren Berufskodizes beispielsweise Pflichten bezüglich des Handelns der Pflegekraft im Interesse der Rechtsgemeinschaft und auch im Interesse der Pflegebedürftigen. Diese Berufskodizes haben vor allem auch die Funktion, der Gesellschaft die moralische Integrität – hier der Berufsgruppe der Pflegekräfte – zu verdeutlichen. Ein Beruf, der eigene Berufskodizes herausbildet, erfüllt ein wichtiges Kriterium für die Weiterentwicklung zur Profession (Weidner 1995; Lay 2002a, 2002b).

betont sie zum Ende des Interviews zusammenfassend, dass sie sich eine Modifikation der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit zum Wohl des alten Menschen wünschen würde. Frau Oertel fordert eine Reformierung der Budgetrahmen für die Pflegearbeit. Mit der Reformierung der Budgetrahmen – und damit letztlich auch der Zeitrahmen für die Pflegearbeit – solle der Möglichkeitsrahmen für die Pflegearbeit so optimiert werden, dass nicht allein die Hintereinanderschaltung von Pflegetätigkeiten, sondern darüber hinaus auch die zwischenmenschliche und psychosoziale Hinwendung in der Ablauforganisation des Arbeitsalltages der stationären Altenpflege geleistet werden kann (S. 81, 27 – 30).

In der ethischen Reflexion des eigenen Pflegehandelns vor dem Hintergrund gesellschaftlicher, ökonomischer und arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege zeigt sich Frau Oertels Bemühen um aktive Auseinandersetzung mit den Berufskodizes, was als Ausdruck eines professionalistischen Selbstverständnisses verstanden werden kann. Paradoxerweise erlebt Frau Oertel gerade durch diese reflektierte Auseinandersetzung mit moralischen Fragen⁷⁵ und systematischen Irritationen im Handlungsschema der stationären Pflegearbeit ein Orientierungsdilemma zwischen der Dominanz der ökonomischen Orientierung und ihrer pflegeethischen Grundhaltung: Auf der einen Seite geben Berufskodizes und der Berufsethos⁷⁶ als Teil der (berufs-)biografischen Identität eine Orientierung auch für schwierige Situationen vor, in denen das eigene Pflegehandeln überprüft und eventuell geändert werden muss. Auf der anderen Seite begrenzt die Ökonomisierung der Altenpflege den Möglichkeits- und Handlungsrahmen der Pflegekräfte hierfür. Durch die Ökonomisierung der stationären Altenpflege und dem damit verbundenen Kosten- und Rationalisierungsdruck – als Deprofessionalisierungsprozess der stationären Altenpflege unter ethischen Gesichtspunkten – werden die Pflegekräfte von einem Demoralisierungsprozess erfasst:

32 Das würde ich mir dolle
 33 wünschen (!) das die Würde des Menschen wirklich unantastbar ist (!) und die
 34 Menschen so gepflegt werden, wie wir uns das selber auch wünschen. Es müsste
 1 mehr für alte Menschen getan werden und für das Pflegepersonal, die ihren Körper
 2 und ihre Arbeitskraft unendlich ausgelaugt haben (.) ja (!) Also das ist auch das was
 3 mich am meisten ärgert (!) das alte Menschen so ´ne schlechte Lobby haben.
 (Sandra Oertel, S. 81,32 – 82, 3)

Wenn die Pflegekräfte sich der systematischen Irritation bewusst werden, dass eigene – oftmals biografisch tief verwurzelte – pflegeethische Verhaltensmaßstäbe nicht umsetzbar sind, dann kann dies dramatische destruktive Auswirkungen auf das pflegeprofessionelle Selbstverständnis und die berufsbiografische Identität haben. Schlimmstenfalls gerät die Pflegekraft durch einen Prozess des Ausbrennens in eine Verlaufskurve des Berufsversagens, mit weit reichenden Folgen für den Prozess der Berufsidentifikation:

13 Ja (.) und (-) ...
 14 die Mitarbeiter sind nicht mehr so motiviert (-) die Zahl der Krankheiten & oder die

⁷⁵ Die Begriffe „Sittlichkeit“, „Moral“ und „Ethik“ sollen in ihrer Wortbedeutung ineinander übergehend und nicht getrennt voneinander verstanden werden (Pieper 2000)

⁷⁶ In der Literatur ist eine Vielzahl von Formulierungen bezüglich der moralischen Orientierung im Sinne von Berufskodizes für Pflegekräfte existent. Die fünf Grundsätze für die pflegerische Berufsausübung nach Fry (vgl. Frey 1995, S. 26-28) vereinen im Grundtenor: Wohltätigkeit - uneigennützig helfen und Leiden lindern bzw. abwenden, Gerechtigkeit - Pflegeleistungen werden bedürfnisorientiert und in gerechter Weise zugebracht; Autonomie - die Pflegekraft verfügt über einen gewissen Handlungs- und Entscheidungsfreiraum, der selbstbestimmt und unter Ausschöpfung eigener kreativer Emergenzen eigenverantwortlich gestaltet werden kann, Aufrichtigkeit - die Pflegekraft handelt selbstkongruent, empathisch und respektvoll-wertschätzend, Loyalität – Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein als sittliche Forderung.

15 Zahl der Ausfallzeiten erhöht sich & oder hat sich erhöht. Also Durcharbeiten und so
 16 weiter und die haben auch teilweise keine Freude mehr an ihrer Arbeit (.) Das ist so
 17 das Hauptproblem. Die Mitarbeiter sind nicht mehr motiviert. (10) Sie können nicht
 18 schlafen & wir haben viele mit Schlafproblemen ja (✓) weil eben auch dieser Wechsel
 19 von Früh- in den Nachtdienst und wieder in den Spätdienst und die Tage dazwischen
 20 teilweise auch sehr kurz sind. Zwei Tage frei das ist schon das Höchste. Es gibt Leute
 21 (,) da ist es noch schlimmer & Da gibt es nach der Nachtschicht den Ausschlaftag und
 22 dann noch einen Tag frei. Je nachdem, wie uns das Personal zugeteilt wird. (8)
 (Sandra Oertel, S. 78, 13 – 22)

Die von Frau Oertel angeführten motivationalen Schwierigkeiten und die hohen Krankenstände der Mitarbeiter des Pflegeteams können als Indikator für eine suboptimale Umgangsweise mit dem Orientierungsdilemma zwischen der ökonomisch orientierten Organisation der Arbeit und der moralisch-pflegeethischen Grundhaltung der Pflegekräfte betrachtet werden. Frau Oertel stellt aus ihrer Perspektive als Pflegedienstleiterin den Erschöpfungszustand der Mitarbeiter dar. Sie betont, dass die Ausfallzeiten der Mitarbeiter gestiegen seien. Daraus resultiere eine erhöhte Arbeitsbelastung für die noch verbleibenden Pflegekräfte, welche dann „durcharbeiten“ müssten, wie die Informantin sagt (S. 78, 15). Diese Mitarbeiter hätten dann, trotz des Wechseldienstes im Schichtsystem, verhältnismäßig wenig arbeitsfrei. So seien zwei zusammenhängend freie Tage das maximal Mögliche. Auch gäbe es nach absolvierter Nachtschicht zum so genannten „Ausschlaftag“ lediglich einen freien Tag dazu.

Frau Oertel stellt in ihrer Funktion als Pflegedienstleiterin fest, dass ihre Mitarbeiter die Freude am Pflegeberuf verloren hätten (S. 78, 16). Die Erfahrungen von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ausgebranntsein sind hier offensichtlich die Folge suboptimaler Bearbeitungsweisen bezüglich der Verstrickungen in die systematischen Schwierigkeiten der Arbeitsbogengestaltung und hinsichtlich der prozesshaften Kumulation unterschiedlicher Problemkonstellationen („cumulative mess“, Strauss 1985).

Durch permanenten Zeit- und Ressourcenmangel wird die Pflegekraft entmutigt und ist dadurch geneigt, auf eine professionelle Orientierung zu verzichten. Dies lässt die kooperativen Interaktionsgrundlagen zusammenbrechen: Das kollegiale Arbeitsklima und die Beziehung zu den Altenheimbewohnern sind nachhaltig irritiert. Wenn der Vollzug eines pflegeprofessionellen Handlungsschemas nicht mehr möglich erscheint und unmoralische Strategien zur Abwicklung der alltäglichen Pflegeroutine angewendet werden, so hat das nicht nur negative Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegekräften und den Altenheimbewohnern, sondern es impliziert auch die Gefahr des Einsetzens einer systematischen Demoralisierung. Aus der Verwicklung in die dilemmatischen Anforderungen resultiert das Bestreben der Pflegekräfte, sich primär auf das Überleben im desolaten Arbeitsalltag zu konzentrieren. Die Kernprobleme und die Paradoxien des professionellen Handelns geraten nicht mehr in den Blick.

Unglücklicherweise kommt es gerade bei den Pflegekräften zu einer fundamentalen Erschütterung der eigenen berufsbiografischen Identität, die ihre Berufsidentifikation primär über die Bindung an die berufliche Aufgabe vorgenommen haben (Becker et al. 1990). Die ursprüngliche und oftmals sinnquellenassoziierte Vorstellung, zu heilen, zu helfen und Leiden zu lindern, wird im ökonomischen Reduzierungsrahmen und in der zeitlich stark strukturierten Wohnbereichsroutine empfindlich erschüttert. Demoralisierungstendenzen zeigen sich bei der Pflegekraft dann beispielsweise im Abstumpfen gegenüber der Erleidenssituation der Pflegebedürftigen. Dazu soll ein weiterer Interviewausschnitt angeführt werden:

14 also wo de Menschen nicht mehr so geistig rege sind oder wo es eben (k)
 15 wo Dementenwohnbereiche sind (-) wo die Belastungen (k) da sind die
 16 Belastungen viel höher. Und .. wenn das so ist (,) dass ist das wohl auch so (-) dass

17 man irgendwann wohl nicht mehr so richtig kann. Man kann nicht mehr das gleiche
 18 Einfühlungsvermögen zeigen (-) wenn immer der gleiche Satz am Tag zehn Mal
 19 gesprochen wird (.) oder wenn man zehn Mal das Gleiche gefragt wird (´) dann hat
 20 man vielleicht zehn Mal gelacht und auch wenn man weiß (.) was das für ´ne
 21 Erkrankung ist und auch wenn man weiß dass das für denjenigen schlimm ist und das
 22 man das auch selber bekommen kann (-) dass der ´ne bestimmte Pflege und
 23 Zuneigung bekommen muss haben wir auch unsere Grenzen und das ist halt so dass
 24 man dann auch nicht immer so / dass man irgendwann nicht mehr so reagiert (.) wie
 25 man das eigentlich sollte (.) So dass man die Stimme hebt und dass der Tonfall nicht
 26 mehr der ist der er eigentlich sein sollte (-) der einfühlsame ruhige (-) weil man selber
 27 halt irgendwann einfach nicht mehr kann. Und deshalb denke ich auch ist es so (´) dass
 28 wir (k) dass der Altenpfleger einfach mal nach ´ner bestimmten Zeit ´ne Pause
 29 bräuchte (.) So (.) .. und es ist auch wie gesagt ´n Beruf in dem man ... sich weiter
 30 entwickeln kann und in dem man Gutes tun kann (-) sich selbst daran genügen kann
 31 Gutes zu tun (-) .. an dem man sich aber auch .. ahm .. wenn man das jetzt ma so krass
 32 sagen kann (.) als ersten versündigen kann & wenn man nämlich nicht mehr kann und
 33 dann auch nicht mehr so ist wie man sein soll (.) Und deswegen ist so denke ich
 34 für den ein oder anderen ´ne kleine Auszeit nicht verkehrt (!)
 (Heidi Peters, S. 45,14 – 34)

Frau Peters ist so verstrickt in die Arbeitsbelastung der Altenpflege, dass ihr eine offene und verständnisvolle Gefühlsarbeit – hier zu dementen, merkfähigkeits- und orientierungsgestörten Altenheimbewohnern – nicht mehr praktizierbar erscheint. Ein Circulus vitiosus ist in Gang gekommen und verfestigt sich. Frau Peters sieht ihre pflegeprofessionelle Kompetenz, resultierend aus der besonderen Arbeitsbelastung im gerontopsychiatrischen Kontext, erschüttert. Sie erkennt das hier liegende Fehlerpotenzial hinsichtlich ihrer Reaktion auf die Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen umsichtig. Allerdings geht sie keinesfalls umsichtig mit den von ihr identifizierten Fehlerpotenzialen um. Vielmehr stellt sie ihr professionelles Selbstverständnis infrage. Als Folge dieser suboptimalen Umgangsweise mit den hier zitierten systematischen Arbeitsschwierigkeiten und den mit ihnen gesetzten Fehlerpotenzialen sind das berufliche Selbstverständnis von Frau Peters und ihre Identifizierung mit dem Pflegeberuf stark erschüttert worden.

In einer erfolgreichen Berufssozialisation kommt es zur biografischen Identifikation des Professionellen mit der Berufsratio, seiner Profession und deren Werten. Hierbei entwickelt sich die professionelle Identität. Die Pflegekräfte werden aber gerade durch ihre starke Identifizierung mit dem Pflegeberuf und durch die Orientierung an dessen spezifischen Sinnquellen in die unaufhebbaren Grundprobleme des professionellen Handelns im Pflegeberuf verstrickt. Bei nicht-umsichtiger Bearbeitung sind Erfahrungen von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ausgebranntsein, d.h. des Gefangenseins in einer Berufsfalle, die Folgen (Haller 2000; Hölzer 2003; Becker und Meiford 1997,1998; Schmidbauer 2002). Gerade eine starke biografische Berufsidentifikation der Pflegekraft – in diesem Fall die der Frau Peters – kann bei systematischen Schwierigkeiten im späteren Arbeitsablauf dazu führen, dass Burnout-Symptome entstehen (Schmidbauer 1994, 2002; Henze 2004). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass gerade aus der Orientierung auf rationales Problemlösungshandeln eine Entfaltungsdynamik für eine Verlaufskurve des Berufsversagens und damit einhergehend eine kumulierte Unordnung („cumulative mess“ – Strauss et al. 1985) erwachsen kann. So empfindet auch Frau Peters ihre Verstrickung in die systematischen Arbeitsschwierigkeiten in Verbindung mit dem gesamten ökonomischen Reduzierungsrahmen mehr oder weniger als schuldhaft, was ihre pflegeprofessionelle Identität zusätzlich untergräbt und das Auftreten von fallenartigen Ausbrennsituationen noch steigert. Dies wissend tendiert die Altenpflegerin Frau Peters dazu, sich vom Leiden der merkfähigkeits- und orientierungsgestörten demenzkranken Altenheimbewohner abzugrenzen. Frau Peters erkennt aber gleichzeitig das hier liegende Fehlerpotenzial: Sie

betont ihre Sorge vor Fehlern im eigenen pflegerischen Handeln. So befürchtet sie, nicht mehr den richtigen Ton zu finden und sich damit „zu versündigen“ (S. 45,32 – 33). Eine solche emotionale Distanzierung gegenüber der Verlaufskurve des Patienten birgt die Gefahr des Abgleitens in emotionale Abstumpfung als Folge eines langgestreckten Demoralisierungsprozesses.

Zeitlich lang andauernde Perioden unerfüllter berufsbiografischer Planungserwartung haben zur Desillusionierung von Frau Peters geführt. Diese Desillusionierung ist von der Erfahrung der Ernüchterung geprägt: Die andauernde Konfrontation mit den aus dem ökonomischen Reduzierungsrahmen resultierenden systematischen Arbeitsschwierigkeiten und dilemmatischen Handlungsanforderungen bei gleichzeitiger Erkenntnis, dem eigenen berufsbiografischen Selbstverständnis nicht entsprechen zu können, führt Frau Peters direkt in eine tiefe berufsbiografische Sinnkrise bis hin zu tiefgreifenden Zweifeln am beruflichen Selbstverständnis. Dieser berufsbiografische Orientierungsverlust – keine perspektivischen Aussichten auf Durchführung des pflegeprofessionellen Handlungsschemas ohne ökonomische Zwänge – haben Frau Peters demoralisiert. Sie sieht sich außerstande, eigene Ressourcen zu mobilisieren, um die systematischen Irritationen und die mit ihnen gesetzten Fehlerpotenziale zu bearbeiten. Vielmehr fürchtet sie um den völligen Verlust ihrer Handlungsorientierung, sich zu „versündigen“ (S. 45, 31 – 31), wie sie es sagt. Der Wunsch nach einer „Auszeit“ (S. 45, 33 – 34) erscheint somit als finaler Ausdruck einer Demoralisation (vgl. Shibutani 2000, S. 316 – 320) und belegt die tiefe Erschütterung des pflegeprofessionellen Selbstverständnisses und der berufsbiografischen Identität.

4.5 Organisation der Arbeit im interdisziplinären Team

In der pflegeethisch sowie gesundheits-, pflege- und sozialwissenschaftlich begründeten Sinnwelt Altenpflegerischen Handelns sind – wie bereits eingangs in diesem Kapitel angemerkt – die Orientierungstendenzen, gerade bezüglich der Gestaltung des Arbeitsbogens, nicht harmonisch. Bei der Gestaltung des Arbeitsbogens ist eine Vielzahl von Auseinandersetzungsarenen existent. In diesem Abschnitt soll nun mit Hilfe des Konzeptes des Arbeitsbogens („arc of work“, Strauss et al. 1985, Strauss 1991) als einer grundlagentheoretischen Zentralkategorie des symbolischen Interaktionismus die alltägliche Organisation der beruflichen Pflegearbeit und der komplexen Arbeitsabläufe mit besonderem Fokus auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit untersucht werden.

Der Gesamtarbeitsbogen der stationären Altenpflege spannt sich um ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Pflege(fach-)kräften unterschiedlicher Spezialisierungen, Ärzten unterschiedlicher Fachspezialisierungen, Vertretern unterschiedlichster Gesundheits- und Sozialberufe, wie beispielsweise den Wund- und Ernährungsschwestern, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und BetreuerInnen. Daneben sind aber auch Institutionen wie Kranken- und Pflegekassen in den Gesamtarbeitsbogen integriert. Die Pflegekräfte haben nun die schwierige Funktion, die Aufgabenbündel und Handlungsabläufe der einzelnen Akteure des interdisziplinären Teams strukturiert und effektiv zu koordinieren.

In diesem Kapitel sollen insbesondere die sequenzielle Organisation und die sequenziellen Prozessstrukturen der Arbeitsverrichtung respektive der situativ ausgehandelten Arbeitsteilung innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Pflegekräften und anderen am Arbeitsbogen involvierten Medizinprofessionellen und Fachkräften aus dem so genannten paramedizinischen Bereich analytisch betrachtet werden. Wie bereits bei der Darlegung des für die vorliegende Untersuchung geltenden theoretischen Rahmens sowie auch einleitend in diesem Kapitel dargelegt, erfolgt die Analyse des Arbeitsbogens (*arc of work*) auf der Grundlage des Forschungsansatzes von Anselm Strauss (Strauss et al. 1985,

Strauss 1991) zur Erforschung komplexer professioneller Arbeitsabläufe in Dienstleistungsorganisationen und ihrer Inangsetzung und zur Untersuchung kollektiver Veränderungsprozesse durch Umwälzungen der Technologien und der Arbeitsorganisation (Davis, Scase 2000; Corbin, Strauss 1988, Schütze 1984b, 1999).

Die Organisation der von einem Gesamtarbeitsbogen überspannten Arbeitsschritte in der alltäglichen beruflichen Pflegearbeit erfolgt unter der Prämisse, gemeinsam mit den Akteuren des interdisziplinären Teams sowie auch gemeinsam mit dem Altenheimbewohner und dessen Angehörigen eine tragfähige Interaktionsbeziehung zu etablieren, um eine effektive und vorschriftsmäßige Realisierung des Arbeitsbogens sicherzustellen. Im Rahmen der so genannten Artikulationsarbeit prüfen die Pflegekräfte, welche Handlungsspielräume für die Artikulationsarbeit im Rahmen der vororganisierten strukturellen Bedingungsrahmen des Pflegehandelns zur Verfügung stehen. Dazu gehört das verbindliche Aufteilen und Absprechen von Arbeitsaufgaben und Verantwortlichkeiten sowie das Sicherstellen der Wirksamkeit und Funktionsfähigkeit des Arbeitsbogens. Die Koordinations- und Planungsarbeit, also die Aushandlungsprozesse bezüglich der Arbeitsablauforganisation, wird dabei wesentlich gestützt durch die problem- und ressourcenorientierte Pflegeprozessplanung. Die Pflegekraft muss bei der Koordinations- und Planungsarbeit neben den medizinisch-pflegerischen Grundsätzen auch die komplette Lebenssituation des Pflegebedürftigen – also seine biografische Situation, lebensgeschichtliche Besonderheiten, Besonderheiten in der Lebensführung und seine Alltagsroutinen – im Blick haben.

Zu den Aktivitätsdimensionen der Planungs- und Aushandlungsprozesse der singularfallspezifischen Pflege gehört – neben der Planung der pflegeprofessionellen Interventionen und der Explorations- und Informationsarbeit in Bezug auf das sinnvolle Hintereinanderschalten der Pflege- und Behandlungsmaßnahmen (Pflegeprozessplanung) – auch die Auswahl der Spezialisten, um das Pflegeziel zu erreichen. Hierfür hat der Arzt den besten Überblick, insbesondere hinsichtlich der Prognose der Krankheitsverlaufskurve und der Planung entsprechend der jeweiligen Fallproblematik einzelner Altenheimbewohner. Die Pflegekraft wiederum hat die genaue Kenntnis der biografisch verwurzelten Alltagsroutinen und Besonderheiten der einzelnen Pflegebedürftigen.

Aus den Gesprächen mit den Pflegekräften geht jedoch hervor, dass bereits der Versuch der Artikulationsarbeit – also der Aushandlung und Aufteilung der Handlungsbeiträge – sich schwierig gestaltet. Die Interaktionsbeziehungen innerhalb des interdisziplinären Teams sind äußerst voraussetzungsreich: Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass zwischen den Akteuren im interdisziplinären Team nicht immer eine Sinnübereinstimmung hinsichtlich der Beurteilung der spezifischen Fallproblematik des Pflegebedürftigen besteht und in der Planung der jeweiligen Fallbearbeitung vorherrscht. Die Aushandlung und Klärung der Zuständigkeiten – gerade auch im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Arbeitsbogens – führt oftmals zu zentralen Arbeitsproblemen hinsichtlich der Planung und Sicherstellung der Pflege- und Behandlungsmaßnahmen. Diese Problemhorizonte sollen nun im Einzelnen betrachtet werden.

4.5.1 Kooperationsprobleme im interdisziplinären Team

Die Aushandlungsprozesse der Arbeitsteilung und der Verteilung von Zuständigkeiten zwischen den einzelnen interdisziplinären Akteuren (Artikulationsarbeit) stellen ein zentrales Problem in der Organisation des Arbeitsbogens der stationären Altenpflege dar. Die systematischen Irritationen der Pflegekräfte – bezogen auf die Artikulationsarbeit mit dem

Ziel einer durchlaufend konsistenten und bedürfnisorientierten Versorgung des Pflegebedürftigen – beziehen sich dabei auf:

- Streit über die Zuständigkeiten,
- Perspektivendivergenzen in der Einschätzung der Fallproblematik und in der Planung des Behandlungsregimes im interdisziplinär gespannten Arbeitsbogen,
- grundlegende Kommunikationsschwierigkeiten zwischen externen Behandlungsinstanzen und dem Pflegeteam.

Diese hier angeführten Kooperationsprobleme sollen nun unter Bezugnahme auf empirische Belege dargestellt werden.

Die Krankenschwester Katja Herrmann nimmt die Kooperation innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit kritisch in den Blick (S. 150, 29 - 152, 7). Sie hebt gleich zu Beginn dieses Darstellungszusammenhangs im Interview hervor, dass die Ärzte, mit denen sie kooperiere, jeweils unterschiedliche Standpunkte hinsichtlich des Behandlungsregimes vertreten würden. Die Informantin erlebt sich hilflos der ärztlichen Verordnungswillkür ausgesetzt: So würden Ärzte die Verordnungen ihrer Kollegen eilfertig revidieren und in ein ganz anderes Behandlungsregime abändern. Die Informantin fühlt sich hilflos, da sie diesem willkürlichen An- und Absetzen von Verordnungen nicht Einhalt gebieten kann.

29 Verschiedene Ärzte und jeder hat eine andere Meinung () Dann muss
30 man sich dies gefallen lassen und das (-) und der eine ordnet was so an () der nächste
31 Arzt ordnet es wieder ganz anders an () .. Dann schreiben die Ärzte immer häufiger
32 Sachen nicht auf, weil sie sagen, das würde über ihr Kontingent gehen (-)
(Katja, Herrmann, S. 150, 29 – 32)

Aus der Erzählung von Katja Herrmann geht deutlich hervor, dass selbst die Kooperations- und Interaktionsbeziehung der Ärzte untereinander äußerst problematisch gestaltet sein können. Die Artikulationsprobleme der Medizinprofessionellen untereinander gehen damit zu Lasten der durchlaufenden Konsistenz der ärztlichen Behandlung sowie auch der behandlungspflegerischen Versorgung durch die Pflegekräfte. Hinzu kommt die zeitintensive Notwendigkeit des Herbeischaffens von Rezepten und Überweisungsscheinen als systematische Schwierigkeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ärzten:

25 Also wir
26 müssen hinter den Überweisungen (-) hinter der Medizin (-) wir müssen hinter allem
27 hinterher rennen und uns dann teilweise noch Gedanken machen, wie kommt der
28 Bewohner zu dem Arzt und wer geht da mit (!) Jetzt geht´s noch, weil wir „Ein-Euro-
29 Kräfte“ haben, aber wenn wir die nicht mehr haben (-) oder nicht hätten (-) heißt das,
30 es müssen Angehörige oder Betreuer mitgehen. Die „Ein-Euro-Kräfte“ machen so
31 ´ne Art begleitenden Dienst, fahren mit den Leuten mal raus, kaufen mit denen ein (-),
32 das ist so die Arbeit der „Ein-Euro-Kräfte“ (10)
(Sandra Oertel, S. 80, 25 – 32)

Die Tatsache, dass die Pflegekräfte für das Einholen ärztlicher Überweisungsscheine und das Herbeischaffen von Medikamenten selbst verantwortlich sind, wird von Sandra Oertel als eine erhebliche Belastung empfunden, als ein Problem, das arbeitsborganisatorisch nur schwer zu bewältigen ist: Dabei stünden die Pflegekräfte zusätzlich vor der Herausforderung, die Begleitung der Heimbewohner zu Arztbesuchen abzusichern. Die so genannten „Ein-Euro-Kräfte“ seien hierbei eine große Unterstützung. Die Aussagen der Informantin legen den Schluss nahe, dass Angehörige, aber auch BetreuerInnen der pflegebedürftigen Menschen für diese Art des begleitenden Dienstes nur eingeschränkt zu Verfügung stehen. Aus dem hier zitierten Darstellungszusammenhang geht hervor, dass die Pflegekräfte bei der Gestaltung des

Arbeitsbogens und der Betreuung der Pflegebedürftigen insgesamt nur wenig kontinuierliche und verlässliche Unterstützung finden.

Als hartnäckige Schwierigkeit erweist sich auch die interdisziplinäre Interaktions- und Kontraktarbeit zwischen dem Pflorgeteam und den externen Behandlungsinstanzen. Eine zentrale Arbeitsschwierigkeit ist hier das Terminieren ärztlicher Untersuchungen oder ärztlicher Behandlungen. Verbunden mit der terminlichen Planung ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen ist das Herbeischaffen von quartalsgebundenen Überweisungsscheinen eine organisatorische Herausforderung. Die Pflegekräfte sind gehalten, die logistische Planung und Koordinierung der Facharzttermine vorausschauend und entsprechend langfristig im Blick zu haben, um die Funktionsfähigkeit des interdisziplinären Arbeitsbogens und damit die Sicherstellung des Behandlungsregimes zu gewährleisten. Die Auswertung des Datenmaterials hat jedoch gezeigt, dass gerade die quartalsgebundene Gültigkeit so genannter Überweisungsscheine als zentrales bürokratisches Element ein systematisches Arbeitsproblem darstellt. Hierzu soll ein empirischer Beleg aus dem Interview mit Frau Oertel angeführt werden:

29
30
31
32
33
34
1
2
3
Oder
Überweisungsscheine für Ärzte (,) das ist auch noch 'n gutes Beispiel (,)
Angenommen, der Arzt sagt, es soll dann und dann 'n Augenarzttermin gemacht
werden .. und man kriegt ja 'n Augenarzttermin nicht von jetzt auf gleich, das dauert ja
'n paar Wochen (,) dann überschreitet das auch manchmal das Quartal (,) ja (,) dass
dann vergessen wird, für dieses Quartal, für diesen Augenarzttermin auch 'ne
Überweisung zu holen. Und das die, die dann im Dienst stehen entweder erst noch die
Überweisung besorgen müssen oder den Termin absagen müssen, weil keine
Überweisung da ist und die Ärzte ohne Überweisung ja nicht behandeln. (5)
(Sandra Oertel, S.79, 29 – 80, 25)

Die Aussagen der Pflegedienstleiterin Sandra Oertel belegen, dass ein systematisches Arbeitsproblem vor allem darin besteht, die langfristige Terminisierung der Facharzttermine in Einklang zu bringen mit der Herbeischaffung der gültigkeitsbegrenzten Überweisungsscheine, denn bei abgelaufener Gültigkeit eines Überweisungsscheins kann ein langfristig geplanter Arzttermin nicht wahrgenommen werden.

Neben der arbeitsorganisatorischen Herausforderung des Herbeischaffens der Überweisungsscheine ist noch eine weitere Problemebene in der interdisziplinären Interaktions- und Kontraktarbeit zwischen dem Pflorgeteam und den externen Behandlungsinstanzen von Bedeutung: Die Ärzte, die die Pflegebedürftigen im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche betreuen, erwarten von den Pflegekräften die Planungsfähigkeit bezüglich des Hochrechnens des Medikamentenbedarfs für den Pflegebedürftigen, exakt bis zum Zeitpunkt des nächstfolgenden Hausbesuches. Wenn die Medikamente trotz des Bemühens um eine präzise Bedarfskalkulation nicht bis zum nächstfolgenden Hausbesuch ausreichen, so bedeutet das wiederum einen erheblichen organisatorischen Aufwand für die Pflegekräfte: Überweisungsscheine und Termine für ärztliche Konsultationen müssen (um-) organisiert werden; außerdem müssen auch noch die Botengänge zur Apotheke Erledigung finden. Wieder soll ein Ausschnitt aus dem Interview mit der Pflegedienstleiterin Sandra Oertel als empirischer Beleg herangezogen werden, um diese arbeitsorganisatorische Herausforderung der Rezepte und der Medikamente – neben der des Herbeischaffens der so genannten Überweisungsscheine – zu belegen:

15
16
17
18
Und wir sind ja eigentlich auch nicht
dafür da, dann die ganzen Rezepte abzuholen (,) ja (') aber die Ärzte schicken die auch
nicht zu (!) Also müssen wir die abholen und das ist noch zusätzliche Arbeit für uns (.)
die Rezepte zu besorgen.
(Sandra Oertel, S.80, 15 – 18)

Ergebnissichernd fasst Sandra Oertel zusammen:

24

Also die

25 Medikamentenjagd, das ist auch was, was die Mitarbeiter dolle aufregt (.)
(Sandra Oertel, S.80, 24 – 25)

Die Auswertung des Datenmaterials macht insgesamt deutlich, dass – neben der arbeitszeit- und planungsintensiven Herbeischaffung der Überweisungsscheine – auch die Sicherstellung des benötigten Medikamentenvorrats von den Pflegekräften als eine systematische Schwierigkeit bei der Steuerung des interdisziplinären Behandlungsregimes und damit als Belastungsmoment bezüglich der Sequenzierung der einzelnen Arbeitsschritte der Pflegearbeit erlebt wird.

Ein weiteres zentrales Kooperationsproblem innerhalb des interdisziplinären Teams ist der oftmals schlechte oder schlimmstenfalls gar fehlende Informationsfluss zwischen externen Behandlungsinstanzen und dem Pflgeteam in der stationären Altenbetreuung. Zur Veranschaulichung dieses Problemhorizontes soll ein Ausschnitt aus dem Gespräch mit der Krankenschwester Ilse Rindermann angeführt werden:

31

Ich dagegen bin schon froh, wenn jemand der aus dem

32

Krankenhaus kommt dann noch alles entsprechend mitbringt, so dass ich wenigstens

33

einen Krankenhausbefund habe (.), ja (✓) wo ich dann draus erlesen kann (.), was mit

34

dem alten Menschen wirklich los ist. Alle Informationen sollten ja in unserer Akte

1

zusammenlaufen. Aber manche Ärzte weigern sich ja sogar (✓) da was rein

2

zu schreiben. Also schreiben wir das auch schon selber ein, bitten den Arzt dann aber,

3

wenigstens zu unterschreiben. Das ist alles gar nicht so einfach.

(Ilse Rindermann, S. 263, 31 – 263, 3)

Ilse Rindermann beklagt ein Informationsdefizit bezüglich der Übermittlung von behandlungswichtigen Informationen, insbesondere, wenn Pflegebedürftige aus der krankenhausstationären Behandlung rückverlegt werden in die stationäre Altenpflege.

Oftmals fehlen den Pflegekräften wichtige Informationen, die vom Krankenhaus zunächst nur an den behandelnden Arzt übermittelt werden, so dass das Pflegepersonal in Eigenregie zielstrebig und konsequent die Informationsbeschaffung übernehmen muss, z.B. darüber, ob neue Medikamente oder therapeutische Maßnahmen an- oder abgesetzt wurden. Wechseln Pflegebedürftige den Arzt, so muss auch hier die Pflegekraft die Aufgabe der Informationsbeschaffung übernehmen. Durch fehlenden oder unvollständigen Rückfluss von Akten- und Behandlungsinformationen, wie beispielsweise nach einer krankenhausstationären Behandlung zurück an die Altenpflegeeinrichtung, und durch schlechte/fehlende Kommunikation zwischen Medizinprofessionellen und dem Pflgeteam zeitnah zur Entlassung des Pflegebedürftigen aus der krankenhausstationären Behandlung, fällt es den Pflegekräften schwer, eine ordnungsgemäß anschließende Grund- und Behandlungspflege, eingebettet in eine angepasste Pflegeprozessplanung, zu leisten. Die Funktionsfähigkeit des interdisziplinär gespannten Gesamtarbeitsbogens mit dem Ziel einer durchlaufend konsistenten Behandlung ist damit in Gefahr, denn die defizitäre Übermittlung von behandlungswichtigen Informationen zwischen den Akteuren des interdisziplinären Teams erzeugt eine Quelle für Fehler, insbesondere bezüglich der Anpassung der einzelnen Arbeitsschritte im Rahmen der Pflegeprozessplanung. Das bedeutet, solange den Pflegekräften die Entlassungspapiere fehlen, die Auskunft darüber geben, ob sich die Medikation, der Hilfsmittelbedarf oder das Behandlungsregime geändert haben, pflegen sie den Pflegebedürftigen „blind“. Wie aus dem vorweg zitierten Gesprächsausschnitt hervorgeht ist es für die Pflegeplanung sehr wichtig, die diagnostischen Erkenntnisse der krankenhausstationären Behandlung zu kennen, um eine korrekte Pflegeplanung erarbeiten zu

können, die der (möglicherweise veränderten) gesundheitlichen Situation des Pflegebedürftigen angepasst ist.

Ein weiteres zentrales Kooperationsproblem im interdisziplinären Team liegt in der Schwierigkeit der Konstitution des Arbeitsbogens. Die Konstitution des Arbeitsbogens gestaltet sich schwierig bezogen auf die Aushandlung der Zuständigkeiten und Aktivitätsbeiträge zwischen den Pflegekräften und den externen Behandlungsinstanzen bzw. auch zwischen den Medizinprofessionellen. Die nun folgende Textpassage – ein Ausschnitt aus dem Interview mit der Pflegedienstleiterin Sandra Oertel – verdeutlicht diese Problemdimension am Beispiel der Suche nach einem behandelnden Arzt für ein pflegebedürftiges Ehepaar, dass sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus der Fürsorge eines Altenheimes anvertraute:

33 So (.) wir
34 hatten da zwei zur Auswahl (´) und dann hatten wir da auch gleich angerufen, den
1 einen, ob der Arzt dann übernimmt (-) ... „Nein (!) der hatte genug Patienten und aber
2 die Betreuerin hat von vor herein gesagt, sie verlässt sich auf uns, das wir ´n Arzt
3 suchen, der auch verlässlich ist. Das ist für sie wichtig, ihr ist das sonst egal, welcher
4 Arzt das macht. Ja (.) und da hatten wir eben zwei zur Auswahl (.) Und dann hatten
5 wir dann den anderen Hausarzt angesprochen (´) und der hat gesagt, er würde beide
6 übernehmen, er kann aber nicht versprechen den Tag noch zu kommen, wenn die
7 beiden Herrschaften aus dem Krankenhaus kommen. Und für uns war eigentlich sehr
8 sehr wichtig, dass er den Tag noch kommt, und auch noch alles aufschreibt und auch
9 noch mal guckt, was da noch alles zu machen ist. (4)
(Sandra Oertel, S. 71, 33 – 72,9)

Die Aushandlung der Zuständigkeiten und Aktivitätsbeiträge zwischen den Akteuren des interdisziplinären Teams gestaltet sich schwierig. Sandra Oertel erinnert sich im Interview, dass sie zwischen zwei Ärzten habe entscheiden können, wer von beiden als betreuender Arzt für das pflegebedürftige Ehepaar geeigneter sei. Einer der beiden Ärzte, der Erstbefragte, habe zur Auskunft gegeben, dass sein Patientenstamm bereits die maximale Größe erreicht habe und daher die Aufnahme weiterer Patienten in sein Behandlungsregime ausgeschlossen sei. Diese Ablehnung der Zusammenarbeit hat die Pflegekraft massiv unter Druck gesetzt, zumal auch die Betreuerin der Pflegebedürftigen die Aufgabe der Arztauswahl an Sandra Oertel nicht nur delegiert, sondern auch deutlich gemacht hat, dass sie einerseits nicht in diesen Auswahlprozess involviert werden möchte, gleichzeitig aber die Erwartung an die Informantin hat, dass sie die Arztauswahl verantwortungsbewusst vornimmt. Über diesen Textausschnitt wird einmal mehr deutlich, dass Pflegekräfte bei der Einrichtung des Arbeitsbogens bei neu aufgenommenen Pflegebedürftigen sehr auf sich allein gestellt sind. Dieser Eindruck findet Bekräftigung in der Falldarstellung von Sandra Oertel: Nachdem der zuerst angefragte Arzt sich wegen ausgeschöpfter Kapazitäten nicht in der Lage sah, dass aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim übergetretene pflegebedürftige Ehepaar hausärztlich zu versorgen, war Sandra Oertel zunächst froh, dass der zweite angefragte Arzt seinen grundsätzlichen Willen zur Betreuung der Pflegebedürftigen bekundet hatte. Jedoch konnte der Arzt nicht zusichern, wie von Sandra Oertel erbeten, noch am selben Tag mit der hausärztlichen Betreuung zu beginnen. Dadurch ist Sandra Oertel in eine äußerst prekäre Situation versetzt worden. Im Ergebnis dieser Fehlentwicklung hat sich das Pflegeteam um Sandra Oertel gezwungen gesehen, die Versorgung des pflegebedürftigen Ehepaares im Sinne einer „Irgendwie-Bewältigung“ zu übernehmen. In einer Gegenstanordnung kann Sandra Oertel dann jedoch die kooperative Zusammenarbeit mit dem Arzt, der sich zur hausärztlichen Versorgung des pflegebedürftigen Ehepaares bereit erklärt hat, darstellen:

11
12 sei Dank muss ich sagen (.) ist der Hausarzt noch gekommen dann und hat beide

Gott

13 begutachtet (.) also alles was eben damit zusammen hängt (.) und hat aber dann eine
14 „Verbandsschwester“ & Nee „Verbandsschwester“ kann man nicht sagen & Der
15 arbeitet mit noch einem Arzt zusammen (.) oder (-) .. mit so einer Verbandsfirma und
16 da hat der diese Schwester mitgebracht und die hat dann die Verbände alle gemacht.
17 Ich muss sagen, das war wirklich gut & das war erleichternd für alle, denn so eine
18 Aufnahme ist eine Prozedur. Der ist dann mit seiner Schwester gekommen und
19 hat alles aufgenommen und das war gut, dass die Verbandsschwester mit bei war ()
20 weil die uns dann auch unsere Dokumentationsblätter ausgefüllt hat, weil dieser Herr
21 so viele Wunden und Dekubiti hatte (-) dass sehr (.) sehr (.) sehr (.) viel
22 aufgenommen werden musste. Und dieser Arzt muss ich sagen (-) hatte sehr & sehr &
23 sehr viel Verständnis für alles. Der hat sich Zeit gelassen, der hat mit uns alles was wir
24 wissen wollten und was wir aufgeschrieben haben wollten auch eingetragen (-) und hat
25 uns freie Hand gelassen und hat gesagt, dass alles das, was da noch kommt, das sollen
26 wir telefonisch mit ihm abklären
(Sandra Oertel, S. 72, 11 - 26)

Aus dem hier zitierten Textausschnitt geht die Umsichtigkeit und die professionelle Artikulationsarbeit des Arztes hervor, beginnend mit der Aufnahme der hausärztlichen Versorgung des Ehepaars: Der Mediziner übernimmt die sequenzielle Anpassung und Koordination der einzelnen Arbeitsschritte der Fallbearbeitung. In seiner Rolle als Hausarzt übernimmt er umgehend die Arbeitsbogenkoordination bezüglich der medizinischen Grundversorgung sowie auch bezüglich der Behandlungspflege seiner beiden neuen Patienten. So hat der Arzt zunächst selbst die Situation/die Fallproblematik des Ehepaars analysiert und dann umgehend ein für die individuelle Fallproblematik des Ehepaars spezialisiertes Team zusammengestellt. Der Hausarzt als Arbeitsbogenkoordinator vermittelte den Kontakt zu einem auf Wundversorgung spezialisierten Kollegen und dessen so genannter Verbandsschwester. Die Verbandsschwester wird als Spezialistin in das Behandlungsteam und in den interdisziplinär gespannten Arbeitsbogen involviert. Der Arzt schafft es so, eine Art Grundsicherheit im Pflgeteam zu erzeugen. Er gibt dem Pflgeteam unter der Pflegedienstleitung von Frau Oertel als Co-Arbeitsbogenmanagerin auch die Möglichkeit, sich in den Fall und die Umsetzung seiner ärztlichen Empfehlungen einzubringen. Die Basisqualität der Behandlungspflege wird auf diese Weise wesentlich durch die engagierte Arbeitsbogenkoordination des Mediziners abgesichert. Der Hausarzt selbst zeichnet sich dadurch aus, dass er sich als Rat gebender und kooperativer Ansprechpartner für das Pflgeteam zur Verfügung hält. Er gibt dem Pflgeteam die benötigte Lernzeit zur Einarbeitung in die singulär-fallspezifische pflegerische Versorgung des Ehepaars. Dabei betrachtet der Mediziner die Pflegekräfte nicht als Erfüllungsgehilfen seiner hausärztlichen Anordnungen. Vielmehr sieht er die Pflegekräfte als interdisziplinäre Kollegen. Positiv bedeutsam scheint hier, dass die Informantin Sandra Oertel diese Besonderheit der gelungenen und erfolgreichen interdisziplinären Kooperation wahrnimmt, was als Ausdruck ihrer professionellen Grundhaltung verstanden werden kann.

Die Professionalität in der interdisziplinären Zusammenarbeit und in der interdisziplinären Arbeitsbogengestaltung und -koordination dient letztlich dem Zweck der Sicherung der Pflegequalität, dessen sind sich sowohl die Informantin Sandra Oertel wie auch der behandelnde Hausarzt des neu in das Altenheim gezogenen Ehepaars bewusst. So sucht der Hausarzt des Ehepaars auf Bitten der Pflegedienstleiterin Sandra Oertel die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt als Fachspezialisten. Es werden Fehler aufgedeckt, die im vorangegangenen Behandlungsregime verursacht worden sind: Der Hausarzt als Arbeitsbogenkoordinator verpflichtet den Fachspezialisten eines Sanitätshauses für die Tracheostoma-Versorgung. Dieser Fachspezialist stellt fest, dass der Pflegebedürftige unsachgemäß, mit der falschen Kanüle, versorgt worden sei, mit der Folge, dass die Sauerstoffzufuhr durch die falsche Nasenonde nicht wie erforderlich möglich war. Erst durch die optimale interdisziplinäre Kooperation des engagierten Hausarztes mit einem Facharzt

werden die Fehler aus dem vorherigen Behandlungsregime behoben. Der behandelnde Hausarzt schafft es, ein kollegiales Verhältnis im gesamten therapeutischen Team herzustellen. Für die positive Zusammenarbeit zwischen der Informantin und ihrem Pflorgeteam und den involvierten Medizinprofessionellen (Hausarzt und Hals-Nasen-Ohren-Arzt) sowie den paramedizinischen Spezialisten (Spezialist für Tracheostoma-Versorgung aus dem Sanitätshaus und Verbandsschwester) ist von Bedeutung, dass den Pflegekräften Lernzeit eingeräumt worden ist und dass sie in ihrer Lernbereitschaft permanent und fachkompetent unterstützt worden sind. Darüber hinaus ist den Pflegekräften alles an benötigten Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt bzw. rezeptiert worden.

Dass es zur Feststellung der Fehler in der Tracheostoma-Versorgung kam, ist nicht zuletzt auch dem Engagement der Pflegedienstleiterin Sandra Oertel zuzuschreiben, denn sie hilft als Co-Arbeitsbogenmanagerin mit, die Kompetenzträger (Ärzte, Spezialisten vom Sanitätshaus, Verbandsschwester) zu koordinieren. Im Rahmen ihrer Rolle als Co-Arbeitsbogenmanagerin setzt sie auch das Anliegen des Hals-Nasen-Ohren-Arzt durch bezüglich der Behandlungspflege des Tracheostomas, das nunmehr ausschließlich von Pflegekräften durchgeführt wird. Sandra Oertel unterstützt den Hals-Nasen-Ohren-Arzt in seinem Bestreben nach Fehlersuche und -vermeidung in der Tracheostoma-Versorgung. Die Pflegedienstleiterin Sandra Oertel trägt somit aktiv dazu bei, dass eine erfolgreiche und pflegeprofessionelle Behandlung des Pflegebedürftigen sichergestellt wird. Das Bestreben von Sandra Oertel nach Qualitätssicherung in der Pflegearbeit zeigt sich des weiteren darin, dass sie die hier geschilderte Situation der (zunächst fehlerhaften) Tracheostoma-Versorgung als eine Chance zur eigenen Kompetenzerweiterung begreift und darüber hinaus auch Lernprozesse im therapeutischen Team anregt. Ergebnissichernd hält Sandra Oertel im Interview fest, dass sich die hier zitierte Zusammenarbeit im interdisziplinären therapeutischen Team äußerst zufrieden stellend und harmonisch gestaltete. Die exzellente und homöostatische Zusammenarbeit hinsichtlich der Aktivitätsdimensionen der Problemanalyse, der Artikulations-, der Vertrauens- und der Kontraktarbeit fußt auf der weitsichtigen und professionell-engagierten Steuerungskontrolle des Arztes und der umsichtigen pflegeprofessionellen Handlungslogik von Sandra Oertel als Co-Arbeitsbogenmanagerin. Die Probleme, die ursprünglich im Bereich der medizinischen Versorgung bzw. in der Behandlungspflege bestanden hätten, seien gelöst und die Behandlungspflege nunmehr optimal.

4.6 Das Adressatendilemma

Die Pflegekräfte haben – bezogen auf die Sozialkomponente der Konstitution des Arbeitsbogens – die schwierige Aufgabe, die pflegeprofessionelle handlungsschematische Orientierung auf das ganzheitliche Wohl des Pflegebedürftigen auszurichten. Dabei muss – neben der Orientierung auf das medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlungsregime – auch das soziale Beziehungs- und Interaktionsgeflecht des familiären und nahen sozialen Umfeldes der Pflegebedürftigen in der Konstitution des Arbeitsbogens respektive der Planung der Fallbearbeitung Beachtung finden. Gleichzeitig müssen Pflegekräfte über die gesamte Fallbearbeitung hinweg eine professionelle Distanz zur Fallproblematik wahren, um eine persönliche Verstrickung in die Fallproblematik des Pflegebedürftigen zu vermeiden. Das professionalistische Selbstverständnis verlangt von den Pflegekräften, dass sie vorbehaltlos das Wohl der ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen avisieren. Im Kontext der stationären Altenpflege kommt es jedoch nicht selten zwischen Pflegekräften und den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen zu Schwierigkeiten in der Aushandlung, wer die Rolle des „Kunden“ tatsächlich innehat, der Pflegebedürftige oder dessen Angehörige. Dieser Aushandlungsprozess kann sich dauerhaft

schwierig gestalten, sodass sich die Pflegekräfte in der eigentlichen Bearbeitung der Fallproblematik des Pflegebedürftigen massiv eingeschränkt erleben und den Ablauf des Handlungsschemas der Pflegearbeit behindert sehen. So steht die Pflegekraft als Arbeitsbogenkoordinator häufig zwischen den (oftmals unvereinbaren) Handlungsanforderungen der Angehörigen des Pflegebedürftigen und dem pflegebedürftigen Menschen selbst.⁷⁷ Als Beleg soll ein Textausschnitt aus dem Interview mit der Altenpflegerin und Pflegedienstleiterin Frau Naumann herangezogen werden:

16 E: (8) Oder auch
 17 Angehörige, mit denen muss man sich ständig rumstreiten (.) weil die alles anders
 18 sehen (,) als die Bewohner (.)
 19 I: Aha (´)
 20 E: Ja ich sag mal so (,) wir haben Bewohner
 21 hier, die fühlen sich sehr zufrieden und sagen dann aber auch mal „lass mich mal“
 22 oder „ich will das nicht und das nicht“ und die Angehörigen sagen dann um Gottes
 23 willen (!) ((unverständlicher Wortlaut)) „Die Mutter soll nicht rausgeholt werden“
 24 aber wir holen immer alle Bewohner so weit wie es geht raus. Und da hat wir mal ´ne
 25 Angehörige, da haben wir die Bewohnerin jeden Tag schön gewaschen und gemacht und
 26 getan und se mit ´m Liegesessel raus gefahren, so dass se nicht in ihrem Zimmer
 27 vereinsamen und se dann auch mal draußen sitzt bei den anderen (´) und und und.
 28 Aber da gibt es dann wirklich Angehörige die sagen: „Meine Mutter soll das nicht
 29 machen.“
 (*Karin Naumann, S. 100, 16 – 29*)

Die Formulierung der Frau Naumann, sich mit den Angehörigen „ständig rumstreiten“ (S. 100, 17) zu müssen, lässt eine generalisierte Kritik am Verhalten Angehöriger gegenüber den Pflegekräften erkennen. Frau Naumann stimmt mit dieser Formulierung auf die exemplarische Fallschilderung einer konfliktbeladenen Interaktionsbeziehung zu den Angehörigen einer pflegebedürftigen älteren Dame ein. Sie beschreibt tiefgreifende Perspektivendivergenzen zwischen den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen und den Pflegekräften, was Arbeitsschritte der auf Aktivierung und Mobilisierung angelegten Pflegearbeit anbelangt. Wie im hier zitierten Fall deutlich wird, sehen sich die Pflegekräfte einem aktivierenden, mobilisierenden Handlungsschema verpflichtet. So werden gerade immobil gewordene Altenheimbewohner innerhalb einer gezielt strukturierten und ressourcenorientierten Tagesgestaltung so gefördert, dass – wie von der Informantin als Zielstellung artikuliert – noch vorhandene Ressourcen genutzt werden. Diese aktivierende und mobilisierende Pflege hat das Fördern der so genannten Alltagskompetenz zum Ziel. Dazu gehört im pflegeprofessionellen Handlungsschema die Aktivierung und Förderung folgender Kompetenzen: a) der kognitiven Kompetenzen, wie der Orientierungskompetenz, der kommunikativen Kompetenz (indem beispielsweise die Kommunikationsfähigkeit mit anderen Altenheimbewohnern gefördert wird), b) der sozialen Kompetenz, wie dem Entgegenwirken von Rückzugs- und Isolationstendenzen und c) der sensomotorischen Kompetenz, wie dem Fördern der Bewegungsfähigkeit und des Körpergefühls. So betont auch

⁷⁷ Fritz Schütze bezeichnet diese Aufgabe als „Doppelaufgabe“ und statuiert folgende Problemkomplexe als paradoxe Handlungsanforderung: a) die Aufdeckung der unterschiedlichen Interessen und Perspektiven der Angehörigen und des Pflegebedürftigen, b) die Aushandlung und Klärung, wer in der eigentlichen Rolle des „Kunden“ oder „Klienten“ ist, und c) eigenfokussierte Wünsche des Pflegebedürftigen (auch wenn diese realitätsfern scheinen. (vgl. Schütze, 1991, S. 105 – 112) Gerade die Definitionsarbeit, wer in der Rolle des „Kunden“ oder „Klienten“ ist, gestaltet sich in den Alten- und Pflegeheimen zunehmend schwieriger, nämlich vor allem dann, wenn Angehörige in die Zuzahlungs- oder gar Zahlungspflicht für die Pflegeleistungen genommen werden, wenn Angehörige die Vormundschaft (im Sinne des Betreuungsgesetzes) haben oder aber wenn die Interessen der Angehörigen mit denen der staatlichen Betreuer kollidieren. Dies ist besonders problematisch, wenn sich die eigentliche zentrale Figur – der Pflegebedürftige – zu seinen Wünschen und Bedürfnissen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr artikulieren kann.

Frau Naumann im Interview, dass sie unter Verwendung spezieller Pflegehilfsmittel – in diesem Fall ein Liegesessel – auch bettlägerigen, immobilen Pflegebedürftigen ressourcenorientiert eine räumliche, soziale und kognitive Abwechslung innerhalb der Wohnbereichs- und Pflegeroutine verschaffen möchte. Derartige pflegerische Interventionen erwachsen aus dem engagierten professionellen Verständnis der Pflegekräfte für die singulär-fallspezifische Situation der Pflegebedürftigen – und für die schlimmstenfalls erwartbaren Folgeerkrankungen bei Unterlassung singulär-fallspezifischer und ressourcenorientierter Aktivierung. Statt einer Würdigung ihres engagierten Berufshandelns erntet die Pflegekraft in einzelnen Fällen von den Angehörigen der Pflegebedürftigen Kritik, bis hin zur Bitte um Unterlassung des pflegerischen Engagements – im hier zitierten empirischen Beleg die Bitte der Angehörigen, die Mobilisation der pflegebedürftigen alten Mutter über das Pflegehilfsmittel des Liegesessels zu unterlassen.

Wie das Beispiel der als Pflegedienstleiterin tätigen Altenpflegerin Frau Naumann verdeutlicht, erleben Pflegekräfte die Interaktionsarbeit mit den Angehörigen der pflegebedürftigen Altenheimbewohner als Unteraktivität der Kontraktarbeit gerade dann als schwierig, wenn sich die Pflegekräfte in der freien Ausgestaltung des Arbeitsbogens der auf Aktivierung und Mobilisierung ausgerichteten Pflegearbeit behindert und bevormundet sehen. Hier liegt das Adressatendilemma: Die pflegeprofessionelle handlungsschematische Orientierung der Pflegekräfte ist einerseits mit dem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Behandlungsregime verknüpft, andererseits auch mit dem sozialen Beziehungs- und Interaktionsgeflecht des familiären und nahen sozialen Umfeldes der Pflegebedürftigen. Damit nimmt die so genannte Angehörigenarbeit in der Konstitution des Arbeitsbogens und in der Planung der Fallbearbeitung einen zentralen Platz ein. Misslingen die Aushandlungsprozesse zwischen den Angehörigen der Pflegebedürftigen und den Pflegekräften bezüglich der Bearbeitung der Fallproblematik des Pflegebedürftigen, kann daraus eine systematische Arbeitsschwierigkeit erwachsen. Wenn die Angehörigen nicht bereit sind, sich auf eine konstruktive Kooperationsbeziehung mit den Pflegekräften einzulassen und ihre Vorstellungen von der pflegerischen Versorgung ihrer Angehörigen mit aller Macht durchzusetzen versuchen, dann gefährdet dies schlimmstenfalls die Sicherstellung und die Aufrechterhaltung pflegeprofessionell geplanter Maßnahmen; die pflegeprofessionelle Fallbearbeitung wird massiv behindert und schlimmstenfalls sogar blockiert.

Die Pflegekräfte stehen in solchen Fällen zwischen den (oftmals unvereinbaren) Handlungsanforderungen der Angehörigen des Pflegebedürftigen und dem pflegebedürftigen Menschen selbst. Wenn die Pflegekraft beim Versuch, das Adressatendilemma aufzulösen, schlimmstenfalls die professionelle Distanz verliert, wächst damit die Gefahr des Zusammenbrechens der moralischen Reziprozitätsgrundlage der Interaktion innerhalb des Arbeitsbogens – gerade bezüglich der problematischen Artikulationsarbeit – zwischen den Angehörigen der pflegebedürftigen Altenheimbewohner und den Pflegekräften. Der Versuch, das Adressatendilemmas zu bewältigen, kann aber auch – in Verschränkung mit den schwierigen Aushandlungsprozessen zwischen den Angehörigen der Altenheimbewohner und den Pflegekräften – zum Verlust der professionellen Distanz und damit zu einer Verstrickung der Pflegekraft in die Krankheitsverlaufskurve und die Leidensgeschichte Pflegebedürftiger führen. Diese Problemdimension soll im folgenden Abschnitt eingehender Betrachtung finden.

4.7 Die Verstrickung von Pflegekräften in die Leidensgeschichte von Pflegebedürftigen und die Folgen der suboptimalen Umgangsweise mit dieser Belastungssituation

Pflegekräfte haben, verbunden mit ihrer pflegeprofessionellen und handlungsschematischen Orientierung, auch die Aufgabe, das soziale Beziehungs- und Interaktionsgeflecht des familiären und nahen sozialen Umfeldes der Pflegebedürftigen bei der Konstitution des Arbeitsbogens – bezogen auf die Sozialkomponente des Arbeitsbogens – im Blick zu haben. Gleichzeitig sollen sich die Pflegekräfte über die gesamte Fallbearbeitung, den gesamten Pflegeprozess hinweg um die Einhaltung einer professionellen Distanz bemühen, um eine persönliche Verstrickung in die Leidensgeschichte des Pflegebedürftigen zu vermeiden.

In diesem Abschnitt wird – der besseren Eindrucksbildung wegen – eine Falldarstellung aus dem Interview mit der Krankenschwester Katja Herrmann als Beleg herangezogen, um die Verstrickung eines ganzen Pflorgeteams in die Krankheitsverlaufskurve und Leidensgeschichte eines schwerkranken Tumorpatienten darzustellen, in Verschränkung mit den schwierigen Aushandlungsprozessen mit dessen Ehefrau, die gleichzeitig seine behandelnde Hausärztin ist. Als das Pflorgeteam die Kollision der eigenen pflegeprofessionellen Interessen mit den Perspektiven der Ehefrau erkennt, kommt es zu einer Verstrickung der Pflegekräfte in die Leidensgeschichte dieses pflegebedürftigen tumorkranken Mannes und die Interessen und Perspektiven von dessen Ehefrau. Die Krankenschwester und Praxisanleiterin Katja Herrmann exponiert im Interview die immense psychische Belastung, die aus der problematischen Verstrickung des Pflorgeteams in die Verlaufskurvennot eines Pflegebedürftigen resultiert. Sie führt aus, einige Zeit vor dem Interview einen pflegebedürftigen Mann mittleren Alters auf der Pflegestation aufgenommen zu haben, der an einem Gehirntumor gelitten habe. Hier wird bereits die erste Ebene der problematischen Fallverstrickung auffällig: Ein Mann mittleren Alters passt nicht in die erwartbare Altersstruktur eines Alten- und Pflegeheimes. Das Besondere an diesem Fall war auch, dass die Ehefrau des Pflegebedürftigen gleichzeitig dessen Hausärztin gewesen sei, so erinnert sich Katja Herrmann. Zum Zweck der Verständigungssicherung umreißt sie in der Interviewdarstellung kurz die Leidensgeschichte dieses jungen pflegebedürftigen Mannes: Er sei, bevor er Aufnahme im Pflegeheim fand, in krankenhausstationärer Behandlung gewesen. Dort hätten diagnostische Maßnahmen einen Gehirntumor mit infauster Prognose ergeben. Daraufhin sei von Mitarbeitern des Krankenhauses angeraten worden zu überlegen, ob der Patient die wenige noch verbleibende Lebenszeit zu Hause verbringen oder sich zur Versorgung einem Pflegeheim anvertrauen wolle. Als der Tumorkranke dann auf die Pflegestation von Katja Herrmann kam, habe er – wenn auch nur in geringem Umfang – noch verbal kommunizieren und Gesagtes kognitiv verarbeiten können. Zudem habe er noch im Rollstuhl bewegt werden und selbstständig Nahrung zu sich nehmen können. Sein Zustand habe sich dann jedoch zusehends verschlechtert, so die Informantin. Die Informantin macht deutlich, wie hilflos sie der Situation gegenüberstand, einen sterbenden Menschen zu pflegen, der nicht wegen seiner Altersschwäche am hochbetagten Lebensende stirbt, sondern aufgrund einer Krebserkrankung. Die Informantin spricht von ihm als „junger Mensch“ (S. 143, 9), da er in ihrer Wahrnehmung nicht in die erwartbare Altersstruktur eines Alten- und Pflegeheimes passt.

Katja Herrmann deutet an, dass sie und das gesamte Pflorgeteam in die Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen hineingezogen worden sind. Es kommt zu einer engen Verflechtung der Verlaufskurvennot des tumorkranken Pflegebedürftigen mit dem Stationsmilieu und den persönlichen Sichtweisen der Mitarbeiter des Pflorgeteams. Insbesondere das Verhalten der Ehefrau als Angehörige und Hausärztin wird vom Pflorgeteam als unangemessen bewertet und derart mit dem Stationsmilieu verflochten, dass der Prozess des Hineingezogenwerdens der Pflegekräfte in die Verlaufskurvennot des Tumorkranken eine neue Dynamik bekommt.

Die Ehefrau ist von den Mitarbeitern des Pflorgeteams zum einen als Angehörige zu sehen, gleichzeitig stellt sie als behandelnde Ärztin eine Instanz dar. Die moralischen Erwartungen der Pflegekräfte an das verantwortliche Handeln der Ehefrau und gleichzeitig betreuenden Ärztin werden jedoch empfindlich erschüttert. Das sich engagierende Pflegepersonal muss

aushalten, dass das private Umfeld des Tumorkranken „nicht so schön“ gewesen sei (S. 143, 13). Katja Herrmann betont: „Das war nicht so, wie man sich das eigentlich vorstellt. (6)“ (S. 143, 13-14). Sie spricht hier in der dritten Person („man“), was darauf schließen lässt, dass sie vermutet, dass ihre eigenen moralischen Maßstäbe auch bei einem großen Teil der Gesellschaft Gültigkeit besitzen. Hier wird eine weitere Ebene der problematischen Fallverstrickung deutlich, denn insbesondere die internalisierten Moral- und Wertvorstellungen der Pflegekräfte tragen zu der Verstrickung des Pflegeteams in die Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen bei. In der Wahrnehmung der Pflegekräfte scheint das Verhalten der Ehefrau und betreuenden Ärztin dem tumorkranken Ehemann gegenüber moralisch nicht vertretbar. Die Informantin rekapituliert nach einer sechssekündigen Sprechpause in zwei thematisch getrennten Hintergrundserklärungen, wie es zur Verstrickung des Pflegeteams in die Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen kam. Zunächst beschreibt sie in einer Hintergrundserklärung das problematische Verhalten der Ehefrau gegenüber ihrem schwerkranken Ehemann aus partnerschaftlicher, nichtmedizinischer Sicht (S. 143, 14 – 143, 30). Katja Herrmann erinnert, dass die zwischenmenschliche und medizinische Fürsorge der Ehefrau ihrem Ehemann gegenüber zu wünschen übrig ließ. Die Informantin erinnert die Ehefrau zudem als eine sehr distanzierte, gefühlskalte und hochmütige Frau. Diese habe zeitnah zum Hereinbrechen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in das Leben ihres Ehemannes eine partnerschaftliche Beziehung zum besten Freund ihres Ehemannes etabliert. Katja Herrmann spricht nun sehr leise, als sie fortfährt zu erzählen, dass die Ehefrau die Grenzen der Pietät deutlich überschritten habe, als sie in dieser neuen partnerschaftlichen Konstellation ihrem schwerkranken Ehemann zur Besuchszeit gegenüber trat. Katja Herrmann kündigt im Fortgang des Interviews an, dass die Probleme auf der Beziehungsebene zwischen den Pflegekräften und der Ehefrau des Pflegebedürftigen auf mehreren Ebenen Ausbreitung fanden. Begründet in ihrer emotionalen Involviertheit sieht sich die Informantin im Detaillierungszwang, das moralisch verwerfliche Verhalten der Ehefrau ihrem Ehemann gegenüber zu beschreiben, um dann im Anschluss daran das Verhältnis der Ehefrau als Medizinprofiessionelle gegenüber ihrem tumorkranken Ehemann zu beschreiben. Die Informantin kritisiert, dass die Ehefrau sich nicht der moralischen Erwartung ihres sozialen Umfeldes bewusst schien. Sie kritisiert die Lebenshaltung der Ehefrau und Ärztin, die sich an der Verlaufskurvennot ihres Mannes nicht emotional beteiligte, sondern vielmehr davon unberührt ihrer eigenen biografischen Perspektive und der neuen Partnerschaft Bedeutung und Priorität beimaß. Der schwerkranke Ehemann schien nunmehr – in der Wahrnehmung der Informantin – lediglich eine randständige Position im Leben seiner Ehefrau einzunehmen. Katja Herrmann lässt deutlich erkennen, dass sie trotz ihrer eigenen hohen moralischen Ansprüche in bestimmten Situationen Toleranzspielräume für die moralischen Verfehlungen anderer vorhalten kann. Sie betont, dass sie von der Ehefrau des Pflegebedürftigen mehr Respekt und Rücksichtnahme ihrem Ehemann gegenüber erwartet habe, statt mit dessen bestem Freund die Zerrüttung der ehelichen Normalität (zusätzlich zu der biografischen Brucherfahrung der infausten Prognose) zu betonen. Die eheliche Normalität wurde für den schwerkranken, pflegebedürftigen Mann doppelt erschüttert: Zum einen, da ihn die Krankheit nicht nur plötzlich aus dem familiären Alltagsleben gerissen hat, sondern sie droht sogar, ihn gänzlich aus dem Leben zu reißen, und zum anderen, weil die Diagnose Krebs nicht für beide Ehepartner von gleicher Bedeutung scheint. Die Informantin zeigt sich entsetzt darüber, dass die Ehefrau der dramatischen Krankheitsverlaufskurve und der damit zusammenhängenden ungünstigen Prognose ihres Mannes derart emotional unbeteiligt gegenübersteht. In der Wahrnehmung der Informantin habe die Ehefrau ihre biografische Planung ausschließlich an ihren eigenen Bedürfnissen, nicht aber an denen ihres Mannes orientiert. Die Haltung der Ehefrau des Pflegebedürftigen kollidiert massiv mit der internalisierten moralischen Haltung der Informantin.

In einem Einschub (S. 143, 23 – 26) beschreibt Katja Herrmann die tiefe zwischenmenschliche Beziehung des Pflegepersonals zu dem tumorkranken Pflegebedürftigen und die daraus resultierende persönliche emotionale Fallverstrickung der Pflegekräfte in die Krankheitsverlaufskurve des tumorkranken Pflegebedürftigen. Der Patient sei den Pflegekräften noch aus seinen gesunden Tagen als sympathischer und intelligenter, als liebenswerter Mensch in Erinnerung gewesen. Der Tumorpatient habe seiner Frau über mehrere Jahre Rückhalt geboten, insbesondere in Form hauswirtschaftlicher Unterstützung und durch die Betreuung der Kinder, so dass der Ehefrau der Abschluss des Medizinstudiums möglich geworden sei. In einer Ergebnissicherung (S. 143, 26 – 27) fasst die Informantin im Plural zusammen, dass es gerade der Widerspruch zwischen der moralischen Integrität der Mitarbeiter im Pflegeteam und der moralischen Verwahrlosung der Ehefrau ist, der für die Mitarbeiter im Pflegeteam zu einer hohen psychischen Belastung wird, weil sie das Verhalten der Ehefrau nicht verstehen. Die Informantin führt einen Beleg an (S. 143, 27 - 30), um das Verhalten der Ehefrau zu beschreiben, das in der Wahrnehmung der Informantin nahezu bizarre Formen anzunehmen scheint: Während ihr Mann an das Pflegebett gefesselt gewesen sei, habe die Ehefrau per kurzem Telefonat zwar den Zustand ihres Mannes erfragt, dabei allerdings kein Gefühl für die Situation des Mannes bzw. Mitgefühl gezeigt, denn sie habe während dieses Telefonates ihr Verweilen an einem Urlaubsort betont und so mit ihrer im Urlaub gelebten Normalität unpassenderweise das Telefonat mit dem Pflegeteam gerahmt. Zurück auf der Haupterzähllinie (S. 143, 30) erinnert die Informantin das massive Leiden, dem der tumorkranke Pflegebedürftige ausgesetzt gewesen sei. Es sei aus der Sicht des Pflegeteams nur schwer zu ertragen gewesen, dass der Tumorpatient nicht nur der immensen psychischen Belastung ausgesetzt gewesen sei, sondern auch noch massive Schmerzen auszuhalten gehabt habe. Die Informantin erinnert das Ausmaß der Schmerzen des Pflegebedürftigen: Die Schmerzäußerungen des Pflegebedürftigen seien auf der gesamten Station akustisch wahrnehmbar gewesen.

In der nächstfolgenden Erzähldetaillierung (S. 143, 34 – 144, 11) beschreibt die Informantin nun das aus ihrer Sicht problematische, unfürsorgliche und emotional distanzierte Verhalten der Ehefrau in ihrer Rolle als behandelnde Hausärztin ihrem tumorerkrankten Ehemann gegenüber. Das Pflegeteam habe sich die Mitarbeit der Medizinerin in der palliativpflegerischen Betreuung des Tumorpatienten regelrecht erkämpfen müssen. Die Informantin beschreibt hier vor allem die unzureichende Schmerztherapie der Medizinerin ihrem Ehemann gegenüber. Katja Herrmann beklagt, dass die Medizinerin keine schmerzreduzierenden Maßnahmen eingeleitet habe (S. 143, 34 – 144, 1). Erst als sie der Medizinerin gegenüber deutlichen Protest formuliert und im Zusammenschluss mit dem Pflegeteam die Handlungsaktivität der Ärztin eingefordert habe, habe diese das so dringend gebrauchte Schmerzmittel rezeptiert. Die Informantin kündigt allerdings an, dass damit der Kampf des Pflegeteams um Schmerzbekämpfung noch nicht gewonnen war. Die Ärztin habe die niedrigste mögliche Dosis verordnet (S. 144, 6 - 8). Das Pflegeteam habe daraufhin nachdrücklich an die Ärztin appelliert, die Bemessung der Schmerzmittel sei nicht an der Minimalgrenze der möglichen Dosierung, sondern am massiven Ausmaß des Leidens des Pflegebedürftigen, vor dem Hintergrund der Erfordernisse einer Palliativpflege, zu orientieren.

Katja Herrmann nimmt Bezug auf die Person des Tumorkranken selbst. Sie beschreibt ihn mit den Attributen „groß“, „stattlich“, „schmuck“ und fügt an, dass er den Beruf des Architekten ausgeübt habe (S. 144, 11 - 12). Das Pflegeteam hatte bereits Bekanntschaft mit dem nunmehr Pflegebedürftigen gemacht, als dieser – damals noch gesund – seine Frau bei Hausbesuchen auf der Station der Informantin begleitete. Eine Mitarbeiterin des Pflegeteams habe sogar seine berufliche Fachkompetenz bei der Konzeption ihres Eigenheimes schätzen gelernt. Aus dieser kurzen Bekanntschaft sei eine zwischenmenschliche Beziehung zum Architekten und

Ehemann der stationsbetreuenden Ärztin erwachsen (S. 144, 15 - 16). Und gerade diese Beziehung, auch wenn sie nach Aussagen der Informantin nur „schwach“ gewesen sei, scheint deutlich dazu beigetragen zu haben, dass die Pflegekräfte in die Krankheitsverlaufskurve dieses Mannes verstrickt worden sind. Sie wurden damit konfrontiert, dass ein einstmals gesunder, lebenswürdiger, attraktiver und beruflich etablierter Mann mittleren Alters nun tumorkrank als Pflegefall versorgt werden muss und dass darüber hinaus seine infauste Prognose nicht in die Erwartungsstruktur eines Alten- und Pflegeheimes passt. Auf der Suche nach einer Form der Bewältigung dieser Situation stellen sich der Informantin Sinnfragen, Fragen nach dem „Warum“ seines Leidens. Offenbar scheint die Informantin aus dem eigenen Unvermögen heraus, diese Frage beantworten zu können, dem Aspekt große Gewichtung beizumessen, dass er in den Händen ihres Pflgeteams versorgt wird. Die Informantin scheint bei all dieser emotionalen Belastung Trost in der Tatsache zu finden, dass sie, gemeinsam mit ihrem Pflgeteam, aktiv einen Beitrag zur Verbesserung der prekären Situation des Pflegebedürftigen leisten kann.

Die Situation spitzt sich jedoch in ihrer Dramatik zu, wenn die Pflegeeinrichtung keine professionellen Bewältigungsmöglichkeiten, wie beispielsweise Supervision, anbietet. Dem Wunsch des Pflgeteams nach Entlastungsarbeit wurde seitens der Einrichtungsleitung nicht entsprochen (S. 144, 24 - 25). Abgrenzungsmechanismen zum Leid des Pflegebedürftigen scheinen somit weder existent, noch etablierungsfähig gewesen zu sein. Die fehlende Aufarbeitung dieses Falls hat als Konsequenz zur psychischen Erschöpfung im Pflgeteam geführt. Einzelne Mitarbeiter hätten deutliche Symptome psychischer Erschöpfung gezeigt (S. 144, 25 - 26).

Wie sehr die Informantin selbst unter der fehlenden Aufarbeitung dieser Pflegesituation leidet, wird deutlich, als sie wiederholt die beiden Hauptthemen der Belastungssituation in den Fokus rückt: Zum einen die Tatsache, dass die Ehefrau des Kranken weder dieser Rolle, noch den Erwartungen als behandelnde Ärztin gerecht geworden sei; zum anderen die für die Informantin nicht zu beantwortende Sinnfrage, warum ein junger und als angenehm erlebter Mensch mitten aus dem Leben gerissen wird.

Die Bewältigung der Pflegesituation wurde durch weitere Aspekte erschwert. So habe das Pflegepersonal nicht gewusst, in welchem Bewusstheitskontext⁷⁸ (Glaser, Strauss 1974) die Interaktionen mit dem Schwerkranken stattfinden sollten (S. 145, 2 - 4). Außerdem scheiterten alle hinwendungs- und aufopferungsvollen Bemühungen der Pflegekräfte, die Nahrungszufuhr des Schwerkranken sicherzustellen (S. 145, 4 - 10). Dieser Fall hat also besondere Anforderungen an die psychische Belastungsfähigkeit der Pflegekräfte gestellt.

⁷⁸ B. G. Glaser und A. Strauss (1974) haben sich insbesondere mit der Interaktion zwischen sterbenden Patienten und dem Krankenhauspersonal beschäftigt. Die facettenreichen Interaktionsformen werden als unterschiedliche Bewusstheitskontexte differenziert, welche die Informiertheit, Aufgeschlossenheit und Annahme der infausten Prognose durch den Patienten und auch durch das medizinische Fachpersonal beschreiben.

B. G. Glaser und A. Strauss unterscheiden zwischen dem geschlossenen Bewusstheitskontext, dem argwöhnischen Bewusstheitskontext, dem Bewusstheitskontext der wechselseitigen Täuschung sowie dem offenen Bewusstheitskontext. Charakteristisch für den geschlossenen Bewusstheitskontext ist die vollständige Ahnungslosigkeit des Patienten bezüglich seines Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Lebensperspektive. Für den argwöhnischen Bewusstheitskontext charakteristisch ist die Verdachtshaltung des Patienten, seinen gesundheitlichen Zustand betreffend. Die Patienten glauben, nicht über den wahren, desaströsen Zustand ihrer Gesundheit informiert worden zu sein. Sie vermuten sogar, vorsätzlich desinformiert worden zu sein. Die Adressaten des Argwohns des Patienten sind unter anderem die Medizinprofessionellen. Der Bewusstheitskontext der wechselseitigen Täuschung zeichnet sich dadurch aus, dass sowohl das medizinische Fachpersonal als auch der Patient vollständig über den gesundheitlichen Zustand des Patienten, einschließlich dessen Prognose, informiert sind, aber keiner der beteiligten Interaktionspartner seine Informiertheit gegenüber dem anderen Interaktionspartner eingesteht. Als offenen Bewusstheitskontext beschreiben B.C. Glaser und A. Strauss die vollständige Informiertheit aller Beteiligten über Prognose und Gesundheitszustand des Patienten sowie den offenen Umgang aller Beteiligten miteinander.

Angesichts dessen hat das Pflegeteam eine Würdigung dieser besonderen Belastungssituation vermisst. Diese implizite Schuldzuweisung wird von der Informantin nicht adressiert. Ihre Aussagen legen jedoch nahe, dass diese besondere Belastungssituation für das Pflegeteam seitens des Pflegeanbieters sowie auch seitens der Ehefrau/behandelnden Hausärztin des Tumorkranken nicht nur negiert worden sind, sondern dass das Pflegeteam darüber hinaus noch zusätzlichem Druck ausgesetzt worden ist (S. 145, 34 – S146, 3). Katja Herrmann beklagt aber nicht nur die fehlende Unterstützung bei der Bewältigung des persönlichen Belastungserlebens. Sie beklagt auch, dass das große Bedürfnis nach einer Fallaufarbeitung sowie nach einer kommunikativen Auseinandersetzung hinsichtlich dieser psychischen Belastungssituation trotz offensichtlich vorhandener Ressourcen – in Person der betreuenden Neurologin und der Psychologin der Pflegeeinrichtung – keine Unterstützung erfahren hat. Die gezielte Suche nach wirksamer Aufarbeitung der Ereignisverstrickungen beweist hier die Offenheit der Pflegekräfte für Wandlungsprozesse.

Diese Erlebnisschilderung der Informantin lässt den Schluss zu, dass zwischen der Einrichtungsleitung und den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung eine asymmetrische Kommunikation vorherrschend ist und dass es deshalb nicht möglich wurde, die Bedürfnisse des Pflegeteams nach eingehender Reflexion des Erlebten zu kommunizieren. Die Leitung der Einrichtung scheint aber auch nicht in der Lage gewesen zu sein, die Bedürfnisse der Mitarbeiter aus der Gesamtsituation heraus zu erschließen. Die dafür notwendige Kompetenz der Perspektivenübernahme scheint in der Leitungsebene vollständig gefehlt zu haben. Die Informantin spezifiziert die Art der helfenden Gespräche, die sie vermisst hat. Zum einen hätte sie gerne Gespräche zur Affektabfuhr gehabt, aber auch Gespräche als eine Plattform, um konstruktive Kritik anzubringen. Darüber hinaus suchte sie nach gezielter Anleitung, wie eine eigene Abgrenzung vom Leiden des Patienten gelingen kann. Sie habe sich sehr allein gelassen gefühlt, so erzählt sie im Interview, was um so dramatischer erscheint, wenn die Tatsache Betrachtung findet, dass die Informantin selbst tagtäglich die Hilfe- und Fürsorgebedürftigkeit anderer Menschen erkennt und ihr Handeln entsprechend orientiert (S. 146, 5 - 11).

Da die Unterstützung bei der Bewältigung und Aufarbeitung der emotional belastenden Pflege des Tumorkranken ausblieb, verstrickte sich das gesamte Pflegeteam immer weiter in die Verlaufskurve des Erleidens des schwerkranken Mannes. Die moralische Interaktionsgrundlage für das Handlungsschema der Pflegearbeit brach schließlich zusammen. Damit brach gleichzeitig auch die moralische Reziprozitätsgrundlage der Interaktion innerhalb des Arbeitsbogens – gerade bezüglich der problematischen Artikulationsarbeit mit der Ärztin und gleichzeitig Ehefrau des Pflegebedürftigen – zusammen. In der Folge dessen erwuchs für jeden einzelnen Mitarbeiter des Pflegeteams eine eigene Verlaufskurvenverfahrung, welche sich im Verlauf des Pflegeprozesses derart dynamisierte, dass daraus Verlaufskurventransformationen mit Auswirkungen auf das Privatleben der Pflegekräfte resultierten. Wie spannungsreich diese Verlaufskurvenverfahrungen für die Mitarbeiter des Pflegeteams waren, spiegelt sich ganz besonders in folgender Aussage der Informantin wider:

11 Wir waren alle überfordert, wir konnten alle nicht abschalten,
 12 die Familie hat drunter gelitten (-) ja (-) Das war eben so, dass es wirklich / da
 13 standen eben unser Leiden und sein Leiden an derselben Stelle.
 (*Katja Herrmann, S. 146, 11 – 13*)

Die Ausführungen der Informantin lassen eine nachhaltige Ergriffenheit vermuten, denn an dieser Stelle der Erzählung (S. 146, 13 – 14) macht die Informantin deutlich, dass das Leiden des Tumorkranken mittlerweile auch zu ihrem eigenen Leiden geworden ist. Katja Herrmann leidet mit dem schwer kranken Mann und kann die eigene Ergriffenheit auch nicht mehr ausblenden. Diese Verstrickung in die Krankheitsverlaufskurve und Leidensgeschichte des

Tumorkranken hat dann auch auf den privat-familiären Bereich übergegriffen. Die Informantin bewertet ihre damalige Verstrickung in die Verlaufskurvennot des schwerkranken Pflegebedürftigen als vergleichbar mächtig wie die in der Leidensgeschichte und Krankheitsverlaufskurve des Tumorpatienten selbst liegende Dramatik. Dies ist ohne Zweifel zuvorderst darin begründet, dass dem Pflorgeteam seitens der Pflegeeinrichtung keinerlei Angebote zur Aufarbeitung der Belastungsmomente offeriert wurden.

Deutlich wird an dieser Stelle der Erzählung aber auch, dass das hier liegende Erzählpotenzial von der Informantin bei weitem nicht ausgeschöpft wird. So lässt die Informantin offen, was sie genau damit meint, dass auch die Familie „darunter gelitten“ habe.

Obgleich zwischen dem damaligen Fallgeschehen und dem vorliegenden Interview ein zeitlicher Abstand von etwa einem dreiviertel Jahr liegt, scheint die persönliche Aufarbeitung der Eindrücke unter den beteiligten Mitarbeitern noch nicht abgeschlossen zu sein. Das Pflorgeteam flüchtet sich in intrakollegiale Bewältigungsversuche, indem sie die vergangenen, gemeinsam geteilten Erlebnisse immer wieder in den Mittelpunkt ihrer Gespräche rücken. In diesem Zusammenhang erinnert die Informantin, dass ihre persönliche Verstrickung in die Krankheitsverlaufskurve des Tumorkranken und die fehlende Aufarbeitung der erlebten Belastungssituation dann sogar Auswirkungen auf ihre eigene pflegepraktische Handlungskompetenz entfalten konnte. In einer Detaillierungsexpansion (S. 146, 15 – 25) beschreibt die Informantin dies genauer: Mit dem schlechter werdenden Allgemeinzustand des Patienten seien zunehmend mehr Komplikationen hinzugekommen, wie Anfallsleiden und Beeinträchtigungen der Funktion der Atemwege, die dann eine besondere pflegepraktische Versorgung und eine entsprechende Fachkompetenz vom Pflorgeteam erfordert haben. Die Informantin habe sich bisweilen jedoch nicht zur Durchführung des endotrachealen Absaugens in der Lage gesehen. Sie habe in solchen Situationen auf die Unterstützung eines Kollegen zurückgegriffen, der zwar als pflegerische Hilfskraft eingestellt, aber als Rettungssanitäter ausgebildet gewesen sei. Auffällig ist der Wechsel des Sprachregisters in der entsprechenden Darstellungssequenz im Interview: „...aber ich kann den nicht absaugen´ da kommt ´s mir selber hoch...“ (S. 146, 23). Es ist anzunehmen, dass die Informantin so versucht, dem Zuhörer ihren damalig erlebten Widerwillen zu vermitteln. Wie nachhaltig belastend diese Erfahrung für die Informantin gewesen ist, lässt sich daran erkennen, dass sie offensichtlich Schwierigkeiten hat, nach dieser Darstellungssequenz die Geordnetheit ihrer Erzählung beizubehalten, was sich insbesondere in dem Konstruktionsabbruch (S. 146, 24) widerspiegelt:

24 Das man da / man konnte ja auch nicht so wie man

25 wollte pflegen (,) ja (´)

(Katja Herrmann, S. 146, 24 -25)

Katja Herrmann scheint nachhaltig davon berührt, dass sie sich damals als handlungsunfähig erlebt hat, obgleich sie ansonsten über ein sehr hohes Maß an strategischer Handlungskompetenz verfügt, wie die Analyse der Erzählung der Informantin gezeigt hat. Hier wird deutlich, dass die emotionale Belastung und die persönliche Involvierung der Informantin in die Verlaufskurve des Schwerkranken ein Ausmaß angenommen hatte, das ihre pflegerische Handlungskompetenz beträchtlich eingeschränkt hatte.

Die Informantin hält ergebnissichernd fest, dass die Mitarbeiter des Pflorgeteams ihre gemeinsam geteilten Erfahrungen auch gemeinsam im Arbeitsteam erinnern, insbesondere dann, wenn Kollegen miteinander im Dienst eingeteilt sind, die bereits zuvor in dieser Konstellation beim gemeinsamen Verrichten der Pflegearbeit nachhaltig belastende Erfahrungen gemacht haben. Dann scheint der Rückblick auf vergangene und gemeinsam erlebte Schwierigkeiten im Pflegealltag von besonderer Bedeutung für die Aufarbeitung erlebter Belastungen bei der Pflegearbeit zu sein (S.146, 25 – 31). Die Informantin merkt in diesem Zusammenhang an, dass ihre persönliche Belastung zwar noch gegenwärtig sei,

dennoch aber allmählich von ihr abfallen würde. Dies ist sicherlich auch auf die aufarbeitenden Gespräche im Pfl egeteam zurückzuführen.

Daher liegt die Vermutung nahe, dass die pfl egeteaminterne und nicht professionell durchgeführte Aufarbeitung von Belastungssituationen für die Informantin zu einer spürbaren Entlastung geführt hat. Die Folgen der fehlenden professionell durchgeführten Aufarbeitung dieser Belastungssituationen wirken dennoch – trotz der aufarbeitenden Gespräche innerhalb des Pfl egeteams – nachhaltig in Gestalt von systematischen Handlungsschwierigkeiten in der pfl egeprofessionellen Arbeit nach und prägen sogar die persönliche Lebensgeschichte der Pfl egekräfte mit.

Der nun folgende empirische Beleg zeigt, wie Katja Herrmann und eine Kollegin damals in die Problemwirklichkeit des jungen Tumorkranken verstrickt waren und welche systematischen Handlungsschwierigkeiten in der Fallbearbeitung sich als eine zweite Schicht der Problemlage manifestieren (vgl. Schütze 2002a, S. 148). In Anlehnung an Fritz Schütze (ebd.) kann festgestellt werden, dass die eigentliche Krankheitsverlaufskurve – hier die Tumorerkrankung des Pfl egebedürftigen – das Grundproblem und die damit zusammenhängend ausgelösten pfl egeprofessionellen Handlungsschwierigkeiten das so genannte Oberproblem darstellen:

31 Ja, und dann ist er verstorben und da war das Bett im Prinzip noch nicht
32 einmal kalt (´) und da haben wir dann noch einen gekriegt (-) einen jungen Mann (-)
33 der dann auch nach drei oder vier Wochen verstorben ist & in dem gleichen Bett. Und
34 meine Kollegin (´) wir hatten ja schon damals Dienst, als der andere Bewohner
1 gestorben ist und nun wieder, als dieser Bewohner gestorben ist. Das war so innerhalb
2 von drei Wochen. Ich weiß das alles noch ganz genau. Meine Kollegin die stand völlig
3 fassungslos da (,) hatte einen Teller und wollte den Bewohner füttern (´) und rief dann
4 auf einmal: „Komm doch mal! Komm doch mal!“ Und sie stand da und sagte:
5 „Irgendwie will der heute nicht essen.“ Und da sage ich zu ihr: „Du, der stirbt gerade.“
6 Er hatte ein ganz schwaches Herz gehabt, der durfte überhaupt nicht belastet werden.
7 Geduscht werden durfte der gar nicht (´) und raus heben (-) das ging auch nicht. Er
8 hatte ja auch einseitig nur einen Stumpf gehabt und das andere Bein fing dann eben
9 auch schon an (,) .. die Durchblutungsstörungen. Und meine Kollegin sagt: „Nee, der
10 stirbt nicht.“ Ich sage: „Sabine, der stirbt!“ Da hatte meine Kollegin ´n richtigen
11 Schock gehabt. Und da musste ich sie dann mit Gewalt raus schieben aus dem Zimmer
12 (´) weil sie nicht verarbeiten konnte, dass noch vor drei Wochen der und nun der
13 verstorben ist. Ja, da standen wir dann da (´) wir hatten zu dritt Spätdienst und da
14 kamen gerade Nachrichten vom ZDF (´) ich höre immer noch dieses piepen da (-) da
15 standen wir beide dann (-) einer rechts und einer links und da haben wir ihm dann
16 noch die letzten zwei Minuten beigestanden, haben gewartet, bis er seinen letzten
17 Atemzug gemacht hat. Da kam noch eine Träne an der Seite so raus (-) und dann ist er
18 gestorben. Das sind so ´ne Erlebnisse, wo wir oft sagen: „Weißt du noch?“ und das
19 sind auch so ´ne Erlebnisse die prägen. Da kannst de sechzig Jahre alt werden, das
20 vergisst du nicht, das prägt. Also das waren wirklich zwei prägende Erlebnisse.

21 I: Und für sie war niemand

22 da?

23 E: Nein gar nicht. Gar nicht. Keiner war da. Wir haben dann zwar öfter mal unsere
24 Pflegedienstleiterin angesprochen (´) Die war zwar selber mit der Situation überfordert
25 (´) weil die Ärztin und sie waren auch so ´n bisschen privat befreundet. Aber das war
26 dann nachher auch nicht mehr. Sie wusste eben selber auch nicht mehr, wie sie sich
27 verhalten soll. Hat wahrscheinlich auch gedacht: „Mensch, sprich mich bloß nicht
28 an.“ Aber na ja, das liegt nun hinter uns. (8) ja (10)

(Katja Herrmann, S. 146, 31 – 147, 28)

In diesem Darstellungszusammenhang erläutert Katja Herrmann ihre Involvierung in gescheiterte Pfl egebemühungen, bezugnehmend auf die Pfl ege eines schwer herzkranken Pfl egebedürftigen jüngerer Alters. Die Verwicklung in die Leidensgeschichte des jungen tumorkranken Patienten ist so nachhaltig, dass sie sich auch in der Bearbeitung der Fallproblematik eines anderen jungen Pfl egebedürftigen zu Handlungsschwierigkeiten

dynamisiert. Mit dem fehlenden Angebot einer supervisorischen Aufarbeitung oder einer anderen Form der Fallbesprechung geht die Chance verloren, die Prozessstruktur eines Wandlungsprozesses zu entdecken. Die Pflegekräfte haben dieses von Fritz Schütze so benannte „Such- und Anregungsmilieu“ (Schütze 1989) als Bearbeitungs- und Kontrollmöglichkeit der Verlaufskurve des Berufsversagens bei ihrer Einrichtungsleitung vergeblich eingefordert.

Die Informantin erinnert sich, dass bereits unmittelbar nach Ableben des Tumorpatienten erneut ein Pflegefall in eben dieses Pflegebett kam. Das Schicksal des Neuzuganges ging der Informantin ebenso nahe wie das des kurz zuvor in diesem Pflegebett verstorbenen Tumorpatienten. Der Neuzugang sei ebenfalls noch jung gewesen und passte, ebenso wie der Tumorpatient, nicht in das Erwartungsschema eines Pflegeheims. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass die Informantin zu diesem Zeitpunkt keinerlei professionell gesteuerte Entlastungs- oder Bewältigungsarbeit geleistet hat, die Bewältigung der Verstrickung in die Krankheitsverlaufskurve des Tumorpatienten betreffend. Stattgefunden haben lediglich teamintern initiierte Entlastungsgespräche als Bewältigungsversuch. Die Aufnahme dieses jungen pflegebedürftigen Mannes, der bereits kurze Zeit nach seiner Aufnahme verstirbt, scheint der noch nicht aufgearbeiteten Verstrickung der Informantin in die Krankheitsverlaufskurve des Tumorpatienten eine neue Dynamik zu verleihen. Erneut wird deutlich, dass fehlende Entlastungs- und Bewältigungsversuche bezüglich der Verstrickungen einer Pflegekraft in die Krankheitsverlaufskurve eines Pflegebedürftigen einen negativen Niederschlag in ihrer pflegerischen Handlungskompetenz finden. Die Informantin erinnert sich, am Tag des Ablebens des jungen herzkranken Mannes mit einer Kollegin den Dienst versehen zu haben, mit der sie bereits gemeinsam im Dienst war, als der Tumorpatient verstarb. Die Informantin erzählt, dass nur etwa drei Wochen nach dem Tumorpatienten nun auch der junge herzkranken Mann verstorben sei. Dass das Leiden und der Tod des jungen Mannes – beides erfolgte sehr zeitnah zum Tod des Tumorpatienten mittleren Alters – von der Pflegekraft nicht mehr bewältigt werden kann, zeigt die von der Informantin beschriebene Reaktion der Arbeitskollegin auf das Ableben des jungen herzkranken Mannes. Die Kollegin habe dem Kranken das Essen darreichen wollen. Sie habe dann die Informantin eilig herbeigerufen aus der tiefen Sorge heraus, dass dieser kein Essen zu sich nehmen wolle. Die Informantin erinnert sich weiter, dass sie ihrer Kollegin verständlich machen musste, dass der junge Mann im Sterben liege.

In einem Einschub (S. 147, 6 - 9) beschreibt die Informantin den schlechten Allgemeinzustand des jungen Mannes. Er sei wegen seinem „schwachen Herz“, wie es die Informantin ausdrückt, nur minimal belastbar gewesen. Daher habe die Grundpflege vollständig von den Pflegekräften übernommen werden müssen. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Herzens des jungen Patienten und die damit zusammenhängenden peripheren Durchblutungsstörungen hätten dazu geführt, dass bereits eine einseitige Beinamputation notwendig geworden war und auch das andere Bein bereits deutliche Anzeichen massiver Durchblutungsstörungen aufgewiesen habe, so die Informantin.

Katja Herrmann kehrt wieder auf die Haupterzählinie zurück (S. 147, 9) und fährt fort mit der detaillierten Darstellung der Sterbesituation des jungen Mannes. Die Kollegin sei über die Aussage der Informantin, dass der Patient im Sterben liege, derart erschrocken gewesen, dass sie in einen Zustand vollständiger Handlungsunfähigkeit gefallen sei. Die Informantin habe ihre Kollegin mit Nachdruck aus dem Pflegezimmer hinausgeleiten müssen (S. 147, 10-13). Wie nachhaltig belastend die Pflegesituation und die Sorge um die Kollegin für die Informantin selbst waren, zeigt sich in der Tatsache, dass die Informantin den damaligen Handlungsrahmen detailliert erinnert. So hat sie im Interview noch sehr genau die Introduktion und Sendeanstalt der zu diesem Zeitpunkt ausgestrahlten Nachrichtensendung präsent. Sie habe dann, gemeinsam mit ihrer Kollegin, in den letzten Minuten des Lebens des Kranken nicht nur Sterbebegleitung geleistet, sondern bis zum Ableben des Mannes an

seinem Bett ausgeharrt. Die Informantin erinnert, dass noch kurz vor dem Ableben des Mannes eine Träne über seine Wange geronnen sein.

Ergebnissichernd betont die Informantin, dass sie sich sehr häufig, gemeinsam mit ihren Kollegen, diese Situation in Erinnerung rufen würde und fügt an: „...das sind auch so ´ne Erlebnisse die prägen.“ (S. 147, 18-19). Die Informantin spricht hier im Plural, was darauf schließen lässt, dass sie mit dieser Äußerung die Belastungssituation der Pflege und Sterbebegleitung des Tumorpatienten und die damit verknüpfte Belastungssituation der Pflege und Sterbebegleitung des jungen herzkranken Mannes zusammenfasst. Dies bekräftigt die Informantin dann auch im Anschluss (S. 147, 20). Die Informantin macht deutlich, dass sie nicht damit rechnet, dass perspektivisch die Nachhaltigkeit des Belastungserlebens signifikant abnimmt: „Da kannst de sechzig Jahre alt werden, das vergisst du nicht, das prägt.“ (S. 147, 19-20). Katja Herrmann zeigt sich von der zukünftigen Beeinflussung dieses Erlebens überzeugt. Sie drückt in diesem Zusammenhang nochmals ihr Bedauern darüber aus, dass sie trotz mehrmaligen Bittens keine Unterstützung von der Pflegedienstleitung erhalten habe (S. 147, 23-24).

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass vom Pflegeanbieter nicht geförderte bzw. von der Pflegekraft nicht geleistete Bewältigungs- bzw. Entlastungsarbeit im Zusammenhang mit der Involvierung in gescheiterte Pflegebemühungen negativen Niederschlag in der professionellen Handlungsorientierung der Pflegekräfte findet. Auch wenn die Pflegekraft die Quelle der Arbeitsschwierigkeit respektive psychisch belastenden Pflegesituation identifiziert, verliert die Verlaufskurve des Berufsversagens nicht an Dynamik. Vielmehr wird eine Lähmung in der berufspraxisorientierten Handlungsorientierung ausgelöst. Die Einrichtungsleitungen/die Pflegeanbieter sollten daher die Pflegekräfte bei der Bewältigung von Belastungserlebnissen, die aus der beruflichen Pflegearbeit heraus entstehen, unbedingt unterstützen – beispielsweise mit dem Angebot von Supervision. Denn wenn die Pflegekräfte keine Möglichkeiten der professionellen Bearbeitung von Belastungserlebnissen bekommen, kann die als übermächtig erlebte Verstrickungen in die Leidensgeschichten Pflegebedürftiger Demoralisierungsprozesse erzeugen (Shibutani 1978, 2000). Eine Folge mangelnder oder fehlender Entlastungs- oder Bewältigungsarbeit ist das Hineingezogenwerden in eine Verlaufskurve des Berufsversagens, verbunden mit einer tiefen Erschütterung der berufsbiografischen Identität. Die Pflegekraft wird über die Zeit immer tiefer in eine schleichende, sich allmählich aufschichtende Verlaufskurve des Berufsversagens hineingezogen (Schütze 1989). Die nicht aufgearbeitete Verstrickung der Pflegekräfte in die Verlaufskurve schwerkranker Pflegebedürftiger besitzt das Potenzial, sich zu dynamisieren, um im weiteren Verlauf zu einer übermächtigen Überwältigung der Pflegekräfte und damit zu einem Zusammenbruch pflegeprofessioneller Handlungskompetenz zu führen. Die Pflegekräfte erleben dann mit jeder ähnlich gelagerten Fallproblematik eine Reaktivierung nicht aufgearbeiteter Belastungsmomente.

Obgleich der supportive Charakter der nicht professionell geleiteten, pflegeteaminternen Aufarbeitungsgespräche sich wegen der zunächst lindernden Wirkung unbestritten als hilfreich erweist, wird doch klar, dass diese Form der Aufarbeitung keineswegs ausreichend ist, um komplexe Verstrickungen der Pflegekraft in die Leidensgeschichte Pflegebedürftiger und die daraus erwachsenen psychischen Belastungsmomente für die Pflegekräfte zu bearbeiten.

4.8 Die Evaluationskomponente – Überprüfung der Qualität des Arbeitsbogens

Die Analyse des Datenmaterials macht deutlich, dass die Pflegekräfte systematische und wiederkehrende Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Qualität des Arbeitsbogens⁷⁹ (Strauss 1985 und 1991; Schütze 1984) erleben. Eine zentrale Schwierigkeit besteht darin, im Rahmen der Evaluation des Arbeitsbogens die systematischen Handlungsschwierigkeiten professionsethisch und in pflegeprofessioneller Handlungsreflexion zu erfassen, um dann systematisch auftretende Fehlertendenzen umsichtig zu erkennen und zu bearbeiten.

Zu den Metaaktivitäten der Evaluationskomponente des Arbeitsbogens durch die Pflegekräfte als Arbeitsbogenkoordinatoren gehören vor allem

- die Evaluation der Wirkung des Pflegehandelns in Bezug auf die ziel-, problem- und ressourcenorientierte Pflegeprozessplanung und -durchführung sowie das Identifizieren von Fehlertendenzen,
- die kontinuierliche Kontraktarbeit sowie die (Neu-)Aushandlung von Arbeitsteilung und die Absprache der Hintereinanderschaltung von Arbeitsschritten: a) im Pflgeteam, b) mit Mitarbeitern des paramedizinischen Bereichs, c) im interdisziplinären Team zwischen Hausärzten und Fachärzten und d) mit den Angehörigen und/oder den Betreuern der pflegebedürftigen Menschen.

Die Auswertung der Interviews ermöglichte es, Fehlerpotenziale und Fehlerquellen – wenn auch oftmals implizit – bestimmten Einflussfaktoren und Bedingungen zuzuordnen. So unterscheiden die Pflegekräfte zwischen a) Routinevereinfachungsmitteln als Abkürzungsstrategien zum Zweck der schnelleren Verrichtung der Pflegearbeit, b) Fehlern, die passieren können, aber aus pflegeprofessioneller Sicht nicht passieren dürften, und c) Ausblendungsversuchen der systematischen Arbeitsschwierigkeiten als fehlerhafte Bearbeitungsstrategien systematischer Irritationen und Arbeitsschwierigkeiten.

⁷⁹ Die Kriterien der Qualität des Arbeitsbogens sind a) Autonomie, b) Flexibilität, c) Kreativität und d) Egalität/ Hierarchisierung (Strauss 1985, 1991; Schütze 1984).

a) Routinevereinfachungsmittel und Abkürzungsstrategien

Das Arbeitsbündnis zwischen den Akteuren wird nicht immer freiwillig etabliert. Dies gilt insbesondere dann, wenn alte Menschen sich unfreiwillig in die Fürsorge eines Alten- und Pflegeheimes begeben (müssen), weil ihre körperliche und/oder seelische geistige Integrität beschädigt ist. Die Pflegekraft hilft mit der aktivierenden und mobilisierenden pflegerischen Betreuung dabei, die körperliche, psychische und soziale Integrität des Pflegebedürftigen so weit als möglich über „Hilfe zur Selbsthilfe“ wiederherzustellen (oder zu kompensieren). Wenn die Arbeitsteilung zwischen der Pflegekraft und dem pflegebedürftigen Altenheimbewohner eingebettet ist in ein homöostatisches und harmonisches Arbeitsbündnis, gelingt die Förderung der Autonomie, der Selbstständigkeit und der Selbstverantwortung des Pflegebedürftigen durch die Pflegekraft. Deprofessionalisierungstendenzen bezogen auf die aktivierende und mobilisierende Pflege als „Hilfe zur Selbsthilfe“ erleben die Pflegekräfte jedoch immer dann, wenn der Pflegebedürftige zum pflegedokumentatorischen Verwaltungsobjekt wird und sein Selbstaktivierungsgrad beispielsweise aus Gründen des Zeit- und/oder Personalmangels nicht gefördert wird. Der pflegebedürftige Mensch wird dann aus Gründen des Zeit- und/oder Personalmangels schlimmstenfalls über das Routinevereinfachungsmittel der Typisierung beispielsweise als „verwirrt“, „dement“ oder „hilflos“ eingeschätzt. Die Deprofessionalisierungstendenz liegt darin, dass die Pflegekraft die wahrgenommene Fallproblematik – wie beispielsweise die nachlassende Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Merkfähigkeit bei Demenz vom Typ Morbus Alzheimer – über eine Abkürzungsstrategie einem bestimmten Typ bzw. einer Typenkategorie – wie beispielsweise „die vergessliche Frau Müller“ - zuordnet (vgl. Riemann 2000, S. 175). Diese defizitzuschreibende Typenkategorie wird dann im Handlungsschema der Pflegearbeit routinemäßig orientierungsmächtig. Die pflegebedürftige Person wird nun – und darin liegt die Fehlerquelle im pflegeprofessionellen Handeln – nicht mehr vorrangig hinsichtlich ihrer individuellen Ressourcen betrachtet. Stattdessen stehen der hirnorganische Abbauprozess und die nachlassende Hirnleistungsfähigkeit im Vordergrund. Diese Subsumption der Fallproblematik – hier am Beispiel Morbus Alzheimer – kann dazu führen, dass sich daraus eine Anfälligkeit für Fehlertendenzen ergibt, weil diese Typisierung impliziert, dass die Pflegekräfte die wahrgenommenen Probleme des Pflegebedürftigen mitkonstituieren. Pflegekräfte lassen sich dann schlimmstenfalls dazu hinreißen, der „vergesslichen Frau Müller“ die Merkfähigkeitsstörung entweder als zentrales Merkmal ihrer Persönlichkeit zuzuschreiben oder aber ihr Alltagsroutinen abzunehmen und auf die zeitintensive Anregung von Lernprozessen im Rahmen der „Hilfe zur Selbsthilfe“ (beispielsweise angelehnt an das bewährte Psychobiografische Pflegemodell von Erwin Böhm, oder das Validationskonzept von Naomi Feil) zu verzichten. Dabei geraten schlimmstenfalls die noch vorhandenen Ressourcen und die individuelle Fallproblematik – hier der singular-fallspezifische Krankheitsverlauf der demenziellen Erkrankung von Frau Müller – aus dem pflegeprofessionellen Blick. Eine individuelle Pflegeplanung, die sich an der singular-fallspezifischen Problematik eines Pflegebedürftigen ebenso wie an dessen individuellen Ressourcen orientiert, ist auf der Grundlage einer derartigen defizitzuschreibenden Typisierung ausgeschlossen. Häufig verleiten aber auch die Vordrucke der Anamnesebögen und die Vordrucke für die Pflegeplanungs- und Dokumentationssysteme als „kategoriales Gerüst“ zu diesen defizitzuschreibenden Typisierungen.

b) Fehler, die passieren können, aber aus pflegeprofessioneller Sicht nicht passieren dürfen

Ein Problem, das sich wie ein roter Faden durch das Datenmaterial zieht, ist die Thematik des Druckgeschwürs. Wenn ein Dekubitus im Rahmen der Krankenbeobachtung augenscheinlich wird, dann bedarf es zunächst einer pflegeprofessionellen Selbstreflexion. Dieses

Erkenntnisverfahren ist wichtig, um die Ursache des Dekubitus und damit das Fehlerpotenzial im pflegerischen Handlungsschema zu erkennen und eine pflegeprofessionelle Haltung dazu zu finden und um zukünftig derartige Pflegefehler zu vermeiden. Statt dieser Herangehensweise finden sich in den Erzählungen der befragten Pflegekräfte auffallend viele Hinweise für massive, von wechselseitigen Schuldzuweisungen geprägte Spannungsfelder. Das Erkenntnisverfahren der Pathogenese des Dekubitus und die Erkenntnis möglicher Fehlerquellen in der Fallbearbeitung scheinen dabei aus dem Blick zu geraten. Da die Klärung von Verantwortlichkeiten und Schuldfragen bei der Entstehung von Dekubitalulcera in den Einrichtungen der stationären Altenpflege auch zunehmend zu einem haftungsrechtlichen Problem wird, soll hier exemplarisch ein Textausschnitt aus dem Interview mit der Altenpflegerin Frau Teichmann herangezogen werden, um die Problematik der Dekubitusprophylaxe im Handlungsschema der Pflegearbeit zu illustrieren.

Trotz der von Frau Teichmann dargestellten engagierten und pflegeprofessionellen Bemühungen ist es bei einem Pflegebedürftigen zu einem Dekubitus gekommen und dieser Dekubitus ist den Pflegekräften dann als Pflegefehler und somit als mangelnde Pflegequalität angelastet worden:

21

Warum kommt nicht mal

22 einer und sagt, dass hier ´n Dekubitus geheilt worden ist. Da ist man doch stolz drauf.
23 Weil se doch immer sagen, dass ist ein Pflegefehler (,) aber manchmal da kann man so
24 korrekt lagern wie man will (-) und trotzdem kommt ein Dekubitus. Aber das denke
25 ich (,) dass kann doch kein Pflegefehler sein, wenn der Mensch laufend gedreht wird
26 ´ne Salbe drauf und dies noch und das noch (-) und trotzdem ´n Dekubitus. Das man
27 da noch sagt (,) das ist ein Pflegefehler (,) das finde ich traurig (,) Auch hier vom
28 Personal (,) ja (,) das ärgert uns doch auch so schon, wenn wir das nicht in den Griff
29 bekommen (,) und wir uns bemühen und machen und tun und trotzdem ist es so. Wenn
30 ich eine Antidekubitusmatratze im Bett habe (-) und habe noch so viele Hilfsmittel
31 und Decken und dies und jenes (-) es dürfte ja kein Dekubitus entstehen (-) ja (,) Aber
32 trotzdem dass wir so viel machen (,) kann man den Dekubitus manchmal nicht
33 verhindern. Aber trotzdem gilt das dann als Pflegefehler. Das finde ich nicht in
1 Ordnung. Das verstehe ich nicht und das ärgert einen ja dann auch. (4)

(Iris Teichmann, S. 235, 21 – S. 236, 1)

Frau Teichmann beklagt eingangs in diesem Darstellungszusammenhang, dass die erfolgreiche Behandlung eines schon bestehenden Druckgeschwürs keinerlei Anerkennung erfahren würde. Gleichzeitig beklagt sie, dass das Entstehen eines Dekubitus generalisierend mit mangelhafter Pflegequalität respektive fehlerhafter Pflege assoziiert würde. Sie statuiert, dass trotz ihrer engagierten Bemühungen bezüglich pflegeprophylaktischer Maßnahmen, dem Einsatz von Pflegehilfsmitteln und dem korrekten Lagerungswechsel Dekubitalulcera entstehen würden. Die Darstellung zeigt also deutlich die Enttäuschung von Frau Teichmann darüber, dass ihr pflegeprofessionelles Engagement bezüglich einer erfolgreichen Fallbearbeitung – hier die Vermeidung bzw. Heilung von Dekubitalulcera – keine Würdigung findet. Auch wird deutlich, dass es im Pflegeteam durchaus Ansätze gibt, das eigene Pflegehandeln – eingebettet in eine Refokussierung der einzelnen pflegerischen Maßnahmen und deren Pflegeerfolg – professionsethisch zu hinterfragen.

Auffällig ist jedoch, dass Frau Teichmann und ihre Kollegen eher die Tendenz entwickeln, sich in Schuldzuweisungen, begrenzt auf ihren eigenen grund- und behandlungspflegerischen Anteil am Arbeitsbogen, zu vertiefen, anstatt der Überprüfungs- und Bewertungsarbeit folgend den Gesamtarbeitsbogen in den Blick zu nehmen und beispielsweise die Artikulationskomponente des Arbeitsbogens zu reaktivieren – in diesem Falle möglicherweise den behandelnden Arzt um die Erlaubnis für die Durchführung alternativer, neuer Pflegemaßnahmen oder gar um ein neues Behandlungsregime für das Druckgeschwür zu bitten.

Informationsfluss innerhalb des Pflgeteams könnten schlicht aus der Überforderungssituation und der Pflichtenkollision resultieren, der die Pflegekräfte tagtäglich ausgesetzt sind, ohne dabei eine Ruhepause oder eine adäquate Aufarbeitung von Belastungssituationen nutzen zu können.

- 17 Ja (.) und gerade auch der Umgang mit Medikamenten (-) ..
18 dass eben in Stress und Hektik irgendwas hingegeben und nicht eingetragen und der
19 nächste Dienst sieht das nicht (-) oder es kann ´s passieren, dass Bewohner dann zwei
20 Tage die Medikamente mal gar nicht gekriegt haben.
(Sandra Oertel, S.79, 17 – 20)

Stressbelastete Situationen – so die Informantin – würden die Aufmerksamkeit und die Konzentration der Pflegekraft reduzieren, und es würden gerade in solchen Situationen Fehler bei der Pflegearbeit unterlaufen. Exemplarisch benennt die Informantin hier Fehler bei der Medikamentengabe – beispielsweise wenn ein Medikament verabreicht, dies aber nicht in der Pflegedokumentation festgehalten werde. Somit könne die Pflegekraft der nachfolgenden Schicht im Bedarfsfall dann nicht über diese Information verfügen. Es sei aber auch möglich, dass das Verabreichen der Medikamente vollständig vergessen werde. Dies sei schon für den Zeitraum von bis zu zwei Tagen vorgekommen (S. 79, 17 – 20).

Die Aussagen von Monika Henze zeigen, dass die Verquickung verschiedener systematischer Arbeitsschwierigkeiten – wie der problematische Finanzierungsrahmen der stationären Altenpflege im Zusammenhang mit der Festsetzung der Pflegestufen und dem daraus resultierenden Personalmangel und wie die engmaschige zeitliche Strukturierung der Pflegeroutine und damit der Mangel an Zeit für eine singulär-fallspezifische, bedürfnisorientierte Pflege – die Handlungskompetenz der Pflegekraft zu untergraben droht. Hier entsteht die Gefahr, dass Erfahrungen von Machtlosigkeit und Erfolglosigkeit im Pflegehandeln die Pflegekraft in eine Verlaufskurve des Berufsversagens verstricken, wie der hier angeführte Ausschnitt aus dem Interview mit Monika Henze belegt:

18. Also
19. das Menschliche das bleibt total auf der Strecke. Oder (.) das ist ja auch schon am
20. Wochenende so, wenn wir mit Minimalbesetzung arbeiten. Das ist doch nur noch ein
21. Durchgereiche (.) wie es so schön heißt „satt, sauber, trocken“ furchtbar! Und ich
22. weiß nicht, ob ich dafür den Beruf erlernt habe.
(Schw. Monika, S. 211, 5-9)

Die systematisch auftretenden Schwierigkeiten und Irritationen – wie die Vernachlässigung der psychosozialen Bedürfnisse der Altenheimbewohner und damit die Vernachlässigung der ganzheitlichen Fallbearbeitung neben der Grund- und Behandlungspflege – zu Gunsten der Dokumentationsroutine werden von Monika Henze angeklagt. Das systematische Verzweifeln an den Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege erzeugt eine verlaufskurvenförmige Erleidenssituation, mit der Folge des Hineingeratens in eine berufsbiografische Sinnkrise. Monika Henzes Zweifel an der Richtigkeit ihrer Berufsentscheidung verdeutlichen das Ausmaß der Schädigung ihrer berufsbiografischen Identität. Monika Henze nimmt ihre eigenen Erleidensprozesse ebenso wahr wie die der pflegebedürftigen Altenheimbewohner, die sich infolge des Arbeitsdruckes und der zeitlichen Strukturierung des altenpflegerischen Arbeitens bisweilen vernachlässigt fühlen.

Die systematischen Schwierigkeiten des altenpflegerischen Handelns im Zusammenhang mit der zeit- und arbeitsintensiven Aktenführung bzw. Pflegedokumentation erschüttern die (berufs-)biografischen Sinnquellen und das berufliche Selbstverständnis von Monika Henze. Sie stellt sich im Verlauf des Interviews die Frage, ob ihre ursprüngliche Erwartungshaltung an die berufliche Tätigkeit einer Pflegekraft mit den tatsächlich von ihr erlebten Realisierungsergebnissen zusammenstimmend ist – mit dem Ergebnis eines notorischen

vergangenen Zeiten - zumindest wahrgenommen würden. Die Ausblendungsstrategie der Leitung des Pflegeanbieters scheint damit unglücklicherweise auch die suboptimale Umgangsweise von Frau Oertel mit den systematischen Arbeitsschwierigkeiten und mit den damit verbundenen Fehlerquellen im beruflichen Pflegehandeln zu unterstützen. Damit fällt „eine Tendenz auf, stabile Verhältnisse zu schaffen, beiden Parteien eine Befähigung zur Selbstkontrolle zu verschaffen und die eigene Situation zu erleichtern. (...) Es entsteht dadurch ein sekundär stabilisierter ‘Korrektur-Zustand’, der eine (...) künstliche Wirklichkeit aufweist“ (vgl. Schütze 2000, S. 263 – 264).

Die meisten der befragten Pflegekräfte bedauern, dass Beratungs- und Supervisionsangebote innerhalb der Altenheime in erster Linie nur der Leitungsebene zugänglich sind. Perspektivisch sollten sich gerade Pflegeanbieter dafür verantwortlich fühlen, die bei ihnen angestellten Pflegekräfte bei der Bewältigung der systematischen Irritationen und Schwierigkeiten im pflegeprofessionellen Handeln aktiver zu unterstützen und dafür die personellen und zeitlichen Rahmenbedingungen schaffen. Alle befragten Pflegekräfte beklagten, dass ihnen solche Rahmenbedingungen nicht gegeben sind.

4.8.1 Das „Meckerbuch“ als beispielhafter Umgang mit Belastungssituationen und systematischen Arbeitsschwierigkeiten in der stationären Altenpflege

Die Pflegekräfte werden im Handlungsfeld der stationären Pflegearbeit mit Belastungssituationen konfrontiert, die ihnen in der Regel in Gestalt von Verstrickungen in systematische Schwierigkeiten und Paradoxien des Pflegehandelns entgegen treten. Aus der Verstrickung der Pflegekraft in eben diese Problem- und Belastungssituationen ergeben sich langfristig negative Auswirkungen auf ihre (berufs-)biografische Identität. Die Pflegekraft läuft Gefahr, in eine fallenartige Situation des Ausbrennens und damit in eine Verlaufskurve des Berufsversagens zu geraten. Mit dem Einbruch der Verlaufskurve kann die pflegerisch-professionelle Kompetenz derart erschüttert werden, dass sich Demoralisierungstendenzen (vgl. Shibutani 2000, S. 316 - 329) entwickeln: Wiederholtes Versagen im Handlungsschema der professionellen Pflege führt zur Desillusionierung. Gleichzeitig werden neue (pflegeprofessionelle) Handlungsmuster gesucht und erprobt. Erweisen sich diese dann trotz unterschiedlicher Ausrichtung der Handlungsarten immer wieder als erfolglos, kann die pflegeprofessionelle Handlungskoordination schließlich ganz zusammenbrechen.

Aus einer desillusionierenden Arbeitsschwierigkeit kann einerseits die Handlungsentschlossenheit erwachsen, innovativ und kreativ-schöpferisch nach Alternativen in der Ausrichtung des Pflegehandelns zu suchen, die bisher nicht praktiziert worden sind. So könnte sich ein neuer normativer Rahmen etablieren, der besser zu den bestehenden Verhältnissen im pflegerischen Berufshandeln passt. Wenn andererseits aber realisiert wird, dass neue Handlungsweisen keineswegs notwendig für die „Irgendwie-Bewältigung“ des schlechten Arbeitsalltages sind und der Verzicht auf sie nicht in einer Katastrophe endet, erwächst eine Resistenz gegenüber Veränderungen. Auf die Dauer treibt ein solches Verhalten die Pflegekraft in eine fallenartige Ausbrennsituation. Das lässt dann auch die kooperativen Interaktionsgrundlagen zwischen den Pflegekräften zusammenbrechen, irritiert nachhaltig das kollegiale Arbeitsklima und die Beziehung zu den Altenheimbewohnern und führt zur systematischen Entmutigung der Pflegekräfte (Schütze 1996, 2000). Die Pflegekraft kann dann schließlich sogar in eine demoralisierende Verlaufskurventransformation (Shibutani 1978, 2000; Schütze 1989) hineingezogen werden. Man kann hier mit Sicherheit

von Demoralisierung als einer systematischen Transformation der Verlaufskurve und als Störung des professionellen Handelns mit negativer Auswirkung auf den Ablauf der Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegekräften und den Altenheimbewohnern und zu sich selbst sprechen.

Wenn diese Ausbrennsituation dann aber schließlich doch von der Pflegekraft individuell hinterfragt und professionsethisch bearbeitet wird, kann daraus eine Sensibilität für neue Handlungsmöglichkeiten erwachsen (Shibutani 2000). Die Auswertung des Datenmaterials zeigte in diesem Zusammenhang den bemerkenswert sensiblen und professionellen Umgang mit Fehlerpotenzialen durch Ilse Rindermann, einer als Wohnbereichsleiterin tätigen Krankenschwester:

9

Warum kann man solche Sachen nicht von

10 vorn herein ausräumen, dass eben keine Fehler passieren, das kann ich nicht verstehen.
11 Ich halte es daher für wichtig, um Fehler zu vermeiden, dass Kommunikation im Haus
12 stattfindet. Ich schreibe mir hier alles auf. Ich schreibe mir Mängel, die ich feststelle
13 auf. Und ich hab´ ein Buch auf ´m Diensttisch, das nehme ich mit zu jeder
14 Dienstberatung und da kann jeder was rein schreiben (.) Wenn die Mitarbeiter
15 irgendwas feststellen (´) dann können se das da rein schreiben. Wenn ich dann
16 beispielsweise im Spätdienst nicht da bin (´) dann hat der Mitarbeiter die Möglichkeit,
17 das Buch aufzuschlagen und da rein zuschreiben. Und gehe dann runter zur
18 Dienstberatung (´) da machen wir erst das Obligatorische (´) das Normale (´) und dann
19 kann jeder loslegen. Und was ich dann anspreche (´) das kommt ja dann auch ins
20 Protokoll und so kann ich dann auch versuchen, das Angesprochene gezielt
21 abzustellen. Auf dem Wohnbereich selber, da hab´ ich auch noch ein Buch (´) da kann
22 auch jeder rein schreiben. Das ist das „Meckerbuch“ und wer was nicht schön findet
23 und wer was nicht möchte, der kann das da auch rein schreiben. Und das nehmen die
24 Mitarbeiter auch an. Neulich hat ´ne Mitarbeiterin zu mir gesagt: „Da kann man sich
25 dann auch mal so richtig auskotzen.“ & Ich sage: „Ja, das kann man machen.“ Und das
26 ist gut. Ich habe das eigentlich deswegen auf den Tisch gepackt, weil jeden Tag, wenn
27 ich zur Arbeit kam, kam ich mir vor wie Deckel auf (((Informantin macht über ihrem
28 Kopf eine Geste, die das Abheben eines Deckels über ihrem Kopf darstellt))) Eimer
29 voll. Immer schon. Ja und dann sind die Kollegen die ´s betrifft in einer anderen
30 Schicht oder drei Tage lang nicht da und ich sehe se nicht (.) So, Aber wie soll man
31 denn da Fehler oder Unstimmigkeiten abstellen (.) wie soll den das funktionieren (´).
32 Also schlagen se das Buch auf und schreiben das dann da rein. Und da kann jeder
33 seinen Druck ablassen, das wird auch nicht bewertet oder sonst was (´) Einfach nur für
34 uns, dass wir uns mal auslassen können. S (.) das habe ich einen Monat lang gemacht
1 (.) und dann ging das los (-) Wer das geschrieben hat und was das soll. So, da habe ich
2 dann gesagt, gut, da kommt der Name drunter, wer das war (´) und dann (.) nach noch
3 einem Monat habe ich das Buch hochgehalten und wollte Meinungen wissen. Ich habe
4 nichts gesagt, nur nach Meinungen gefragt. Die Mitarbeiter haben das gut
5 angenommen und dann habe ich auch festgestellt, dass fand ich ganz beachtlich (.) da
6 sagt eine Kollegin: „Man gut das ich das da gelesen hab´.“ Sie hatte nämlich ´n Text
7 gekriegt (.) ja (´) Also lernen die Mitarbeiter auch davon. Es soll nicht auf
8 Beleidigungen und auf die Bewohner hingehen. Das nun wirklich nicht. Es soll aber
9 anregen, auch miteinander zu sprechen und auch effektiver zu werden. Und das hat
10 auch den Vorteil (´) das alles gleich geklärt wird und mir hilft es (.) dass ich nicht
11 mehr mit allem gleich beladen werde. Und da freue ich mich auch, dass das so gut
12 klappt. Also ich bin durch dieses Buch auch wirklich entlasteter. Und Derjenige, der in
13 dem Buch angesprochen wird, der weiß das dann auch und dann ist aber gut (.) es sei
14 denn, es sind gravierende Sachen.

(Ilse Rindermann, S. 257, 9 – 258, 14)

Die Wohnbereichsleiterin Ilse Rindermann entwickelt eine Art von „offenem Idealismus“ (vgl. Becker et al. 1990, S. 422) – eine idealistische Betrachtungsweise hinsichtlich der so genannten Fehlersuch- und Sicherheitsarbeit in der Überprüfungs- und Bewertungsarbeit des pflegeprofessionellen Handlungsschemas als integralem Teil im Gesamtarbeitsbogen. Ilse

Rindermann etabliert in ihrem Pflorgeteam – einer „community of fate“⁸⁰ – eine „Kultur des Pflorgeteams“. Eine solche „Kultur des Pflorgeteams“ ergibt sich aus Ilse Rindermanns Verständnis von der eigenen Handlungspraxis und von den mit den routinemäßigen Arbeitsabläufen und paradoxalen Handlungsanforderungen des Pflegealltages gesetzten Fehlerpotenzialen.

Zu dieser „Kultur des Pflorgeteams“ gehört die idealistische Vorstellung, Ideen zu teilen. Ilse Rindermann regt an, ein „Meckerbuch“ einzurichten, in dem jeder Mitarbeiter seine persönlichen Befindlichkeiten jederzeit artikulieren kann. Ilse Rindermann schafft es, mit diesem „Meckerbuch“, eine wichtige Rahmenbedingung für die Etablierung von Mechanismen der Identifizierung und der Bearbeitung von systematischen Arbeitsschwierigkeiten und Fehlerpotenzialen zu erzeugen. Im Sinne der „community of fate“ kann das Pflorgeteam nunmehr gemeinsam und in wechselseitiger Handlungsreflexion auf Kernprobleme und Paradoxien des pflegerischen Handelns reagieren. Erlebte Arbeitsschwierigkeiten und persönliche Belastungsmomente können gemeinsam geteilt werden.

Das Engagement der Wohnbereichsleiterin Ilse Rindermann schafft den Pflegekräften im Pflorgeteam eine von Idealismus genährte Basis dafür, mit den Schwierigkeiten und Paradoxien des (professionellen) pflegerischen Handelns umsichtig umzugehen und ein „set of perspectives“ (vgl. Becker et al. 1990, S. 440 - 442) zu kreieren, um die spezifischen Probleme, die im Handlungsfeld der stationären Altenpflege interaktionslogisch auftreten, umsichtig bearbeiten zu können. An dieser Stelle sei die wünschenswerte Vorstellung formuliert, dass dieses von Ilse Rindermann so erfolgreich geführte „Meckerbuch“ auch vielen anderen Leitungskräften eine Anregung zum umsichtigen Umgang mit systematischen Arbeitsschwierigkeiten sein wird.

⁸⁰ Der Begriff „community of fate“ wird in Anlehnung an Howard S. Becker et al. (1990) gebraucht, der junge Medizinstudenten und ihre von Idealismus und wechselseitiger Handlungsreflexion geprägte Hineinsozialisation in den Arztberuf in dem Blick nahm.

5. Schlussbetrachtung

Die vorliegende handlungs- und biografieanalytische Untersuchung wollte einen Beitrag dazu leisten, die im Pflegeberuf existierenden und für den pflegerischen Arbeitsablauf typischen Störpotenziale und Kernprobleme zu benennen und die daraus erwachsenden Belastungssituationen für die Pflegekräfte zu identifizieren und zu analysieren. Dieses Anliegen wurde realisiert, indem die Bedingungsrahmen für Professionalisierungstendenzen in der stationären Altenpflege (und wie diese optimal etabliert werden können) betrachtet wurden. Ebenfalls untersucht wurden die Bedingungsrahmen für Deprofessionalisierungstendenzen. Im Zusammenhang mit letzteren wurden Kernprobleme und Paradoxien des professionellen pflegerischen Handelns, die für die stationäre Altenbetreuung typisch sind, aufgedeckt, ihre Genese und ihre Intensivierung sowie Formen des Umgangs mit ihnen wurden analysiert und Aussagen über Beanspruchungs- und Belastungssituationen im Pflegealltag sowie über die sich daraus ergebenden Folgen für das professionelle Handeln – wie etwa das Zusammenbrechen der moralischen Interaktionsgrundlage zwischen der Pflegekraft und dem Gepflegten – getroffen. Die Arbeit betrachtete Deprofessionalisierungstendenzen auf vier Ebenen: a) Kernprobleme, b) Paradoxien professionellen Handelns, c) suboptimale Umgangsstrategien mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns und d) Folgen der suboptimalen Umgangsstrategien.

Im Handlungsfeld der stationären Altenpflege hat sich eine besondere ethische und wissenschaftlich begründete Sinnwelt entwickelt, die für das Handeln von Fachpflegekräften orientierungsrelevant ist. Innerhalb dieser Sinnwelt sind die Orientierungstendenzen jedoch nicht harmonisch, sondern durch eine Vielzahl von Auseinandersetzungsarenen bestimmt. So werden Pflegekräfte im alltäglichen Handlungsschema der Pflegearbeit mit einer Vielzahl von Kernproblemen, systematischen Irritationen und dilemmatischen Anforderungen konfrontiert. In der vorliegenden Dissertation wurden daher systematische Arbeitsschwierigkeiten und

dilemmatische Anforderungen an das Handlungsschema der stationären Altenpflege fallanalytisch in den Blick genommen.

Angelegt als handlungs- und biografieanalytische Studie untersuchte die Verfasserin die Prozesse der Einmündung der Pflegekräfte in den Pflegeberuf sowie die Prozesse der Ausprägung einer beruflichen Identität und die Veränderung dieser beruflichen Identität in der Konfrontation mit immer neuen Berufserfahrungen. Es erfolgte eine Analyse zentraler Bedingungsgefüge und Prozessmechanismen, die konkreten Einfluss auf die Ausformung der Berufsidentifikation, auf die Entfaltung einer pflegeprofessionellen Grundhaltung und auf das berufliche Handeln von Pflegekräften in der stationären Altenpflege haben. Dabei geriet die Ausprägung berufsbiografischer Basispositionen und -dispositionen (Schütze 1984; Reim 1996, 1997) ebenso in den analytischen Blick wie die Funktion des beruflichen Altenpflegehandelns als biografische Sinnquelle im Lebensarrangement der Pflegenden.

Ein zentraler Fokus der vorliegenden Untersuchung war das sensitivierende Konzept der Verlaufskurve (Riemann, Schütze 1991; Schütze 1989, 1995, 2006). Mit dem Konzept der Verlaufskurve gerieten – auf der Grundlage von autobiografisch-narrativen Stegreiferzählungen, in denen die Pflegekräfte ihre Lebensgeschichte erzählten – die interaktiven und biografischen Entfaltungsmechanismen des Erleidens und seiner Veränderungswirkung auf die Identität der Pflegekräfte in den Blick. So konnten lang gestreckte Erleidensprozesse, notorische Erwartungszusammenbrüche der Pflegenden sowie auch die partielle Unfähigkeit der Pflegekräfte zur aktiv-handlungsschematischen Berufsbewältigung untersucht werden. Fokussiert wurde in der vorliegenden Arbeit die Erleidensdynamik der Verlaufskurven im Zusammenhang mit den systematischen Arbeitsschwierigkeiten im stationären Altenpflegehandeln.

Auf der Grundlage des Forschungsansatzes von Anselm Strauss (Strauss et al. 1985, Strauss 1991) zur Untersuchung komplexer professioneller Arbeitsabläufe in Dienstleistungsorganisationen und zur Untersuchung kollektiver Veränderungsprozesse durch Umwälzungen der Technologien und der Arbeitsorganisation (vgl. dazu auch Schütze 1984b, 1999) erfolgte zudem eine Analyse des Arbeitsbogens (*arc of work*) der stationären Altenpflege. Die vorliegende Untersuchung betrachtete die Arbeitsbögen der Fallarbeit der Pflegekräfte mit den dort auftretenden systematischen Schwierigkeiten, strukturellen Widersprüchen und Paradoxien der Pflegearbeit ebenso wie die (optimalen oder auch suboptimalen) Umgangsweisen der Pflegekräfte mit diesen Arbeitsschwierigkeiten.

Untersucht wurden die Interaktionsbeziehungen der interviewten Pflegekräfte mit Pflegebedürftigen: Im Zentrum des analytischen Interesses stand dabei die Umgangsweise der Pflegekräfte mit dem Leiden und den Schwierigkeiten der Pflegebedürftigen (Strauss et al. 1980, Strauss et al. 1985) und mit den eigenen Arbeitsschwierigkeiten.

Schließlich waren die Kernprobleme und Paradoxien professionellen Handelns (Schütze 1996, 2000) Gegenstand der vorliegenden Arbeit, wobei festgestellt werden muss, dass die Problemstellung der schwierigen Makroarbeitsbedingungen in Verschränkung mit konkreten Problemkonstellationen und Fehlerquellen in der stationären Altenpflege – im Gegensatz zur ambulanten Altenpflege – bislang kaum untersucht worden sind. Die vorliegende Studie wollte mit ihrer Konzentration auf die stationäre Altenpflege in diesem Zusammenhang einen Beitrag leisten.

Die Analyse des Datenmaterials hat gezeigt, dass Störpotenziale, die im Handlungsschema der stationären Altenpflege als systematische Irritationen und Kernprobleme auftauchen, ebenso vielschichtig wie zahlreich sind: So stellt der organisatorische Rahmen der Pflegestufenfestsetzung und -berechnung in exponierter Position eine Quelle für die unterschiedlichsten Handlungsprobleme dar. Das Handlungsschema einer Pflegekraft ist deutlich determiniert durch die organisatorische und bürokratische Rahmenorganisation der Pflegearbeit: Die oftmals enorme Diskrepanz zwischen der festgesetzten Pflegestufe und dem tatsächlichen Pflegeaufwand bringt nicht nur einen ungenügenden zeitlichen Rahmen für die

pflegeprofessionelle Versorgung mit sich, sondern daneben allzu häufig auch einen zu geringen Personalschlüssel. Zudem sind die Pflegekräfte durch die Notwendigkeit der Einordnung der Pflegebedürftigen in Pflegestufen und Maßtabellen (wie beispielsweise den Body-Maß-Index) einem Generalisierungsdruck ausgesetzt. Die Kosten- und Budgetproblematik sowie die damit verbundene materielle und personelle Unterausstattung der stationären Pflegeheime stellen ebenso ein zentrales Arbeiterschwernis dar wie der immense Aufwand bezüglich der schriftlichen Planung, Dokumentation und Evaluation des gesamten Pflegeprozesses. Eine weitere Quelle für Handlungsschwierigkeiten sind die systematischen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der komplexen Arbeitsbogenkoordination und -gestaltung. Symptomatisch zu nennen sind Kooperations- und Kommunikationsprobleme im interdisziplinären therapeutischen Team. Daneben ist auch das soziale Beziehungsarrangement zwischen den Altenheimbewohnern und den Pflegekräften äußerst voraussetzungsreich, überdeterminiert und nicht selten spannungsreich, den die Arbeitskontrakte zwischen den Altenheimbewohnern und den Pflegekräften sind – von beiden Seiten aus gesehen – nicht immer freiwillig etabliert. Aber auch Störpotenziale wie eine rigide Diensthierarchie und letztlich auch die Degradationsproblematik – Pflegekräfte als Erfüllungsgehilfen der Ärzte, der Kostenträger und bisweilen auch der Angehörigen der Pflegebedürftigen – stellen zusätzliche Arbeiterschwernisse dar. Letztendlich wird aber auch eine suboptimale Bearbeitung der systematischen Irritationen, Paradoxien und Kernprobleme des pflegeprofessionellen Handelns zu einer Quelle für neue Handlungsschwierigkeiten in Gestalt von emotionaler Distanzierung, Abstumpfung bis hin zu einer biografischen Verlaufskurve des Berufsversagens mit Fallencharakter.

Gerade die problematischen und bisweilen sogar ausgesprochen hinderlichen strukturellen Rahmenbedingungen der stationären Altenpflegearbeit lassen die Problemkonstellationen der arbeitsintensiven und emotional anstrengenden Pflege Tätigkeit für die in der stationären Altenpflege tätigen Pflegekräfte zugespitzt wirksam werden. So sehen sich die Pflegeheime zunehmend gezwungen, ihre existenzhaltenden finanziellen Einnahmen dadurch sicherzustellen, dass sie besonders pflegebedürftige Menschen mit einer entsprechend hohen Pflegestufe gewinnen können. Diese gezielte Auswahl der Altenheimbewohner bringt eine immens kraftraubende physische und psychisch-emotionelle Belastung für die Pflegekräfte mit sich. Diese Belastungen können derart hoch sein, dass der anspruchsvolle Charakter einer dezidiert professionellen Pflegearbeit zumindest teilweise nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Es muss davon ausgegangen werden, dass die suboptimale Bearbeitung der Kernprobleme und Paradoxien des professionellen Handelns gerade unter den strukturellen Rahmenbedingungen der erheblichen materiellen Unterausstattung des Pflegebereiches besonders stark ausgeprägt ist – oftmals hin bis zu der entmutigten Auffassung von Pflegekräften, dass professionelle Arbeit im Sinne „guter Pflegearbeit“ gar nicht mehr möglich ist. Die strukturelle Deprofessionalisierungstendenz der stationären Pflegearbeit entfaltet bzw. verstärkt sich deshalb gerade in der gegenwärtigen kollektiv-mentalhistorischen Situation des Altenpflegeberufes, in der sich – als Professionalisierungstendenz – auf der Grundlage einer immer komplexer und anspruchsvoller werdenden Altenpflegeausbildung ein professionalistisches Selbstverständnis mit dementsprechend hohen professionellen Ansprüchen an das eigene Pflegehandeln etabliert hat.

Mit den Kernproblemen der Arbeit in der Altenpflege sind unaufhebbare Paradoxien professionellen Handelns verbunden, die immer wieder professionsethisch, in eigener Selbsterfahrung und persönlicher Handlungsreflexion widergespiegelt werden müssen (Schütze 2000). Oftmals werden sie jedoch nur als quälende systematische Irritationen erlebt, die nicht nur nicht erkannt und bearbeitet, sondern sogar ausgeblendet werden. So führen sie dann zu systematischen Fehlern bei der Arbeit in der Altenpflege. Entscheidend ist hier die Tatsache, dass die Fehler bei der Arbeit insbesondere durch den Versuch der einseitigen Auflösung der Paradoxien des professionellen Handelns entstehen – und dies unter den

Rahmenbedingungen des enormen Arbeitsdrucks bei Personalknappheit. Verallgemeinernd lässt sich sagen: Wenn sich die Pflegekraft auf das einseitige Auflösen der Paradoxien des professionellen Handelns einlässt, dann entwickelt sie suboptimale Umgangsstrategien mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns. In der Folge dessen geschehen systematische Fehler – wie beispielsweise die Passivisierung der Altenheimbewohner –, die durch eine verzerrte Bearbeitungsordnung, gestützt durch die Organisation der Heime, zugedeckt werden. Eine solche Bearbeitungsordnung besteht erstens darin, dem Pflegebedürftigen von ihm selbst ausführbare Tätigkeiten abzunehmen, zweitens in der Delegation der Substitutionsarbeit an Hilfskräfte, drittens in der maximalen Reduktion der Interaktionen mit dem Pflegebedürftigen. Die Bearbeitungsordnung hat also einen verzerrten, sekundären Regelungscharakter, der systematische Fehler produziert und gleichzeitig verschleiert (Schütze 2000). Werden sich die Pflegekräfte dieses Verzerrungscharakters bewusst, beginnen sie unter dieser sekundären Bearbeitungsordnung zu leiden, denn alle Umgehungs- und Vermeidungsstrategien widersprechen ihrem beruflichen Selbstverständnis und ihrer pflegeprofessionellen Grundhaltung. Eine typische suboptimale Umgangsstrategie mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns ist der Versuch wegzuschauen, sich vom Leid des zu Pflegenden abzugrenzen - mit der Folge der Abstumpfung oder des sich Flüchtens in die Stationsroutine. Dies untergräbt, sobald es wiederum bewusst wird – und es wird bereits bei einem ersten reflexiven Nachdenken bewusst – das berufliche Selbstverständnis weiter, mit der Folge, dass die betroffenen Pflegekräfte psychische Erschöpfung bis hin zu Burnout-Symptomen beklagen. Oftmals wird die Pflegekraft dann aber noch mehr gefordert und zwar wegen schlechter werdender struktureller Rahmenbedingungen der Pflege, wie Zeitdruck und Personalmangel, die mit den skizzierten Deprofessionalisierungstendenzen meist systematisch verbunden sind. Das spitzt die Situation der psychischen Erschöpfung der Pflegekraft weiter zu. Die Folgen daraus können das berufliche Selbstverständnis und die Identifizierung mit dem Pflegeberuf stark erschüttern.

In einer erfolgreichen Berufssozialisation hingegen kommt es zur biographischen Identifikation des Professionellen mit der Berufsrolle, seiner Profession und deren Werten. Hierbei entwickelt sich die professionelle Identität. Die im Pflegeberuf tätigen Professionellen werden oft aber gerade durch ihre starke Identifizierung mit dem Pflegeberuf und durch die Orientierung an dessen spezifischen Sinnquellen in die unaufhebbaren Grundprobleme des professionellen Handelns verstrickt. Bei nichtumsichtiger Bearbeitung sind Erfahrungen von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ausgebranntsein, d.h. insgesamt des Gefangenseins in einer Berufsfalle, die Folgen (Haller 2000; Hölzer 2003; Schmidbauer 2002). Auch eine besonders ausgeprägte biografische Berufsidentifikation des Professionellen kann bei systematischen Schwierigkeiten im späteren Arbeitsablauf dazu führen, dass Burnout-Symptome entstehen und die Pflegekraft sich in einer Berufsfalle verstrickt (Schmidbauer 2002; Henze, Piechotta 2004). Auch aus der Orientierung auf ein umsichtiges Problemlösungshandeln kann eine Entfaltungsdynamik von Verlaufskurvenproblemen und in weiterer Folge eine kumulierte Unordnung („cumulative mess“, Strauss et. al 1985) der Verlaufskurvenentfaltung erwachsen. Der Professionelle empfindet dann seine Verstrickung mehr oder weniger als schuldhaft, und das untergräbt noch zusätzlich seine Identität und verstärkt das Auftreten von Burnout-Symptomen. Es breitet sich eine latente Angst vor Fehlern im eigenen pflegerischen Handeln und den daraus erwachsenden Schädigungen des Gepflegten aus. Dies wissend kann die Pflegekraft dazu tendieren, sich zukünftig vom Leiden der Gepflegten abzugrenzen. Eine solche emotionale Distanzierung gegenüber der Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen birgt aber die Gefahr des Abgleitens in systematische mentale und psychische Abstumpfung in sich.

Die vorstehenden Ausführungen zeigen, dass es für die Pflegekraft wie für den Pflegebedürftigen gleichermaßen von immenser Bedeutung ist, dass der komplexe und komplizierte Pflegealltag optimal gemeistert wird. Darüber hinaus ist es von großer

gesamtgesellschaftlicher Bedeutung, eine fehlerfreie Pflege zu gewährleisten. Dies erscheint umso wichtiger, da im Zuge des dramatischen demografischen Wandels und angesichts der steigenden Lebenserwartung sich perspektivisch immer mehr Menschen einer stationären Altenheim Einrichtung anvertrauen werden. Diese Tatsache macht die Dringlichkeit deutlich, Bedingungen in gesellschaftlichen Institutionen zu schaffen, die eine gute Pflegequalität für alle Bürger gleichermaßen gewährleisten. Mit einer hohen Pflegequalität steigt nicht nur die Lebensqualität der alten Menschen, die sich einer stationären Altenpflege anvertrauen, sondern dies trägt auch zur Zufriedenheit der Angehörigen und zum gesellschaftlichen Frieden bei. Eine Pflege, die das nicht leistet, führt zum Aufweichen des Generationenvertrages. Die Alternative zum Altenheim als „Aufbewahrungsmöglichkeit“ ist eine Pflege, die sich in ihrer Qualität selbst steuert – dies zur Einhaltung des Generationenvertrages und zum gesamtgesellschaftlichen Wohl.

Das neue Selbstverständnis der Altpflegerinnen und Altenpfleger kann, im Sinne des Konzeptes der „humble professions“ der Chicago-Soziologie und des symbolischen Interaktionismus, mit Recht als professionalistisch bezeichnet werden. Verglichen mit der „bescheidenen“ Profession der Sozialarbeit orientiert sich auch die Altenpflege an einem gesellschaftlichen Mandat – also der Aufgabe der Aktivierung, Förderung und Erhaltung der Lebensqualität der Hilfebedürftigen – und an einer Lizenz, welche die Interventionsmöglichkeiten dieser Handlungsaufgabe definiert.

Die gesellschaftliche Lizenz für die berufliche Pflegearbeit der staatlich anerkannten, examinierten Pflegekräfte fußt auf einer komplexen Berufsausbildung mit gesundheits-, pflege- und sozialwissenschaftlichen Schwerpunkten, die eine besondere Kompetenz des helfenden, fürsorglich-unterstützenden altpflegerischen Handelns gegenüber den anbefohlenen pflegebedürftigen Menschen hervorbringt. Es bestehen gesetzliche Regelungen für die qualitäts- und standardorientierte pflegerische Versorgung. Dies wiederum verweist – wenn auch indirekt – auf ein gesellschaftliches Mandat für die Durchführung der Pflegearbeit. Ein Vergleich mit den inhaltlichen Implikationen einer klassischen Profession zeigt ein deutliches Professionalisierungspotenzial für die stationäre Altenpflege (Schaeffer 1994).

Die Verfasserin konnte deutlich machen, dass in der stationären Altenpflege ein erhebliches Entwicklungspotenzial besteht: Mit der Akademisierung der Pflege hat zwar ein Etablierungsprozess auf (pflege-) wissenschaftlicher Ebene eingesetzt, die pflegewissenschaftliche Wissensbasis für eine evidenzbasierte Pflege wächst beständig. Für die tatsächliche Professionalisierung der stationären Altenpflege reicht die Akademisierung allein jedoch nicht aus. Hinzukommen müssen Zentralwertbezug, Ausbildung einer eigenständigen akademischen Wissensbasis und sowie Autonomie der Kontrolle der eigenen Tätigkeit (Schaeffer 1994). Die Autonomie der Pflegekräfte innerhalb des Handlungsschemas der stationären Altenpflege bezieht sich gegenwärtig jedoch lediglich auf das begrenzte Handlungsschema der problem- und ressourcenfokussierten Pflegeprozessplanung sowie auf die entsprechende Durchführungs- und Evaluationsverantwortung. Die Autonomie der Pflegekraft wird in jenem Moment beendet, in dem Gesundheits- und Sozialpolitik, Standardisierungs-, Effektivitäts- und Sparvorgaben das pflegerische Handeln bestimmen (Schaeffer 1994).

Die vorliegende Arbeit konnte deutlich machen, dass immer weniger materielle und personelle Ressourcen zur Bewältigung der beruflichen Pflegearbeit zur Verfügung stehen. Die Pflegekräfte reflektieren ihre Verstrickung in systematische Schwierigkeiten des Arbeitshandelns, was als Ausdruck ihrer pflegeprofessionellen Grundhaltung gewürdigt werden kann. Sie durchschauen ihre Fehler, können diese aber wegen der eingeschränkten strukturellen Rahmenbedingungen nicht umsichtig bearbeiten. Stattdessen entwickeln sie Routine- und Abkürzungsstrategien sowie Ausblendungsmechanismen.

in den Hintergrund stellt. Auch die Interaktionsbeziehungen mit den Angehörigen seien deshalb weniger von Vertrauen als von tiefem Misstrauen geprägt:

2 Und das macht letztendlich auch die
3 Angehörigenarbeit so schwer, weil die so misstrauisch sind.
(Katja Herrmann / S. 156,2-3)

Die Angehörigen von Pflegebedürftigen ihrerseits sehen sich einer großen emotionalen Belastung in Form eines schlechten Gewissens ausgesetzt, wenn sie ihre Angehörigen in ein Pflegeheim geben. Denn sie zweifeln aufgrund der verzerrten Darstellung in den Medien an der Pflegeprofessionalität der Pflegekräfte. Als Folge daraus entschließen sich die Angehörigen pflegebedürftiger Familienmitglieder nur äußerst ungern dazu, ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder einer stationären Altenheimbetreuung anzuvertrauen. Viele alte pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen halten die stationäre Altenpflege – trotz der besonderen pflegeprofessionellen Kompetenz, verglichen mit der Laienpflege – nicht für eine Alternative zur häuslichen Pflege. Hierzu soll wieder Katja Herrmann zu Wort kommen:

11 So was stimmt
mich
10 sehr traurig. Ein bisschen mehr positive Beispiele in den Medien und manch einer
11 würde bestimmt eher bereit sein, in ein Pflegeheim zu gehen und nicht zu Hause dahin
12 vegetieren. Und dann würden vielleicht auch Angehörige, die wirklich das Beste für
13 ihre Mutti oder ihren Vati wollen mit gutem Gewissen sagen, ich habe ein gutes
14 Gewissen bei diesem Heim. Zurzeit läuft bei uns alles nur über Mundpropaganda,
15 dass ist sehr schade.
(Katja Herrmann , S. 156, 11-15)

Die pflegeprofessionell arbeitenden Einrichtungen stehen vor der Schwierigkeit, ihr alltägliches Engagement zum Wohle des Pflegebedürftigen der Öffentlichkeit gegenüber glaubhaft zu machen und Vorurteile in der öffentlichen Meinung zu korrigieren.

Eine ausgewogene Darstellung der Altenpflege in den Medien würde größeres Vertrauen in das pflegeprofessionelle Engagement schaffen, und mehr Menschen würden der Kompetenz und Fürsorge eines Alten- und Pflegeheimes positiv gegenüberstehen.

Denn die vorliegende Untersuchung hat auch herausgestellt, dass die Pflegekräfte in ihrer beruflichen Pflegearbeit zumeist eine tief verwurzelte (berufs-)biografische Sinnquelle sehen. Der misstrauische und nahezu ausschließlich kritische Blick der Gesellschaft auf den Berufsstand der in der stationären Altenpflege Tätigen erschüttert die Pflegekräfte in ihrem beruflichen Selbstverständnis und damit auch in ihrer biografisch tief verwurzelten professionellen Einstellung zum Beruf. Die öffentlichen Negativdiskussionen zur Situation und zu Problemkonstellationen in der stationären Altenpflege verschärfen schlimmstenfalls sogar die Erleidensdynamik, der sich die Pflegekräfte ohnehin wegen der systematischen Arbeitswierigkeiten und der problematischen strukturellen Rahmenbedingungen in der stationären Altenpflege ausgesetzt sehen und besitzen somit die Kraft, die berufsbiografische Identität der Pflegekraft zusätzlich zu erschüttern und eine Verlaufskurve des Berufsversagens in ihrer Dynamik zu verstärken. Die Pflegekräfte sehen ihr Professionalisierungsstreben und ihr beruflich-leidenschaftliches Pflegeengagement in der breiten öffentlichen Wahrnehmung nicht widergespiegelt. Diese unzureichende bzw. gar fehlende gesellschaftliche Wertschätzung der beruflichen Pflegearbeit im Bereich der stationären Altenpflege erzeugt Demoralisierungstendenzen bis hin zu Verlaufskurvenprozessen des Ausbrennens.

Die Ansprüche, die Pflegekräfte an ihr eigenes Handeln stellen, sind hoch. Ein neues professionelles Selbstverständnis, das im Rahmen der Akademisierung der Pflege durch die Güte der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Wissensbasis gestützt wird, hat sich herausgebildet. Pflegekräfte und Pflegeanbieter bemühen sich – trotz aller Widrigkeiten und

systematischen Arbeitsschwierigkeiten im Arbeitsfeld der stationären Altenpflege –, um eine Verbesserung der Qualität des beruflichen Pflegehandelns. Die berufliche Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege ist verbunden mit einer immer komplexer werdenden Entscheidungs- und Handlungskompetenz der in diesem Feld Tätigen. Durch das engagierte Streben der Pflegekräfte nach individuell-zielgerichteter und bedürfnisfokussierter altenpflegerischer Versorgung mit hohem Anspruch an die Pflegequalität können die singularfallspezifischen Probleme und Ressourcen pflegebedürftiger Menschen in der stationären Altenpflege immer differenzierter versorgt und beachtet werden. Möge dieses aufopferungsvolle und pflegeprofessionelle Engagement der Pflegekräfte mehr in den gesellschaftlichen Blick geraten und eine entsprechende Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung erfahren.

6. Strukturelle Beschreibungen der Eckfälle

6.1 Strukturelle Beschreibung – Altenpflegerin Sandra Oertel

Interviewdauer: ca. 90 Minuten

Interviewort: Sachsen Anhalt / im privaten Umfeld der Informantin

Datum: Mai 2005

Qualifikation: Altenpflegerin, tätig als Pflegedienstleiterin (Diakonisches Werk)

Formale Auffälligkeiten:

Im ersten Teil des Interviews - dem autobiografisch-narrativen Interview - stellt die Informantin ihr biografisches Gewordenseins in chronologischer Abfolge dar. Bei schwierigen Gesprächsinhalten wird auffällig, dass die Informantin lange, oftmals sogar mehrsekündige Erzählpausen macht und daran anschließend Schwierigkeiten zeigt, ihre Erzählung linear und geordnet zu organisieren.

In der autobiografisch narrativen Erzählung stellt Frau Sandra Oertel ihre frühkindlich internalisierten Sinnquellen bezüglich der innerfamiliär erbrachten Hilfsbereitschaft und Fürsorge gegenüber Familienangehörigen und Mitmenschen in exponierter Position dar. Die Relevanz der eigenen Lebensgeschichte scheint dabei jedoch bescheiden in den Hintergrund zu treten, was sich möglicherweise darin begründet, dass die Informantin davon ausgegangen ist, primär als Fachfrau für die Situation der stationären Altenpflege angesprochen zu werden. Darin begründet sich aller Wahrscheinlichkeit nach auch das relativ frühe Ende der Anfangserzählung. Somit blieben einige Themenpotenziale unausgeschöpft: dazu gehören Themenpotenziale wie die ehpartnerschaftliche Beziehung der Informantin und deren innerfamiliäre Beziehungskonstellationen, aber auch Themenpotenziale bezüglich des Wohnungswechsels bei Arbeitsplatzwechsel.

Im zweiten Teil des Interviews - dem leitfadengestützten ExpertInnen - Interview, erzählt die Informantin sehr bereitwillig über ihre Fallarbeit. Dabei haben die Fallschilderungen einen hohen Detaillierungsgrad. Sie nimmt aber auch äußerst offen und detailliert Schwierigkeiten im alltäglichen Arbeitshandeln in den Blick. Die Fallschilderungen der Informantin zeugen von einer hohen professionellen Umsicht und lassen gleichzeitig ihre hohe professionelle Haltung erkennen. In diesem Zusammenhang scheint bemerkenswert, dass Frau Sandra Oertel sehr detailliert einzelne Elemente der Fallentwicklung rekapitulieren kann und sich zudem zur Perspektivenübernahme ihrer Interaktionspartner in der Lage zeigt. Ihre Darstellungen der prozessualen Fallentwicklung folgen dem fallhistorischen Ablauf. Allerdings blendet die Informantin ihre eigenen Handlungsteile und Handlungspotenziale auffallend häufig aus. Ihre nachhaltige emotionale Involviertheit in den einzelnen Falldarstellungen spiegeln sich ganz besonders in mehrsekündigen Erzählpausen wider. Bezüglich der Schilderung von Ereignisverstrickungen fällt insgesamt auf, dass die Informantin zahlreiche mehrsekündige Pausen einlegt. Hier fallen die Schwierigkeiten der Informantin auf, die Erzählung fortlaufend geordnet zu gestalten, und auf der Erzähllinie zu bleiben.

Aber auch die zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung im Allgemeinen nimmt im zweiten Teil des Interviews einen sehr zentralen Platz ein. Diesbezüglich fällt auf, dass der Fürsorgegedanke der Informantin in ihren Ausführungen sehr zentral präsent ist.

Die Informantin beweist ihr Gefühl für medizinisch-therapeutische Belange und für Pflegequalität. So differenziert sie in ihren Fallschilderungen zwischen der Interventionsform der medizinisch-therapeutischen Behandlung, dem klassisch Altenpflegerischem Handlungsschema sowie auch dem Interventionsform der Bildung im geragogischen Sinn. Gerade bezüglich der Interventionsform der Bildung ist deutlich zu erkennen, dass Frau Sandra Oertel die Fähigkeit besitzt, pflegebedürftige Altenheimbewohner zu aktivieren und in ihrer Identität zu fördern.

Erzählstimulus (S. 60, 1 – 60, 6)

- 1 I: So (.) ok (.) Ich würde mich freuen, wenn sie mir einen Einblick in ihre
 2 Lebensgeschichte geben würden. Es wäre sehr schön, wenn sie mir dabei auch aus
 3 ihrer Kindheit und ihrer Jugend erzählen würden. Ich möchte sie auch während ihres
 4 Erzählens nicht unterbrechen. Im Anschluss daran habe ich noch ein paar Fragen an
 5 sie, was die pflegerische Arbeit betrifft. Aber beim Erzählen ihrer Lebensgeschichte
 6 möchte ich sie nicht unterbrechen (.) ja (.)

Die Interviewerin erfragt die die Bereitschaft der Frau Sandra Oertel, aus ihrem Leben, von ihrem biografischen Gewordensein zu erzählen. Die Interviewerin wirkt einstiegsthemenhaft auf die Informantin ein und erbittet, unter anderem auch die biografischen Themen Kindheit und Jugendalter in den Blick zu nehmen. Dies mit dem Ziel, die Informantin zur chronologischen Darstellung ihrer Erlebnis- und Erfahrungsaufschichtung, beginnend mit der Kindheit, anzuregen. Die Interviewerin betont, dass die Informantin während ihrer Erzählung nicht unterbrochen werden würde. Die Interviewerin verweist gleichzeitig darauf, dass sich an die autobiografisch-narrative Erzählung ein leitfadengestütztes Experteninterview anschließen wird.

Nachträglich stellt sich die Frage, ob dieser Hinweis auf das sich anschließende leitfadengestützte ExpertenInnen-Interview die Informantin nicht dazu veranlassen könnte, Episoden/Darstellungen aus der eigenen Lebensgeschichte in ihrer Erzählung in den Hintergrund zu stellen. Möglicherweise fühlte sich die Informantin somit stärker als Expertin angesprochen, denn als Biografieträgerin. Daher muss in Erwägung gezogen werden, dass hier die Ursache dafür zu suchen sein könnte, dass das ein oder andere Themenpotenzial, das biografische Gewordensein der Informantin anbetreffend, nicht ausgeschöpft worden ist.

Strukturelle Beschreibung des autobiografisch-narrativen Interviewteils

1. Segment – Herkunftsfamilie; Unfall des Vaters; biografisch frühes Internalisieren von Verantwortungs- und Fürsorgegefühl (S. 60, 7 - 19)

7 E: Ja (.) Also ich bin am zehnten September
8 neunzehnhundertzweiundsechzig geboren (-) hier in A.-Stadt (´) ... Ich habe noch
9 drei Geschwister (-) einen Bruder und zwei Schwestern. Wir sind alle kurz
10 hintereinander geboren, ich bin die Älteste. Mein Vati war immer berufstätig. Meine
11 Mutti war zu Hause (((unverständlicher Wortlaut))) Erst als ich mit
12 sechs zur Schule kam ist meine Mutti wieder arbeiten gegangen. Wie gesagt (,) ich bin
13 die Älteste von uns vieren und habe sozusagen somit immer die Rolle des Aufpassers
14 und der Führung sozusagen übernommen. Ich musste auch zu Hause *sehr sehr* viel
15 machen (´) weil ich die Älteste war und weil meine Mutti ja nachher arbeiten
16 gegangen ist. Mein Vati hatte, als ich noch ´n Kind war (-) .. da bin ich in die erste
17 Klasse gekommen (´) ´n ganz ganz schweren Unfall (5) das hat mich so bleibend / das
18 habe ich nie vergessen (.) ... ´s stand damals auf der Kippe, er hat sich aber wieder gut
19 erholt. (4) Meine Eltern hatten einen großen Garten (´) da musste ich auch mitarbeiten.

Die Darstellungen der Sandra Oertel gleichen zunächst eher denen eines tabellarischen Lebenslaufes, denn einer autobiografisch-narrativen Erzählung.

Sandra Oertel wuchs in einer ostdeutschen Kleinstadt auf. Sie sei die Älteste von insgesamt vier Geschwisterkindern gewesen. Der Altersunterschied zwischen den Geschwistern sei nur geringfügig, da alle Geschwisterkinder kurz nacheinander folgend geboren worden seien. Der Vater sei berufstätig gewesen, wohingegen die Mutter in der Rolle der Hausfrau die Familie umsorgt habe, solange die Kinder nicht schulpflichtig gewesen waren. Mit beginnender Schulpflichtigkeit der Frau Oertel als Erstgeborenen habe die Mutter ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen müssen. Damit sei die Informantin als Älteste der vier Geschwisterkinder bereits zum Zeitpunkt des Schuleintritts in eine Art Fürsorgepflicht gestellt worden. Die Informantin hebt diesbezüglich hervor, dass sie bereits sehr früh die Rolle „des Aufpassers und der Führung“ (60, 13 – 19) übernommen habe. Sie habe sehr früh ein Gefühl der Verantwortung und der Fürsorge entwickeln und internalisieren müssen. Die Aussage der Informantin, sie habe „zu Hause sehr sehr viel machen“ müssen (S. 60, 14 - 15) lässt erkennen, dass Sandra Oertel zuzüglich zu der Verantwortung und Fürsorge bezüglich der Beaufsichtigung der Geschwisterkinder auch in erheblichem Umfang in die Erledigung haushaltlicher Pflichten eingebunden gewesen sei.

In einem Einschub (S. 60, 16 – 18) berichtet die Informantin davon, dass zum Zeitpunkt ihres Schuleintritts ihr Vater „´n ganz schweren Unfall“ (S. 60, 17) gehabt habe. Die Erzählung der Informantin lässt erkennen, dass die Sorge um den Vater und dessen gesundheitliches Wohlergehen nachhaltig erschütternd in der Erinnerung der Informantin präsent ist. Die Informantin unterbricht hier ihre Erzählung für fünf Sekunden. Die nachhaltige Erschütterung drückt sich darüber hinaus auch in einem Konstruktionsabbruch aus: „das hat mich so bleibend / das habe ich nie vergessen (.)“ (60, 17 – 18).

Das Themenpotenzial bezüglich des Unfalls des Vaters bleibt von der Informantin unausgeschöpft. Somit bleiben auch die Umstände des Unfalls des Vaters ebenso unklar, wie die Art und Weise des Unfallgeschehens selbst. Vor dem Hintergrund der gesamten Erzählung der Informantin, der langen Pausen und des Konstruktionsabbruches in diesem Segment kann aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Informantin die krankenhausbasierte Versorgung ihres Vaters und möglicherweise sogar dessen Kampf um das Überleben bewusst ausblendet. Damit kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die

Informantin bereits in frühester Kindheit schlechte und nachhaltig negativ erschütternde Erfahrungen mit der stationären Krankenhausversorgung gemacht hat, die bis dato keine Aufarbeitung fanden, was letztendlich eine mögliche Erklärung der Ausblendungsstrategie der biografischen Verletzungsdispositionen der Sandra Oertel sein könnte.

Nach einer viersekündigen Pause kehrt die Informantin wieder zurück auf die Erzähllinie (S. 60, 19). Die Informantin macht deutlich, dass neben der bereits erwähnten Verantwortung und Fürsorge gegenüber den Geschwisterkindern und der Unterstützung der Mutter bei der Erledigung hauswirtschaftlicher Aufgaben auch noch die Pflicht existent war, den familieneigenen Garten von beträchtlicher Größe zu bewirtschaften. Die Informantin beschränkt sich auf die sachliche Erwähnung dieser Tatsachen und verzichtet auf eine emotional geladene Darstellung ebenso, wie auf das Kommentieren und Bewerten dieser Situation.

2. Segment – Schulabschluss und Suche nach einer berufsbiografischen Perspektive (S. 60, 20 – 28)

20 Ich habe meine zehnte Klasse (k) also bis zur zehnten Klasse meinen Schulabschluss
21 gemacht. Ich wollte eigentlich immer „Stoma-Schwester“ werden, weil es in dem Ort,
22 aus dem ich komme keine “Stoma-Schwester“ gab. Als Ausbildungsplatz hatten se mir
23 aufgrund meines Zeugnisses geraten, entweder Krankenschwester zu werden (´) oder
24 Krippenerzieherin. Den Beruf Krankenschwester fand ich eigentlich nicht schlecht,
25 aber weil ich gesehen haben, mit welchem Notendurchschnitt andere
26 Krankenschwestern geworden sind (,) habe ich gedacht (-) jeder kann ja
27 Krankenschwester werden und hab´ mir dann gedacht: „das willst du nicht“ .. und
28 habe mich dann entschlossen (,) Krippenerzieherin zu werden.

Nach Beendigung der (zu dieser Zeit so genannten) Polytechnischen Oberschule habe die Informantin eine berufsbiografische Perspektive als Zahnarthelferin in Betracht gezogen. Sie begründet dies mit der Tatsache, dass es an ihrem Wohnort zu diesem Zeitpunkt keine Zahnarthelferin gegeben habe. Über den Ursprung und das Heranreifen dieses berufsbiografischen Entwurfes äußert sich die Informantin nicht.

Berufsbiografische Berater, die von der Informantin nicht näher benannt oder beschrieben werden, hätten ihr zu einer Ausbildung zur Krankenschwester, oder alternativ dazu zur Krippenerzieherin, geraten. In der Wahrnehmung der Informantin sei diese berufsbiografische Beratung bzw. Empfehlung in ihrem guten Notendurchschnitt ihres begründet gewesen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass der Notendurchschnitt der Informantin „gut“ bis „sehr gut“ gewesen sein muss, da beide Ausbildungen zum damaligen Zeitpunkt an (damals so genannten) Medizinischen Fachschulen als dreijähriges Fachschulstudium stattfanden und mit Erwerb eines Staatsexamens endeten. Die Begründung der Informantin, sie habe sich gegen die Ausbildung zur Krankenschwester entschieden, da sich Mitbewerber mit einem wesentlich schlechteren Notendurchschnitt durchgesetzt hätten, erscheint daher nicht nachvollziehbar. Vielmehr kann an dieser Stelle die im ersten Segment formulierte Vermutung aufgegriffen werden, dass die Informantin möglicherweise bereits in ihrer frühen Kindheit - zum Zeitpunkt des Schuleintritts, mit dem Unfall ihres schweren Vaters und dessen

krankenhausstationärer Versorgung - nachhaltig schlechte und erschütternde Erfahrungen gemacht hat, die bis dato keine Aufarbeitung fanden.

Es liegt somit durchaus im Bereich des Möglichen anzunehmen, dass über diese erschütternde Erfahrung eine biografische Verletzungsdisposition und somit ein Verlaufskurvenpotenzial erwachsen ist, welches die tiefer liegende biografische Sinnquelle der Sandra Oertel, Fürsorge und Verantwortung für andere zu übernehmen, nachhaltig erschüttert hat. Begründet in diesem Verlaufskurvenpotenzial, welches später in der krankenhausstationären Ferienarbeit und im krankenhausstationären Schülerpraktikum aktiviert und neuerlich aufgeladen worden war, wurde ganz offensichtlich die ursprüngliche und tiefer liegende berufsbiografische Sinnquelle des Krankenschwesternberufes derart erschüttert, dass die Informantin sich bewusst gegen diese Ausbildung entscheidet.

Es kann aber ebenso auch angenommen werden, dass über die sehr frühe Übernahme an familiärer Verantwortung, die Betreuung der Geschwisterkinder betreffend, eine weitere tiefer liegende biografische Sinnquelle erwachsen ist, bezüglich der Betreuung und Fürsorge kleiner Kinder. Somit liegt es auch im Bereich des Möglichen anzunehmen, dass die Informantin die berufsbiografische Perspektive der Krippenerzieherin bewusst auf der Basis tiefer liegender biografischer Sinnquellen formuliert hat.

3. Segment – Ausbildung zur Krippenerzieherin an einer Medizinischen Fachschule und berufliche Tätigkeit als Krippenerzieherin (S. 60, 28 – 61, 14)

28 Ich habe in W.-Stadt
29 meine Ausbildung gemacht () an der Medizinischen Fachschule dort () .. War dann
30 da auch im Internat () .. Habe meine praktische Ausbildung dann in R.-Stadt in den
31 Kindereinrichtungen gemacht () und habe dann Ende des dritten Ausbildungsjahres
32 geheiratet. Also im Juli einundachtzig. Ja (.) im Juli einundachtzig habe ich geheiratet.
33 Hab´ dann noch bis (4) November einundachtzig in einer Kindereinrichtung in R.-
34 Stadt gearbeitet und dann wurde mir eine Stelle als stellvertretende Krippenleiterin
1 in F.-Stadt angeboten. Die habe ich dann auch angenommen und habe dann aber auch
2 festgestellt, dass ich schwanger war. Also war ich da dann auch nicht all zu lange. Hab
3 dann entbunden und meinen Sohn bekommen und dann habe ich noch ein paar Jahre
4 in dieser Einrichtung gearbeitet. In dieser Einrichtung () .. Dass war ein Kollektiv (-)
5 da waren Mitarbeiter, die schon gute zwanzig Jahre zusammen gearbeitet haben und
6 ich bin da dann dazu gekommen (.) .. völlig neu (.) jung und mit Kind .. Und bin dann
7 in dieses Kollektiv gekommen und bin da *nicht sehr herzlich* aufgenommen worden.
8 Das hat mich eigentlich auch sehr geprägt. Und die haben dann auch Sachen gesagt
9 (.) ... dass ich dann gegangen worden bin & wollen wir mal so sagen. Hab´ dann dort
10 in der Kindereinrichtung „die Teddybären“ gearbeitet und war dort bis
11 zweiundneunzig. Und da die Kinderzahlen dann zurückgegangen sind (-) .. wurden
12 dann auf einen Schlag viele Leute gekündigt. Ich hatte noch ein Jahr vorher meine
13 Anerkennung gemacht () damit ich auch nach Bundesdeutschem Recht meine
14 Anerkennung habe () Habe also mit Kindern (.) mit Kindergartenkindern gearbeitet.

Sandra Oertel habe ihre berufliche Erstausbildung zur so genannten Kinderkrippenerzieherin an einer Medizinischen Fachschule fernab ihres Wohnortes absolviert. Während der Ausbildung habe sie in einem Internat gewohnt. Die fachpraktische Ausbildung sei wiederum in einer anderen Stadt erfolgt. Die Informantin lässt hier offen, ob sich zumindest diese Stadt, in der die fachpraktische Ausbildung stattfand, in geografischer Nähe ihres Wohnortes befand, oder ob eine eventuell bestehende geographische Distanz zwischen Ausbildungsort und Wohnort der Herkunftsfamilie möglicherweise bewusst gewählt worden ist.

Die Informantin verortet sich zeitlich (S. 60, 31 – 33) und erzählt, dass sie im dritten Ausbildungsjahr, im Juli des Jahres 1981, geheiratet habe und bis zum November des selben

Kalenderjahres in eben der Kinderbetreuungseinrichtung tätig gewesen sei, in welcher sie zuvor ihre fachpraktische Ausbildung absolviert habe. Auffällig an dieser Stelle scheint, dass die Informantin sich nicht zu den Umständen des Kennenlernens ihres Ehemannes und der Eheschließung äußert. Dies begründet sich möglicherweise in der thematischen Fokussierung der Informantin, die zu diesem Zeitpunkt der Erzählung ausschließlich auf die berufsbiografische Entwicklung gerichtet zu sein scheint. Dieses nicht ausgeschöpfte Themenpotenzial kann sich aber auch darin begründen, dass sich die Informantin eher als spezialisierte Altenpflegerin in der stationären Altenpflege angesprochen sieht, denn als Mensch mit all seiner gesamtbioграфischen Erfahrungsaufschichtung.

Eine von Sandra Oertel nicht näher bezeichnete Instanz habe ihr dann im November des Jahres 1981 eine Arbeitsstelle als stellvertretende Krippenleiterin angeboten. Die Informantin erwähnt zwar kurz, dass diese Arbeitsstelle in einer anderen Stadt gewesen sei (S. 61, 1), geht aber nicht näher darauf ein, ob mit dem Wechsel der Arbeitsstelle für sie möglicherweise auch ein Wohnungswechsel notwendig geworden sei, oder ob sie trotz des Arbeitsstellenwechsels noch geographisch nahe am Elternhaus gewohnt habe.

Unmittelbar zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels habe Sandra Oertel dann ihre Schwangerschaft bemerkt. Und nur kurze Zeit nach Antritt der Tätigkeit als stellvertretende Krippenleiterin habe die Informantin dann ihren Sohn geboren. Wiederholt findet sich unausgeschöpftes Themenpotenzial. So lässt Sandra Oertel hier offen, über welchen Zeitraum sie den Mutterschutzurlaub in Anspruch genommen hat. Sie erwähnt lediglich, dass sie nach der Geburt ihres Sohnes „noch ein paar Jahre“ in dieser Einrichtung gearbeitet habe (S. 61, 3). Auf eine genauere zeitliche Verortung verzichtet die Informantin. Sandra Oertel verlässt nun die Erzähllinie und stellt in einem Einschub die aus ihrer Sicht problematische innerkollegiale Beziehungskonstellation des Arbeitsteams der Kinderbetreuungseinrichtung dar (S. 61, 4 – 9). Mit dem Antritt der neuen Arbeitsstelle und der damit verbundenen Tätigkeit der stellvertretenden Einrichtungsleiterin sei sie auf ein Arbeitsteam gestoßen, welches bereits seit etwa zwanzig Jahren in dieser Konstellation zusammengearbeitet habe. Die Informantin merkt lediglich kurz an, dass sie von diesem Kollektiv „nicht sehr herzlich“ aufgenommen worden sei (S.61, 7). Sie stellt resümierend fest, dass sie durch diese Erfahrung „eigentlich auch sehr geprägt“ worden sei (S. 61, 8). So hätten die Arbeitskollegen „dann auch Sachen gesagt (.)“, dass die Informantin dann „gegangen worden“ sei (S. 61, 8 – 9). Das hier liegende Themenpotenzial schöpft Sandra Oertel nicht aus und verzichtet in diesem Zusammenhang auch auf das Anführen von Belegen. So bleibt unklar, was genau der Informantin letztlich widerfahren ist. Offensichtlich ist jedoch, dass in der Wahrnehmung der Informantin, dass das Kollegium über Falschdarstellung von Tatsachen - denkbar sind hier auch Verleumdung bis hin zu Mobbing - letztendlich entscheidend zur fremdbestimmten Kündigung des Arbeitsverhältnisses der Informantin beigetragen habe.

Sandra Oertel kehrt wieder zurück auf die Erzähllinie und blickt sehr sachlich zurück: Sie erinnert resümierend, bis zum Jahre 1992 in eben dieser Kinderbetreuungseinrichtung gearbeitet zu haben. Im Gegensatz zu ihrer Darstellung im Einschub (S. 61, 4 – 9) macht die Informantin nunmehr den allgemeinen Rückgang der Kinderzahlen für ihre Kündigung verantwortlich, in dessen Zuge viele KollegInnen ihre Arbeitsstellen in Kinderbetreuungsstätten verloren hätten. Erstaunlich scheint an dieser Stelle der Erzählung die betonte Sachlichkeit in der Darstellung der Informantin. Vor dem Hintergrund, dass der Beruf der Krippenerzieherin zurück geht auf eine wohl überlegte und sinnquellenassoziierte berufsbiografische Planung, und die Informantin noch unmittelbar vor ihrer Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis ihre Berufsanerkennung nach Bundesdeutschem Recht erworben habe, erscheint die Darstellung der Situation der Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis auffallend sachlich. Eine detailliert und emotional ausgearbeitete Darstellung wäre an dieser Stelle durchaus erwartbar gewesen. In diesem Zusammenhang liegt folgende Vermutung nahe: Möglicherweise hat die problematische Interaktionsbeziehung im Arbeitsteam schon

bestehende biografische Verletzungsdispositionen und Verlaufskurvenpotenziale (neuerlich) aktiviert (so sei in besonderer Position die wenig kollegiale Beziehung zu den Krankenschwestern im krankenhausstationären Kontext zu nennen, wo sie sowohl im Rahmen der Ferienarbeit also auch im Rahmen eines Schülerpraktikums tätig gewesen sei). Daher blendet die Informantin diese nachhaltig emotional belastende Beziehungserfahrung aller Wahrscheinlichkeit nach einfach aus. Diese Vermutung findet Bestätigung bei der Betrachtung der gesamten Erzählstruktur: Die Informantin rückt später die problematische Interaktionsbeziehung zu Arbeitskollegen in den zentralen Fokus ihrer Erzählung; die Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung im Arbeitsteam sind ein zentrales Thema der Informantin.

Ergebnissichernd fasst die Informantin zusammen, dass sie mit Kindergartenkindern gearbeitet habe (S. 61, 14). Unklar bleibt an dieser Stelle, ob sich der Wortwechsel von „Kinderrippenerzieherin“ (S. 60, 28) zu Arbeit mit „Kindergartenkindern (S. 61, 14) in einem Lapsus begründet, weil die Informantin in einer Einrichtungskombination aus Kinderkrippe und Kindergarten gearbeitet hat (was zu dieser Zeit üblich war); oder ob die Informantin mit dem von ihr angeführten Wechsel der Einrichtung tatsächlich als ausgebildete Krippenerzieherin die stellvertretende Leitung in einer Kindertagesstätte für die etwas älteren Kinder, die Kindergartenkinder, übernahm und somit gleichzeitig die Übernahme eines neuen Tätigkeitsfeldes mit hohen Anforderungen bezüglich der Anpassungsleistung im Sinne eines *cross over* bewältigen musste.

4. Segment – Berufliche Neuorientierung in der Zeit der Arbeitslosigkeit (S. 61, 15 – 28)

15 Dann hatte ich in der Zeit wo ich arbeitslos war überlegt was ich mache. Und für mich
16 (-) / Weil ich / hier unten im Haus da wohnt ´ne ältere Dame (´) zu der hatte ich ´n
17 guten Kontakt (´) und um die habe ich mich ja schon während der ganzen Jahre
18 gekümmert und habe eigentlich auch gemerkt (-) das könnte dir liegen (.) die
19 Altenpflege. Das ist auch das was auch so ´n bisschen mit meinem ersten Beruf zu tun
20 hat (-) in Anführungsstrichen (´) .. Aber ahm (-) (5) musste eben nachher doch
21 feststellen, dass das was ganz anderes ist. (4) Hab´ dann während der Arbeitslosenzeit
22 immer versucht ´ne Ausbildungsstelle zu kriegen (´) .. *und* hab´ aber nichts gekriegt.
23 *Und* nachdem ich dann schon in der Arbeitslosenhilfe war (´) hab´ ich mir hier die
24 gelben Seiten genommen und habe einfach überall angerufen, wo „Altenpflege“
25 stand. Und hab´ dann bei einer Schule angerufen und die hatten (.) so ´n
26 Sonderprogramm für Erzieher und dadurch ging meine Ausbildungszeit nur eineinhalb
27 Jahre. Die haben dann eineinhalb Jahre meiner Ausbildung auf die medizinische
28 Ausbildung angerechnet.

Mit der Entlassung aus der Tätigkeit der stellvertretenden Leiterin einer Kinderbetreuungseinrichtung sei die Informantin in den Stand der Arbeitslosigkeit übergetreten. Sandra Oertel hat an dieser Stelle ihrer Erzählung sichtbar Schwierigkeiten, ihre Darstellungen fortlaufend linear und geordnet zu organisieren, was sich in der Häufigkeit der Konstruktionsabbrüche widerspiegelt (S. 61, 15 – 16)

Sandra Oertel plausibilisiert in diesem Segment ihre berufsbiografische Neuorientierung von der Kindererzieherin zur Altenpflegerin. So habe sie sich bereits in den zurückliegenden Jahren liebevoll um eine alte Dame gekümmert, welche im gleichen Wohnhaus wie sie gelebt habe. Über diese Fürsorge der alten Dame gegenüber habe die Informantin die Altenbetreuung für sich als Sinnquelle entdeckt: „...und habe eigentlich auch gemerkt (-), das könnte dir liegen (.) die Altenpflege.“ (S. 61, 18). Möglich ist aber auch, dass frühkindlich internalisierte Sinnquellen diesbezüglich reaktiviert worden sind. Auffällig scheint hier jedoch der Vagheitsmarkierer „eigentlich“. Denkbar ist, dass die Informantin anfänglich nicht vollends überzeugt war von der neu formulierten berufsbiografischen Perspektive einer Tätigkeit in der Altenbetreuung, was sich dann in diesem Vagheitsmarkierer ausdrückt.

„Aushilfskraft“ tätig. Vor dem Hintergrund des weiteren Gesprächsverlaufes kann eine fehlende oder mangelhafte berufsbiografische Identifizierung als Begründung für die Wortwahl ausgeschlossen werden.

Die Informantin habe den Zutritt zum Altenheim auch gleich strategisch genutzt, um ihre Bewerbungsunterlagen zu hinterlegen – mit dem Erfolg, als so genannter „Springer“ in der Funktion einer aushelfenden Fachkraft arbeiten zu können. Die Informantin verzichtet auf eine zeitliche Verortung.

6. Segment – Tätigkeit als Altenpflegerin und schneller beruflicher Aufstieg zur Wohnbereichs- und später zur Pflegedienstleiterin (S. 62, 5 – 19)

5 Und bin dann erst mal für ´n halbes Jahr
6 eingestellt worden, als Altenpflegerin (.) erst als Altenpflegerin (´) dann als
7 stellvertretende Wohnbereichsleiterin und bin dann zweitausendeins als
8 Wohnbereichsleiterin auf ´ne andere Station gegangen. Da war ich dann
9 Wohnbereichsleiterin bis zum (-) na da muss ich jetzt mal genau überlegen (-) also bis
10 zweitausenddreie. Dann wurde in der Einrichtung umstrukturiert und dann
11 wurde mir die Stelle als stellvertretende Pflegedienstleiterin angeboten. So (.) Das
12 habe ich angenommen (´) und .. aus strukturellen Gründen wurde die damals frisch
13 eingestellte PDL nach ´nem viertel Jahr wieder gekündigt (´) und mir wurde dann die
14 Stelle als PDL angeboten (.) Und da ich eben für dieses Aufgabengebiet keine
15 Ausbildung hatte (-) musste ich dann noch mal bis zum Februar zweitausendfünf die
16 Ausbildung zur Pflegedienstleiterin machen. Bin also erst fertig geworden (.)
17 I: Na dann
18 noch herzlichen Glückwunsch (!)
19 E: Das ist eigentlich so der Werdegang bis dahin (.) (10)

Der im vorangegangenen Segment dargestellten, über einen kurzen Zeitraum befristete, Tätigkeit als Altenpflegerin sei, sehr zeitnahe, eine halbjährlich befristete Einstellung als Altenpflegerin gefolgt. Dieser halbjährlich befristeten Einstellung folgte dann erstaunlich schnell der berufliche Aufstieg zur Wohnbereichsleiterin. Im Jahre 2001 sei die Umsetzung der Informantin auf einen anderen Pflegebereich erfolgt. Dort habe sie ihre Tätigkeit als Wohnbereichsleiterin über den Zeitraum von zwei Jahren fortgeführt. Begründet in der Umstrukturierung der Pflegeeinrichtung sei ihr dann die Tätigkeit als stellvertretende Pflegedienstleiterin angeboten worden. Im Zuge der Kündigung einer unlängst zuvor eingestellten Pflegedienstleitung habe die Einrichtungsleitung der Informantin schließlich die Heraufstufung zur Pflegedienstleitung angeboten. Wiederholt wird in der Erzählung der Sandra Oertel auffällig, dass sie nur kurze Zeit nach Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses mit verantwortungsvoller Leitungstätigkeit betraut wird (siehe dazu auch S. 60, 28 -61, 14 - der Informantin wurde bereits kurze Zeit nach Beendigung der Ausbildung zur Krippenerzieherin die stellvertretende Leitung einer Kindereinrichtung übertragen).

Mit der Erhebung in die Position der Pflegedienstleiterin sei eine weiterbildende Qualifikationsmaßnahme notwendig geworden, welche Sandra Oertel dann absolviert habe. Die Informantin wechselt an dieser Stelle ihrer Erzählung die Zeitform von der Vergangenheit zur vollendeten Gegenwart und nimmt eine zeitliche Verortung in der Gegenwart vor (S. 62, 16). Sie betont: „erst fertig geworden“ zu sein mit der Ausbildung zur Pflegedienstleiterin (S. 62, 16). Der Interviewerin wird umgehend bewusst, dass der erfolgreiche Abschluss unmittelbar vor dem Interview stattgefunden haben muss. Die Interviewerin drückt somit ihre Glückwünsche aus.

Der Wechsel der Informantin von der Darstellung der Vergangenheit zur zeitlichen Verortung in der Gegenwart wird von ihr mit einer Ergebnissicherung, die gleichzeitig ein Kodakommentar ist, verbunden: „Das ist eigentlich so der Werdegang bis dahin (.) (10)“ (S.

62, 19). Hier endet die Anfangserzählung der Informantin. Die Interviewerin leitet in den Nachfrageteil über.

Beginn des Nachfrageteils – Der Übergang zum leitfadengestützten Experten-Interviews fügt sich fließend ein

7. Segment - Frühe Konfrontation mit Erleidensprozessen und Erkrankung der Großmutter: frühes Herausbilden von Fürsorge- und Verantwortungsgefühl (S. 62, 20 - 26)

- 20 I: Könnten sie vielleicht noch einmal auf ihre Kindheit zurück blicken und vielleicht
21 noch mehr von ihren Erfahrungen und Erlebnissen erzählen?
22 E: Ja (.) Also meine Oma (´) die wohnte auch bei /
23 die wohnte nicht mit meinen Eltern zusammen (´) die wohnte (((unverständlicher
24 Wortlaut))) und da bin ich oft hingegangen und die hatte auch ein relativ hohes Alter.
25 Da habe ich dann oft die Einkäufe erledigt oder (((unverständlicher Wortlaut))) oder
26 Sachen eben, die sie nicht mehr so konnte.

Die Interviewerin bittet die Informantin, noch einmal in die Zeit der Jugend und Kindheit zurückzublicken. Dies mit dem Ziel, nicht ausgeschöpftes Erzählpotenzial in den Blick zu nehmen. Der Redebeginn der Informantin und die Beendigung der Formulierung der Fragestellung der Interviewerin überschneiden sich. Das lässt vermuten, dass Sandra Oertel sich der nicht ausgeschöpften Themenpotenziale bewusst ist. Dafür spricht insbesondere auch, dass sie für die Planung und Strukturierung ihrer Erzählung keine Erzähl- bzw. Denkpause beansprucht.

Die Informantin erinnert, dass sie ihre hoch betagte Großmutter häufig besucht habe. Diese Besuche habe die junge Sandra Oertel nicht nur als einen innerfamiliären Höflichkeitsbesuch verstanden, sondern vielmehr sei sie ihrer Großmutter mit verschiedenen Hilfs- und Unterstützungsangeboten begegnet: „... Sachen eben, die sie nicht mehr so konnte.“ (S. 62, 26). Diese Äußerung der Informantin lässt annehmen, dass sie bereits früh in ihrer Kindheit gelernt hat, die vielfältigen und unterschiedlichen Bedürfnisse und Befindlichkeiten anderer Menschen wahrzunehmen und darauf mit entsprechenden Hilfsangeboten zu reagieren sowie Verantwortung zu übernehmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Fürsorge der Großmutter gegenüber für die Informantin eine tief verwurzelte biografische Sinnquelle darstellt.

8. Segment - Erste (Hilfs-) Tätigkeit / Ferienarbeit im Krankenhaus (S. 62, 26 - 30)

- 26 Und als ich ungefähr vierzehn Jahre alt war
27 (´) da habe ich mir überlegt, doch mal ´n Ferienjob im Krankenhaus zu machen. Und
28 habe dort drei Wochen dann da die Arbeit gemacht (-) als Stationshilfe. Also das heißt
29 Kaffee austeilern (-) oder mit beim Waschen helfen (-) putzen und alles was dazu
30 gehört. (5)

Mit dem Erreichen des vierzehnten Lebensjahres habe sich für Sandra Oertel die Möglichkeit eröffnet, über den begrenzten Zeitraum von drei Wochen, innerhalb der Schulferien, einer bezahlten Aushilfstätigkeit in der stationären Krankenhausversorgung nachzugehen.⁸¹

⁸¹ An dieser Stelle sei daran erinnert, dass der Möglichkeitsrahmen für so genannte Ferienarbeit in der ehemaligen DDR nicht vergleichbar mit der Situation in der Gegenwart ist. So war es in der ehemaligen DDR

Gleich zu Beginn dieses Darstellungszusammenhanges scheint folgende Aussage der Informantin sehr auffällig: „Und habe dort drei Wochen dann da die Arbeit gemacht (-) als Stationshilfe“ (S. 62, 28). Die Abarbeitung von aufgetragenen Arbeitsaufgaben scheint im Vordergrund zu stehen. Doch diese ausgeprägt sachliche und tätigkeitsfokussierende Aussage erscheint auffällig, denn die frühkindlichen Erfahrungsaufschichtung der Sandra Oertel waren – wie u.a. in den Segmenten 1 und 7 beschrieben – geprägt von einem selbstverständlichen und sinnquellenassoziierten Hilfe- und Fürsorgebedürfnis anderen Menschen gegenüber. Die Auffälligkeit der sachlich-tätigkeitsfokussierenden Darstellung begründet sich mit großer Sicherheit nicht darin, dass die Informantin überrascht vom Tätigkeitsinhalt war: „Kaffee austeilen (-) oder mit beim Waschen helfen (-) putzen und alles was dazu gehört.“ (S. 62, 29 – 30). Denn gerade mit diesen Tätigkeiten war die Informantin bereits vor Antritt dieser Ferienarbeitsstelle vertraut im Zusammenhang mit der Fürsorge, die sie ihrer Großmutter entgegenbrachte.

Zunächst entsteht an dieser Stelle der Eindruck, dass das hier liegende Themenpotenzial im Zusammenhang mit den Erfahrungen im Rahmen der Ferientätigkeit im krankenhausstationären Versorgungskontext nicht ausgeschöpft würde. Die Informantin nimmt jedoch im nachfolgenden Darstellungszusammenhang die krankenhausstationäre Versorgung ihrer Großmutter in den Blick. Somit kann der Anschluss des nachfolgenden Darstellungszusammenhanges weniger als thematischer Wechsel, verstanden werden, denn vielmehr als Möglichkeit, die Erschütterung biografisch tiefer liegender Sinnquellen innerhalb der Ferientätigkeit im Krankenhaus am Beispiel der Situationsbeschreibung der krankenhausstationären Versorgung der Großmutter zu belegen.

9. Segment – Desaströse Krankenhausstationäre Versorgung der Großmutter / Konfrontation mit der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter, bei gleichzeitig erlebter Hilflosigkeit (S. 62, 30 – 63, 16)

30 Und meine Oma ist () .. da war ich neunte Klasse (-) .. da ist meine Oma
31 schwer krank geworden (.) Beim Besuch meiner Oma habe ich festgestellt, dass sie
32 unwahrscheinlich abgebaut hatte. Hat oft gesagt, dass sie Schmerzen hat und bis sie
33 mir dann mal ihren Fuß gezeigt hatte. Und da hatte se dann am Fuß ´ne kleine dunkle
34 Stelle. Und immer wenn ich dann da war (-) hat se mir gezeigt () dass diese Stelle
1 immer größer wurde. Da habe ich mir dann Sorgen gemacht. Und da habe ich dann
2 meinen Eltern zu Hause erzählt, dass meine Oma ´n schlimmen Fuß hat und dass das
3 immer größer wird (3) und dann ist mein Vati mit mir dahin gefahren und hat sich das
4 angeguckt und dann haben wir beide meine Oma (((fünf Tage = vermuteter
5 Wortlaut))) gepflegt. Man konnte zugucken, wie das immer schlimmer wurde. Sie ist
6 dann unter Zwang ins Krankenhaus gekommen und (((unverständlicher Wortlaut)))
7 und da habe ich dann gesehen, wie das da so ist und dass keiner für se Zeit hatte (.)
8 weder zum Essen reichen noch, um sich mal ´n bisschen mit ihr zu unterhalten (-) ...
9 Das tat mir unwahrscheinlich leid. ((leise)) Und bin dann (-) wenn ich da war (-) ... da
10 habe ich dann immer gefragt, ob ich ihr das Essen reichen darf zum Frühstück, zum
11 Mittag oder je nach dem () und bin dann so oft wie das ging da hin gegangen, hab
12 mich mit ihr unterhalten und so weiter. Und dann ist sie ganz plötzlich gestorben. Da
13 habe ich schon Schwierigkeiten gehabt (-) dann damit umzugehen. (8) Und das tat mit
14 dann auch so leid & Auch wenn dann da das Trinken so auf dem Nachtschrank stand
15 und sie ist da nicht selber ran gekommen (.) Ja (.) und das war auch so ´n Auslöser mit,
16 Altenpfleger zu werden.

Sandra Oertel verortet sich zeitlich und erinnert, dass zu der Zeit, als sie die Klassenstufe 9 absolviert habe, ihre Großmutter schwer erkrankt sei. Anzumerken sei an dieser Stelle, dass

jedem Schüler ab dem 14. Lebensjahr gestattet, innerhalb der Ferien, für eine gesetzlich begrenzte Zeit, einer bezahlten Arbeit im Charakter einer Hilfstätigkeit nachzugehen.

die Ferientätigkeit der Informantin im Krankenhaus und die krankenhausstationäre Versorgung der Großmutter in einer gewissen zeitlichen Nähe zueinander (ca. ein Kalenderjahr) stattfanden.

Die Informantin scheint trotz ihres jugendlichen Alters über ein ausgeprägtes Gespür zur Krankenbeobachtung zu verfügen. So habe die Informantin im Rahmen ihrer häufigen Besuche bei der Großmutter festgestellt, dass sich deren Allgemeinzustand augenscheinlich verschlechterte. Zudem habe sie auch die Schmerzbeschreibung der Großmutter nicht nur wahrgenommen, sondern ist diesen auch zielgerichtet nachgegangen. Die Großmutter habe der Informantin ihren Fuß gezeigt, an welchem der Informantin dann „ne kleine dunkle Stelle“ (S. 62, 33) aufgefallen sei. Die Beziehungsqualität zwischen der Informantin und der Großmutter muss von großem Vertrauen geprägt gewesen sein, denn die Großmutter habe der Informantin fortan das Voranschreiten des Hautdefektes im Fußbereich gezeigt. Die jugendliche Sandra Oertel habe sich in Sorge versetzt gesehen, da dieser Hautdefekt sich verschlimmert habe. Darauf hin habe Sandra Oertel sich dann mit ihrer Sorge an ihre Eltern gewandt und von ihrer besorgniserregenden Beobachtung erzählt. Die dreisekündige Erzählpause der Informantin lässt hier eine nachhaltige Betroffenheit vermuten.

Auffällig an dieser Stelle der Erzählung ist, dass die Informantin zwar beiden Elternteilen von ihren Beobachtungen bezüglich des sich ausbreitenden Hautdefektes am Fuß der Großmutter berichtet, aber nur der Vater in Begleitung der Informantin diesen Hautdefekt in Augenschein genommen habe. Auch die sich anschließende mehrtägige Pflege sei von der Informantin und deren Vater alleine bewältigt worden. Die Informantin lässt hier offen, aus welchem Grund andere Familienmitglieder, wie beispielsweise die Mutter der Informantin, nicht zur Verfügung gestanden haben bzw. nicht zur Verfügung stehen konnten. Bemerkenswert scheint an dieser Stelle der Erzählung aber auch das außerordentlich gute Gespür der Informantin für die ernstzunehmende Entwicklung des Hautdefektes am Fuß der Großmutter, obwohl sie zu diesem Zeitpunkt über keinerlei professionelles Pflegewissen verfügte.

Nach mehrtägiger häuslicher Versorgung der Großmutter durch die Informantin und deren Vater habe sich der Zustand derart verschlechtert, dass sie „dann unter Zwang ins Krankenhaus gekommen“ sei (S.63, 6). Die Informantin schöpft das hier liegende Erzählpotenzial nicht aus, denn eine genaue Situationsbeschreibung erfolgt nicht. So bleibt unklar, welche Zwangsmaßnahmen zur Einweisung der Großmutter ergriffen worden und vom wem diese vorgeschlagen und umgesetzt worden sind.

Sandra Oertel beschreibt die krankenhausstationäre Versorgung der Großmutter als wenig liebe- und fürsorgevoll. So habe sie bemerkt, dass das Pflegepersonal sich weder die Zeit genommen habe, um der Großmutter das Essen darzureichen, noch um sich ihr in einem Gespräch zu widmen. Die von der Informantin erlebte Hilflosigkeit dieser Situation gegenüber scheint ihre biografische Sinnquelle bezüglich der frühkindlich internalisierten solidarischen, fürsorglichen und verantwortungsbewussten zwischenmenschlichen Hinwendung empfindlich erschüttert zu haben. Immerhin habe sie, von Kindesbeinen an, ihrer Großmutter stets mit fürsorge- und verantwortungsvoller Hilfsbereitschaft zur Seite gestanden (siehe dazu u.a. Segment 7 sowie auch S. 63,7 – 9). Nun sieht sich die Informantin jedoch hilflos der Krankheitsverlaufskurve ihrer Großmutter und gleichzeitig der desaströsen pflegeprofessionellen Versorgung gegenüber.

Wiederum zeigt sich hier die große soziale und zwischenmenschliche Kompetenz der Informantin. Sie erkennt die Mangelbedürfnisse ihrer Großmutter und reagiert darauf mit persönlicher Hinwendung. Sofort nach ihrer Situationseinschätzung sucht und erkennt Sandra Oertel eigene Handlungsspielräume: So zeigt sie sich engagiert, das in ihrer Wahrnehmung existente Fürsorge- und Versorgungsdefizit der krankenhausstationären Versorgung zu kompensieren, indem sie ihre Großmutter so häufig als möglich besucht, um mit ihr Gespräche zu führen oder aber auch um Erlaubnis bittet, beim Darreichen des Essens helfen zu dürfen.

Die Informantin erinnert sich, dass ihre Großmutter dann plötzlich verstorben sei. Sie betont in diesem Zusammenhang, dass sie Schwierigkeiten gehabt habe, mit dem plötzlichen Ableben ihrer Großmutter umzugehen. Ihre nachhaltige Betroffenheit lässt sich an der sehr langen Erzählpause von acht Sekunden ablesen. Die Tatsache, dass die Informantin im Anschluss an diese sehr lange Sprechpause ihre bewegenden negativen Eindrücke der Mangelversorgung im Krankenhaus in einem geschärften Detaillierungsgrad wiederholt – so beispielsweise dass das Trinken für die Großmutter unerreichbar auf dem Nachtschrank platziert gewesen sei – lässt die Erschütterung der biografischen Sinnquelle der Informantin erkennen. Hier liegt zudem die Annahme nahe, dass das tief in der Identitätsentwicklung verankerte Verlaufskurvenpotential im Zusammenhang mit dem schwer verunfallten Vater und den daraus resultierenden Veränderungen im Lebensarrangements der Herkunftsfamilie der Sandra Oertel (siehe dazu vor allem Segment 1) nicht bearbeitet worden ist. Vielmehr haben die Erfahrungen der Ferienarbeit im krankenhausstationären Kontext sowie auch die Erfahrungen im Zusammenhang mit der desaströsen krankenhausstationären Versorgung der Großmutter das Aufladen des Verlaufskurvenpotentials zur Folge. Diese erschütternden und das Verlaufskurvenpotential in seiner Wirkung steigernde Erfahrungen setzen ein, bevor das zentrale Verlaufskurvenpotential bearbeitet oder wirksam kontrolliert werden kann, was die Gefahr einer Verstärkung der biografischen Fallensituation mit sich bringt.

Abschließend in diesem Darstellungszusammenhang, in einer Ergebnissicherung, verortet sich die Informantin zeitlich und benennt die spätere Wahl des Pflegeberufes nicht als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses. Vielmehr stellt die Informantin die spätere Wahl des Pflegeberufes als Initialerlebnis im Zusammenhang mit der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter dar, deren desaströser krankenhausstationärer Versorgung und letztlich deren (für die Informantin unerwartetes) Ableben. Die Informantin relativiert jedoch mit dem Beginn des nächstfolgenden Segmentes diese Aussage.

8. Segment – frühe Faszination für ältere Menschen und deren Lebensarrangement (S. 63, 16 – 64, 15)

16 Aber bei uns im Ort wohnten auch viele ältere Leute (.) so
17 vor allem auch bei uns in der Straße .. Und da hatte ich auch ´ne Tante und die habe
18 ich auch öfter besucht .. und auch einkaufen gegangen oder Wäsche aufhängen (.)
19 solchen Sachen eben. So ist der Pflegeberuf gewachsen & das ist nicht von heute auf
20 morgen gekommen & Und meine Mutti hat mir mal erzählt, dass ich als Kind oft mit
21 Puppen gespielt habe und dabei alle Puppen verarztet habe. Ja (.) das wär´ vielleicht
22 (k) Ich wäre vielleicht wirklich Krankenschwester geworden weil ich eben immer
23 helfen wollte & Aber weil ich gesehen habe, wie wenig (5) wie wenig Bildung man
24 zu DDR-Zeiten brauchte, um Krankenschwester zu werden (.) das konnte ich nicht
25 verstehen. Das ist so ein verantwortungsvoller Beruf (!) Und wenn das jeder werden
26 kann, mit ´m Abschluss „vier“ sogar (!) zu DDR-Zeiten, das konnte ich nicht fassen.
27 Das ist ´s also bis hier hin. (12) Was auch noch zu sagen ist (.) meine ganze
28 Verwandtschaft wohnte im Ort und da bin ich oft hingefahren. Und da wohnten
29 (((unverständlicher Wortlaut))) (((die Bekannten = vermuteter Wortlaut))) und die
30 waren auch schon ziemlich alt. Und da bin ich in den Ferien auch oft hingefahren und
31 ich fand den Geruch immer so schön (.) obwohl das ja bei solchen alten Leuten immer
32 so ´n eigentümlichen Geruch hat (.) Ich fand das immer herrlich da hin zu fahren (-) ..
33 da wurde (((unverständlicher Wortlaut))) die sind dann Obst sammeln gegangen und
34 und da wurde das Obst geschwefelt (.) das kannte ich alles nicht. Da wurde aus
1 Nichts was gemacht (.) ja (´) und das hat mich fasziniert (!) Oder auf so ´nem alten
2 Sofa schlafen mit tausend Kissen und Bettdecken (-) und dann haben se mich ins
3 nächste Dorf geschickt, weil se den Weg zum Bäcker nicht mehr geschafft haben (.)
4 und ich fand das herrlich. Dann gab es da so ´n Gebäude (´) das hieß das (((Rente-Amt
5 = vermuteter Wortlaut))) da wohnten ganz viele alte Menschen und die saßen dann
6 auch immer draußen auf einer Bank und haben dann den neuesten Tratsch, was so im

7 Dorf passiert ist, ausgetauscht. Und jeder kannte jeden & Auch die Waschküchen und
8 so was, das fand ich wunder wunderschön (!) Und dass jeder für jeden da war & Also
9 wenn jemand was nicht mehr so konnte (°) dann hat der eben, der noch besser konnte
10 mal für den was mitgebracht und auch mal mit angefasst, was zu tragen. Das hat mich
11 immer fasziniert.

12 I: Wie alt waren sie denn da so ungefähr?
13 E: Acht (!) da war ich acht
14 Jahre alt. Von acht bis zwölf Jahre bin ich immer (k) Immer in den Ferien war ich da,
15 weil ich das so schön fand. (5)

Im vorangegangenen Darstellungszusammenhang stellte die Informantin die Formulierung der berufsbiografischen Perspektive des Pflegeberufes nicht als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, sondern vielmehr als ein Initialerlebnis im Zusammenhang mit der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter, deren stationärer gleich zu Beginn dieses neuen Darstellungszusammenhanges ihre Aussage vom vorangegangenen Segment bezüglich des scheinbar aus dieser Situation entsprungenen Wunsches nach einer Tätigkeit in der Altenpflege. Im Charakter einer Gegensatzanordnung beschreibt sie ihre biografisch tief verwurzelte Begeisterung für die Lebensart älterer Menschen in ihrem sozialen Nahraum: „Aber bei uns im Ort wohnten auch viele ältere Leute (.) so vor allem auch bei uns in der Strasse...“ (S. 63, 16 – 17). Sandra Oertel erinnert, im sozialen (Wohn-) Umfeld vieler betagter Menschen aufgewachsen zu sein. In diesem Zusammenhang erwähnt die Informantin auch ihre Tante, welche sie häufig besucht und hauswirtschaftlich unterstützt habe. Die Erzählung der Informantin legt an dieser Stelle nahe, dass auch ihre Tante betagten Alters und die von der Informantin erbrachte Fürsorge von großer Selbstverständlichkeit gewesen sein muss (S. 63, 17 – 18). Ergebnissichernd hält die Informantin fest: „So ist der Pflegeberuf gewachsen & das ist nicht von heute auf morgen gekommen“ (S. 63, 19 – 20). Die Informantin stellt hier deutlich heraus, dass die Formulierung der berufsbiografischen Perspektive des Pflegeberufes biografisch tief verwurzelt sei und eine tiefer liegende biografische Sinnquelle darstelle.

In einer kurzen Hintergrundkonstruktion erinnert die Informantin Erzählungen ihrer Mutter. Demnach habe Sandra Oertel als Kind häufig ihre Puppen „verarztet“, wie sie sagt (S. 63, 20 – 27). Ergebnissichernd fasst sie zusammen, dass der helfende Beruf der Krankenschwester für sie durchaus eine berufsbiografische Perspektive gewesen wäre. In der Wahrnehmung der Informantin sei jedoch das Anspruchsniveau an potenzielle Schwesternschülerinnen bezüglich deren Bildungsniveau und Abschlussprädikat als Zugangsvoraussetzung zur Fachschulausbildung derart niedrig gewesen, dass sich dies dem Verständnis der Informantin entzogen habe. Sie habe den Widerspruch des verantwortungsvollen Berufes auf der einen Seite und den in ihrer Wahrnehmung niedrigen Anspruch an Zugangs- und Bildungsvoraussetzungen auf der anderen Seite für sich gelöst, indem sie von diesem Berufswunsch Abstand genommen habe. Auch hier findet sich eine mehrsekündige Erzählpause, welche die nachhaltige emotionale Bewegtheit der Informantin widerspiegelt. Ganz offensichtlich ist hier eine (berufs-) biografische Brucherfahrung zu erkennen. Das bestätigt sich nicht nur in der Auffälligkeit, dass die Informantin in ihrer Darstellung einen großen zeitlichen Sprung macht und ins Präsens wechselt: „Das ist es also bis hier hin.“ (S. 63, 27), sondern auch in der zwölfsekündigen Erzählpause. Die Informantin nutzt diese lange Sprechpause, um den inhaltlich-thematischen Fortgang ihrer Erzählung zu organisieren. Sandra Oertel kehrt auf die Haupterzähllinie zurück (S. 63, 27) und knüpft an, von ihrer frühen Faszination im Miteinander mit älteren Menschen in ihrer näheren Wohnumgebung zu erzählen und ihre frühe Faszination für die Lebenswelt und soziale Wirklichkeit älterer Menschen zu erklären. So habe die gesamte Verwandtschaft der Informantin im selben Ort gewohnt, wie die Informantin auch. Sandra Oertel habe ihre hoch betagte Verwandtschaft und deren Bekannte häufig und insbesondere auch in den Schulferien besucht. Sie erinnert sich, den „eigentümlichen Geruch“ „schön“ gefunden zu haben (S. 63, 32). Neben diesen

nachhaltigen olfaktorischen Eindrücken sei sie besonders fasziniert gewesen von deren bescheidener und ursprünglicher Lebensweise. So habe sie das Schwefeln des Obstes ebenso fasziniert, wie die sparsame, einfache, aber auch sehr gemütliche Lebensart dieser älteren Menschen. Exemplarisch führt die Informantin hier die Erfahrung an, dass diese älteren Menschen „aus Nichts was gemacht“ hätten (S. 63, 34 – S. 64, 1). Die Informantin habe aber auch sehr früh in ihrem Leben eine besondere Sensibilität für das fürsorgliche und verantwortungsbewusste soziale Miteinander dieser älteren Menschen entwickelt. Sie habe dies als „wunderschön“ empfunden und sich auch selbst als Teil dieser Gemeinschaft erlebt. Es sei „herrlich“ gewesen (S. 64, 3 - 4) auf Bitten der alten Menschen einkaufen zu gehen. Zusammenfassen betont die Informantin, dass die gegenseitige Verantwortung, Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft der Menschen untereinander und füreinander „immer fasziniert“ habe (S. 64, 8 - 11). Hier wird einmal mehr deutlich, dass Sandra Oertel die Fürsorge und Sensibilität gegenüber den Befindlichkeiten und Bedürfnissen alter Menschen als Selbstverständlichkeit und tiefe biografische Sinnquelle empfindet. Auf Nachfrage der Interviewerin grenzt die Informantin diesen hier rekapitulierten Erfahrungs- und Erlebniszeitraum zeitlich ein: sie sei im Alter zwischen acht und zwölf Jahren gewesen.

9. Segment – Schülerpraktikum im Krankenhaus – Aktivierung von Verlaufskurven-potenzial und Erschütterung (berufs-) biografischer Sinnquellen (S. 64, 15 – 65, 14)

15 Das Krankenhaus, wo ich da gearbeitet habe, dass war
16 auch so ´n Punkt (´) wo ich gesehen habe, wie viel Leid es gibt (.) und wie wenig
17 Verständnis Pflegekräfte teilweise haben. Das war für die mehr so ´n Abarbeiten, da
18 war alles Thema, außer die Pflege. Und jeder Patient hatte ´ne Nummer oder es hieß
19 „die Galle in fünf“ oder „die Oma in sieben“ ... Also das wurde nie mit „Frau“ oder
20 „Herr“ (-) oder der hat das Bedürfnis und der hat das Bedürfnis (-) und ´n gravierendes
21 Erlebnis für mich war (´) das muss ich auch noch sagen (´) Da gab ´s hier bei uns im
22 Krankenhaus (-) *ahm* (-) auf Station ´ne Frau (´) die hatte Gesichtskrebs (.) ja (.) und
23 die Schwestern haben mich mittags da hin geschickt zum Essen reichen und ich habe
24 mich schon gewundert (´) es war ringsum alles abgeschirmt (´) mir hatte aber niemand
25 gesagt (.) was die Frau hat (.) Die haben mich dahin geschickt mit ´nem Teller (´) Ich
26 hab´ mich nur gewundert, warum die ´n Lappen auf ´m Gesicht liegen hatte und ich
27 habe dann den Lappen abgenommen und ich bin fast umgefallen. Mein starrer Blick &
28 und die Frau ja geistig noch völlig da (.) .. Da hat se mir dann bloß (k) das habe ich
29 so teilweise verstanden (´) hat se gesagt: „Mädchen, konnten die keinen anderen
30 schicken“ .. Das waren ihre Worte (.) und das ist mir auch immer so in Erinnerung
31 geblieben. Und die haben sich teilweise da auch ´n Spaß draus gemacht, die jungen
32 Mädchen dann da so hinschicken. Und das war so / Dieses Praktikum war für mich
33 so das Schlimmste. Auch bei einer Dame die Diabetes hatte (.) ´n Verbandswechsel
34 machen (-) das kannte ich ja nicht. Oder beim Kaffe austeilen (.) die Dame die
1 verstorben war (.) die wussten doch, dass die Dame schon verstorben war (.) ja (-) ..
2 ich habe alles fallen lassen und alles zusammen geschrieen (.) weil ich ´s nicht kannte.
3 I: Wie alt waren sie da?
4 E: Vierzehn oder fünfzehn (.) das war während der Ferienarbeit.
5 Also das war ´n schlimmes Erlebnis. Und nachdem die dann verstorben war, da hat
6 dann die Schwester zu mir gesagt (´) *ahm* (-) ich könnte jetzt mitkommen, die wird
7 jetzt gewaschen (.) Also das war (-) da habe ich mich geweigert (.) Das war das erste
8 Mal, dass ich als gesagt habe „nein“. Also das waren wirklich (-) das waren wirklich
9 gravierende Sachen (.) was mich auch geprägt hat und wo ich dann auch Angst
10 gekriegt habe (-) ins Krankenhaus zu gehen (.) Angst vor ´m Sterben (.) Angst vor
11 Krankheit (.) Angst vor Siechtum. Also damit konnte ich ne ganze Zeit lang nicht

- 12 umgehen. Das habe ich langsam erst wieder lernen müssen (5) Also das war so das
13 schlimme Erlebnis dabei (6) und das meine ich auch damit dass Schwestern manchmal
14 auch sehr sehr unmenschlich sein können (.) ja () ... Es ist so (.) . mhm (4)

Das Schülerpraktikum im Krankenhaus scheint in völligem Kontrast zu den bisher gemachten Erfahrungen der Informantin in der Kindheit – ihrer tief verwurzelten, frühkindlich internalisierten Faszination für die Befindlichkeiten und Bedürfnissen alter Menschen als Selbstverständlichkeit und tiefe biografische Sinnquelle – zu stehen.

Die erschütternden Erfahrungen der Sandra Oertel während ihres Schülerpraktikums lassen sich auf drei Ebenen erkennen: a) bezogen auf das Leid der Patienten und dessen Verlaufskurvennot, b) die von Verständnislosigkeit geprägte Interaktionsbeziehung des Pflegepersonals gegenüber den Patienten und c) bezogen auf das routinisierte Handlungsschema der Pflegekräfte, mehr auf Erledigung der Pflegeaufgaben, denn auf fürsorglicher Hinwendung ausgerichtet. Sandra Oertel geht dazu über, diese mehrdimensionale Erschütterung detailliert zu schildern: In einer Detaillierungsexpansion (S. 64, 20 – S. 65, 8) beschreibt die Informantin das Handlungs- und Interaktionsschema der Pflegekräfte in der stationären Krankenhausversorgung zum Zeitpunkt ihres Schülerpraktikums, einmal ihr gegenüber, aber auch den Patienten gegenüber. Zunächst stellt die Informantin ein tief greifendes Erlebnis dar. Eine Patientin nicht näher benannten Alters habe sich wegen maligner Wucherungen im Bereich des Gesichts auf der Station versorgen lassen, auf der auch die Informantin ihr Schülerpraktikum abgeleistet habe. Die Pflegekräfte hätten die Informantin völlig unvermittelt zu dieser schwerkranken Frau geschickt, um ihr die Mittagsmahlzeit darzureichen. Die Informantin habe sich über die Abgeschildertheit dieser Patientin gewundert, auch dass ihr Gesicht verdeckt gewesen sei. Um die Mahlzeit darreichen zu können, habe die Informantin der Patientin die schützende Wundabdeckung aus dem Gesicht entfernen müssen. Das von der malignen Wucherung stark entstellte Gesicht habe Sandra Oertel in Erschrecken und völlige Regungslosigkeit versetzt. Die Patientin sei bei völliger geistiger Klarheit gewesen und habe auf das Entsetzen der Informantin reagiert, indem sie betont habe, dass besser eine andere Pflegekraft diese Tätigkeit des Darreichens des Mittagessens hätte übernehmen sollen. Diese erschreckende Erfahrung scheint von der Informantin keine Aufarbeitung gefunden zu haben und somit bis in die Gegenwart hinein präsent: Sandra Oertel wechselt an dieser Stelle in die Zeitform des Präsens: „...und das ist mir auch immer so in Erinnerung geblieben.“ (S. 64, 30 – 31).

Neben dem so unvermittelt gewonnen Eindruck bezüglich der augenscheinlichen Schwere des Leidens der Patientin scheint für die Informantin auch folgende Tatsache von nachhaltig belastender Bedeutung zu sein: So hätten einige Pflegekräfte der Station die von Fassungslosigkeit und Entsetzen geprägte Reaktion junger PraktikantInnen bzw. SchülerInnen auf Krankheitsverläufe mit besonderer Schwere als Unterhaltung genossen. Der Konstruktionsabbruch (S. 64, 32) lässt vermuten, dass die Informantin begründet in ihrer nachhaltig emotionalen Bewegtheit und der damit verbundenen Ereignisverstrickung Schwierigkeiten mit der linearen Organisation ihrer Erzählung hat. Die Informantin fasst rückblickend die in diesem Schülerpraktikum gesammelten Erfahrungen zusammen, als die schlimmsten Erfahrungen, die sie je in einem Praktikum gemacht habe. Diese Aussage impliziert, dass sie auch in anderen (berufspraktischen) Praktika erschütternde Erfahrungen gemacht hat, die allerdings von ihrer Schwere der Erschütterung nicht vergleichbar seien. Diese Vermutung wird im weiteren Verlauf der Erzählung, im Zusammenhang mit der Ausbildungs- und Berufseinmündungsphase in den Altenpflegeberuf, Bestätigung finden.

Ganz offensichtlich sieht sich die Informantin nunmehr in dem Zwang, diese Aussage mit der Darlegung eines weiteren Erlebnisses zu plausibilisieren. So habe sie sich der widerrechtlichen und pflegeprofessionell nicht leistbaren Anforderung gegenüber gesehen, bei einer an Diabetes mellitus erkrankten Patientin einen Verbandswechsel vornehmen zu müssen, wozu ihr jedoch jegliche fachliche Grundkenntnisse gefehlt hätten. Eine weitere

erschütternde Erfahrung sei gewesen, beim Ausreichen des Nachmittagskaffees eine tote Patientin entdeckt zu haben. Die Informantin sieht sich in der Gewissheit, dass das Pflegepersonal um das Ableben der Patientin gewusst habe und auf eine entsprechende Reaktion der Informantin auf die unvermittelte Konfrontation mit dem Tod gewartet habe. Die Informantin habe vor Bestürzung aufgeschrien und „alles fallen lassen“, wie sie sagt (S. 65, 2). Auf Nachfrage der Interviewerin gibt Sandra Oertel zur Auskunft, dass sie zum Zeitpunkt dieses als derartig gravierend erlebten Schülerpraktikums vierzehn oder fünfzehn Jahre alte gewesen sei und dieses Praktikum im Rahmen einer damals so genannten Ferienarbeit absolviert habe.

Trotz der Zwischenfrage der Interviewerin setzt die Informantin ihre Erzählung auf der Haupterzähllinie fort. Sie erinnert, dass sie unmittelbar nach Ableben der Patientin aufgefordert worden sei, sich an der pflegerischen Versorgung der Verstorbenen zu beteiligen. Sandra Oertel scheint damit emotional absolut überfordert. Auffällig erscheint hier, dass niemand vom Pflegepersonal zur Übernahme der Perspektive der Informantin in der Lage scheint und sie behutsam an den Anblick und die Versorgung Verstorbener heranführt beziehungsweise die Informantin emotional bei der Bewältigung dieser erschütternden Erfahrung begleitet. Die tiefe Erschütterung der Informantin lassen sie nunmehr in eine Verweigerungshaltung treten. Sie habe die grundpflegerische Versorgung der Verstorbenen abgelehnt. Gleichzeitig betont sie, dass sie damit erstmalig die Durchführung einer Tätigkeit verweigert habe. Sandra Oertel sieht sich an ihrer Belastungsgrenze angekommen. Da ihr niemand bei der Bewältigung dieser tiefen Verletzungsdisposition unterstützend zu Seite zu stehen scheint, sieht die Informantin ganz offensichtlich keine andere Bewältigungs- und Umgangsmöglichkeit hinsichtlich der in dieser Situation erlebten Hilflosigkeit, als in einer Verweigerungshaltung überzutreten.

In einer Ergebnissicherung (S. 65, 8 – 14) fasst die Informantin zusammen, dass diese Erfahrung des Schülerpraktikums sehr nachhaltig auf sie eingewirkt und sie „geprägt“ habe (S. 65, 8 – 14). So habe sie eine tiefe Angst entwickelt, sich selbst der stationären Krankenhausversorgung anzuvertrauen. Angelehnt an das Verlaufskurvenkonzept (F. Schütze, 1989, 1995) lässt sich annehmen, dass die Aktivierung des bereits angehäuften Verlaufskurvenpotenzials durch das Schülerpraktikum zur Folge hat, dass die Informantin temporär ihr biografisches Gleichgewicht verloren hat und dann nur mit Mühe zu einem so genannten labilen Gleichgewicht zurückfindet. Dieser Prozess des Wieder-Findens eines labilen Gleichgewichtes war ganz offensichtlich ein beschwerlicher und zeitintensiver Prozess. Leider lässt die Informantin hier offen, wie sie biografische Arbeit geleistet hat und was sie meint mit der Aussage: „Das habe ich erst langsam wieder lernen müssen.“ Das hier liegende Erzählpotenzial wird nicht ausgeschöpft. Vermutlich ist diese Erfahrung der Labilität des biografischen Gleichgewichtes derart nachhaltig und auch gegenwärtig noch existent, worauf auch die sich anschließenden fünf- und sechsekündigen Gesprächspausen hindeuten könnten.

Die Informantin schließt diesen Darstellungszusammenhang damit, dass sie zusammenfasst, dass „Schwestern“ (S. 65,13) bisweilen sehr unbarmherzig und verroht in ihrem Handlungsschema sein können. Der Gebrauch des Terminus „Schwester“ legt die Vermutung nahe, dass sich die Informantin hier ausschließlich auf den krankenhaustationären Kontext bezieht, da dieser Terminus im krankenhaustationären Kontext üblicherweise gebräuchlich ist bezüglich der Anrede des Pflegepersonals. Im Anschluss an den kurzen selbstbestätigenden Kommentar „Es ist so.“ (S. 65, 14) und einer viersekündigen Erzählpause eröffnet die Informantin einen neuen Darstellungszusammenhang.

10. Segment - Schwierigkeiten mit traditionellen Dienststrukturen; innerkollegiale Interaktionsschwierigkeiten (S. 65, 14 – 69, 3)

14 Ja, und
15 dann bin ich ja nach meiner Ausbildung dann in das Pflegeheim gekommen. Das sind
16 ja da noch die alten Strukturen gewesen (.) Die Wohnbereichsleitung zum Beispiel die
17 hat dann gedacht (°) ich säge an ihrem Stuhl (-) ... ja (-) .. also .. das ist so / Ich war
18 auf der Männerstation (°) und da wurde ich ja dann nachher auch angestellt. Das
19 Kollektiv an sich muss ich sagen ist ´n schwieriges Kollektiv. Sehr impulsiv (°) jeder /
20 So ´n Weibertratsch und jeder auf den anderen fixiert (-) nur was Schlechtes zu denken
21 (.) und auch das Schlechteste nur aussprechen & und das war ich nicht gewöhnt (.) das
22 habe ich mir nicht vorgestellt (.) ich war da sehr sehr naiv muss ich sagen (.) ... und
23 konnte mit den Hierarchien (-) was da so herrschte eigentlich nie (k) also nie
24 umgehen. Was eben ´ne Pflegekraft in der Ausbildung also der Altenpfleger (-) das
25 uns das nicht anerkannt wurde (!) Als wir / Das waren ja noch so die ersten Jahre, als
26 wir ausgebildet worden (.) Es wurde oft und auch von den Krankenschwestern und
27 auch von den Hilfskräften gesagt „Altenpflege, na das ist doch ´s Letzte! Was wollen
28 die den hier! Die können doch sowieso nichts!“ Ja (.) und ich hatte lang zu kämpfen (.)
29 um mich teilweise durchsetzen zu können. Es wurde mir auch nichts gesagt & oder
30 mal ´n Lob (.) Man fühlte sich immer minderwertig dargestellt, auch bei den
31 Hilfskräften (.) das die einen nicht akzeptiert hatten und einen auch nicht für voll
32 genommen haben. Da wurde mit mir über Zäpfchen und über sonst was diskutiert (-)
33 und über Lagerung (-) obwohl man genau wusste da und da kommt das hin und das
34 und das ist so beschriftet (-) Aber nein, da musste man richtig rumdiskutieren (!) und
1 nein (!) es wurde dann am Ende dann doch nicht so gemacht (.) ja (.) Und dann die
2 Dienstzeiten (.) da wurde dann auch der Frust an den Dienstplänen ausgelassen. Das
3 man genau gemerkt hat, bei wem herrscht Sympathie und bei wem herrscht ´ne
4 Antipathie (.) Und das man dann genau die entgegengesetzten Dienste bekommen hat,
5 wie man eigentlich wollte. Das war eigentlich so gang und gebe.
6 I: Haben sie zu der Zeit
7 auch schon Dienstpläne geschrieben?
8 E: Nein, das war die damalige
9 Wohnbereichsleiterin (.) .. ja (.) und die hat ihre Macht auch unwahrscheinlich
10 ausgespielt. Das muss ich so sagen (.) Die hat das am Dienstplan unwahrscheinlich
11 festgemacht (°) Also sie hat dann / Ich muss sagen ich hatte oft Dienst mit Schülern.
12 Ich hatte ganz ganz selten mit Stammpersonal Dienst (.) sondern mit Schülern (.) Und
13 da waren über dreißig Bewohner, die man so zu versorgen hatte. Und es wurde dann
14 vieles auch noch schön auf den Nachmittag verlegt, wenn man Spätdienst hatte (°)
15 obwohl man ja mit Schülern hatte & und teilweise auch keine Servicekraft (k) oder off
16 keine Servicekraft hatte (°) so das man eben nachmittags auch noch die Küche und
17 alles das, was damit zusammenhing auch noch machen musste (.) ... und sämtlichen
18 Schreibkram, weil alles durften ja die Schüler auch nicht machen (-) ... Dann
19 noch das Baden nachmittags (-) und bei etlichen stand, dass noch die Grundpflege
20 durchgeführt werden müsste (-) .. ja (.) die Küche komplett (.) die Inkontinenz-
21 bestellung musste am Ende der Woche gemacht werden (-) Wäschebestellung
22 musste gemacht werden und die Einteilung des Wohnbereichs ging ja über mehrere
23 Etagen (.) ja (°) Vom Erdgeschoss über die Mitteletage über insgesamt vier Etagen
24 ging der Wohnbereich (.) Also dort waren überall Bewohner (k) Das war alles mit
25 Bewohnern belegt (.) .. auf die man achten musste. Und wenn man seinen Zeitplan
26 nicht eingehalten hat, dann stand man um acht Uhr alleine da und hatte noch ´n volles
27 Programm sozusagen (.) (5) So, das war ´s wohl / Und zu dieser Zeit muss ich sagen, da
28 arbeitete mein Mann auf Montage (°) und mein Sohn die war ja da noch relativ
29 klein. Ich hatte sehr sehr viele Spätdienste und sehr sehr viele Nachtdienste und sehr
30 sehr viele Wochenenddienste (.) und wenn ich dann mal gefragt habe (-) wegen
31 einem Wochenende „Frei“ .. oder ob es nicht vielleicht doch geht, dass ich am
32 Wochenende Frühdienst machen könne (.) da konnte ich gewiss sein, dass ich dann
33 Spätdienst hatte (°) oder ich hatte Nachtdienst ((leise)) (6) Das stand so richtig klar,
34 dass man nicht akzeptiert wurde (-) das man von Einzelnen nicht akzeptiert wurde
1 (.) Und das das eigentlich nachher auch so weit ausgeartet ist, dass ich alles
2 hinschmeißen wollte. (7) Also das ich die Arbeitsstelle für mich aufgeben wollte (.)
3 weil ´s mir bis hier oben stand (.) weil ´se mich so kaputt gespielt haben und so nieder

4 gemacht haben (.) also die haben die Arbeit, die man geleistet hat *immrr*
 5 *herabgewürdigt* sozusagen (.) .. (4) Nichts hat man richtig gemacht (-) und es wurde
 6 einem nicht ins Gesicht gesagt, wenn irgendwas nicht in Ordnung war. Es wurde alles
 7 hinter ´m Rücken ausgewertet (.) So dass man eben nie wusste (-) wie steht man im
 8 Team (.) oder dass dann mal direkt gesagt wurde (-) „Mit dem und dem bin ich nicht
 9 einverstanden!“ oder „das und das möchte ich so haben als
 10 Wohnbereichsleiter!“ Nee (!) Das wurde dann immer über andere umgemünzt: „Der
 11 und der hat gesagt“ und „das und das ist hier nicht in Ordnung“ (4) Also es wurde nie
 12 direkt gesagt. (.) Also das war wirklich ´ne schwierige Phase. (4) Ja und eigentlich
 13 hab´ ich noch was Gravierendes noch vergessen & meine Ausbildungszeit. Ich hab´
 14 hier im Pflegeheim bei uns ja auch angefangen zu lernen, das heißt ich habe hier
 15 meine Praktika gemacht (.) so (.) Auch im Haus acht auf dem Wohnbereich vier. Und
 16 mein erster Einsatz ist mir noch sehr bleibend in Erinnerung geblieben und das erzähle
 17 ich auch noch sehr sehr oft (-) und das erzähle ich auch meinen Mitarbeitern sehr sehr
 18 häufig. Also (!) ich hab´ ja ´ne Vorstellung, was für Bewohner da so alles in den
 19 Betten liegen, auch das noch so ´n paar Rüstige auf ´m Wohnbereich hin und her
 20 laufen (-) und dann bin ich auf den Wohnbereich gekommen musste feststellen, dass
 21 da mindestens acht Leute mit einer schweren Demenz waren und war da überhaupt
 22 nicht drauf vorbereitet. Mein erster Tag war (´) .. ich wurde zwischen acht demente
 23 Leute im Speiseraum gesetzt & haben mir ´n Spiel in die Hand gedrückt und dann
 24 wurde mir gesagt: „du kannst dich mal mit denen beschäftigen“ & die wurden da alle ´
 25 hingeworfen (´) und ich habe mit denen gespielt ´n halbe Stunde lang. Aber eigentlich
 26 war ich nur dabei, die alle immer wieder auf ihre Plätze zu setzten. Ich konnte mit der
 27 Situation nichts anfangen, denn das war für mich völliges Neuland. Und ich konnte
 28 auch nicht verstehen, dass man über so was lacht, sich lustig macht und so. Ich konnte
 29 damit einfach nicht umgehen. Und das hat mich ´ne ganze Woche beschäftigt (.) und
 30 nachdem Feierabend saß ich im Auto und hab´ bitterlich geheult, weil ich (.) ich
 31 konnte das nicht akzeptieren, ich konnte damit nicht umgehen. Bis ich mir dann ´n
 32 Termin geholt habe beim Arbeitsamt und dann eigentlich die Ausbildung abbrechen
 33 wollte. Und aber durch dummen Zufall ist die damalige Pflegedienstleiterin dann zu
 34 uns auf die Station gekommen und hat zu mir gesagt: „Wie sehen sie denn aus?“ Und
 1 da habe ich dann gesagt, dass ich eben auf dem Arbeitsamt war, weil ich das hier nicht
 2 mehr weiter machen möchte, weil ich damit nicht umgehen kann. Und sie hat dann
 3 damals ´n Gespräch mit mir und der damaligen Wohnbereichsleiterin geführt und hat
 4 dort noch mal gesagt, die sollten mich doch erst mal langsam ranführen, erst mal bei
 5 den so genannten „Normalen“ arbeiten lassen und dann mich mit den Dementen
 6 zusammen bringen. Und das haben se dann auch gemacht. Also, da bin ich heute noch
 7 dankbar für, dass se das dann doch langsam angegangen sind. Aber da war ich so
 8 geschockt, dass konnte ich nicht fassen. Das war schlimm und wie gesagt, dass war
 9 hier in der Einrichtung, in dem Pflegeheim. Die arbeit auf den Stationen war schwer,
 10 denn das war ja auch ´n relativ altes Haus. Da war mit Pflegehilfsmitteln oder mit
 11 irgendwelchen Erleichterungen war da nichts. Das war alles noch alt. Und in dem
 12 Haus, auch *hier* in dem Pflegeheim, wo ich dann nachher auch Pflegedienstleiterin
 13 geworden bin, da hatte ich Anfangs auch ´n bisschen Bedenken, weil das ja die Station
 14 war, wo ich anfangs gelernt hatte. Da habe ich gelernt und bin da dann später zunächst
 15 mal Wohnbereichsleiterin geworden & und viele Mitarbeiter kannten mich ja als
 16 Lehrling sozusagen. Das hat am Anfang Probleme ausgelöst. Die Mitarbeiter die
 17 hatten damit große Probleme anfangs. Teilweise haben se das, was ich gesagt habe
 18 einfach ignoriert, oder es ewig lang hin gezogen, oder das wenn Teamberatungen
 19 waren, dass das fast tumultartige Aufstände geworden sind. Egal wegen was. Da
 20 waren künstlich in die Länge gezogene Pausen auf Fragen hin, Widersprüche,
 21 Widerworte & also das kann ich gar nicht beschreiben. So was habe ich noch nicht
 22 erlebt. Das waren so ungefähr die ersten zwei Monate & das war richtig schlimm. Bis
 23 ich mir dann ´n Herz gefasst habe und habe dann die damalige Pflegedienstleitung
 24 angesprochen und hab´ eben / und hab´ ihr unterstellt, dass sie das, was hier passiert
 25 auch noch unterstützt ... weil se auch mit einer Mitarbeiterin privat befreundet war (-)
 26 So, dass ich mir denke, dass sie das eigentlich wusste (-) und da habe ich dann gesagt,
 27 entweder sie redet mit derjenigen (´) und weist sie darauf hin, dass sie hier nur
 28 Pflegehilfskraft ist (´) und dass se sich anzupassen hat und dass sie den Anordnungen
 29 auch Folge leistet oder ich schmeiße das hier alles hin und gehe dann aber an eine
 30 höhere Stelle (4) und werde das dort genau so sagen. Die ist dann fast umgefallen und

31 Hat dann auch alles abgestritten () ja (-) und (-) und dann hat die entsprechende
32 Pflegehilfskraft dann am nächsten Tag / ich denke mal da war das Gespräch, dass sie
33 se da dann darüber informiert hat () was ich da gesagt habe () und dann haben wir
34 das ausdiskutiert und danach ging ´s eigentlich. Es ist nicht so das „Friede, Freude,
1 Eierkuchen“ () aber man hat ´n normalen Umgang. (5) Und die Bewohner auf dem
2 Bereich die kannte ich teilweise noch () da waren noch nicht all zu viele von
3 verstorben oder ausgezogen. Dadurch fiel mir das Arbeiten dann ´n bisschen leichter.

In diesem Erzählsegment berichtet die Informantin von der Aufnahme einer Tätigkeit in der stationären Altenpflege, den in diesem Zusammenhang erlebten Schwierigkeiten mit den traditionellen Dienststrukturen sowie den erlebten innerkollegiale Interaktionsschwierigkeiten.

Gleich zu Beginn dieses Darstellungszusammenhanges erinnert die Informantin, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme ihrer Tätigkeit in der stationären Altenpflege noch „alte Strukturen“ (S. 65, 16) existent gewesen seien. Allerdings bleibt zunächst offen, ob die Informantin sich hier auf traditionell praktizierte konventionelle Dienst- bzw. Organisationsstrukturen aus der Zeit vor der politischen Wende bezieht oder ob sie sich eher allgemein auf rigide, innerkollegiale Organisationsstrukturen bezieht. Die fortlaufende Erzählung der Informantin legt jedoch nahe, dass sie zunächst die rigiden innerkollegialen Organisationsstrukturen und damit zusammenhängende Interaktionsschwierigkeiten meint, um im Anschluss daran konventionelle Dienst- bzw. Organisationsstrukturen aus der Zeit vor der politischen Wende zu kritisieren. Die Informantin beschreibt die tiefer liegenden Problemkonstellationen bezüglich der schwierigen innerkollegialen Interaktionsbeziehung: In der Wahrnehmung der Informantin habe die Wohnbereichsleitung vermutet, dass die Informantin in ihrem Handlungsschema derart karriereorientiert und rivalisierend orientiert sei, dass sie in Konkurrenz zur beruflichen Position der Wohnbereichsleiterin treten wolle, um deren berufliche Position einzunehmen. An dieser Stelle der Erzählung zeigt die Informantin deutlich Schwierigkeiten, die Erzählung geordnet darzustellen, was sich letztlich auch in einem Konstruktionsabbruch widerspiegelt (S. 65, 17). Dies lässt eine nachhaltige emotionale Berührtheit der Informantin vermuten.

Sandra Oertel habe in einem Pflegebereich gearbeitet, welcher sich auf die Pflege von männlichen Pflegebedürftigen spezialisiert habe. Da sie betont, dort später auch angestellt worden zu sein, ist davon auszugehen, dass sie dort vorerst in zeitlicher Befristung tätig war. Für das Pflorgeteam und dessen innerkollegiale Interaktionsbeziehungen seien Impulsivität und eine überwiegend negativistisch gefärbte Grundstimmung charakteristisch gewesen. Darüber hinaus sei die Struktur der Diensthierarchie der Informantin stets fremd gewesen. Das hier liegende Themenpotenzial wird von Sandra Oertel nicht ausgeschöpft. Sie deutet hier lediglich an, dass sie sich mit ihrer in der Altenpflegeausbildung erworbenen Fachkompetenz nicht anerkannt und gewürdigt erlebt habe. Diese Erlebnisschilderung lässt vermuten, dass die Vorgesetzten der Informantin Entscheidungen autoritär-dirigistisch getroffen haben, in welche die Informantin mit ihrer Fachkompetenz gerne integriert worden wäre, was jedoch, begründet in der rigiden und traditionellen Diensthierarchie, nicht realisierbar schien.

In einem Einschub (S. 65, 25 - 29) bezieht sich die Informantin auf die Zeit nach der politischen Wende und dem sich hiermit eröffnenden neuen Handlungs- und Möglichkeitsspielrahmen – im Fall der Sandra Oertel in Gestalt einer berufsbiografischen Perspektive in der stationären Altenpflege. In der Nachwendezeit etablierte sich die Altenpflegeausbildung in Ostdeutschland mit Rasanz. Gerade die Berufsgruppe der Krankenschwestern hätte jedoch den Altenpflegeberuf lange Zeit nicht als gleichwertig anerkannt. Selbst Pflegehelfer hätten den Standpunkt vertreten, dass eine Tätigkeit in der Altenpflege von herabgesetztem Wert sei. Die Informantin beklagt, dass das Pflorgeteam in seiner ursprünglichen Konstellation, zuvorderst bestehend aus Krankenschwestern und

Pflegehelfern, den neu ausgebildeten Altenpflegern von vorn herein Fachkompetenz abgesprochen hätte. Ergebnissichernd hält die Informantin daher fest, dass sie dieser Anfeindung sehr lange ausgesetzt gewesen und auch entgegen getreten sei, bis sie sich „teilweise durchsetzen“ konnte (S. 65, 29). Die Aussagen der Sandra Oertel lassen schwere Divergenzen innerhalb des Pflgeteams erahnen. Die Aussagen der Informantin legen aber auch die Vermutung nahe, dass diese Rivalität bis in die Gegenwart hinein noch nicht beigelegt und in problematischer Art und Weise existent ist.

Zurück auf dem Erzählfaden (S. 65, 29) setzt die Informantin ihre Beschreibung bezüglich der schwierigen innerkollegialen Interaktionsbeziehungen fort. Sandra Oertel beklagt zunächst die kommunikativen Besonderheiten in der problematischen innerkollegialen Interaktionsbeziehung: Ihr sei „nichts gesagt“ (S. 65, 29) worden, so betont sie und spezifiziert, dass sie eine positive Rückmeldung bezüglich ihrer Arbeit vermisst habe. Die Informantin unterstreicht ihre erlebte Randständigkeit und die Gefühle erlebter Minderwertigkeit, indem sie hervorhebt, dass sie selbst von den so genannten Pflegehelfern nicht als Autoritätsperson wahrgenommen worden sei. Die Informantin plausibilisiert ihre Wahrnehmung der Situation an einem Beispiel: So hätten Anweisungen zu pflegerisch-alltäglichen Notwendigkeiten, wie beispielsweise die therapeutische Maßnahme des Verabreichens von Suppositorien oder beispielsweise auch der Lagerung Bettlägeriger, dazu geführt, dass (nicht näher benannten) Kollegen in kontroverse Auseinandersetzungen mit der Fachpflegekraft Sandra Oertel getreten seien (S. 65, 30 – 34). Dies mit dem Ergebnis, dass sich die Informantin mit ihren fachlichen Anregungen stets ignoriert sah (S. 66,1).

Neben der Ebene der asymmetrischen Kommunikation innerhalb des Pflgeteams sei auch die Dienstplangestaltung eine weitere „Arena“ von innerkollegialen Divergenzen gewesen. So habe die Wohnbereichsleiterin den Dienstplan sehr gefühls- und interessengeleitet gestaltet, so erinnert Sandra Oertel. Die Berücksichtigung persönlicher Wünsche in der Dienstplangestaltung sei abhängig gewesen von der Sympathie oder Antipathie, welche die Wohnbereichsleiterin für den jeweiligen Mitarbeiter empfunden habe. Darüber hinaus macht die Informantin deutlich, dass die Wohnbereichsleiterin insbesondere den unbeliebten Mitarbeitern gegenüber die Macht der höheren Dienstposition hat spüren lassen, indem unliebsame Mitarbeiter vorzugsweise den gegenteiligen Dienst vom ursprünglich gewünschten Dienst auferlegt kommen hätten. Diese Handlungspraxis seitens der Wohnbereichsleiterin sei üblich gewesen, so betont Sandra Oertel. Da die Informantin an dieser Stelle ihrer Erzählung keine zeitliche Verortung vornimmt, erfragt die Interviewerin, ob die Informantin zu dieser Zeit bereits temporär mit der Dienstplangestaltung beauftragt worden sei (S. 66, 6 – 7). Die Informantin bleibt auf der Erzähllinie und betont wiederholt, dass die damalige Vorgesetzte die Gestaltung des Dienstplanes sehr machtbewusst und dirigistisch praktiziert habe.

In der nun folgenden Detaillierungsexpansion (S. 66, 11 – 27) beschreibt die Informantin sehr genau eben diese machtbewusste Dienstplangestaltung und führt daneben auch detailliert die daraus resultierenden Arbeiterschwernisse an: So hätte Sandra Oertel zumeist allein mit Auszubildenden den Dienst versehen müssen. Dieser Umstand hat ganz offensichtlich ein (bewusst herbeigeführtes) Arbeiterschwernis darstellt, denn es liegt die Vermutung nahe, dass einem Auszubildenden die Pflegeroutine und routinisierte Handlungskompetenz noch weitestgehend fehlt, was den Arbeitsdruck auf die Informantin massiv erhöht. Die Lage der Informantin scheint besonders prekär, da sie neben der Verantwortung für das korrekte pflegerische Handeln der Schüler auch noch die Verantwortung für dreißig Pflegebedürftige gehabt habe. Mit Pflegefachkräften ihres Pflgeteams habe sie nur sehr selten gemeinsam einen Dienst versehen können.

Neben der problematischen und konfliktbesetzten Interaktionsbeziehung innerhalb des Pflgeteams sowie auch der ungünstigen Dienstplangestaltung sei noch eine weitere Quelle für Arbeitsschwierigkeiten existent gewesen. So hätte die Informantin noch zusätzliche

Arbeitsaufträge auferlegt bekommen, welche in der Stationsroutine eines Spätdienstes routinemäßig nicht vorgesehen gewesen seien. So sei in den Spätdiensten oftmals keine so genannte Servicekraft eingeteilt gewesen, so dass pflegetätigkeitsfremde Arbeiten zusätzlich zur Stationsroutine Erledigung finden mussten. Die Informantin merkt an, dass im Dienst mit Schülern keine gleichberechtigte Aufteilung der anfallenden Pflegearbeiten – einschließlich der Vor- und Nacharbeiten – möglich gewesen sei. So habe die Informantin die im Spätdienst anfallenden Büro- und Dokumentationsarbeiten alleine ableisten müssen. Sie setzt ihre Ausführung zu den Arbeiterschwernissen, die sich aus der Dienstplangestaltung ergeben, mit abnehmendem inhaltlichen Detaillierungsrad fort, ähnlich einer Aufzählung (S. 66,18): Neben dem allnachmittäglichen Baden hätten auch „...bei etlichen ... noch die Grundpflege durchgeführt werden“ müssen (S., 19 – 20). Diese Äußerung der Informantin legt nahe, dass die betreffenden Altenheimbewohner im Frühdienst nicht ordnungsgemäß oder lediglich notdürftig versorgt worden sind – ob aus Zeit- oder Personalmangel, oder aus Gründen, die im Pflegebedürftigen selber zu suchen sind, bleibt hier offen. Wiederholt betont die Informantin, dass sie zusätzlich zur Pflegeroutine auch noch die Küchenarbeiten komplett habe übernehmen müssen. Den genauen zeitlichen Arbeitsumfang lässt sie unangesprochen. Am Ende der Woche sei zudem auch noch die Bestellung von Inkontinenzmitteln erforderlich gewesen, ebenso wie die Wäschebestellung.

Ein weiteres hausinternes Erschwernis sei in den Augen der Informantin die Aufteilung des Wohnbereiches gewesen. So habe sich der Wohnbereich der zu versorgenden Pflegebedürftigen über insgesamt vier Etagen erstreckt. Diese hier angeführten Arbeiterschwernisse in der Summe erforderten ein straffes Zeitmanagement. Somit habe sich die Informantin unter dem Druck gesehen, die Arbeitsaufträge und die Versorgung der Pflegebedürftigen zeitorientiert abuarbeiten, da sie ab 20:00 mit dem Feierabend der Schüler den Dienst habe alleine versehen müssen. Sandra Oertel macht an dieser Stelle ihrer Erzählung eine fünfsekündige Pause. Ergebnissichernd und selbstbestätigend fasst sie kurz zusammen: „So, das war ´s wohl“ (S. 66, 27).

Sanra Oertel fädelt sich wieder auf der Haupterzähllinie ein (S. 66, 27) und verortet sich zeitlich: So sei ihr Sohn noch sehr klein gewesen und ihr Ehemann sei genau zu der Zeit geografisch weit entfernt tätig gewesen, als die Arbeitsbelastung der Informantin durch die ungünstige und nachteilige Dienstplangestaltung besonders dramatisch gewesen sei. So habe sie sehr viele Spät- und Nachtdienste, aber auch sehr viele Wochenenddienst ableisten müssen. Bitten der Informantin, an bestimmten Wochenenden Dienstfrei oder aber Frühdienst ableisten zu dürfen, sei zumeist mit der Planung des gegenteilig liegenden Dienst begegnet worden. Bei Wunsch nach Frühdienst oder Dienstfrei habe sie also mit großer Sicherheit Spät- oder Nachtdienst ableisten müssen. Diese Dienstplangestaltung erscheint außerordentlich ungesittet. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Ehemann der Informantin als Berufspendler vorzugsweise an den Wochenenden zu Hause war. Die ohnehin zeitlich sehr begrenzte Familienzeit wurde so fremdbestimmt beschnitten. Hier wird deutlich, dass die Problembelastung des Arbeitslebens auf das Privatleben der Informantin übergriff. Auffällig ist hier, dass die Informantin sehr leise spricht und dann eine sechsekündige Erzählpause macht. Dies lässt die nachhaltige emotionale Erschütterung der Informantin klar erkennen. Die problematische Dienstplangestaltung und der schwierigen innerkollegialen Interaktionsbeziehung erzeugen im Privatleben der Informantin und letztendlich auch innerbiografisch eine kumulierte Unordnung. Für die Informantin begründet sich die desaströse Dienstplangestaltung in der mangelnden Akzeptanz ihrer Person. Diese besondere (und künstlich erzeugte) Form der systematischen Arbeitsschwierigkeiten erschütterte die Informantin derart, dass sie sich kurz vor der Aufgabe ihres Berufes gesehen habe. Wiederholt macht die Informantin eine längere (siebensekündige) Erzählpause.

Die berufsbiografische Identifikation der Informantin scheint empfindlich erschüttert worden zu sein. So sei sie „kaputt gespielt“ (S. 67, 3) worden und sowohl persönlich, als auch in ihrer geleisteten Arbeit herabgewürdigt worden. Nach einer viersekündigen Erzählpause betont die Informantin erkenntlich emotional geladen, dass bezüglich der Interaktionsbeziehung im Pflgeteam, einschließlich der Wohnbereichsleitung, der Bewusstheitskontext des Argwohns (A. Strauß, B.G. Glaser, 1974) vorherrschend gewesen sei. Wiederholt macht die Informantin eine viersekündige Erzählpause, um dann ergebnissichern zusammenzufassen, dass Probleme und Konflikte zwar nie direkt und sachlich kommuniziert, stattdessen jedoch persönlich adressiert worden seien. Dies sei „...wirklich ´ne schwierige Phase“ gewesen“ (S. 67, 12).

Sandra Oertel verlässt die Haupterzähllinie, um in einer Hintergrundkonstruktion (S. 67, 12 – 68, 11) zum Zweck der Verständigungssicherung Informationen nachzureichen. Die Informantin merkt an, dass sie in dem Pflegeheim, in dem sie auch zum Zeitpunkt des Interviews tätig ist, bereits ihre fachpraktische Berufsausbildung absolviert habe. Die Informantin schildert nun ein Erlebnis, welches ihr bis dato nachhaltig in Erinnerung geblieben ist. Im gleichen Zusammenhang betont Sandra Oertel zudem, dass sie eben dieses Erlebnis auch sehr oft ihren Mitarbeitern gegenüber kommuniziert: Als sie ihren ersten Praktikumseinsatz absolviert habe, sei sie völlig unvorbereitet mit acht hochgradig dementen Menschen konfrontiert worden. Gleich am ersten Tag des ersten Praktikums sei die Informantin aufgefordert worden, sich mit eben diesen acht dementen Pflegebedürftigen im Rahmen einer Spielrunde zu beschäftigen.

22 .. ich wurde zwischen acht demente
23 Leute im Speiseraum gesetzt & haben mir ´n Spiel in die hand gedrückt und dann
24 wurde mir gesagt: ´du kannst Dich mal mit denen beschäftigen´ & die wurden da alle
25 hingesezt (´) und ich habe mit denen gespielt... (S. 67, 22 – 25)

Diese Aussage legt die Vermutung nahe, dass die Durchführung der besagten Spielrunde sowohl den demenzkranken Pflegebedürftigen, als auch der Informantin fremdbestimmt auferlegt worden ist. Da die Informantin sich überrascht und überfordert vom Verhalten, insbesondere aber auch von den Weglauftendenzen der Demenzkranken sieht, bleibt zu vermuten, dass sie an ihrem ersten Arbeitstag keinerlei Einblick in das Stations- und Pflegegeschehen erhalten hat. Offensichtlich scheint sie buchstäblich „ins kalte Wasser geschubst“ worden zu sein (S. 67, 25 – 27). Diese Situation der fehlenden Handlungskontrolle einerseits und der überfordernden Eindrücke bezüglich der Demenzerkrankung der Pflegebedürftigen andererseits spitz sich zu, als die Informantin darüber hinaus noch die Erfahrung machen musste, dass die Demenzerkrankungen der Pflegebedürftigen und deren eigentlich erschütternd anmutende Symptombilder Anlass zum Gespött geben. Leider lässt die Informantin an dieser Stelle offen, ob andere Heimbewohner, oder das Pflegepersonal, oder beide die Demenzkranken Menschen und deren Leiden verlachten.

Die Informantin habe sich über den Zeitraum einer Woche hinweg nicht in der Lage gesehen, diese Eindrücke zu verarbeiten. Die Fähigkeit der Informantin, den Arbeitsalltag aktiv-handlungstechnisch zu bewältigen geht zunehmend verloren, mit dem Ergebnis eines Orientierungszusammenbruches. Sandra Oertel habe die zuständige Agentur für Arbeit aufsuchen wollen und dafür bereits eine Terminvereinbarung getroffen, um den Wunsch des Ausbildungsabbruches zu äußern. Die damalige Pflegedienstleitung habe die Informantin „durch einen dummen Zufall“ (67, 33) sichtlich niedergeschlagen angetroffen. Sandra Oertel wird nunmehr unerwarteter Weise mit all ihrer Entmutigung und Resignation wahrgenommen. Sandra Oertel kennzeichnet diese Begegnung als einen „dummen Zufall“. Dies lässt vermuten, dass sie schon längst nicht mehr damit gerechnet hat, dass sie in ihrer

emotionalen Befindlichkeit wahrgenommen würde, was das erhebliche Ausmaß an innerem Rückzug aus dem Pflorgeteam und letztlich auch aus dem Pflegeberuf verdeutlicht. An dieser Stelle wird nicht davon ausgegangen, dass die Informantin diese Begegnung tatsächlich als „dumm“ im Sinne von „unpässlich“ erlebt hat, denn die Ergebnissicherung der Informantin am Ende dieser Hintergrundkonstruktion spricht dagegen. Hier betont die Informantin, dankbar für die Interventionen der Pflegedienstleiterin zu sein, welche der Begegnung folgend eingeleitet worden seien (S. 68, 6 – 7).

Die Informantin wählt im Gespräch mit der Pflegedienstleitung einen offenen Bewusstseinskontext (Glaser, B. G., und Strauss, A., 1974). Sie habe der Pflegedienstleiterin ohne Umschweife mitgeteilt, dass sie die Agentur für Arbeit aufgesucht habe, um die Ausbildung bereits zu diesem frühen Zeitpunkt wieder abzubrechen. Dieser Schritt der Informantin lässt die massive Dynamisierung bereits angehäufter und nicht bearbeiteter Verlaufskurvenpotenziale ebenso erahnen, wie eine Erschütterung tiefer liegender und von Fürsorge und Solidarität gekennzeichneten biografischer Sinnquellen. Das Gespräch mit der Pflegedienstleiterin habe dann zu dem Ergebnis geführt, dass das Problem der Überflutung der Informantin mit nicht zu verarbeitenden Eindrücken, die Erleidensprozesse der Pflegebedürftigen betreffend, Beachtung gefunden hätte. Die Pflegedienstleiterin habe angeregt, dass die Informantin zu Beginn ihrer Arbeit zunächst einmal mit Pflegebedürftigen arbeiten solle, die nicht in dieser Schwere erkrankt sind, um einen langsamen Prozess der Gewöhnung an die schweren Pflegefälle und damit eine Chance des Einarbeitens zu ermöglichen.

Ergebnissichernd hält die Informantin fest (S. 68, 6 – 11), dass sie diesen Interventionsvorschlag der Pflegedienstleiterin gerne angenommen habe. Die Informantin wechselt vom Präteritum ins Präsens, als sie ihre Dankbarkeit diesbezüglich ausdrückt, was erkennen lässt, dass sie nachhaltig erleichtert und zufrieden ist, die Unterstützung der Pflegedienstleiterin angenommen zu haben. Abschließend fasst die Informantin zusammen, dass sie nicht nur bezüglich der Erleidensprozesse der Pflegebedürftigen erschüttert war, sondern darüber hinaus auch erschrocken war hinsichtlich der Arbeiterschwernisse insgesamt. Sie führt hier exemplarisch strukturelle Bedingungen wie schlechte bauliche Voraussetzungen und materielle Unterausstattung an.

Die Informantin kehrt nun wieder zurück auf die Haupterzähllinie (S. 68, 11). Sie erinnert, zu Beginn ihrer Tätigkeit als Pflegedienstleiterin „...Anfangs auch ´n bisschen Bedenken...“ gehabt zu haben (S. 68, 13), eben auf dem Wohnbereich als Leitungskraft tätig zu werden, auf welchem sie ihr erstes Praktikum absolviert und derart viele schlechte Erfahrungen gemacht hat. Diese Formulierung lässt den Schluss zu, dass Ereignisverstrickungen und Erfahrungsaufschichtungen der Vergangenheit – da unbearbeitet geblieben – als Verletzungsdisposition bis in die Gegenwart hinein nachwirken.

In einem kurzen Einschub (S. 68, 14 – 16) erinnert die Informantin zum Zweck der Verständigungssicherung noch mal daran, dass sie eben genau auf diesem Wohnbereich, auf dem sie ihre fachpraktische Ausbildung absolviert habe, später dann als Wohnbereichsleiterin eingesetzt worden sei. Somit hätten sie viele Mitarbeiter noch aus ihrer Lehrzeit in Erinnerung. Anzunehmen ist, dass die Informantin hier implizit darauf einstimmen möchte, dass ihr eben gerade die anfänglichen Schwierigkeiten bezüglich des Umganges mit den Erleidensprozessen der Pflegebedürftigen nachgetragen würden. Die Informantin macht deutlich, dass sie sich zu Beginn ihrer Tätigkeit als Pflegedienstleiterin tatsächlich immensen Schwierigkeiten entgegen gesehen habe. So hätte das Pflorgeteam ihr nicht die angemessene Autorität zugesprochen, sondern stattdessen Dienstanweisung infrage gestellt oder gar ignoriert. In Dienstberatungen habe es „*tumultartige Aufstände*“ gegeben, so erinnert die Informantin (S. 68, 19). Sandra Oertel scheint diesbezüglich bis in die Gegenwart emotional bewegt, was sich in der Intonation dieser Aussage widerspiegelt. Die

Perspektivendivergenzen und Asymmetrien in der Kommunikation (S. 68, 17 – 22) zwischen ihr und dem Pflorgeteam seien zu einem großen Teil seitens des Pflorgeteams inszeniert worden. Hier liegt nahe, dass das Pflorgeteam Schwierigkeiten sah, der Informantin als ehemaliger Auszubildender und neu eingesetzten Pflegedienstleitung den gebotenen Respekt entgegenzubringen und sie als weisungsberechtigte Autoritätsperson anzuerkennen. Die Informantin beschränkt diese Phase der verbalen Eskalation auf die ersten zwei Monate ihrer Tätigkeit als Pflegedienstleiterin. Zur Problemlösung entscheidet sich die Informantin wiederholt für das Interaktionsschema des offenen Bewusstseitskontextes (Glaser, B. G., Strauss, A., 1974). Sie spricht die vorherige Pflegedienstleiterin an, um ihrer Vermutung Ausdruck zu verleihen, dass diese dem opponierenden Pflorgeteam supportiv zur Seite stünde. Die Informantin sah ihre Vermutung diesbezüglich genährt, da sie um die Tatsache wusste, dass die ehemalige Pflegedienstleiterin mit einigen dieser Mitarbeiter privat-freundschaftliche Kontakte pflegen würde (S. 68, 2 – 25). Sandra Oertel erwartete intervenierende Unterstützung von der ehemaligen Leitungskraft. Hier wird nunmehr deutlich, dass die Quelle der Interaktionsschwierigkeiten wohl insbesondere bei einer einzelnen Pflegehilfskraft zu suchen sei. Die Informantin erzwingt sich in ihrer eigenen erlebten Hilflosigkeit und letztendlich auch Handlungsunfähigkeit die Unterstützung ihrer Vorgängerin. Sie droht der ehemaligen Pflegedienstleiterin mit der Niederlegung der Arbeit. Die Informantin lässt hierbei unklar, ob sie damit die völlige Aufgabe des Altenpflegeberufes meint, oder lediglich die Tätigkeit als Führungskraft. Dennoch wird deutlich, dass sich die Informantin zum wiederholten Male von der Tendenz bewegt sieht, das problembelastete Interaktionsfeld zu verlassen.

Die Informantin erinnert, dass sich die ehemalige Pflegedienstleiterin überrascht von den Interaktionsschwierigkeiten gezeigt habe, welchen sich die Informantin ausgesetzt gesehen habe. In der Konsequenz dieses Gespräches sei die betreffende Pflegehilfskraft bereit gewesen, die bestehende Problematik auszudiskutieren und einen angepassten Umgang innerhalb der Interaktionsbeziehung Sandra Oertel als Pflegedienstleiterin gegenüber zu pflegen. Die Informantin verwendet in dieser Darstellung den Vagheitsmarkierer „eigentlich“ (68, 34) was nahe legt, dass die bestehenden Probleme nur oberflächlich geglättet worden sind. Die fünfsekündige Erzählpause der Informantin unterstreicht die immer noch andauernde Betroffenheit der Sandra Oertel.

Abschließend hebt die Informantin hervor, dass sie die emotional sehr engen Bindungen an einzelne Pflegebedürftige als Kraft- und Sinnquelle genutzt habe, um die hier angeführten Arbeitsbelastungen und Interaktionsschwierigkeiten ertragbar zu halten (S. 69, 1 – 3).

11. Segment – (69, 4 – 69, 20) Darstellung eines Positiverlebnisses

4 Und ich hatte zwei Erlebnisse, die mich als Wohnbereichsleiterin positiv beeinflusst
5 haben und eins, was mich negativ beeinflusst hat & wo ich jetzt immer noch dran
6 knabbere. Das eine ist ´ne Bewohnerin (´) die war damals zwar schon ziemlich alt aber
7 noch relativ fit (´) die habe ich damals aufgenommen (´) ... das war ´ne ganz ganz
8 nette annehmbare Frau (.) Und die hat (.) Die hat mich behandelt, wie ihre Tochter (.)
9 Die Tochter ist regelmäßig gekommen (-) jeden Tag und das war meine
10 Lehrausbilderin in der Kinderkrippe damals ... und wenn irgendwas zu machen war,
11 dann hat die immer geklingelt und gefragt, ob ich da bin (,) ja (´) und die anderen
12 wussten das nachher dann schon (.) Auch so beim Waschen und so (-) bin ich immer
13 rein gegangen (,) ... Und die hatte eigentlich nachher hatte die ´n schweren
14 Herzinfarkt und ´ne Niereninsuffizienz und ist dann ins Krankenhaus gekommen und
15 ist dann ins Koma gefallen (´) .. auf Intensivstation. Und dann zu ihrem Geburtstag da
16 sind wir (-) so drei Leutchen (´) da sind wir die besuchen gegangen. Und (.) in ihrem
17 Unterbewusstsein da muss se aber mitgekriegt haben, dass wir da waren und mit
18 einmal hat se gesagt: „Ach Gabi meine Perle!“ Ja (-) und das hat mich so beruhigt
19 muss ich sagen, da habe ich dann gedacht: „Mensch, du musst doch irgendwas richtig

Die Informantin eröffnet diesen Darstellungszusammenhang zunächst mit der Schilderung zweier Positivdarstellungen, was die Mutmaßung zulässt, dass sie eine zunächst vornehmlich positiv gefärbte Betrachtungsweise bezüglich ihrer Handlungsschemata und Erfahrungsaufschichtung lanciert. Gleichzeitig stimmt die Informantin in einer Präambel aber auch darauf ein, dass sie anschließend, in ein Negativerlebnis schildern wird, welches im Sinne einer Fallverstrickung bis in die Gegenwart hinein nachhaltig wirkt.

Sandra Oertel erinnert sich an eine pflegebedürftige alte Dame, welche zwar kalendarisch im hohen Alter gewesen sei, aber dennoch über einen hohen Grad an physischer und kognitiver Leistungsfähigkeit verfügt habe. Die Interaktionsbeziehung zwischen dieser alten Dame und der Informantin sei auf Initiative der Pflegebedürftigen hin einem Mutter-Tochter-Verhältnis recht nahe gekommen, so erinnert sich die Informantin.

In einem kurzen Einschub (S. 69, 9 -10) fügt die Informantin – offensichtlich zum Zweck der Verständigungssicherung – ein, dass die Tochter der alten Dame die ehemalige Lehrausbilderin der Informantin in der Erstausbildung zur Kinderkrippenerzieherin gewesen sei.

Sandra Oertel setzt ihre Ausführungen auf der Haupterzähllinie fort und erinnert, dass die alte pflegebedürftige Dame zuvorderst nach der Präsenz der Informantin verlangt habe. Hinsichtlich der grundpflegerischen Versorgung scheint die Informantin tatsächlich geneigt, die Versorgung der alten Dame selbst zu leisten und nicht ihren Kollegen zu überlassen.

Nach einer dreisekündigen Gesprächspause erinnert die Informantin, dass sich die pflegebedürftige alte Dame schließlich multimorbide wurde und sich mit Niereninsuffizienz und Herzinfarkt einer krankenhausstationären Versorgung anvertrauen musste. Dort sei sie, im Koma liegend, intensivmedizinisch versorgt worden. Sandra Oertel zeigt sich davon überzeugt, dass die im Koma liegende Dame unterbewusst ihre Besuche wahrgenommen habe. Dieses überdienstliche Engagement erscheint auffällig. Denkbar ist, dass mit der krankenhausstationären Versorgung der Altenheimbewohnerin gleichzeitig auch die tiefer liegenden und nicht bearbeiteten Verletzungsdispositionen der Informantin – die im Zusammenhang mit der desaströsen krankenhausstationären Versorgung der Großmutter und den eigenen hilfspflegerischen Arbeitserfahrungen im krankenhausstationären Kontext stehen – reaktiviert worden sind. So würde sich diese besondere Fürsorge hinsichtlich der außerdienstlichen Krankenbesuche erklären lassen.

Sandra Oertel erinnert eine Interaktionssequenz im Krankenhaus, in welcher sie von der schwerkranken Frau noch einmal sehr persönlich und mit großer Wertschätzung angesprochen worden sei: „Ach Sandra, meine Perle“ (S. 69, 18). Die Informantin schöpft aus dieser Interaktionssequenz und der Tatsache, dass die alte Dame trotz ihres sich verschlechternden Gesundheitszustandes den Namen der Informantin erinnert habe, nachhaltig Kraft und sieht sich in ihrem (pflegerischen) Handeln bestätigt.

Entgegen der Ankündigung zwei positiv erlebte Fälle schildern zu wollen, beschreibt die Informantin lediglich eine Fallgeschichte und leitet gleich im Anschluss daran über in den nächstfolgenden Darstellungszusammenhang, in welchem sie ein Negativerlebnis, wie sie es nennt, in den Blick nimmt. Aus analytischer Sicht kann allerdings statuiert werden, dass Sandra Oertel in erster Linie weder eine positive noch ein negative Fallentwicklung pflegebedürftiger Altenheimbewohner schildert. Vielmehr beschreibt sie in Anlehnung an die Fallgeschichte ihre eigene Verstrickung in die Fallentwicklung und -bearbeitung.

12. Segment - (69, 21 - 70, 15) Darstellung eines Negativerlebnisses – Schuldverstrickung bezüglich des Ablebens einer Pflegebedürftigen

21 *und dann* (4) noch ´n *negatives* Erlebnis (-) ... Die Bewohnerin ist bei mir beim
22 Darreichen des Essens *gestorben* (7) Und ich habe mir *lange* eingeredet, dass sie
23 gestorben ist, weil *ich* ihr das Essen gereicht habe (-) weil ich nicht so viel Zeit habe,
24 alles unter Zeitdruck und du musst fertig werden. Ich hatte sie hochgestellt richtig, ich
25 habe sie auch eigentlich langsam gefüttert so wie bei allen anderen auch. Ich habe mir
26 schon die Zeit genommen. Hab´ mir aber eingeredet, dass es wirklich zu wenig Zeit
27 war. Sie hat aber während des Essens ´n Herzinfarkt gekriegt (6) und hat dann
28 angefangen / konnte nicht mehr richtig schlucken und ist dann dabei erstickt. Also
29 wird haben ihr dann noch Sauerstoff gegeben, der Notarzt war noch da (-) aber dann
30 ist es doch dabei geblieben. Und es fällt mir heute noch schwer, denen, die so schlecht
31 schlucken oder denen, die Bettlägerig sind Essen zu geben (6) Ich brauche doppelt und
32 dreifach so viel Zeit wie die anderen, die das Essen reichen. (4) Ich habe heute immer
33 noch ´n schlechtes Gewissen, so dass ich mir immer noch sage, wenn ich mir nur mehr
1 Zeit genommen hätte, das wär´ das vielleicht nicht passiert (7) ich weis das ist nicht
2 so, ich versuche dann auch, mir das auszureden (,) .. Jetzt geht es langsam auch schon
3 wieder. Aber ´ne Zeit lang da war ´s ganz ganz schlimm. Ich habe lange gebraucht (8)
4 I: Hat ihnen denn dabei jemand geholfen?
5 E: Ja (.) eigentlich meine Kollegen (.) Die haben
6 mir dann auch gesagt, dass wäre jedem anderen auch passiert. Nun ist es noch gut, das
7 das mir passiert ist und nicht der Schülerin, mit der ich zusammen Dienst hatte. Und
8 eigentlich sollte die Schülerin erst zum Essen reichen gehen und weil die aber wo
9 anders noch nicht fertig war dachte ich, dass dauert ja so lange, da gehe ich lieber
10 selber: Und im Nachhinein muss ich sagen (-) da bin ich eigentlich froh, dass nicht die
11 Schülerin gegangen ist, denn für sie wär´ das noch viel viel schlimmer gewesen. (5)
12 Aber da ist man erstmal wie gelähmt (.) so geschockt (.) ja (-) und wie / Ich war
13 unruhig in dem Moment und immer wieder / Auch selbst die Ärzte haben gesagt, ich
14 soll mich nicht verrückt machen. Das war ´n Infarkt und die Bewohnerin wär´ so und
15 so verstorben, ob nun mit oder ohne Essen. Das hätte man nicht verhindern können (4)
16 Und was mich aber auch noch freut (´) das muss man ja auch mal sagen (´) ..

Sandra Oertel stellt den hier ausgeführten Fall weder in seiner chronologischen Abfolge dar, noch stimmt sie den Zuhörer auf die Dramatik der nun folgenden Falldarstellung ein. Vielmehr eröffnet sie den Darstellungszusammenhang unmittelbar mit dem dramatischen Ereignishöhepunkt der Fallgeschichte – dem Versterben der Pflegebedürftigen, während die Informantin das Essen darreicht. Die sich anschließende siebensekündige Erzählpause lässt an der bis in die Gegenwart hinein anhaltende Ergriffenheit der Informantin keinen Zweifel. Sandra Oertel resümiert, dass sie sich über einen (nicht näher definierten) längeren Zeitraum in der Gewissheit gesehen habe, das Ableben der pflegebedürftigen Altenheimbewohnerin verschuldet zu haben, da sie sich bei der Erledigung der Pflegehandlung unter Zeitdruck gesehen habe. Nachfolgend schildert die Informantin die Situation bzw. den Hergang im Rechtfertigungscharakter. So betont sie, die bettlägerige Pflegebedürftige in die korrekte aufrechte Position verbracht und die Nahrung „auch eigentlich langsam“ (S. 69, 25) zugeführt zu haben. Um die Richtigkeit ihrer Handlungsweise zu unterstreichen, verweist die Informantin darauf, dass sie auch bei anderen Pflegebedürftigen in eben diesem Handlungsschema verfahren würde. Anzunehmen ist, dass sie damit auch implizit ausdrücken möchte, dass das Darreichen der Nahrung bei gleicher Vorgehensweise bei allen anderen Pflegebedürftigen ohne Komplikationen vor sich gehen würde. Im rechtfertigenden Charakter einer Selbstbestätigung argumentiert die Informantin, dass sie sich zwar ausreichend Zeit für den Vorgang des Darreichens des Essens genommen habe. Dennoch habe sie sich auch von Selbstzweifeln geplagt gesehen, ob der Zeitrahmen für die Pflegehandlung des Essendarreichens tatsächlich ausreichend gewesen sei.

Die Pflegebedürftige habe während des Einnehmens der Mahlzeit einen Herzinfarkt erlitten, so erklärt Sandra Oertel. Nach einer sechsekündigen Erzählpause fügt sie an, dass die

pflegebedürftige alte Dame darauf hin die Nahrung nicht mehr habe hinunter schlucken können und schließlich erstickt sei. Trotz der sofortigen Intervention einer Sauerstoffgabe und schneller notärztlicher Versorgung sei die Frau verstorben. Sowohl der Konstruktionsabbruch (S. 69, 28) als auch die vorangegangene sechsekündige Erzählpause (S.69, 27) können als ein deutlicher Indikator für die nachhaltig erlebte Schuldverstrickung seitens der Informantin verstanden werden. Der Eindruck der tiefen Schuldverstrickung der Informantin findet Bestätigung in der Ergebnissicherung dieses Darstellungszusammenhangs (S. 69, 30 – 70, 3). So würde es der Informantin bis in die Gegenwart hinein schwer fallen, Pflegebedürftigen mit Schluckbeschwerden oder Liegehaltung das Essen zu reichen. Auffällig scheint hier, dass die Informantin innerhalb dieses Darstellungszusammenhangs wiederholt eine sechsekündige Pause benötigt, bevor sie ihre Erzählung fortsetzen kann. Denkbar ist, dass Sandra Oertel Schwierigkeiten sieht, ihrer eigenen Fallverstrickung zu reflektieren und sich erneut damit zu konfrontieren.

Sandra Oertel gibt an, nunmehr zwei bis dreimal so viel Zeit zu benötigen, wie vergleichsweise andere Mitarbeiter des Pflorgeteams benötigen würden, wenn sie den Pflegebedürftigen die Mahlzeiten darreichen. Im Anschluss an eine viersekündige Pause fasst sie zusammen, dass sie bis in die Gegenwart hinein ein „schlechtes Gewissen“ (S. 69, 33) habe und sich schuldig am Tod der Pflegebedürftigen sehen würde. Dennoch betont sie, dass sie sich allmählich, wenn auch unter massiven Anstrengungen, im Prozess der Verarbeitung fortbewegen würde. Die Informantin betont zudem die Zeitintensivität dieses Bearbeitungsprozesses. Sie lässt in ihren Ausführungen bezüglich dieser Bearbeitungs- und Bewältigungsversuche nicht eindeutig erkennen, ob es auch Hilfe von Seiten der Mitarbeiter des Pflorgeteams, der Einrichtungsleitung, oder aber dem privaten Umfeld gegeben hat. Als sie wiederholt eine mehrsekündige Erzählpause einlegt, entschließt sich die Interviewerin zu einer Zwischenfrage, die fremdseitige Unterstützung von Seiten der Mitarbeiter des Pflorgeteams, der Einrichtungsleitung, oder aber dem privaten Umfeld anbetreffend (S. 70, 4). Die Informantin erinnert, dass ihre Kollegen ihr „eigentlich“ geholfen hätten (S. 70, 5). Diese Formulierung lässt den Schluss zu, dass es entweder keine andere Quelle der Hilfe und Unterstützung für die Informantin gab, die Kollegen lediglich als Kollegen unterstützend gewesen seien. Eine andere Interpretationsmöglichkeit besteht aber auch darin anzunehmen, dass die Informantin andere Quellen der Unterstützung, beispielsweise im privaten Nahraum hatte, und die Kollegen, wenn auch randständig, eine supportiv wichtige Rolle bei der Bewältigung der Schuldverstrickung eingenommen haben. Auch hätten die Kollegen sich bemüht gezeigt, den Vorfall zu generalisieren, indem sie der Informantin glaubhaft zu machen versuchten, dass jeder anderen Pflegekraft in dieser Situation das Gleiche passiert wäre. Möglicherweise ist es als eine Strategie der Bewältigung des Gefühls der Schuldverstrickung zu betrachten, dass die Informantin Trost in der Tatsache sucht, dass sie selbst anstelle einer Schülerin am Pflegebett der sterbenden Dame gearbeitet habe (S. 70, 6 – 11). Diese Vermutung bestärkt sich insbesondere vor dem Hintergrund des frühkindlich manifestierten Verlaufskurvenpotenzials im Zusammenhang mit der krankenhausstationären Versorgung der Großmutter, aber auch im Zusammenhang mit den im Schülerpraktikum erlebten Ereignisverstrickungen. In diesem Zusammenhang kann jedoch ebenfalls davon ausgegangen werden, dass nun noch einmal – da die alte Dame beim Essen darreichen gestorben ist – die frühkindliche Sinnquelle hinsichtlich des Bedürfnisses des Entgegenbringens von Fürsorge gegenüber älteren Menschen empfindlich erschüttert worden ist.

Abschließend in diesem Darstellungszusammenhang fokussiert die Informantin nochmals den dramatischen Ereignishöhepunkt des plötzlichen Ablebens der Altenheimbewohnerin und betont in diesem Zusammenhang, dass sie sich „gelähmt“ und „geschockt“ (S. 70, 12) gefühlt habe. Die empfindliche Erschütterung tiefer liegender biografsicher Sinnquellen spiegelt sich in den Konstruktionsabbrüchen wider (S. 70, 11 - 13). Hier liegt einmal mehr die Vermutung

nahe, dass Bewältigungs- und Aufarbeitungsversuche der Informantin entweder nicht ausreichend geleistet worden sind, oder aber begründet in der tiefen Erschütterung – gleich einem Orientierungsverlust und dem temporären Verlust der Fähigkeit, den Pflegealltag aktiv-handlungstechnisch zu bewältigen – noch nicht geleistet worden sind.

Ganz offensichtlich scheint, dass die Informantin in ihrer Schuldverstrickung sozial auffällig geworden ist, so dass ein Arzt sich veranlasst sah, die Tendenzen der emotionalen Schuldverstrickung der Informantin abzuschwächen. So hätten der Arzt der Informantin gegenüber die Gewissheit bestärkt, dass die pflegebedürftige Dame auch unabhängig von dem Einnehmen der Mahlzeit zu diesem Zeitpunkt verstorben wäre.

13. Segment (S. 70, 16 – 71, 5) – die Zuneigung von Pflegebedürftigen als berufsbiografische Sinnquelle

- 16 E: Ich habe
17 ja mal auf ´ner Männerstation gearbeitet und die Männer hatten einen wirklich gerne
18 (!) das muss ich mal sagen (!) und es gibt heute noch einige die an meinen Geburtstag
19 denken & Oder wie der eine, der heute noch sagt „ich liebe dich“ und fragt, ob ich ihn
20 heiraten will (.) ja (-) Also immer noch (-) also der hat mich immer noch zu meinem
21 Geburtstag angerufen (-) Der wünscht mir dann Gesundheit und ´n langes Leben und
22 dass er mich immer noch liebt und so und fragt, ob ich noch verheiratet bin. Der war
23 richtig verliebt in mich, wie jemand mit vierzehn.
- 24 I: Ja (.)
25 E: Der ist nachts wach geblieben
26 und hat mit mir zusammen Nachtschicht gemacht. Dann hat der auch noch meinen
27 Dienstplan abgeschrieben (.) ja ja (.) Nee, mein Fall ist das auch nicht, aber trotzdem
28 war ich irgendwie angetan, auch von Willi G. .. Der hat mir immer Postkarten
29 geschrieben „Ich hab´ dich auch lieb, aber die andere hab´ ich mehr lieb“ ja, das war
30 die Marie (.) die hat er noch mehr geliebt ((lachen))
31 I: ((lachen))
32 E: Ja (,) Also die beiden, dass ist was,
33 was einen so bestärkt. Oder wenn man Bewohner auf der Straße sieht und die wissen
34 noch, wie man heißt und so (-) das bestärkt einen. Ja (,) oder wie Frau Resi, die hat
1 neulich zu mir gesagt „Kannste nich wieder zu uns kommen? Das war immer so schön
2 mit dir“ immer mal was gebastelt .. ja (,) und das sind so Momente wo ich sage, das
3 bestärkt mich (!)
- 4 I: Ja das ist schön (!)
5 E: Ja (-) (5) mhm (6)

Die Informantin erinnert die Zeit ihrer Tätigkeit auf einer so genannten „Männerstation“, wie sie sagt. Dort habe sie seitens der Pflegebedürftigen ein Gefühl positiver Wertschätzung und Zuneigung vermittelt bekommen. Sie fügt hier unterstreichend an: „Das muss ich mal sagen

(!)“ (S. 70, 18). Mit großer Wahrscheinlichkeit tut sie das, um diese Positivdarstellung nunmehr der im vorangegangenen Segment dargestellten Negativerlebnisse und Schuldverstrickung entgegenzusetzen. Die Informantin wechselt die Zeitform ihrer Erzählung hin zum Präsens. Sie betont, dass noch heute einige der männlichen Pflegebedürftigen an ihren Geburtstag denken würden. Außergewöhnlich scheint, dass die Informantin ohne jegliche Relevanzabstufung ihre Darstellung fortsetzt. So hätte ein Pflegebedürftiger ihr gegenüber seine Liebe gestanden und sie gar ehelichen wollen. Dieser Altenheimbewohner habe ihr an Geburtstagen seine Glückwünsche telefonisch übermittelt und gleichzeitig seine innige Zuneigung bekräftigt. Die Informantin fasst zusammen, dass dieser Pflegebedürftige ihr gegenüber eine aufrichtige und tiefe Zuneigung verspürt habe. Auch habe er sich nicht zur Nachtruhe begeben, wenn die Informantin im Dienst gewesen sei, um sie über den Dienst hinweg zu begleiten. Um über den Dienstplan der Informantin informiert zu sein, habe er sich diesen abgeschrieben. Seine Zuneigung habe er ihr auch in Postkartenform mitgeteilt. Erstaunlich scheint, dass die Informantin an dieser Stelle unbeschwert lacht und in keiner Weise den eventuell enttäuschten Gefühlen des Altenheimbewohners Beachtung schenkt, die sich für ihn aus der nicht erwiderten Zuneigung ergeben. Gegen Ende dieses Darstellungszusammenhangs (S. 70, 32) differenziert die Informantin, dass es sich sogar um zwei Herren gehandelt habe, die der Informantin gegenüber ihre Zuneigung ausdrückt hätten. In diesem Darstellungszusammenhang wird deutlich, dass die Informantin der positiven Wertschätzung, Anerkennung und persönlichen Zuneigung der Pflegebedürftigen persönliche Bestätigung entnimmt und als Kraft spendende, ausgleichende berufsbioграфische Sinnquelle empfindet (S. 70, 33 – 71, 3).

Nach einer mehrsekündigen Erzählpause (insgesamt elf Sekunden, siehe S. 71, 5) eröffnet die Interviewerin mit einer Frage aus dem leitfadengestützten ExpertInnen-Interview einen neuen Darstellungszusammenhang, angelehnt an den Leitfaden des Experten-Interviews

14. Segment – (S. 71, 6 – 71, 25) Schwierigkeiten bei der Konstitution des Arbeitsbogens

6 I: Ja, kann ich noch mal nach der
7 interdisziplinären Zusammenarbeit fragen, wie die sich gestaltet? Am besten gleich
8 mit ´ner Falldarstellung, darüber würde ich mich freuen.
9 E: Ja (,) wir haben ´n
10 Bewohner gekriegt, der schwerste Erkrankungen hatte (´) hat ´n Tracheostoma gehabt,
11 der hat ´n Katheter gehab und ´n sehr großen Dekubitus, war bettlägerig (-)
12 querschnittgelähmt (-) also wirklich schwerstkrank (.) Und dieser Mann ist mit seiner
13 Ehefrau zu uns ins Heim gekommen. Und (-) diese Aufnahmen von den Bewohnern
14 laufen über die Qualitätsmanagerin (.) die macht sozusagen ´n Fragebogen fertig (´)
15 mit allem, was zu einer Aufnahme gehört & Ärzte & Angehörige, Geburtsdatum und
16 so weiter (,) und das hatte se dann auch gemacht & aber sehr lückenhaft (.) Und dieser
17 Mann ist aus ´ner Rehabilitationsklinik in der Nähe von G.-Stadt zu uns gekommen.
18 Auf diesem Fragebogen, den wir da gekriegt haben, da stand weder, welches Sani-
19 Haus für irgendwas zuständig war, wie das mit der Versorgung des Tracheostomas
20 war, mit Anti-Dekubitusmatraze (-) wo wir die herkriegen sollten (-) es war noch kein
21 Hausarzt festgelegt. Es war eigentlich nichts als der Name und ´n paar Diagnosen und
22 die Krankenkasse, die drauf stand. Und dann fühlt man sich im Stich gelassen, das kann
23 ich jetzt wirklich so sagen. Da stand nicht viel im Anamnesebogen und er (((hatte auch
24 noch ´n Katheter, wo wir den Auftrag vom Krankenhaus hatten, den zu wechseln =
25 vermuteter Wortlaut)))

Dieser Darstellungszusammenhang wird durch die leitfadengestützte Fragestellung der Interviewerin eröffnet. Erfragt wird die Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Allgemeinen. Die Interviewerin regt eine thematisch fokussierende Darstellung anhand einer Falldarstellung an.

Zunächst nimmt die Informantin eine Art von „Bestandsaufnahme“ vor. Sandra Oertel stellt die gesundheitliche Situation eines Altenheimbewohners zum Zeitpunkt seiner Heimaufnahme dar. Dieser sei multimorbide gewesen: Der Altenheimbewohner sei mit einem Tracheostoma und mit einem Blasenverweilkatheter versorgt worden; zudem sei er begründet in einer Hemiplegie in seiner Mobilität stark eingeschränkt gewesen. Hinzu sei ein Dekubitus von erheblichem Ausmaß gekommen (S.71, 9 - 13).

Die Formalien der Heimaufnahme, einschließlich der Anamnese, würden von der einrichtungsinternen so genannten Qualitätsmanagerin durchgeführt, was in dem hier diskutierten Fall äußerst defizitär und lückenhaft erfolgt sei, wie es die Informantin ausdrückt (S. 71, 13 – 16).

Die Informantin erinnert einen Fall und die problematische interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Erzählung der Fallgeschichte ist in sich chronologisch und handlungslogisch gegliedert. Sandra Oertel fokussiert zunächst die Problemkonstellationen bezüglich der Arbeitsbogen-Koordination und -gestaltung. So schätzt sie klar abgesteckt ihren Gestaltungsrahmen, ihre Kompetenzen und ihre Defizite, aber gleichzeitig auch ihre situative Hilflosigkeit ein. Aufgrund der lückenhaft ausgefüllten Fragebögen / anamnestischen Erfassungsbögen zum Zeitpunkt der Heimaufnahme des schwerkranken Pflegebedürftigen habe sich die Informantin in absoluter Planungsunsicherheit bezüglich der Arbeitsbogenkoordination und -gestaltung erlebt. So habe Sandra Oertel nicht gewusst, welches Sanitätshaus bereits in die Versorgung des Heimbewohners (u.a. das Tracheostoma und den Blasenverweilkatheter anbetreffend) involviert gewesen sei. Darüber hinaus habe sie sich der Unerfahrenheit bezüglich der Behandlungspflege eines Tracheostomas gegenüber gesehen. Zudem habe sie eigeninitiativ und zeitintensiv herausfinden müssen, welcher Kostenträger bezüglich des Herbeischaffens einer Wechseldruckmatratze zur Dekubitusbehandlung dieses Heimbewohners anzusprechen sei. Auch ein betreuender Hausarzt sei weder bekannt, noch ihr wesentlich festgelegt worden (S. 16 – 21).

Die Informantin fasst zusammen, dass ihr, mit der Ausnahme des Namens des Heimbewohners, einigen Diagnosen und der betreuenden Krankenkasse nichts bekannt gewesen sei. Bekannt sei lediglich die Aufforderung eines Krankenhauses gewesen, den Wechsel des Blasenverweilkatheters betreffend (S.71, 21 – 25).

In diesem Darstellungszusammenhang wird insgesamt deutlich, dass die Informantin über ein professionelles Problembewusstsein verfügt. Sie stimmt hier mit differenziertem Blick auf die Schwierigkeiten der Konstitution des Arbeitsbogens und damit zusammenhängend auch für das pflegeprofessionelle Fallmanagement ein. Dieser Präambel folgt nunmehr eine detaillierte Darstellung der problematischen Konstitution und Gestaltung des Arbeitsbogens.

15. Segment – (S. 71, 25 – 33) Schwierigkeiten bezüglich der Artikulationsarbeit im interdisziplinären therapeutische Team

25 So und dann kam der Mann, wir hatten weder Ahnung von
26 Tracheostoma (-) weil wir das bei uns noch nie hatten (´) und das war völliges
27 Neuland und jeder, den man gefragt hat, hat mit ´n Schultern gezuckt & „und nun seht
28 zu“ (-) so ungefähr (´) „wie ihr das jetzt hier so macht“. Dann habe ich / Am Tag
29 vorher hatte ich ja schon mal gefragt, wie man ´n Stoma versorgt und wie das da mit
30 dem O²- Konzentrat so zusammen passt (-) ... und das konnte mir keiner sagen. So,
31 und der von der Sani-Firma (-) der hatte dann nur das Gerät erklärt (´) .. und diese
32 Nahrung, die es damit gab noch erklärt (-) und dann waren wir genau so schlau wie
33 vorher. Ja (.) Dann musste nun noch festgelegt werden, welcher Arzt (.)

In diesem Darstellungszusammenhang fokussiert die Informantin ein singuläres, aber dennoch zentrales Problem des insgesamt Fallgeschehens. Die Problemfokussierung richtet sich auf

die Behandlungspflege und auf die Herausforderung der Arbeitsbogengestaltung bezüglich der Versorgung des Tracheostomas des pflegebedürftigen Altenheimbewohners.

Sandra Oertel kennt ihre Kompetenzgrenzen und versucht gleichzeitig, sich fehlendes Wissen über die Behandlungspflege eines Tracheostomas von anderen Pflegekräften aus dem therapeutischen Team zu erfragen. Leider seien ihre Bemühungen um Wissens- und Kompetenzerweiterungen diesbezüglich mit Gleichgültigkeit und versagter fachlicher Unterstützung beantwortet worden. Selbst als die Informantin auf der Suche nach einer fachkompetenten Beratung ein Sanitätshaus angesprochen habe, sei sie nicht in der von ihr erwarteten Vollständigkeit und fachlichen Richtigkeit beraten worden. Es zeugt von einer ausgesprochen professionellen Grundhaltung der Informantin, dass sie die Defizite in den Ausführungen des Sanitätshausmitarbeiters erkennt. Mit ihrer gezielten Suche nach fachkompetenten Beratern macht sie deutlich, dass sie den „arc of work“ gestalten kann, trotz eigener (partieller und auf einzelne Pflegehandlungen begrenzter) Inkompetenz und Hilflosigkeit. Die Informantin tritt als Co-Arbeitsbogenmanager auf, nicht nur was die Optimierung der Behandlungspflege des Tracheostomas anbelangt, sondern auch was ihr Engagement bei der Auswahl eines betreuenden Arztes anbetrifft.

16. Segment – (S. 71, 33 – 72, 9) Schwierigkeiten in der Arbeitsbogengestaltung, die Pflegekraft als Co-Arbeitsbogenmanager / Auswahl eines betreuenden Arztes

33 So (.) wir
34 hatten da zwei zur Auswahl (‘) und dann hatten wir da auch gleich angerufen, den
1 einen, ob der Arzt dann übernimmt (-) ... „Nein (!) der hatte genug Patienten und aber
2 die Betreuerin hat von vor herein gesagt, sie verlässt sich auf uns, das wir ‘n Arzt
3 suchen, der auch verlässlich ist. Das ist für sie wichtig, ihr ist das sonst egal, welcher
4 Arzt das macht. Ja (.) und da hatten wir eben zwei zur Auswahl (.) Und dann hatten
5 wir dann den anderen Hausarzt angesprochen (‘) und der hat gesagt, er würde beide
6 übernehmen, er kann aber nicht versprechen den Tag noch zu kommen, wenn die
7 beiden Herrschaften aus dem Krankenhaus kommen. Und für uns war eigentlich sehr
8 sehr wichtig, dass er den Tag noch kommt, und auch noch alles aufschreibt und auch
9 noch mal guckt, was da noch alles zu machen ist. (4)

Die Informantin erinnert, dass sie zwischen zwei Medizinprofessionellen habe entscheiden können, wer als betreuender Arzt für den multimorbiden schwerkranken Pflegeheimbewohner geeigneter sei. Einer der beiden Ärzte, der Erstbefragte, habe zur Auskunft gegeben, dass sein Patientenstamm bereits die maximale Größe erreicht habe und daher die Aufnahme weiterer Patienten ausgeschlossen sei. Diese Ablehnung der Zusammenarbeit scheint die Informantin massiv unter Druck gesetzt zu haben. Der folgende Einschub unterstreicht diese Annahme (S. 72, 1 – 4): Die Betreuerin des Pflegebedürftigen habe die Aufgabe der Arztauswahl an die Informantin nicht nur delegiert, sondern damit zusammenhängend auch deutlich gemacht, dass sie zwar nicht in diesen Auswahlprozess involviert werden möchte, gleichzeitig aber die Erwartung an die Informantin heranträgt, dass sie die Arztauswahl entsprechend verantwortungsbewusst unternimmt. In diesem Einschub wird einmal mehr deutlich, dass die Informantin bei der Gestaltung des Arbeitsbogens sehr auf sich allein gestellt ist. Dieser Eindruck findet Bekräftigung in der weiteren Falldarstellung der Informantin im Anschluss an diesen Einschub.

Die Informantin kehrt wieder auf die Erzähllinie zurück und setzt ihre Ausführungen bezüglich der Arztauswahl und der damit verbundenen Schwierigkeiten fort. Der zweite der beiden Ärzte habe seinen grundsätzlichen Willen zur Betreuung des Pflegebedürftigen und dessen Ehepartnerin zwar bekundet, konnte aber nicht zusichern, wie von der Informantin gewünscht, noch am selben Tag mit seiner hausärztlichen Betreuung zu beginnen. Die Informantin macht zum Ende dieses Darstellungszusammenhanges deutlich, dass sie dadurch in eine äußerst prekäre Situation versetzt worden sei. So sah sie sich einen weiteren Tag lang gezwungen, die Versorgung des Heimbewohners im Sinne einer „Irgendwie-Bewältigung“ fortzusetzen. Auch die notwendigen Medikamente hätten so erst später rezeptiert werden können.

17. Segment – (S. 72, 9 – 30) Optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem engagierten Hausarzt als Arbeitsbogenmanager und der Pflegedienstleiterin Sandra Oertel als Co-Arbeitsbogenmanagerin

9 Ja, dann sind die beiden dann
10 gekommen (·) und wir haben se dann erstmal (·) notdürftig kann man sagen (·)
11 versorgt (·) weil wir ja nun auch nicht wussten wie und was (-) (3) haben dann (·) Gott
12 sei Dank muss ich sagen (·) ist der Hausarzt noch gekommen dann und hat beide
13 begutachtet (·) also alles was eben damit zusammen hängt (·) und hat aber dann eine
14 „Verbandschwester“ & Nee „Verbandschwester“ kann man nicht sagen & Der
15 arbeitet mit noch einem Arzt zusammen (·) oder (-) .. mit so einer Verbandsfirma und
16 da hat der diese Schwester mitgebracht und die hat dann die Verbände alle gemacht.
17 Ich muss sagen, dass war wirklich gut & das war erleichternd für alle, denn so eine
18 Aufnahme ist eine riesen Prozedur. Der ist dann mit seiner Schwester gekommen und
19 hat alles aufgenommen und das war gut, dass die Verbandschwester mit bei war (·)
20 weil die uns dann auch unsere Dokumentationsblätter ausgefüllt hat, weil dieser Herr
21 so viele Wunden und Dekubiti hatte (-) dass sehr (·) sehr (·) sehr (·) viel
22 aufgenommen werden musste. Und dieser Arzt muss ich sagen (-) hatte sehr & sehr &
23 sehr viel Verständnis für alles. Der hat sich Zeit gelassen, der hat mit uns alles was wir
24 wissen wollten und was wir aufgeschrieben haben wollten auch eingetragen (-) und hat
25 uns freie Hand gelassen und hat gesagt, dass alles das, was da noch kommt, das sollen
26 wir telefonisch mit ihm abklären und ahm (-) er legt das dann im Nachhinein noch fest
27 (-) also er meint, das können wir so machen. Und auch diese Verbandschwester wollte
28 bei jedem Besuch den sie macht wissen (-) was wird gebraucht (-) hat (((auch mal
29 andere, neue Materialien probiert = vermuteter Wortlaut))) Also da hat auch der Arzt
30 sich voll drauf verlassen. (5)

Sandra Oertel fasst zum Zweck der Verständigungssicherung noch einmal die in den vorangegangenen Darstellungszusammenhängen geschilderten schwierigen Situationen bezüglich des schwerkranken Pflegebedürftigen und seiner Ehefrau zusammen. Sie erinnert gleichzeitig auch noch einmal daran, dass die Grundversorgung der Eheleute zunächst einmal von Improvisation und Notdürftigkeit geprägt gewesen sei. Die Informantin schildert aber auch die Umsichtigkeit und das professionelle Arbeitsbogenmanagement des zweiten Mediziners, der als Hausarzt für das Ehepaar gewonnen werden konnte. Die medizinischen

Probleme des Ehepaares habe er stets umsichtig im Blick gehabt. Auch habe er umgehend die Arbeitsbogenkoordination (die medizinische Grundversorgung und Behandlungspflege betreffend) übernommen. So habe der Arzt zunächst selbst die Situation analysiert und dann umgehend ein therapeutisches Team zusammengestellt. Der Hausarzt als Arbeitsbogenkoordinator vermittelte den Kontakt zu einem auf Wundversorgung spezialisierten Kollegen und dessen so genannter Verbandsschwester. Die Verbandsschwester wird als Spezialistin im paramedizinischen Bereich in das Behandlungsteam und in den (interdisziplinär gespannten) Arbeitsbogen involviert. Der Arzt schafft es so, eine Art Grundsicherheit im Pflgeteam zu erzeugen. Er überlässt dem Pflgeteam unter der Leitung der Informantin als Co-Arbeitsbogenmanagerin auch die Möglichkeit, sich selbst in den Fall und die Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen einzubringen. Die Basisqualität der Behandlungspflege wird so einmal durch die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und zum anderen durch die engagierte Arbeitsbogenkoordination des Mediziners abgesichert. Dies aktiviert nicht nur die kreativen Emergenzen der Pflegekräfte, sondern lässt sie auch neuen Mut fassen. Der Arzt selbst zeichnet sich auch dadurch aus, dass er sich als Ansprechpartner für das Pflgeteam zur Verfügung hält. Er gestattet Lernzeit und betrachtet das Pflgeteam als Kollegen. Positiv bedeutsam scheint darüber hinaus auch, dass die Informantin diese Besonderheiten wahrnimmt, was einmal mehr Ausdruck ihrer professionellen Grundhaltung ist.

18. Segment – (S. 72, 30 – 74,1) Professionalität in der interdisziplinären Zusammenarbeit / Professionalität in der (interdisziplinären) Arbeitsbogengestaltung und – Koordination zum Zweck der Sicherung der Pflegequalität

30 Aber da hatten wir ja nun immer noch kein Sanitätshaus,
 31 was nun Tracheostoma und alles so was nun versorgt. So, dann hatten wir eins
 32 ausgesucht, mit denen wir gut zusammenarbeiten (-) mussten aber feststellen, dass
 33 diese Schwester das dann nun anderes versorgt hat, als wir das so dachten. Wir hatten
 34 das ja erstmal notdürftig vorgenommen und der Hausarzt hatte festgelegt, dass der
 1 HNO-Arzt das machen soll. Hab´ dann auch den HNO-Arzt gleich an dem Tag noch
 2 angerufen, der ist aber nicht mehr gleich an dem Tag gekommen. Der wollte erst im
 3 Laufe der nächsten Woche kommen. Aber da haben wir dann noch mal beim Hausarzt
 4 angerufen und drauf gedrungen, dass das so nicht geht, da muss unbedingt was
 5 passieren. Dadurch, dass ´n sehr verständnisvoller Hausarzt war, den wir da
 6 ausgesucht hatten, hat der sich auch wirklich drum gekümmert, dass das geregelt wird,
 7 dass der HNO-Arzt dann wenigstens am anderen Tag vormittags gekommen ist. Am
 8 Vormittag hatte sich jemand bei mir gemeldet (´) ´n junger Mann (´) von ´ner Firma
 9 (´) die Tracheostoma versorgt (.) (4) und der hat sich dann den Herrn noch mal
 10 angeguckt und hat gesehen, dass der die falsche Kanüle drinnen hatte (4) ja (.) hat
 11 gesehen, dass der mit der Nasensonde nicht richtig Sauerstoff kriegt und hat uns
 12 erklärt (´) dass das mit dieser Nasensonde gar nicht da hinkommt, wo das hinkommen
 13 soll. Weil er ja eigentlich auch durch das Tracheostoma seine Luft kriegt. Und hat
 14 dann den Adapter auf dieses Tracheostoma mit drauf gesetzt und hat uns gezeigt (-)
 15 wie man das dann so versorgt und der hatte sich dann drum gekümmert (-) auch im
 16 Auftrag des HNO-Arzt (-) für die Versorgung da zu sein, so dass das Sani-Haus das
 17 dann nicht mehr machen musste, weil das eben von der Qualität her ´ne schlechte
 18 Versorgung war. So, und das hat eigentlich gut geklappt. (5) und (.) ... was ich auch
 19 lobend sagen muss, da hat der HNO-Arzt das Gespräch mit mir gesucht und hat eben
 20 gleich gesagt, dass dieses Absaugen und alles was mit dem Stoma zusammen hängt (-)
 21 dass das nur ´ne Fachkraft machen darf (.) das wir dafür sorgen sollen, dass da keine
 22 Hilfskraft macht. Er weiß, dass viele andere Dinge in der Pflege auch von Hilfskräften
 23 gemacht werden, aber da besteht Gefahr und da möchte er auch, dass das von den
 24 Fachkräften gemacht wird. Diese Tracheokanüle sollte zwei Mal die Woche
 25 gewechselt werden (´) und da wir damit keine Erfahrung hatten (´) hatte uns diese
 26 Firma, die diese Tracheostoma-Versorgung machte, empfohlen, dass wir den
 27 Kanülenwechsel machen können, aus seiner Sicht und er uns so weit befähigen
 28 wollte (´) dass wir das dann selber machen können. Haben wir auch geregelt, dass war
 29 alles klar (´) dann hat er uns das gezeigt (´) Wir sollten das dann lernen. Also diese

30 Zusammenarbeit hat sehr sehr gut geklappt. Ja (.) .. (7) Ja (,) diese Zusammenarbeit
 31 mit dieser Tracheostoma-Firma klappte sehr sehr gut (.) Dann auch (k) Dann haben
 32 wir auch ´n Ultraschall-Vernebler bekommen Also das hat wirklich sehr sehr gut
 33 geklappt & Auch mit dem Material (,) So, dass wir auch für die Stoma-Pflege immer
 34 alles da hatten. Also pflegemäßig kann man nicht meckern und auch mit der
 1 Wundschwester, dass war ´ne sehr sehr gute Zusammenarbeit.

Der Hausarzt sucht auf Drängen der Informantin die Zusammenarbeit mit einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt als Fachspezialisten. Es werden Fehler, die im vorangegangenen Behandlungsregime passiert sind aufgedeckt. Auch habe der betreuende Hausarzt als Arbeitsbogenkoordinator einen Fachspezialisten eines Sanitätshauses für die Tracheostoma-Versorgung verpflichtet. Dieser habe dann festgestellt, dass der Pflegebedürftige unsachgemäß (mit der falschen Kanüle) versorgt worden sei. Dies hatte zur Folge, dass die Sauerstoffzufuhr durch die falsche Nasensonde nicht wie erforderlich möglich gewesen sei (S. 73, 9 – 13). Durch diese fachkompetente Unterstützung wurden die Fehler aus dem vorherigen Behandlungsregime behoben. Dass es überhaupt zur Feststellung dieser Fehler kommt, ist nicht zuletzt auch dem Engagement der Informantin zuzuschreiben, denn sie hilft mit, die Kompetenzträger (Ärzte, Sanitätshaus, Verbandschwester) als Co-Arbeitsbogenmanagerin zu koordinieren.

Sandra Oertel kann sich wieder ihrem eigentlichen zentralen Handlungsschema, der Pflegearbeit, widmen und dabei ihrem eigenen Anspruch hinsichtlich eines pflegeprofessionellen Handlungsschemas gerecht werden. Im Rahmen ihrer Rolle als Co-Arbeitsbogenmanagerin setzt sie auch das Anweisungen des Hals-Nasen-Ohren-Arztens bezüglich der Behandlungspflege des Tracheostomas um, die nunmehr ausschließlich von Pflegefachkräften durchgeführt werden darf. Die Informantin unterstützt den Hals-Nasen-Ohren-Arzt in seinem Bestreben nach Fehlervermeidung ebenso, wie dessen Bestrebung nach Qualitätssicherung in der Pflegearbeit. Die Informantin trägt somit aktiv dazu bei, dass eine erfolgreiche und pflegeprofessionelle Behandlung des Pflegebedürftigen sichergestellt wird. Dazu gehört auch, dass die Informantin diese Situation als eine Chance zur eigenen Kompetenzerweiterung begreift und darüber hinaus auch Lernprozesse im therapeutischen Team anregt (S. 73, 25 – 29).

Der behandelnde Hausarzt schafft es, ein kollegiales Verhältnis im gesamten therapeutischen Team herzustellen. Für die positive Zusammenarbeit zwischen der Informantin und ihrem Pflegeteam, den Medizinprofessionellen (Hausarzt und Hals-Nasen-Ohren-Arzt) sowie den paramedizinischen Spezialisten (Spezialist für Tracheostoma-Versorgung aus dem Sanitätshaus und so genannte Wundschwester) ist es von Bedeutung, dass den Pflegefachkräften Lernzeit eingeräumt worden ist und vor allem aber auch, dass deren Lernbereitschaft permanent und fachkompetent unterstützt worden ist.

Ergebnissichernd hält die Informantin fest (S. 73, 30 – S. 74, 1), dass die Zusammenarbeit im interdisziplinären therapeutischen Team äußerst zufriedenstellend und harmonisch gewesen sei. Darüber hinaus sei den Pflegekräften alles an benötigten Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt bzw. rezeptiert worden. Die Probleme, die ursprünglich im Bereich der medizinischen Versorgung bzw. auch in der Behandlungspflege bestanden hätten, seien gelöst. Das Arbeitsbogenmanagement und die -gestaltung seien optimal verlaufen.

19. Segment – (S. 74, 1 – 5) Problematische interdisziplinäre Zusammenarbeit

1 Das Einzige (.) was ich
 2 bemängeln muss (-) das ist die Zusammenarbeit mit der Betreuerin. Also ich muss
 3 sagen, die war immer schwer zu erreichen (-) und (4) hat sich auch oft verleugnen
 4 lassen und alles so ´ne Sachen. Oder man hat tausend Mal angerufen und es hat keiner
 5 zurückgerufen. Also die war wirklich schwierig zu erreichen.

soziobiografischen Auswirkungen für die hinterbliebene Ehefrau. Hier wird einmal deutlich, dass die Interaktionsbeziehung über die pflegealltägliche Beziehungsebene zwischen Pflegekraft und pflegebedürftigem Ehepaar hinausgeht. Sandra Oertel zeigt zudem aber auch ihre Kompetenz zur Perspektivenübernahme und damit die Kompetenz des Ausrichtens ihrer professionellen Sinnwelt/Aufmerksamkeit auf die soziobiografischen Prozesse der Pflegebedürftigen.

Nun folgend unternimmt die Informantin eine Mängelanalyse (S. 74, 15 – 24): Seitens der Mitarbeiter vermisst sie im Besonderen die seelsorgerische Betreuung der Sterbenden und der Altenheimbewohner im Allgemeinen. Die Pastorin, die die Einrichtung betreut, würde nicht in ausreichendem Maße mit den Altenheimbewohnern in Kontakt treten. Lediglich ausgewählte, der Pastorin bekannte Bewohner würden sich ihrer Fürsorge sicher sein. Die Informantin kritisiert, dass die heiminternen Ressourcen nicht ausgeschöpft würden. Der Wunsch der Altenheimbewohner und des Pflegepersonals sei es, dass die Pastorin ihrer seelsorgerischen Pflicht eigeninitiativ und hinwendungsvoll nachkommt. So solle sie auch den Altenheimbewohnern, die den Weg in die Kirche nicht mehr bewältigen können, geistliche Besuche am Krankenbett angedeihen lassen. Hier wird offensichtlich, dass sowohl die Informantin selbst, als auch das gesamte Pflegeteam Schwierigkeiten sehen, ihr eigenes Berufsethos mit diesem Zustand zu vereinbaren. Die diesbezügliche differenzierte Darstellung der Informantin ist ein weiterer Beweis für ihr hohes professionelles Selbstverständnis.

Sandra Oertel nimmt eine Abschlussbewertung vor (S. 74, 24 – 28): Die Einrichtungsleitung habe keinerlei Verständnis für die Probleme, Sorgen und Nöte der Pflegekräfte. Zeitökonomischen und finanziellen Aspekten der Pflege würde oberste Priorität eingeräumt. Diese Tatsache stellt, zusätzlich zur emotionalen Belastung der Pflegearbeit – wie beispielsweise der Umgang mit Sterben und Tod, ebenso wie auch das Ausbleiben der geistlichen Betreuung der verwitweten und ebenfalls schwer kranken Ehefrau – ein weiteres Belastungsmoment der Pflegekräfte dar.

21. Segment – (S. 74, 29 – S. 75, 17) Dilemmatische Anforderungen im Pflegeprozess; geragogisches Grunddilemma

- 29 I: Haben sie dafür vielleicht noch ´n Beispiel? Das wär´ gut (!)
- 30 E: *Beispiele* ja (,) ... ja (!) ´n Beispiel hab´ ich (!) Wie haben ´ne Bewohnerin gekriegt,
- 31 die ist aus ´m Obdachlosenheim gekommen (-) ja (-) ´ne Alkoholikerin (.) Das ist aber
- 32 ´ne ganz ganz liebe Person (´) also die haben wir aufgepäppelt (´) ja (-) wirklich
- 33 aufgepäppelt (-) Sie ist Diabetikerin (´) läuft ´n bisschen schlecht (-) also muss sich
- 34 immer festhalten und sie ist auch in ihrer Orientierung gestört. Aber sonst ist sie
- 1 geistig noch relativ fit. Sie ist eben bloß in ihrer Orientierung gestört. Sie ist Raucherin
- 2 und hat aber auch, seitdem sie bei uns im Heim ist, ihren Alkoholkonsum so
- 3 gedrosselt, dass sie abends vielleicht mal noch ein oder zwei Gläser trinkt und man ihr
- 4 das dann eben auch nicht anmerkt. Ja (-) und für diesen Fall haben wir ´ne
- 5 Kurzeitpflege beantragt. Das wurde auch von der Kasse bewilligt (´) Und dann haben
- 6 wir ´ne vollstationäre Pflege beantragt, die leider abgelehnt wurden ist. Es war ´ne
- 7 Pflegestufenbegutachtung (-) und diese sagte aus, dass der Pflegeaufwand noch nicht
- 8 mal für die Pflegestufe eins ausreicht. (5) Aber die Frau hat sich aber seitdem sie bei
- 9 uns im Haus ist sehr zum Positiven entwickelt (4) sie hat viel dazugelernt, sie sieht
- 10 gepflegt aus, sie fühlt sich wohl (-) sie geht tagsüber zur Ergotherapie und (-) ... bloß
- 11 weil die Zeit für die Pflegestufe eins nicht ausreicht (!) Wir denken aber, dass
- 12 wenn die Frau wieder raus aus dem Heim ist, dass sie sich wieder rückwärts
- 13 entwickeln wird (!) Also die wird wieder sehr dem Alkoholkonsum verfallen (-) und
- 14 das nur weil sie keine Pflegestufe hat (!) & Weil der Gesetzgeber diese Pflegeminuten
- 15 vorgibt und die reichen bei ihr nicht aus und das heißt, dass sie unsere Einrichtung nun
- 16 verlassen muss. Sie hätte mindestens ´ne Pflegestufe eins haben müssen. So (!) (7) Das
- 17 ist also ´n typisches Beispiel &

Die Interviewerin regt die Pflegedienstleiterin Sandra Oertel dazu an, mit der Beispielführung in Gestalt einer Fallzerlegung fortzufahren (S. 74, 29). Die Informantin beginnt ohne weitere Verzögerung über ein weiteres Fallbeispiel und ihre persönliche Involvierung in das Fallgeschehen zu erzählen. So sei eine wohnsitzlose, alkoholabhängige Frau zur pflegerischen Versorgung in das Pflegeheim gezogen. Die Informantin fügt umgehend an: „das ist aber ´ne ganz liebe Person...“ (S. 74, 31 – 32). Diese Äußerung scheint bemerkenswert. Ganz offensichtlich ist sich die Informantin aber auch der Wirkung ihrer Aussagen beim Zuhörer bewusst und möchte daher einer Stereotypisierung und einer Etikettierung dieser Frau begegnen: Sie betont, dass diese Frau sehr angenehm und sympathisch gewesen sei (S. 74, 31 – 32). Der allgemeine Gesundheits- und Ernährungszustand der hilfebedürftigen Frau muss sich jedoch ausgesprochen dramatisch dargestellt haben. Denn die Informantin betont zwei Mal hintereinander, dass sie die pflegebedürftige und multimorbide Frau (Diabetes mellitus, Alkoholabhängigkeit, nicht näher definierte Orientierungsstörungen und Schwierigkeiten in der Fortbewegung) unter großer Anstrengung „aufgepäppelt“ hätten (S. 74, 32 – 34). Dennoch seien die kognitiven Fähigkeiten der alten Dame, mit Ausnahme der Orientierungsstörungen, als noch durchaus gut einzuschätzen, so die Informantin. Sie habe gar mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Pflegeheim ihren Alkoholkonsum reduziert, so die Informantin. Hier liegt die Vermutung nahe, dass es die Informantin und ihr Pflegeteam bereits kurz nach der Heimaufnahme geschafft haben, einen positiven Einfluss auf die innere Haltung der Dame zu nehmen.

Sandra Oertel erkennt sowohl die Ressourcen der pflegebedürftigen Dame, aber auch deren Probleme. Das Spannen des Arbeitsbogens wird der Situation der Heimbewohnerin angepasst. Die Informantin und das Pflegeteam haben zunächst einen Arbeitsbogen in Form einer Kurzzeitpflegebetreuung gestaltet. Nach kalendarischem Ablauf der Kurzzeitpflege wurde der Arbeitsbogen der neuen Situation der Pflegebedürftigen angepasst – die vollstationäre Pflege wurde beantragt.

Nach all dem Engagement der Informantin und deren Pflegeteam sei die Pflegestufenbegutachtung zu dem Ergebnis gekommen, dass der nunmehr reduzierte Pflegeaufwand für den Aufrechterhalt der Pflegestufe nicht ausreichen würde. Die Informantin drückt ihr Unverständnis dieser Entscheidung gegenüber aus. Sie fasst nach einer fünfsekündigen Erzählpause in einem kurzen Einschub (S. 75,8 – 10) die angestregten therapeutischen Interventionen zusammen: Das Pflegeteam sei der Lernbereitschaft der Dame begegnet, indem Lernprozesse gezielt gefördert worden sind. Zu diesen Lernprozessen gehört einmal, dass somit ein positiver Einfluss auf das Körpergefühl und die Selbst- und Eigenverantwortung genommen worden sei. Die einstmals stark hilfebedürftige Frau achte wieder auf ein gepflegtes Erscheinungsbild und fühle sich damit in ihrem subjektiven Befinden erheblich besser. Der Selbstaktivierungsgrad der Altenheimbewohnerin sei sehr erfolgreich gefördert worden, und zudem sei auch auf deren innere Haltung positiv Einfluss genommen worden. Auch sei die Altenheimbewohnerin in einem Ergotherapieprogramm integriert gewesen.

Die Verbesserung des allgemeinen Zustandes der alkoholkranken Frau bringt es nun mit sich, dass die einstmals berechneten Pflegeminuten, die der Pflegestufe zugrunde lagen, nicht mehr benötigt werden. Die neu antrainierte Eigenverantwortung und Selbstständigkeit haben mithin paradoxerweise eine Verschlechterung des Lebensarrangements der einstmals so hilfebedürftigen Frau zur Folge: Mit dem Wegfall der Pflegestufe müsse sie nun die Pflegeeinrichtung wieder verlassen und in das Obdachlosenheim zurückkehren. Im Anschluss an eine siebensekündige Erzählpause betont die Informantin, dass genau dies ein typisches Exempel sei. Begründet in den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Pflege und den daraus resultierenden dilemmatischen Anforderungen zu Ungunsten der Klientin – einschließlich des geragogischen Grunddilemmas – besteht die Gefahr einer systematischen Irritation der Pflegekraft, die von ihr als belastend und quälend empfunden wird.

Entmutigende Auswirkungen auf die künftige Beziehungs- und Arbeitsbogengestaltung der Pflegekräfte sind ebenso erwartbar wie das Hineingezogenwerden der Pflegekraft in eine demoralisierende Verlaufskurve. Diese Fallentwicklung hat ohne Zweifel das Potenzial, Demoralisierungstendenzen auszulösen bzw. bestehende Demoralisierungstendenzen zu dynamisieren.

Die dilemmatische Anforderung im Pflegehandeln besteht darin, einerseits einen Arbeitsbogen der Problembearbeitung mit einer stark ausgeprägten Lehrkomponente zu gestalten, der die Selbstaktivierungskräfte des Pflegebedürftigen eingebettet in den Rahmen einer aktivierenden mobilisierenden Pflege ermutigen soll. Der hier zugrunde liegende widersprüchliche Impuls im Zuge der Konstitution des Arbeitsbogens und der Organisation des professionellen Handelns besteht darin, dass mit Erreichen eines Pflegeerfolges im Sinne einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes, der positiven Einflussnahme auf die innere Haltung des Pflegebedürftigen, und letztendlich der gesteigerten Eigenverantwortlichkeit und Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen sich eine neue Problemlage in der Fallgeschichte ergibt. Im hier dargestellten Fall äußert die Informantin ihre Sorge, dass es mit der Heimentlassung zu einer Umkehr des im Pflegeheim erarbeiteten Lern- und Wandlungsprozesses kommen wird, und zwar mit dramatischen Auswirkungen auf die gesundheitliche und soziobiografische Situation der einstmals sehr hilfebedürftigen Frau. Hieraus erwächst die Gefahr, dass die Pflegekräfte zukünftig Eigenimpulse der Pflegebedürftigen unterminieren, möglicherweise sogar einer positiven Fallentfaltung entgegenwirken.

22. Segment – (S. 75, 17 – 76, 15) Schwierigkeiten in der Arbeitsbogenkoordination zum Zweck einer durchlaufend konsistenten Pflege – Divergenzen zwischen staatlichen Institutionen und Pflegekräften bezüglich der festgesetzten Pflegeminuten / Pflegestufen

17 Oder dass (-) ... *Bewohner* ... also das man jetzt sehr
18 sehr oft einen hohen Aufwand betreiben muss und viele Widersprüche machen muss
19 ja (.) Und das diese Pflege im Heim anders bewertet wird als die Pflege zu Hause (.)
20 Ja (.) Diese Zeitkorridore, die es so gibt für die Pflege werden im Heim gekürzt, weil
21 man davon ausgeht, dass die Pflegekräfte professioneller sind und darum weniger Zeit
22 für die Pflege brauchen. Das ist jetzt raus gekommen (.) ja (.) Das bestimmte
23 Arbeitsschritte so niedrig bemessen sind (.) dass man sich fragt, wie man das
24 eigentlich schaffen soll. Zum Beispiel ist das der Transfer vom Bett zum Rollstuhl (.)
25 Selbst wenn der Bewohner nicht so schwer ist, brauche ich doch oft eine zweite
26 Pflegekraft und diese zweite Pflegekraft wird nicht berücksichtigt. Es wird nur diese
27 eine Pflegekraft berücksichtigt (-) ja (.) so (.)
28 I: Aber in jedem Buch steht drin, dass
29 Schwerstpflegefälle grundsätzlich zu zweit versorgt werden müssen (!)
30 E: Ja (.) also die
31 haben das unwahrscheinlich runter gesetzt & Härtefälle gibt es so gut wie gar nicht
32 mehr. Ich würde sagen, den einen Bewohner (.) den kann man nur zu zweit waschen
33 und den kann man nur zu zweit lagern (.) und auch das An- und Ausziehen und der ist
34 auch sehr aufwändig (.) und die ganze Grundpflege dauert zu zweit 'ne dreiviertel
1 Stunde. So (.) Der hat 'ne Magensonde, bekommt aber trotzdem noch zu allen
2 Mahlzeiten Essen gereicht (-) und das dauert auch jedes Mal knapp dreißig Minuten.
3 Auch das Trinken, reichen wir ihm so, wir haben dass immer immer wieder versucht
4 und wir nehmen den auch zwei Mal in der Woche raus zum duschen. Ja (.) Wir haben
5 auch immer wieder probiert, ihn in den Rollstuhl zu setzen, das dauert immer so 'ne
6 Viertelstunde. Aber er hält das zwar auch nicht lange im Rollstuhl aus, aber trotzdem
7 kann man das ja immer wieder regelmäßig versuchen. Und aufgrund der Demenz (.)
8 also er hat Alzheimer (.) und die ist bei ihm auch sehr sehr fortgeschritten diese
9 Alzheimererkrankung (.) hat er auch Kontraktionen an den Beinen und den Ellenbogen,
10 den Kniegelenken (-) und er ist auch immer auf Abwehr (.) Wenn man ihn angefasst
11 hat oder so (-) Egal was wir machen wollten, er ist ständig auf Abwehrhaltung. Er ist

12 sehr sehr steif und das hat uns viel Zeit und Kraft gekostet. So (.) und ich hab´ das mal
13 so ausgerechnet (´) so grob (´) die Pflegeminuten und wir waren alle der Meinung (´)
14 das wär´ doch ´n Härtefall (.) abgelehnt (!) so (.) Dann / Also es wird wirklich immer
15 schwieriger so ´ne Härtefälle in die Pflegestufe drei zu kriegen.

In diesem Darstellungszusammenhang beschreibt die Informantin die Schwierigkeiten der Arbeitsbogengestaltung und -Koordination zum Zweck einer durchlaufend konsistenten Behandlung und Pflege der Altenheimbewohner. Sie fokussiert die zentralen Divergenzen zwischen staatlichen bzw. öffentlichen Institutionen (wie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen) und Pflegekräften bezüglich der festgesetzten Pflegeminuten/Pflegestufen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass sich mit einer veränderten und nicht realistisch bemessenen Pflegestufe auch die Gestaltung des Arbeitsbogens ändert. Wenn die Pflegestufen keinen realistischen Finanzierungs- – und Versorgungsrahmen bieten, sehen sich die Pflegekräfte in einer äußerst prekären Situation. Damit verbunden sei für die Informantin ein zusätzlicher und nicht unerheblich hoher Zeitaufwand, da sie sehr häufig Widerspruchsverfahren einleiten müsse (S. 75, 17 – 18).

Die Informantin betont eingangs, dass sie eine Gefährdung der Konsistenz der Problemdefinition sieht. Diese Gefährdung der Konsistenz der Problemdefinition bezieht sie auf die festgesetzten Pflegeminuten und die sich daraus ergebenden Pflegestufen. Die Plausibilisierung dessen nimmt sie auf zwei unterschiedlichen Ebenen vor: sie vergleicht die häusliche Alten- und Krankenpflege mit der stationären Altenpflege bezüglich unterschiedlicher Bewertungs- und Beurteilungsmodi bei der Festsetzung der Pflegestufen (S. 75, 19). So seien die Zeitkorridore als Bemessungsgrundlage für die Pflegestufen in der stationären Altenpflege gekürzt worden, begründet im zeiteffektiven und professionell-routinisierten Handlungsschema der Pflegekräfte. Die Informantin betont, dass die veranschlagten Pflegeminuten für bestimmte (von ihr nicht näher definierte) Pflegehandlungen derart niedrig seien, dass sich daraus ein unrealistischer Zeitrahmen für die Bewältigung der Pflegearbeit ergibt (S.75, 20 - 24). Hierzu führt sie als Beispiel den Transfer eines Pflegebedürftigen vom Pflegebett in den Rollstuhl an. Zumeist müssten zwei Pflegekräfte diesen Transfer bewältigen. Dies sei selbst bei weniger schweren Pflegebedürftigen oftmals unumgänglich. Bei der Bemessung der Pflegeminuten jedoch würde konsequent und unabhängig von der individuellen Situation des Pflegebedürftigen lediglich die Notwendigkeit einer Pflegekraft zugrunde gelegt.

Die Interviewerin merkt in einer kurzen Sequenz an, dass der Grundtenor der Fachliteratur sei, dass die Versorgung von Schwerstpflegefällen zu zweit zu erfolgen hätte (S. 75, 28 – 29). Trotz der Anmerkung der Interviewerin bleibt Sandra Oertel auf der Hauterzähllinie und setzt ihre Ausführungen fort. Sie betont wiederholt, dass die Bemessungsgrenzen „...unwahrscheinlich runter gesetzt...“ (S. 75, 31) worden seien und dass die so genannte Härtefallregelung aufgeweicht worden sei. Nach ihrer Einschätzung seien aber das Lagern des immobilen Pflegebedürftigen ebenso wie das An- und Auskleiden und die Grundpflege, fallindividuell unter Umständen nur zu zweit möglich. Und selbst dann würde eine Grundpflege bisweilen noch eine dreiviertel Stunde in Anspruch nehmen (S. 75, 32 – 76, 1). Dazu käme beispielsweise auch eine zeitintensive Pfl egetätigkeit wie das Darreichen der Nahrung bei Sondenkost, was bis zu dreißig Minuten in Anspruch nehmen könne (S. 76, 1 – 3).

Die Informantin fügt noch ein weiteres Beispiel an: So solle ein Pflegebedürftiger, der zwei Mal in der Woche geduscht werde gleichzeitig auch an das Sitzen im Rollstuhl gewöhnt werden. Dies habe sich schwierig gestaltet, da der multimorbide Pflegebedürftige (Morbus Alzheimer in fortgeschrittenem Stadium, situative Desorientierung, Kontraktionen in den oberen und unteren Extremitäten) nur unter hohem Kraft- und Zeitaufwand in den Rollstuhl verbracht werden konnte. Die Informantin habe darauf hin die tatsächlich erbrachten Pflegeminuten hochgerechnet, um damit die höchste Pflegestufe III und damit einen

adäquaten Personalschlüssel und einen situationsangepassten zeitlichen Rahmen für die Durchführung der Pflegehandlungen zu erwirken. Ihr Antrag habe Ablehnung gefunden. Hier wird deutlich, dass die Institution des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen den Arbeitsbogen und die gesamte Situation des Pflegebedürftigen nicht kontextualisiert betrachtet. Der Zeitmangel und die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflege - hier die Divergenzen zwischen dem Pflgeteam und der Institution des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in der Festsetzung der Pflegeminuten / Pflegestufen - bergen die Gefahr in sich, die Pflegekraft in ihrem Bestreben um ein pflegeprofessionelles Handlungsschema in der singulär fallspezifischen Hinwendung zu behindern; zudem besteht aber auch die Gefahr des Zusammenbrechens der moralischen Interaktionsgrundlage der Pflegekräfte. Die Informantin macht hier unmissverständlich deutlich, dass aus der in diesem Darstellungszusammenhang geschilderten Situation eine dauerhafte Belastungssituation für die Pflegekräfte resultieren würde. Erstaunlich ist, dass die Informantin diese nicht einfach defokussiert, sondern reflektiert. Sandra Oertel stellt sachlich analytisch ihre Verstrickung in die systematischen Schwierigkeiten professionellen Handelns dar, was gleichzeitig als Ausdruck ihrer professionellen Grundhaltung zu werten ist.

23. Segment – (S.76,16 – 77,9) Geragogisches Grunddilemma

16 I: Und wie ist das dann,
 17 wenn man dem Bewohner über Lernprozesse helfen möchte selbstständiger zu werden
 18 und dafür aber die Zeit fehlt?
 19 E: Oh (!) da habe ich auch ´n gutes Beispiel (!) Wir haben
 20 ´ne Bewohnerin (´) die hat Parkinson (.) Sie konnte anfangs eigentlich noch ´n paar
 21 Schritte laufen (-) sie konnte sich selbst waschen (.) Sie hat Tage (-) das geht ´s besser
 22 (-) und Tage (-) da geht´s ihr wirklich schlecht, da kann sie sehr sehr wenig selber
 23 machen. Sie versucht aber immer noch, selbst zu essen und selbst zu trinken (-) an
 24 manchen Tagen mehr und an manchen Tagen weniger. Wenn man sich mehr Zeit bei
 25 ihr nehmen würde (.) alleine bei der Grundpflege (.) und würde sie richtig anleiten (.)
 26 ja (´) sich selber zu waschen & also Arme Beine, Brust & also das, was sie noch selber
 27 kann (.) bräuchte man mehr Zeit (.) Aber diese Zeit haben wir nicht. Ja (-) und wir
 28 haben in der Pflegeplanung und in der Pflegedokumentation sichtbar gemacht (-) dass
 29 es eben Anleiten und teilweise Unterstützung oder eben die Übernahme der
 30 Grundpflege ist. Und dann wenn die Begutachtung aber kommt, dann wird die
 31 Bewohnerin gefragt, was sie noch selber macht und kann und sie sagt, sie ist so krank,
 32 sie kann nichts mehr alleine machen & Es ist immer so, dass nicht zählt, was in der
 33 Pflegedokumentation steht, sondern das, was die Bewohnerin sagt. Und obwohl das in
 34 der Pflegeplanung abgetragen wird und obwohl in der Pflegeplanung steht, es wird die
 1 aktivierende Pflege gemacht, es wird angeleitet, es wird versucht mit ihr noch ein zwei
 2 Schritte vom Rollstuhl zur Toilette zu laufen (-) sie wird von den Pflegekräften auf die
 3 Toilette gesetzt, denn sie kann sich noch melden (-) und trotzdem wird das nicht
 4 angerechnet (!) Ja (.) Es zählt das, was die Bewohnerin sagt. Wenn sie sagt, sie kann
 5 das nicht mehr, dann heißt das, es ist die volle Übernahme der Pflege durch die
 6 Pflegekräfte. Also das sind so typische Sachen ja (´) Also das ist so ´n typisches
 7 Beispiel und es ist immer so zwischen Hoffen und Bangen (-) welche Pflegestufe es
 8 dann wird. Hoffentlich wird ´s ´ne zwei oder ´ne drei (-) .. weil nach diesen
 9 Pflegeminuten ja dann auch das Personal eingeplant wird (.) ja (´) (10)

Die Interviewerin erfragt die Organisation der Lernprozesse, insbesondere bezogen auf das Zurückgewinnen der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen bei gleichzeitig starker zeitlicher Strukturierung des Pflegealltages. Die Informantin benötigt wiederholt keine Unterbrechung, um ihre Ausführungen zu organisieren. Sie beginnt umgehend nach Beendigung der Fragestellung mit ihren Ausführungen. Die Fall Erzählung der Informantin enthält szenisch detaillierte Darstellungen und hat, bezogen auf dieses Segment, den Charakter eines Einschätzungsprozesses.

Die Pflegedienstleiterin Sandra Oertel zieht die Fallgeschichte einer an Morbus Parkinson erkrankten Bewohnerin als Exempel heran. Diese Pflegebedürftige sei sehr eigenmotiviert und selbstständig gewesen, was die Aktivitäten des täglichen Lebens anbelangt, insbesondere aber auch die Mobilität, die Körperpflege und die Nahrungsaufnahme anbetreffend. Obgleich die Altenheimbewohnerin temporär die Hilfestellung des Pflegepersonals benötigt habe, sei sie doch um die selbstständige Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens bemüht gewesen. Sandra Oertel schätzt ein, dass sie bei zeitintensiverer Zuwendung die Möglichkeit sehen würde, die Bewohnerin derart aktivierend und mobilisierend anzuleiten, dass sie ihren Oberkörper und ihre Beine gänzlich alleine waschen könnte. Die Schwierigkeit in Form einer dilemmatischen Anforderung an die Pflegekraft liegt hier einerseits im eng begrenzten zeitlichen Rahmen, welcher der Informantin für die Verrichtung der Grundpflege zur Verfügung steht – damit ist zuvorderst die zeitlich stark strukturierte Arbeitsroutine sowie die pflegestufengebundene Pflegezeitorientierung gemeint; andererseits jedoch möchte die Pflegekraft die Bewohnerin ressourcenorientiert, sowie aktivierend und mobilisierend pflegen, was allerdings durch den höheren – und oftmals unberechenbaren – zeitliche Aufwand unmöglich erscheint. Die kooperative Steuerungsordnung bezüglich der Gestaltung des Arbeitsbogens scheint damit dekalibriert. Da die Pflegestufe und die damit festgesetzte Pflegezeit bzw. die so genannten Pflegeminuten bieten hier keinen realistischen Versorgungs- und Betreuungsrahmen. Somit sieht sich die Informantin gezwungen, die Gestaltung von Lern- und Lehrprozessen nicht den Ressourcen der Heimbewohnerin, sondern der stark zeitlich strukturierten Stationsroutine anzupassen. Aus dieser Kernproblematik des professionellen Handelns erwachsen systematische Irritationen, welche die Informantin als quälend erlebt (S. 76, 20 – 30).

Sandra Oertel erinnert, dass dieser die berechneten Pflegeminuten und die festgesetzte Pflegestufe überschreitende Pflegeaufwand, ordnungsgemäß in der Pflegedokumentation dokumentiert worden sei. Darüber hinaus sei auch die Pflegeplanung entsprechend aussagekräftig gewesen. Die Begutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) hätten sodann das Gespräch mit der Bewohnerin gesucht und unverständlicherweise den anders lautenden, aber fachlich fundierten Aussagen der Informantin, der Pflegeplanung und -dokumentation vergleichsweise weniger Glauben geschenkt. So verwies die Informantin deutlich auf den zeitintensiven Pflegeaufwand, welcher sich aus dem Bemühen der Förderung und Aktivierung der Ressourcen der Bewohnerin ergeben würde. Die formulierte Perspektive der betreffenden Bewohnerin sei jedoch gegensätzlich gewesen. Der Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) habe die Darstellungen der Altenheimbewohnerin schließlich nicht vor dem Hintergrund der gesamten Situation, sondern als „at face value“ und damit völlig dekontextualisiert aufgenommen. Der Gutachter habe auch darauf verzichtet, die Aussagen der pflegebedürftigen Dame pragmatisch zu brechen. Die individuelle Fallentfaltung aus fachpflegerischer Sicht, also aus Sicht der Informantin, habe in der Situation des Begutachtens keine Berücksichtigung gefunden. Diese hier beschriebene Verfahrensweise sei charakteristisch für zahlreiche Begutachtungssituationen in der stationären Altenpflege, so Sandra Oertel (S. 76 -7). Einer Begutachtung würde stets die Zeit des Hoffens und des Bangen folgen, denn aus der Festsetzung der Pflegestufe ergeben sich die für das Pflegepersonal zu Verfügung stehenden Pflegeminuten. Die Ungewissheit und die Abhängigkeit von der Instanz des MDK und dessen Einschätzung werden als eine systematische Irritation erlebt.

24. Segment – (S. 77, 10 – 78, 13) Die zeit- und arbeitsintensive Pflegedokumentation als Quelle für Arbeitsschwierigkeiten

11 Frage. Sehen sie im Pflegeablauf Probleme, oder Schwierigkeiten, die immer wieder
12 auftreten?

13 E: Ja (-) ... Probleme (-) ... Probleme (-) im Grunde sehe ich den Zeitdruck und
14 die unendliche Dokumentationsflut (´) dass sich diese *Informationsflut* über den
15 ganzen Tag verteilt. Das kann die Pflegekraft eigentlich gar nicht fassen, was sie so
16 über den ganzen Tag verteilt alles fassen muss. Telefon (.) Bewohner klingeln (.)
17 Arztbesuch (.) Betreuungsbesuch (.) Angehörigenbesuch (.) dann kommt ´s Sani-Haus
18 (.) und dann kommt noch jemand von der Verwaltung und will noch was (!) .. Ich
19 kann das noch nicht mal alles zusammenfassen was da so zusammen kommt. Unter
20 der Woche ist das der blanke Horror (!) Das will ich mal so sagen (!) Und
21 Pflegekräfte, die sich was merken wollen, die haben alle Zettel und ´n Stift in der
22 Tasche (.) weil sie alles das, was sie den Tag über so erfahren gar nicht behalten
23 können und das sonst vergessen (.) Mit Zettel in der Tasche (´) das ist eigentlich jetzt
24 so der Standard. Und wer keinen Zettel da hat, der schreibt sich das auf den Kittel
25 oder auf ´n Arm (,) so (,) damit se ja nicht vergessen, was se noch vor fünf Minuten
26 gesagt gekriegt haben. Zettel und Stift sind das Wichtigste, was die Pflegekraft in der
27 Tasche haben muss (!) (5) Ja (,) Informationsflut, Zeitdruck und diese Dokumentation
28 (,) ... Das was nicht dokumentiert wird gilt als nicht gemacht (!) Obwohl die
29 Pflegekräfte das alles machen & sie machen ´s alle. Und das nimmt alles Zeit & es
30 muss alles dokumentiert werden und bestimmte Dinge müssen am Bewohner
31 dokumentiert werden, das liegt das Dokumentationsblatt neben dem Bett (.) der
32 Lagerungsplan und das Bilanzierungsblatt liegen beim Bewohner am Bett. Ja (,) das
33 ist so (,) Und alleine diese Dokumentation wenn jemand kommt (.) an was man da
34 alles denken muss (!) ... Alles (!) Stammbblatt, Anamneseblatt, Biografiebogen,
1 Medizin, wie werden sie ernährt, Dekubitus, das Gewicht muss regelmäßig gemessen
2 werden, mit dem Doktor alles besprechen, die Physiotherapie (-) und das sind nur so
3 Kleinigkeiten, die ich aufgezählt habe, an die zu denken ist. Dann haben die
4 Pflegekräfte vier Wochen Zeit, um die Dokumentation fertig zu kriegen und dann
5 muss die schon das erste Mal stehen.

6 I: Nach der Einweisung des Bewohners?

7 E: Ja, wenn
8 der Bewohner neu zu uns gekommen ist, dann muss nach spätestens vier Wochen die
9 Dokumentation fertig sein. Also sie haben nicht all zu viel Zeit, wenn man sich das
10 mal überlegt. Und es hat jede Pflegekraft Dokumentationen, für die sie verantwortlich
11 ist. Also die Pflegefachkraft hat immer noch eine Pflegehilfskraft mit an ihrer Seite (-)
12 sozusagen (-) und (-) die beiden sind dann für die Bewohner, die sie zugewiesen
13 bekommen haben verantwortlich. (7)

In diesem Erzählsegment benennt die Informantin eine Reihe von unaufhebbaren Standardproblemen die immer wiederkehrend im Handlungsfeld der stationären Altenpflege auftreten würden. Drei Standardprobleme werden in diesem Darstellungszusammenhang hervorgehoben. Das sei zum einen der zeitlich stark strukturierte Pflegeprozess und zum anderen das Arbeiten unter Zeitdruck (S. 77, 13); weiterhin benennt die Informantin die „Dokumentationsflut und die „Informationsflut“, wie sie es ausdrückt (S. 77, 14). So würde die Pflegekraft mit der permanenten Aufnahme von Informationen stark beansprucht: Pflegebedürftige betätigen die Rufanlage, das Telefon klingelt, Arztbesuche, Besuche von Angehörigen, Konsultationen mit Fachprofessionellen aus dem paramedizinischen Bereich wie dem Sanitätshaus, aber auch Verwaltungsangestellte verlangen Auskünfte (S. 77, 15 – 20). Dies alles würde geballt auf die Pflegekraft einströmen, neben bzw. zusätzlich zu der regulären Pflgetätigkeit. Die Informantin würde in diesen Situationen ihre Mitarbeiter dazu anregen, einen „Zettel und ´n Stift in der Tasche...“ zu haben (S. 77, 21 – 22), um das Auftreten von Fehlern, bezüglich des Vergessens von Ereignissen und Fakten, zu verhindern. Dies ist ganz klar als Ausdruck der professionellen Grundhaltung der Informantin zu erachten. Der Informantin gelingt es somit, die institutionellen Ablaufferwartungen an die Pflegeaktivitäten, an die Fallbearbeitung sicherzustellen. Sie trifft besondere organisatorische Vorkehrungen – jeder Mitarbeiter wird angehalten einen Zettel und einen Stift mit sich zu

führen – was die Effektivität und gleichzeitig auch die Verlässlichkeit des pflegerischen Handelns sicherstellt.

Nach einer fünfsekündigen Gesprächspause führt die Informantin nochmals die drei bereits eingangs angeführten Standardproblemen im Sinne einer Aufzählung an: „Ja (.) Informationsflut, Zeitdruck, Dokumentation (.) ...“ (S. 77, 27) Nachdem die Informantin bereits zu den ersten beiden Aspekten Stellung nahm, fokussiert sie nunmehr die Dokumentationspflicht und den Dokumentationsumfang. Das vollständige Dokumentieren aller Pflegehandlungen und individuellen Besonderheiten der Altenheimbewohner gehöre routinemäßig zum Pflegealltag dazu. Die Informantin beklagt jedoch die Zeitintensität und den damit zusammenhängenden, nur schwer überschaubaren Dokumentationsaufwand. So würden einige Dokumentationsblätter (wie das von der Informantin so genannte „Lagerungsblatt“ und das so genannte „Bilanzierungsblatt“) zum Zweck einer zur Pflegehandlung zeitnah stattfindenden Dokumentation am jeweiligen Pflegebett hinterlegt. Darüber hinaus müssen aber auch alle anderen Dokumentationsblätter der zentralen Pflegeakte des Heimbewohners permanent sachlich richtig und vollständig geführt, sowie kontinuierlich aktualisiert werden. Exemplarisch fügt die Informantin hier die Gewichtskontrolle, die Dokumentation des Ernährungszustandes, die Dokumentation der Anordnung und Durchführung ärztlicher Verordnungen, die Wunddokumentation, sowie die Dokumentation ärztlicher und therapeutischer Behandlungen an. Bereits vier Wochen nach der Einweisung eines Heimbewohners müsse die Pflegedokumentation vollständig angelegt sein. Im Sinne einer routinisierten Abwicklung des Führens der Pflegedokumentation sei der Verantwortungsbereich einer jeden Pflegefachkraft klar abgesteckt und definiert. So sei jede Pflegefachkraft für bestimmte Pflegedokumentationen verantwortlich. Jeder Pflegefachkraft sei eine Pflegehilfskraft an die Seite gesellt worden, mit deren Hilfe die entsprechenden Pflegeakten verantwortungsbewusst und sorgfältig verwaltet und aktualisiert würden.

25. Segment – (S. 78, 13 – 22) Motivationale Schwierigkeiten und hohe Krankenstände der Mitarbeiter des Pflegeteams als Indikator für eine suboptimale Umgangsweise mit den Kernproblemen und Paradoxien des Pflegehandelns

13 Ja (.) und (-) ...
14 die Mitarbeiter sind nicht mehr so motiviert (-) die Zahl der Krankheiten & oder die
15 Zahl der Ausfallzeiten erhöht sich & oder hat sich erhöht. Also Durcharbeiten und so
16 weiter und die haben auch teilweise keine Freude mehr an ihrer Arbeit (.) Das ist so
17 das Hauptproblem. Die Mitarbeiter sind nicht mehr motiviert. (10) Sie können nicht
18 schlafen & wir haben viele mit Schlafproblemen ja (✓) weil eben auch dieser Wechsel
19 von Früh- in den Nachtdienst und wieder in den Spätdienst und die Tage dazwischen
20 teilweise auch sehr kurz sind. Zwei Tage frei das ist schon das Höchste. Es gibt Leute
21 (.) da ist es noch schlimmer & Da gibt es nach der Nachtschicht den Ausschlaftag und
22 dann noch einen Tag frei. Je nach dem, wie uns das Personal zugeteilt wird. (8)

Die Pflegedienstleiterin Sandra Oertel stellt die Erschöpfungszustände der Mitarbeiter hier lediglich als Faktum dar, nimmt aber keinerlei Stellung zu (möglicherweise) vorangegangenen Verstrickungen in systematische Schwierigkeiten und zur (wahrscheinlichen) prozesshaften Kumulation unterschiedlicher Problemkonstellationen („cumulative mess“, Strauss, 1985).

Die Informantin betont, dass die Ausfallzeiten der Mitarbeiter gestiegen seien. Daraus resultiere eine erhöhte Arbeitsbelastung für die noch verbleibenden Pflegekräfte, welche dann „durcharbeiten“ müssten, wie die Informantin sagt (S. 78, 15). Diese Mitarbeiter hätten dann, trotz Wechseldienst im Schichtsystem, verhältnismäßig wenig arbeitsfrei. So seien zwei zusammenhängend freie Tage das Maximum. Auch gäbe es nach absolvierter Nachtschicht zum so genannten „Ausschlaftag“ lediglich einen freien Tag zusammenhängend.

Die Informantin stellt fest, dass die Mitarbeiter die Freude am Pflegeberuf verloren hätten (S. 78, 16). Diese Erfahrungen von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ausgebranntsein sind hier offensichtlich die Folge suboptimaler Bearbeitungsweisen bezüglich der unaufhebbaren Kernprobleme und Paradoxien des professionellen Handelns. Dies sei, so die Informantin, ein zentrales Problem im Alltag der stationären Altenpflege.

26. Segment – (S. 78, 23 – 79, 7) Suboptimale Umgangsweisen mit den systematischen Schwierigkeiten und Irritationen des pflegeprofessionellen Handlungsschemas & Folgen der suboptimalen Umgangsweisen

23 I: Und wie
24 gehen sie selber mit dem Stress oder Schwierigkeiten im Arbeitsalltag um?
25 E: (8) Stress ist für mich, wenn
26 tausend Dinge an einem Tag zusammenkommen. Das ist für mich Stress. Und wenn
27 sie den Mitarbeiter so unwahrscheinlich belasten müssen, dass das auch an die eigene
28 Substanz geht. Wenn jemand dann anfängt zu weinen oder sagt, er schafft seine Arbeit
29 absolut nicht mehr und dann anfängt zu weinen (-) Und wenn ich manchmal nicht
30 mehr weis, wie ich so bestimmte Situationen retten soll (-) wenn jemand so
31 überfordert ist, dass er nicht mehr kann und ich selber aber auch weis, der
32 Krankenstand ist so hoch, ich habe niemanden mehr (-) und ich mir das dann selber
33 noch auflade (-) ... das ist auch schwer. Das ich das dann nicht mit ansehen kann,
34 wenn jemand anders darunter leidet, so dass ich das dann übernehme. Ich pflege dann
1 mit & oder wenn 'ne Aufnahme ist und ich merke, die Mitarbeiter sind so überfordert,
2 weinen und nicht mehr können, dann bin ich schon bei geblieben und habe diese
3 Aufnahme mit gemacht. (5) Ja, das war bei einer Mitarbeiterin, die depressiv ist, die
4 hat eben depressive Phasen (-) und kann das dann nicht. Sie sieht das aber auch selber
5 nicht, dass sie eigentlich nicht mehr kann. (6) Es gibt ganz ganz viele mit
6 Schlafstörungen (.) manche schlafen nur für ein zwei Stunden und können eigentlich
7 schon gar nicht mehr. Ja (.) so was gibt's. (5)

Die Interviewerin erfragt im Rahmen des leitfadengestützten ExpertInnen-Interview die Umgangsstrategien der Informantin mit den systematisch auftretenden Schwierigkeiten und Irritationen des Pflegealltages. Sandra Oertel benennt hier zunächst die Kollision von unterschiedlichen Aufgaben und Anforderungen (S. 78, 25 – 26): Auf der einen Seite würde sie sich als Arbeitsbogenkoordinatorin verstehen, gleichzeitig jedoch müsse sie zum Zweck der Absicherung der Pflegearbeit den einzelnen Mitarbeitern erhebliche Belastungen zumuten. So würden bisweilen Mitarbeiter unter der Arbeitsbelastung zusammenbrechen und sich unfähig sehen, den Pflegealltag zu bewältigen. Der Krankenstand sei dann entsprechend hoch. Wenn die Mitarbeiter dies unter Tränen kommunizieren, sieht sich die Informantin in einer Situation erlebter Hilflosigkeit. Diese Hilflosigkeit betrifft zum einen ihr persönliches Unvermögen, dem Mitarbeiter aus der Krise zu helfen; auf der anderen Seite würden sich aus dem hohen Krankenstand aber auch Probleme in der Gestaltung und Koordination des

Arbeitsbogens ergeben, gerade bezüglich der Dienstplanabsicherung (S. 78, 26 – 33). Die Informantin zeigt sich hier einsatz- und hilfsbereit. So habe sie oftmals Dienste von KollegInnen übernommen, um diese zu entlasten, obgleich sie selbst am Rand ihrer persönlichen Belastungsgrenze gearbeitet hätte (S. 78, 33 – 79, 3). Dieses Verhalten ist ganz offensichtlich über eine frühkindliche Prägung herausgebildet worden. Die Informantin lässt zu Beginn ihrer Erzählung, im ersten Teil des Interviews, dem autobiografisch-narrativem Interview, deutlich erkennen, dass sie bereits sehr früh in ihrer Kindheit eine Sensibilität für ihre Mitmenschen herausgebildet hat. Hier sei insbesondere auf das 1. Segment verwiesen: Sandra Oertel hebt hier hervor, schon sehr früh die „Rolle des Aufpassers und der Führung“ übernommen zu haben, nachdem die Mutter an Stelle des verunfallten Vaters für das Familieneinkommen habe Sorge tragen müssen (S. 60, 7 - 19).

Abschließend in diesem Darstellungszusammenhang beschreibt die Informantin kurz die desaströse gesundheitliche Situation einer Mitarbeiterin des Pflgeteams. Dies leide unter depressiver Verstimmung. Sie würde sich am Rande ihrer Belastungsgrenze bewegen, ohne dabei allerdings eine Problemsicht für die eigene Befindlichkeit etabliert zu haben (S. 79, 3 – 7). Die Informantin macht darüber hinaus auch deutlich, dass auch einige andere Mitarbeiter des Pflgeteams massiv in die Problemkonstellationen und Schwierigkeiten des pflegerischen Handelns verstrickt seien, mit der Folge des Ausgebranntseins. Burnout-Symptome seien die Folge, wie im Fall der als Beispiel herangezogenen Kollegin.

27. Segment – (S. 79, 7 – 79, 17) Fehler bei der Arbeit

7 Also durch diese Dokumentationsflut
8 und durch diesen Personalmangel (.) das knapp gehaltene Budget an Personal passiert
9 es ganz ganz oft, dass gerade die Bilanzierungsblätter und die Lagerungsblätter nicht
10 korrekt geführt werden. Dann auch, dass bestimmte Sachen (.) gerade die wichtigen
11 Sachen (.) übersehen werden. Ja (ˆ) Das wenn ich als Außenstehender komme und
12 habe (ˆ) sagen wir mal (.) habe jemanden sagen wir mal vierzehn Tage lang nicht
13 gesehen und sehe dann, dass der dolle abgenommen hat und schmal aussieht und das
14 Pflegepersonal dann sagt, dass der sieht aber immer so aus (-) ja (ˆ) die kriegen dass
15 dann eben nicht mehr hin und sehen das nicht mehr. (12) Mehr fällt mir nicht mehr
16 ein. Da fällt mir auch kein Beispiel mehr zu ein. Das war jetzt das, was mir so ganz
17 besonders auffällt (.) ...

Die systematischen Schwierigkeiten, wie der immense Aufwand bezüglich der bürokratischen Organisation der umfänglichen Pflegedokumentationen in Addition zum unrealistischen Finanzierungsrahmen der Pflegearbeit und beständige Personalknappheit würden unweigerlich zu Fehlern bei der Arbeit führen. Die Informantin führt hier exemplarisch Fehler bei der Pflegedokumentation und Defizite in der Krankenbeobachtung an. So würden Außenstehende die Gewichtsabnahme eines Pflegebedürftigen viel eher registrieren, als das Pflegepersonal selbst. Die Aussagen der Informantin weisen hier zwar keinen hohen Detaillierungsgrad auf, dennoch kann Folgendes angenommen werden: Die Defizite in der Krankenbeobachtung – im vorliegenden Fall die Beobachtung des Ernährungszustandes – könnte es sich um einen Versuch des Wegschauens handeln, verbunden mit dem Versuch, sich vom Leid des Pflegebedürftigen abzugrenzen, und zwar als Folge der Abstumpfung oder gar des sich-Flüchtens in die Stationsroutine.

28. Segment – (S.79, 17 – 20) Stressbesetzte Situationen als Fehlerquelle

17 Ja (.) und gerade auch der Umgang mit Medikamenten (-) ..
18 dass eben in Stress und Hektik irgendwas hingegeben und nicht eingetragen und der

19 nächste Dienst sieht das nicht (-) oder es kann ´s passieren, das Bewohner dann zwei
20 Tage die Medikamente mal gar nicht gekriegt haben.

Stressbelasteten Situationen würden die Aufmerksamkeit und die Konzentration der Pflegekraft reduzieren und es würden gerade in diesen Situationen Fehler bei der Pflegearbeit unterlaufen. Exemplarisch benennt die Informantin hier Fehler bei der Medikamentengabe – beispielsweise würde ein Medikament verabreicht, dies aber nicht in der Pflegedokumentation als erledigt festgehalten. Somit könne die Pflegekraft der nachfolgenden Schicht im Bedarfsfall nicht über diese Information verfügen. Es sei aber auch möglich, dass das Verabreichen der Medikamente vollständig vergessen wird. Dies sei schon für den Zeitraum von bis zu zwei Wochentagen vorgekommen (S. 79, 17 – 20).

29. Segment – (S.79, 20 -29) Fehler bei der Arbeit / Fehler bei der Informationsübermittlung und Dienstübergabe

20 Oder Verbandswechsel (.) der ist
21 meistens jeden zweiten Tag (-) und die Pflegekraft weiß, der Tag X ist jetzt ran (´) der
22 Frühdienst hat das auch gemacht (´) aber eben bloß im Kalender nicht weiter getragen
23 im Kalender wann der zweite Tag ist (´) und jeder verlässt sich dann drauf, dass der
24 Vorgänger das wohl schon gemacht hat. Und wenn so mehrere in einer Woche
25 Dienstwechsel hatten (-) und nicht einer die ganze Woche da ist, dann kann das
26 passieren. Ja (.) das sind eben so Sachen & so Übermittlungssachen. Oder auch wenn
27 den Angehörigen mal bestimmte Sachen bestellt werden sollten (.) dann ist es oft, dass
28 auch das vergessen wird, oder vergessen wird, das an den nächsten Dienst weiter zu
29 geben. Und das wenn der Termin ran ist: „Ach ja, vergessen!“ ...

Die Informantin beschreibt in diesem Darstellungszusammenhang Fehler, die durch unzureichende Konzentration und unzureichende Aufmerksamkeit – oder „Vergesslichkeit“ so sagt die Informantin – entstehen würden. So sei beispielsweise die Behandlungspflege vorschriftsgemäß erbracht worden, allerdings weder ordnungsgemäß dokumentiert, noch mündlich übermittelt. Die Informantin merkt hier an, dass die Durchführung der Verordnung auf einem Kalender sichtbar gemacht werden müsse. Auf diese Weise gebe es dann mitunter in den nachfolgenden Schichten die Annahme, dass eine Maßnahme – z.B. ein Verbandswechsel – schon durchgeführt worden sei, obwohl das faktisch nicht der Fall gewesen ist. Hier gibt die Informantin, sicherlich ohne dies zu beabsichtigen, über ein Handlungsschema Auskunft, welches hinsichtlich der Praxis der Pflegedokumentation strikt untersagt ist. Das Abzeichnen der Durchführung einer ärztlichen Verordnung bzw. Behandlungspflege hat ausschließlich per Handzeichen und Tagesdatum der durchführenden Pflegekraft in der Pflegedokumentation zu erfolgen. Die Informantin reflektiert diese Fehlerquelle nicht als solche.

Fehler, die bei “Übermittlungssachen“ (S. 79, 26), wie die Informantin es ausdrückt, auftreten, könnten sich schlicht in der Überforderungssituation und der Pflichtenkollision begründen, der sich die Pflegekräfte tagtäglich ausgesetzt sehen.

30. Segment – (S. 79, 29 – 80, 25) organisationale Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit

29
 30 Überweisungsscheine für Ärzte (,) das ist auch noch ´n gutes Beispiel (,)
 31 Angenommen, der Arzt sagt, es soll dann und dann ´n Augenarzttermin gemacht
 32 werden .. und man kriegt ja ´n Augenarzttermin nicht von jetzt auf gleich, das dauert ja
 33 ´n paar Wochen (,) dann überschreitet das auch manchmal das Quartal (,) ja (,) dass
 34 dann vergessen wird, für dieses Quartal, für diesen Augenarzttermin auch ´ne
 1 Überweisung zu holen. Und das die, die dann im Dienst stehen entweder erst noch die
 2 Überweisung besorgen müssen oder den Termin absagen müssen, weil keine
 3 Überweisung da ist und die Ärzte ohne Überweisung ja nicht behandeln. (5)

Eine zentrale Arbeitsaufgabe der Informantin ist das Arrangieren und das Koordinieren des Gesamtarbeitsbogens. Die Informantin führt zunächst eine organisationale Schwierigkeit als strukturelles Gestaltungsproblem an: Als hartnäckige Schwierigkeit würde sich hier die interdisziplinäre Organisation des therapeutischen Behandlungsregimes und der ärztlichen Betreuung insgesamt erweisen. Das Terminieren ärztlicher Untersuchungen oder auch ärztlicher Behandlungen sei ebenso eine organisatorische Herausforderung, wie die damit zusammenhängende Bürokratie, wie beispielsweise das Herbeischaffen von quartalsgebundenen Überweisungsscheinen.

Subsegment (S. 80,3 – 18)

3
 4 ist / oder wenn Ärzte zum Hausbesuch kommen (´) und ahm .. die kommen ja nur
 5 noch alle vier Wochen und es gibt auch welche, die kommen nur noch alle sechs
 6 Wochen. Ja (,) im Abstand von vier bis sechs Wochen (-) und dann kommen die (´)
 7 und dann gibt es Ärzte, die die Tabletten von den Bewohnern noch fast auszählen (,)
 8 und noch gucken, das sind ja noch so und so viel Kärtchen, die reichen noch und
 9 nachzählen (!) und da haben wir gesagt, es kann ja auch mal was nach unten fallen (!)
 10 Ich krabbele doch nicht ständig untern Schrank und suche die Tablette vor (!) das darf
 11 eben nicht passieren (,) und wenn die eben alle vier bis sechs Wochen kommen, dann
 12 schreiben die das so auf, dass das bis zum nächsten Hausbesuch reicht. Und oft ist es
 13 aber so, dass es nicht bis zum nächsten Hausbesuch reicht (!) Und wir dann noch die
 14 Rennereien haben, zwei Wochen bevor die zum nächsten Hausbesuch kommen und
 15 dann noch gefragt wird, wo sind die Tabletten (,) Und wir sind ja eigentlich auch nicht
 16 dafür da, dann die ganzen Rezepte abzuholen (,) ja (´) aber die Ärzte schicken die auch
 17 nicht zu (!) Also müssen wir die abholen und das ist noch zusätzliche Arbeit für uns (,)
 18 die Rezepte zu besorgen.

Im Rahmen der (vier bis sechswöchigen) ärztlichen Hausbesuche würden die Ärzte von den Pflegekräften die Planungsfähigkeit bezüglich des Hochrechnens des Medikamentenbedarfs bis zum Zeitpunkt des nächstfolgenden Hausbesuches erwarten. Diese Hochrechnung müsse nahezu verabreichungsgenau sein, was bedeutet, das später keine Tablette verloren gehen dürfe – beispielsweise wenn diese versehentlich zu Boden fallen würde. Die Informantin betont, dass sie sich hier dem fast schon absurd erscheinenden Sparzwang der verordnenden Instanz der Ärzte unterworfen sehe (S. 80, 6 – 9). Sollten die Medikamente trotz des Bemühens um eine präzise Bedarfskalkulation nicht bis zum nächstfolgenden Hausbesuch reichen, so würde das wiederum einen erheblichem organisatorischen und bürokratischen Aufwand für die Pflegekräfte zur Folge haben: Überweisungsscheine und Termine für ärztliche Konsultationen müssten organisiert werden, und letztendlich auch noch die Wege zur Apotheke Erledigung finden.

Zurück auf Haupterzähllinie (S. 80, 18 - 25)

18
 19 Aber (,) wenn die Physiotherapie kommt (-) (((die =
 20 vermuteter Wortlaut))) besorgen sich das Rezept selber oder die Sani-Häuser, das
 21 haben wir oft, die besorgen sich die Rezepte dann selber vom Arzt, weil sonst würden
 wir da auch noch hinterher laufen. Und seit dem wir ´n Apothekenvertrag haben, ist es

22 eben so, dass man auch sagen kann, man bestellt im Vorab. Dann sage wir, die
23 Tabletten sind alle, (((dürfen wir neue bestellen für den und den, wird das eingetragen
24 und dann kommt auch das Rezept = vermutete Wortlaut))) Also die
25 Medikamentenjagd, das ist auch was, was die Mitarbeiter dolle aufregt (.)

Im Sinne einer Gegensatzanordnung stellt die Informantin hier dar, dass sie gerade bei den Vertretern aus dem paramedizinischen Bereich, wie beispielsweise den Physiotherapeuten oder bei den Mitarbeitern von Sanitätshäusern, ein hohes Maß an organisationaler Eigenständigkeit erleben würde. Dies empfinde sie als eine optimale Kooperation hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Ergebnissichernd fasst die Informantin kurz zusammen, dass das umständliche und zeitorganisatorisch sehr aufwändige Herbeischaffen der benötigten Medikamente ein großes Belastungsmoment im Erleben aller Mitarbeiter darstellen würde. Die Pflegedienstleiterin ist gehalten professionelle Praktiken zu entwickeln, um die Perspektivendifferenzen zwischen den Medizinprofessionellen und den Pflegekräften so weit als möglich zu harmonisieren. Das interdisziplinäre Verhältnis zwischen den Medizinprofessionellen und den Pflegekräften scheint damit äußerst voraussetzungsreich.

31. Segment - (S. 80, 25 - 32) Arbeitsorganisatorische Schwierigkeiten als eine systematische Irritation im pflegeprofessionellen Arbeitshandeln.

25 Also wir
26 müssen hinter den Überweisungen (-) hinter der Medizin (-) wir müssen hinter allem
27 hinterher rennen und uns dann teilweise noch Gedanken machen, wie kommt der
28 Bewohner zu dem Arzt und wer geht da mit (!) Jetzt geht 's noch, weil wir „Ein-Euro-
29 Kräfte“ haben, aber wenn wir die nicht mehr haben (-) oder nicht hätten (-) heißt das,
30 es müssen Angehörige oder Betreuer mitgehen. Die „Ein-Euro-Kräfte“ machen so
31 'ne Art begleitenden Dienst, fahren mit den Leuten mal raus, kaufen mit denen ein (-),
32 das ist so die Arbeit der „Ein-Euro-Kräfte“ (10)

Die Tatsache, dass die Pflegekräfte für das Einholen ärztlicher Überweisungsscheine und das Herbeischaffen von Medikamenten alleine verantwortlich sind, wird von der Informantin als eine erhebliche Belastung empfunden. Diese zusätzliche Belastung sei nur schwer zu bewältigen. Zudem stünden die Pflegekräfte permanent vor der Herausforderung, die Begleitung der Heimbewohner zu Arztbesuchen abzusichern. Die so genannten „Ein-Euro-Kräfte“ seien hierbei eine große Unterstützung. Die Aussagen der Informantin legen jedoch auch nahe, dass Angehörigen und/oder so genannte Betreuer der pflegebedürftigen Menschen für diese Art des „begleitenden Dienstes“ oftmals nur eingeschränkt zu Verfügung stehen würden. Aus dem Darstellungszusammenhang geht deutlich hervor, dass die Pflegekräfte bei der Gestaltung des Arbeitsbogens und der Pflege der Altenheimbewohner insgesamt nur wenig kontinuierliche und verlässliche Unterstützung finden. Diese organisationalen Schwierigkeiten rund um die eigentliche Pflegearbeit erscheinen als eine systematische Irritation im pflegeprofessionellen Arbeitshandeln.

32. Segment - (S. 80, 33 - 81,22) Bewältigung von Belastungsmomenten

33 I: Gibt es eigentlich so im Team auch
34 'ne Möglichkeit, alle Probleme anzusprechen? Supervision?
1 E: Ja (.) ich
2 muss sagen, ich kann mich bei meiner Familie aussprechen, und kann da meine
3 Probleme aussprechen und ich muss sagen, ich hab' 'ne sehr sehr gute Stellvertretung
4 und da bin ich froh, dass ich sie hab' und sie ist auch für mich da. Die Leitung selber
5 hat so 'n Coaching. Das wurde so organisiert. Die Leitung (') das heißt die
6 Pflegedienstleitung (') es hat ja jedes Haus 'ne eigene Pflegedienstleitung (') die
7 Qualitätsmanagerin (') also da haben wir Einzelcoaching, oder mal in der Gruppe oder

8 über Mitarbeiterführung und so (.) Motivation und so (.) Das über so was alles dann
9 gesprochen wird.
10 I: Und für die Pflegekräfte?
11 E: Da wird immer eigentlich Supervision
12 angeboten, aber die letzte die wir da hatten, die war nicht so besonders und da haben
13 wir das erstmal außen vor gelassen. Dann hatten wir letztes Jahr ´ne Veranstaltung zu
14 Burnout (-) aber da muss ich sagen, da war die Teilnahme von den Mitarbeitern nicht
15 so besonders. Also was Fortbildung anbelangt, muss ich sagen, sind die Mitarbeiter
16 nicht so dabei. Da ist es eher, dass man se mehr oder weniger dazu verdonnern muss.
17 Verstehen tue ich das nicht. Und das Bild was die Leitung so hat, hat sich auch
18 gewandelt. Die wissen, was es so für Schwierigkeiten auf den Wohnbereichen gibt ()
19 aber es ist eben nur begrenzt Geld da und wenn man nicht mehr kriegt, dann kann man
20 nicht mehr machen. Das ist eigentlich der Leitung auch sehr bewusst. (8) Sie wissen,
21 dass sie nicht alles so umsetzen könne, wie es eigentlich gefordert ist, weil es eben
22 auch an Geld fehlt.(12)

Auffällig scheint hier gleich zu Beginn dieses Darstellungszusammenhanges, dass Sandra Oertel auf die Frage hin, ob sie im Pflorgeteam die Möglichkeit sehe, Probleme zu bearbeiten oder aber eine Supervision diesbezüglich nutzen würde, zunächst auf ihre Familie verweist. Daher bleibt zu vermuten, dass die Äußerungen der Informantin einer Rangfolge gleichzusetzen sind. Vermutlich scheint daher die Familie als erster Ansprechpartner bezüglich der erlebten Schwierigkeiten und Problemkonstellation im Pflegealltag. Aber auch die stellvertretende Pflegedienstleitung sei als vertrauensvoller Partner an der Seite der Informantin, wenn sie Schwierigkeiten, Probleme oder Arbeitsbelastungen artikulieren möchte. Zudem würden alle PflegedienstleiterInnen und die Qualitätsmanagerin die Möglichkeit zur Fallbesprechung in Einzel- und Gruppengesprächen haben. Hier würden auch Themen wie Mitarbeitermotivation und Mitarbeiterführung thematisiert.

Die Interviewerin vermutet hier ein nicht ausgeschöpftes Themenpotenzial und fragt daher noch einmal gezielt nach den Supervisionsangeboten. Markant scheint hier der Vagheitsmarkierer (S. 81, 11). Die Informantin gibt an, dass eigentlich immer Supervision angeboten werden würde. Leider macht die Informantin hier nicht klar, was in der letzten Supervision nicht erwartungsgemäß verlaufen sei und was sie „erstmal außen vor gelassen“ habe (S. 81, 12 – 13). Im Allgemeinen seien die Mitarbeiter nicht sehr motiviert, an Fortbildungsveranstaltung teilzunehmen. Selbst die Teilnahme an einer Veranstaltung zur Burnout-Problematik sei nicht sehr zahlreich gewesen. Die Informantin müsse bezüglich der Veranstaltungsteilnahme verpflichtend auf die Mitarbeiter einwirken. Hier werden Perspektivendivergenzen zwischen der Informantin als Pflegedienstleiterin und dem Team offensichtlich. Die Informantin betont, dass sie die ablehnende Haltung des Teams nicht versteht. Allerdings zieht die Informantin nicht in Betracht, dass dieser ablehnenden Haltung gegenüber den Fortbildungsveranstaltungen - gerade auch der Veranstaltung zur Burnout-Problematik - andere Ursachen als nur motivationale Schwierigkeiten zugrunde liegen könnten. Denkbar wäre auch, dass die Verweigerungshaltung des Pflorgeteams gegenüber Fortbildungsveranstaltungen sich darin begründet, dass die Situation der physischen und psychischen Erschöpfung der Mitarbeiter sich bereits dramatisch zugespitzt hat. Eine massive Verstrickung der Pflegekraft in die unaufhebbaren Kernprobleme und Paradoxien des (professionellen) Pflegehandelns und die daraus folgenden Erfahrung von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ausgebrannt seins könnten als Ausdruck des Gefangenseins in der Berufsfalle zu verstehen sein und damit die ablehnende Haltung der Mitarbeiter gegenüber Weiterbildungsveranstaltungen erklärbar machen.

33. Segment - (S. 81,23 – 82, 16) Die Situation der Altenpflege im gesellschaftspolitischen Kontext

- 23 I: Ja, wäre da noch irgendwas, wo sie sagen, das sollte ich
24 unbedingt mit auf den Weg nehmen, das sollte ich unbedingt aufschreiben, denn ich
25 kann ja sicherlich mit meinen Nachfragen nicht alles abdecken. Möchten sie mir noch
26 etwas mit auf den Weg geben?
- 27 E: Ich würde mir wünschen, dass der Gesetzgeber die
28 Gesetze mal überdenkt und mehr für alte Menschen tut. Ich würde mir wirklich
29 wünschen, das die Gelder so gestaffelt sind, dass für alte Menschen mehr Zeit ist und
30 das man denen mehr Zuwendung geben kann und das Pflegekräfte eine andere
31 Ausbildung erhalten und dass dieses ganze Pflegeverständnis bei den Pflegekräften
32 wachgerüttelt wird (!) das würde ich mir wünschen (!) Das würde ich mir dolle
33 wünschen (!) Das die Würde des Menschen wirklich unantastbar ist (!) Und die
34 Menschen so gepflegt werden, wie wir das für uns selber auch wünschen. Es müsste
1 mehr für alte Menschen getan werden und für das Pflegepersonal, die ihren Körper
2 und ihre Arbeitskraft unendlich ausgelaugt haben (,) ja (!) Also das ist auch das, was
3 mich am meisten ärgert (!) das alte Menschen so ´ne schlechte Lobby haben. Und
4 gerade auch das mit Hartz IV, das ist schlimm (!) Die Leute bringen ihre Angehörigen
5 nicht mehr ins Heim(!) Die kassieren das Pflegegeld und bessern damit ihre Einkünfte
6 auf (!) Und das merkt man, denn die Anträge auf vollstationäre Pflege sind
7 zurückgegangen, jeweils bei uns hier in der Einrichtung.
- 8 I: Sind schon leere Betten da?
- 9 E: Ja (!)
- 10 I: Ja (!?)
- 11 E: Ja die Arbeitslosigkeit und Hartz IV und wenn se dann Pflegegeld kriegen
12 (-) dann / und auch deren Rente noch kriegen (!) damit bessern die ihr Geld auf. So (!)
13 und nun habe ich wohl ganz schön viel erzählt was (?) Ich hoffe, dass sie damit etwas
14 anfangen können (!)
- 15 I: Ja (!) na klar (!) ich bedanke mich ganz herzlich bei ihnen für das
Gespräch (!)
Ende des Interviews

Sandra Oertel betont deutlich, dass sie sich andere gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen der Pflegearbeit wünschen würde, zum Wohle der alten Menschen. So wünsche sie sich aber auch günstigere finanzielle Ressourcen, ebenso wie einen Zeitrahmen für die Pflegearbeit, der nicht nur die stupide Ableistung und Hintereinanderschaltung von Pflgetätigkeiten erlaubt, sondern vor allem auch gestatten würde, sich dem alten Menschen zwischenmenschlich-persönlich zuwenden zu können (S. 81, 27 – 30). Des Weiteren wünscht die Informantin, dass im Zuge der Berufsausbildung von Pflegekräften „ein anderes Pflegeverständnis ... wachgerüttelt“ würde (S. 81, 31 – 32) Der Wunsch der Informantin, „dass die Würde des Menschen wirklich unantastbar ist (!)“ lässt die entsprechenden Defizite

im realen Pflegealltag erahnen. In diesem Zusammenhang bringt die Informantin nicht nur ihre klare moralische Haltung in Form eines moralischen Appells zum Ausdruck, sondern zeigt ihre aktive Haltung dieser Problemkonstellation gegenüber. Auch wünscht sich die Informantin, dass den aus der Pflegearbeit resultierenden psychischen und physischen Fehlbelastungen und deren Folgen mehr Beachtung in Form von gezielten Interventionen geschenkt würde. Die Pflegedienstleiterin Sandra Oertel macht hier deutlich, dass systematische Schwierigkeiten, gleichgültig welchen Ursprunges, zu einer Belastung nicht nur für die Pflegekräfte, sondern auch für die Pflegebedürftigen und für das gesamtgesellschaftliche Wohl werden. Demoralisierungstendenzen hätten mittlerweile auch die Angehörigen erreicht, die ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder lieber zuhause pflegen würden. Hier müssten das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Menschen und die Sicherstellung einer hohen Pflegequalität im stationären und häuslichen Bereich der Alten- und Krankenpflege mehr in den gesamtgesellschaftlichen Blick Verantwortung gelangen.

Biografische Gesamtformung – Sandra Oertel

Die examinierte Altenpflegerin und Pflegedienstleiterin Frau Sandra Oertel ist zum Interviewzeitpunkt dreiundvierzig Jahre alt.

Sandra Oertel wird neunzehnhundertzweiundsechzig als erste von insgesamt vier Geschwisterkindern geboren. Der Altersunterschied zwischen den Geschwisterkindern ist gering. Die Beziehungsgeschichte zu den Geschwisterkindern wird über die gesamte Erzählung hinweg nicht in den Blick genommen, das hier liegende Themenpotenzial bleibt damit unausgeschöpft.

Bis zur Schulpflichtigkeit der Informantin füllt die Mutter die Rolle der Hausfrau und heimischen Fürsorgerin aus. Der Vater hingegen bekleidet die Rolle des wirtschaftlichen Alleinversorgers der Familie. Zum Zeitpunkt des Schuleintritts der Informantin verunfallt der Vater schwer. Das einschneidende Erlebnis der frühen Konfrontation mit den Erleidenprozessen des Vaters – und damit zusammenhängend auch das Unfallgeschehen selbst – blendet Sandra Oertel konsequent aus.

Wegen des schweren Unfallereignisses kann der Vater zunächst nicht mehr für die finanzielle Existenzsicherung der Familie Sorge tragen. Stattdessen nimmt die Mutter ihre berufliche Tätigkeit wieder auf, um die finanziellen Einnahmen der Familie sicherzustellen. Die gerade schulpflichtig gewordene Sandra Oertel ist als ältestes Geschwisterkind somit gehalten, das Rollenset der Mutter zu übernehmen. Dies beinhaltet die Verantwortung und Sorge um die Geschwisterkinder ebenso, wie die Übernahme eines großen Teils der haushaltlichen Pflichten. Sandra Oertel wird durch diese Ereignisverstrickung mit der Komponente einer biografischen Verletzungsdisposition plötzlich in die Situation versetzt, trotz ihres kindlichen Alters und just zum Zeitpunkt der Einschulung verantwortungsbewusst innerfamiliäre Fürsorgepflichten zu übernehmen. Damit wird die noch kindliche Sandra Oertel vor die schwierige Herausforderung gestellt, den Schuleintritt und die damit verbundenen Erwartungsstrukturen zu meistern, und gleichzeitig in die Rolle der „mütterlichen Stellvertretung“ und fürsorglichen Schwester zu schlüpfen. Sandra Oertel lernt hier bereits in frühen Kinderjahren, die schulbesuchassoziierten Erwartungsstrukturen handlungsschematisch im Blick zu haben und sich zudem auch handlungsschematisch auf die innerfamiliäre Erwartungsstruktur einzurichten.

Mit der neuen fürsorge- und verantwortungspointierten elterlichen Erwartungsstruktur ergeben sich für die Grundschülerin Sandra Oertel von persönlicher Entbehrung und alltagsorganisatorischen Widrigkeiten geprägte Schwierigkeiten der (schulischen und

innerfamiliären) Alltagsgestaltung. Somit bringt sie ihre Kindheit auch dominant in Verbindung mit der frühen Übernahme der Fürsorge- und Verantwortungspflicht innerhalb des familiären Systems. Diese Fürsorge- und Verantwortungspflicht findet als zentrale Beziehungserfahrung Niederschlag in den innerbiografischen Prozessen der Sandra Oertel: Die Themen *Fürsorgepflicht* und *Verantwortungsgefühl* sind über die gesamte Erzählung hinweg darstellungssteuernd, ohne dass Frau Oertel diese Themen als Eigenthemen fokussiert.

Über die gesamte Schulzeit hinweg bleibt für Sandra Oertel kein Möglichkeitsrahmen zur aktiven Bewältigung des biografisch früh angelegten Verlaufskurvenpotenzials – der Verletzungsdispositionen im Zusammenhang mit dem schweren Unfall des Vaters und den daraus resultierenden Widrigkeiten der innerfamiliären Existenz- und Alltagsorganisation. Damit hat sich ein Bedingungsrahmen für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve aufgebaut (vgl. Schütze, 1995, S. 129). Die eingangs auffällig gewordenen Ausblendung des Unfallereignisses und den damit zusammenhängenden Erleidensprozessen des Vaters kann nunmehr als deutlicher Hinweis darauf interpretiert werden, dass Sandra Oertel bis heute die damaligen – hier beschriebenen – tiefer liegenden biografischen Verletzungsdispositionen und Ereignisverstrickungen nicht be- bzw. verarbeitet hat.

Das institutionelle Ablaufmuster der Schule wird nicht im Detail beschrieben. Lediglich die Absolvierung der zehnklassigen Schulzeit findet randständig Erwähnung. Nahe liegend scheint, wie zuvor bereits diskutiert, dass die Schwierigkeiten der Alltagsgestaltung - also die haushaltliche und fürsorgliche Verantwortung den Geschwisterkindern gegenüber, die zeitgleiche Konfrontation mit den Erleidensprozessen des Vaters, und später auch der Großmutter - die Eindrücke des Schulalltages überlagern.

Im Zusammenhang mit der biografischen Phase der Schulzeit hebt Sandra Oertel hervor, dass sie bereits als Kind in den Schulferien gerne die Nähe älterer Menschen suchte und deren besondere Lebenswelt sehr mochte. So zeigt sich Sandra Oertel seit ihrer Kindheit fasziniert von der Lebensart der älteren Menschen in ihrem privaten Umfeld. Insbesondere auch über die regelmäßigen und eigenmotivierten Besuche bei ihrer Großmutter lernt Sandra Oertel sehr früh die Bedürfnisse und Befindlichkeiten hilfsbedürftiger Menschen wahrzunehmen und darauf mit Hilfsangeboten und Fürsorge zu reagieren. Sie besucht häufig ihre hoch betagte Großmutter und begegnet ihr mit verschiedenen Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Zur Familie der Informantin gehört ebenso eine hoch betagte Tante, die von der jugendlichen Sandra Oertel bei der Bewältigung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten unterstützt wird. So hat sie - wiederholt - sehr früh in ihrer Kindheit eine Lernsituation, die vielfältigen und unterschiedlichen Bedürfnisse und Befindlichkeiten anderer Menschen wahrzunehmen und entsprechende Interventionen oder Hilfsangebote anzubieten, und Verantwortung zu übernehmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Fürsorge der Großmutter, aber auch der älteren Tante gegenüber für Sandra Oertel eine tief verwurzelte biografische Sinnquelle darstellen. Die Veranlassung, eigeninitiativ pflegepraktische Erfahrung im Rahmen einer Hilfstätigkeit in einem Krankenhaus sammeln zu wollen scheint, eben so wie der spätere berufsbiografische Entwurf der Frau Oertel Altenpflegerin zu werden, wesentlich an diese frühkindlichen sinnstiftenden Erfahrungsaufschichtungen gebunden zu sein.

Die jugendliche Sandra Oertel absolvierte im Alter von vierzehn Jahren, über den Zeitraum von drei Wochen, erstmalig eine Hilfstätigkeit im krankenhausstationären Kontext. Die hier gemachten negativen Erfahrungen berühren frühkindlich erworbene Verletzungsdispositionen. Die erschütternden Erfahrungen wirken auf mehreren Ebenen belastend: Zum einen das Leid der Patienten als solches betreffend; aber auch bezüglich der von Verständnislosigkeit geprägten Interaktionsbeziehung des Pflegepersonals gegenüber den

Patienten; aber auch das routinisierte Handlungsschema der Pflegekräfte, welches mehr auf Erledigung der Pflegeaufgaben, denn auf fürsorglicher Hinwendung ausgerichtet war.

Diese ersten Erfahrungen der Hilfstätigkeit im krankenhausstationären Kontext haben sehr nachhaltig auf Sandra Oertel eingewirkt und sie „geprägt“ (S. 65, 8 – 14). So entwickelt Sandra Oertel bereits im jugendlichen Alter von vierzehn Jahren eine tiefe Angst davor, sich selbst der stationären Krankenhausversorgung anzuvertrauen. Angelehnt an das Verlaufskurvenkonzept (F. Schütze, 1989, 1995) hatte die Aktivierung des bereits angehäuften Verlaufskurvenpotenzials durch das Schülerpraktikum zur Folge, dass die Informantin temporär ihr biografisches Gleichgewicht verliert und dann nur mit Mühe zu einem so genannten labilen Gleichgewicht zurückfindet. Dieser Prozess des Wiederfindens eines labilen Gleichgewichtes war ganz offensichtlich ein beschwerlicher und zeitintensiver Prozess. Leider lässt Sandra Oertel über die gesamte Erzählung hinweg offen, wie sie biografische Arbeit geleistet hat und was sie meint mit der Aussage: „das habe ich erst langsam wieder lernen müssen.“ Das hier liegende Erzählpotenzial wird nicht ausgeschöpft. Vermutlich ist diese Erfahrung der Labilität des biografischen Gleichgewichtes derart nachhaltig und auch gegenwärtig noch existent, worauf auch die sich anschließenden fünf- und sechssekündigen Gesprächspausen hindeuten könnten.

Ebenfalls im Jugendalter, den Erfahrungen der Hilfstätigkeit im krankenhausstationären Kontext sehr zeitnahe folgend, wird Sandra Oertel dann mit der Dramatik der Krankheitsverlaufskurve der Großmutter und deren desaströser krankenhausstationärer Betreuung konfrontiert: Als Sandra Oertel die Klassenstufe 9 besucht, erkrankt ihre Großmutter schwer. Die jugendliche Sandra Oertel zeigt hier, dass sie bereits in den jungen Jahren über einen sensiblen Sinn für Krankenbeobachtung und Bedürfnislagen ihrer Mitmenschen verfügt. Sie nimmt nicht nur den sich verschlechternden Allgemeinzustand ihrer Großmutter wahr, auch der sich ausbreitende Hautdefekt am Fuß der Großmutter fällt ihr als besorgniserregend auf. Sie erkennt sofort und intuitiv den Handlungsbedarf, der in dieser Situation geboten ist. Ohne über pflegeprofessionelles Wissen zu verfügen besitzt Frau Oertel ein außerordentliches Gespür für die Fallentwicklung respektive Krankheitsverlaufskurve der Großmutter.

Mit der Krankenhauseinweisung der Großmutter wird jedoch ihre natürliche und tiefer liegende Sinnquelle bezüglich der Faszination und Fürsorge und Hilfsbereitschaft gegenüber alten Menschen (erneut) empfindlich erschüttert. Die desaströse krankenhausstationäre Versorgung erlebt Sandra Oertel in völligem Widerspruch zu ihrem frühkindlich internalisierten, auf Fürsorge und Hinwendung ausgerichteten Handlungsschema. Hier liegt die Annahme nahe, dass das tief in der Identitätsentwicklung verankerte Verlaufskurvenpotential im Zusammenhang mit dem schwer verunfallten Vater und den daraus resultierenden Veränderungen im Lebensarrangement der Herkunftsfamilie der Sandra Oertel (siehe dazu vor allem Segment 1) eine insulierte, unbearbeitete Problematik geblieben ist. Zudem haben die Erfahrungen der Ferienarbeit im krankenhausstationären Kontext sowie auch die Erfahrungen im Zusammenhang mit der destaströsen krankenhausstationären Versorgung der Großmutter ein Aufladen des Verlaufskurvenpotentials zur Folge. Diese erschütternden und das Verlaufskurvenpotential in seiner Wirkung steigernde Erfahrungen. setzen ein, bevor das zentrale Verlaufskurvenpotential bearbeitet oder wirksam kontrolliert werden kann, was für die noch jugendliche Sandra Oertel eine Verstärkung der biografischen Fallensituation mit sich bringt.

Das plötzliche Ableben der Großmutter und deren desaströse krankenhausstationäre Versorgung führen zur Grenzüberschreitung des Wirksamwerdens des Verlaufskurvenpotenzials. Frau Oertel erlebt sich tief erschüttert. Bereits angehäuften Verlaufskurvenpotenzial dynamisiert und konkretisiert sich. Die Grenzüberschreitung des

Wirksamwerdens des Verlaufskurvenpotenzials hatte nicht nur zur Folge, dass Frau Oertel eine tiefe Angst entwickelte, sich selbst der stationären Krankenhausversorgung anzuvertrauen. Auch eine Umformulierung der berufsbiografischen Perspektive ist das Ergebnis. Gegen Ende der Schulzeit, in der Phase der berufsbiografischen Orientierung weist Frau Oertel eine berufsbiografische Perspektive als Krankenschwester vehement von sich. Die ursprüngliche und tiefer liegende berufsbiografische Sinnquelle des Krankenschwesternberufes wurde so möglicherweise derart erschüttert, dass die Informantin sich bewusst gegen diese Ausbildung entscheidet.

Sandra Oertel kann sich eine berufsbiografische Perspektive als Zahnarthelferin vorstellen. Dieser Versuch des Formulierens einer berufsbiografischen Perspektive erwächst aus der von ihr wahrgenommenen Mangelsituation, denn im Wohnort der Sandra Oertel wird eine Zahnarthelferin gesucht. Zum Heranreifen dieses pragmatisch formulierten berufsbiografischen Entwurfes bezieht die Informantin nicht Stellung. Letztendlich entschließt sie sich zu einer Ausbildung als Kinderrippenerzieherin. Berufsbiografische Berater, die von der Informantin nicht näher benannt oder beschrieben werden, raten ihr jedoch zu einer Ausbildung als Krankenschwester.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Formulierung der berufsbiografischen Perspektive einer Ausbildung zur Kinderkrippenerzieherin auf der Basis einer tiefer liegenden Sinnquelle erfolgt. Immerhin verfügt die Sandra Oertel über eine jahrelange und fundierte Erfahrung in der Betreuung ihrer jüngeren Geschwister. Aus der sehr frühe Übernahme an Verantwortung und Fürsorgepflicht für die Betreuung der jüngeren Geschwister und die gleichzeitige Übernahme eines immensen Pensums an haushaltlichen Pflichten in Stellvertretung der Mutter ist augenscheinlich eine tiefer liegende biografische Sinnquelle erwachsen. Somit liegt nahe anzunehmen, dass Sandra Oertel die berufsbiografische Perspektive einer Berufsausbildung zur Krippenerzieherin bewusst auf der Basis dieser tiefer liegender biografischer Sinnquellen formulierte.

Die Ausbildung zur Krippenerzieherin kann aber auch als ein Versuch verstanden werden, die nicht aufgearbeiteten Ereignisverstrickungen im Zusammenhang mit a) dem schwer verunfallten Vater, b) den erschütternden und demoralisierenden Erfahrungen der Hilfstätigkeit im Krankenhaus und c) der infausten Krankheitsverlaufskurve der Großmutter und deren desaströser krankenhausbasierten Versorgung in den Hintergrund treten zu lassen. Die spätere Wahl des Altenpflegeberufes könnte sich in diesem Zusammenhang somit auch als ein Versuch der Bewältigung der erlebten Hilflosigkeit und der traumatischen Erfahrungen, die ansonsten scheinbar keine Aufarbeitung gefunden haben, erklären lassen.

Gegen Ende der Ausbildung zur Krippenerzieherin schließt Frau Oertel den Bund der Ehe. Sofort mit Ende der Ausbildung, unmittelbar nach der Hochzeit, erhält sie dann auch die Möglichkeit, als stellvertretende Einrichtungsleiterin in einer Kinderkrippe tätig zu werden. Kurz nach Antritt der Tätigkeit als stellvertretende Einrichtungsleiterin einer Kindertagesstätte gebar Frau Oertel ihren Sohn. Nach Beendigung des Mutterschutzjahres verweilt die Informantin für einen nicht genau definierten Zeitraum tätig (einige Jahre) in dieser beruflichen Position. Mit der politischen Wende erwirbt die Informantin die Berufsankennung als Krippenerzieherin nach Bundesdeutschem Recht.

Die problematischen innerkollegialen Beziehungskonstellation, insbesondere aber auch die neue und veränderte Situation mit der politischen Wende - Rückgang der Geburtenrate und deswegen Kündigung aus dem Arbeitsverhältnis - tragen zum Scheitern der Tätigkeit als stellvertretende Einrichtungsleiterin einer Kinderkrippe bei. Auffallend erscheint die schnelle innerliche Kündigung der Frau Oertel mit Beendigung ihrer Tätigkeit. Nahe liegend ist daher,

dass der Beruf der Kinderkrippenerzieherin nunmehr den Status einer tiefer liegenden berufsbiografischen Sinnquelle verloren hat.

Mit der Entlassung der Informantin aus dem Arbeitsverhältnis entdeckt Frau Oertel eine andere, schon seit längerer Zeit existente, tiefer liegende biografische Sinnquelle neu. Sie erlebt sich zufrieden, als sie einer älteren, immobilen Nachbarin Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens offerieren kann. Die sich anschließende Phase der berufsbiografischen Neuorientierung respektive der biografischen Initiative zur Änderung der Lebenssituation (vgl. Schütze, 1981, S. 76) erstreckt sich über einen Zeitraum von viereinhalb Jahren. Die Zeit der Arbeitslosigkeit als „biografisches time off“ wurde von der Informantin aktiv zur beruflichen (Neu-) Orientierung genutzt. Frau Oertel hat sich während ihrer gesamten Arbeitslosenzeit kontinuierlich, aber dennoch vergeblich, um einen Ausbildungsplatz / Tätigkeitsfeld in der Altenpflegeausbildung bemüht. Als sie dann Leistungsempfängerin der Arbeitslosenhilfe wird, steigert sie ihr Engagement bezüglich der Ausbildungsplatzrecherche nochmals. Sie absolviert eine Qualifikationsmaßnahme, welche sich speziell an Erzieherinnen – also Klientel mit exakt ihrer Berufsausbildung – richtet. So ist es Frau Oertel dann schließlich möglich geworden, die reguläre Ausbildungszeit zum staatlich anerkannten Altenpfleger von ursprünglich drei Jahren auf nunmehr eineinhalb Jahre zu reduzieren. Ihre in der Erzieherausbildung erworbenen Fachkenntnisse finden im neuen Ausbildungsgang zur Altenpflegerin Anerkennung und Anrechnung. Die Informantin erwirbt so auf abgekürztem Weg ihr Altenpflegeexamen.

Sandra Oertel selbst begründet ihre Entscheidung für den Altenpflegeberuf eigentheoretisch mit der in der Vergangenheit erlebten Hilflosigkeit – insbesondere bezogen auf die Zeit, als sie der Krankheitsverlaufskurve ihrer Großmutter und deren Erleidensprozessen hilflos gegenüber stand. Sie erlebt massive Schwierigkeiten, diese von Verletzungsdispositionen gekennzeichnete Erfahrungsaufschichtung, Ereignisverstrickung und letztlich auch den Tod ihrer Großmutter zu bewältigen. Eine Möglichkeit der Verarbeitung dessen sieht die Informantin möglicherweise in der Formulierung der berufsbiografischen Perspektive, den Beruf der Altenpflegerin zu ergreifen. So zeigt sie sich offen für eine Reaktivierung der tiefer liegenden biografischen Sinnquellen durch die hilfsbedürftige Nachbarin, die sie während ihrer Zeit der Erwerbslosigkeit fürsorglich betreut hat.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Sandra Oertel bereits sehr früh, beginnend mit der Kindheit und Jugendzeit begonnen hat, einen pflegeberufstypischen Habitus zu internalisieren der Niederschlag in der später von ihr gelebten berufsbiografischen Basisposition findet – gerade über die frühkindlichen Erfahrungen in der Herkunftsfamilie, über die frühe Übernahme der Fürsorgeverantwortung den Geschwisterkindern und haushaltlichen Pflichten gegenüber, sowie über das sehr frühe und bewusste Erleben der besonderen Lebenswelt älterer Menschen. Das bewusste Erleben der Bedürfnisse älterer Menschen und das Entgegenbringen von Fürsorglichkeit entwickeln sich zu einer natürlichen, tiefer liegenden biografischen Sinnquelle. Die Wahl des Altenpflegeberufes erscheint dennoch gleichzeitig auch im Lichte eines Bewältigungsversuches der in der Vergangenheit liegenden Verletzungsdispositionen – bezogen auf die erschütterten Erfahrungen während der Ferienarbeit und im Schülerpraktikum, und im Zusammenhang mit den Erleidensprozessen des Vaters und der Großmutter.

Bereits in der Berufseinmündungsphase zur Tätigkeit als Altenpflegerin wurden bestehende biografische Verletzungsdispositionen aktiviert und wiederholt aufgeladen. Die schwierige Berufseinmündungsphase erzeugt zudem neue Verletzungsdispositionen und erschüttert die internalisierten Sinnquellen der Informantin erneut empfindlich. Auch verknüpft Frau Oertel zwei lebensweltliche Kontexte miteinander: die existenten Arbeitsschwierigkeiten und die daraus erwachsenen Nachteile in ihrem privaten Lebensarrangement. Dies insbesondere hinsichtlich der reduzierten Zeit familiärer Gemeinsamkeit.

Kennzeichnend für die berufliche Karriereentwicklung der Sandra Oertel – sowohl von der Erzieherin zur stellvertretenden Einrichtungsleiterin einer Kindertagesstätte als auch von der Altenpflegerin zur Pflegedienstleiterin – ist die lineare Konstanz: Die Informantin wird kurz nach Abschluss ihrer Ausbildung zur Kinderrippenerzieherin sehr schnell als Führungskraft eingesetzt. Auch später, im Kontext der stationären Altenpflege wird sie bereits nach zwei befristeten Arbeitsverträgen zunächst zur Wohnbereichsleiterin berufen und nur zwei Jahre später zur stellvertretenden Pflegedienstleiterin und wenig später sogar zur Pflegedienstleiterin ernannt. Dabei scheint die Mitarbeiterführung als natürliche Sinnquelle und natürliche Kompetenz der Frau Oertel, die sich in ihrer frühen biografischen Prägung begründet: immerhin musste Sandra Oertel bereits im Grundschulalter Verantwortungs- und Pflichtgefühl ihren jüngeren Geschwisterkindern gegenüber internalisieren und praktizieren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Frau Oertel mehrfach verschachtelte Verlaufskurvenprozesse erlebt und dennoch einen bemerkenswerten und schwierigen Professionalisierungsprozess in einem schwierigen Arbeitsfeld durchmacht. Sie verfügt über ein Gefühl für Unrecht und moralische Verwahrlosung. Frau Oertel geht sehr umsichtig mit den Kernproblemen und Paradoxien pflegeprofessionellen Handelns um. Sie ist permanent bestrebt, für die pflegebedürftigen SeniorInnen - trotz schwieriger gesundheitspolitischer und prekärer finanziellen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit - angenehme Lebensbedingungen sicherzustellen, eine optimale pflegerische Betreuung zu gewährleisten, und dem therapeutischen Team angenehme Arbeitsbedingungen zu schaffen. Frau Sandra Oertel sieht im Altenpflegeberuf nunmehr einen langfristigen berufsbiografischen und handlungsschematischen Orientierungsrahmen. Sie hat damit einen biografisch lang gestreckten Wandlungs- und Entwicklungsprozess durchlebt. Diese Wandlungsstruktur wird jedoch zum einen durch die strukturellen Bedingungen der stationären Altenpflegearbeit immer wieder gefährdet - zu nennen sei hier exemplarisch Zeitmangel, Personalmangel und unzureichende finanzielle Ressourcen; weitere Interferenzen die die Wandlungsstruktur der Sandra Oertel gefährden, liegen in fehlenden bzw. unzureichend effektiven Versuchen der Bearbeitung des Verlaufskurvenpotenzials. Die Fall- bzw. Schuldverstrickung der Sandra Oertel in die Fallgeschichte bzw. Fallentwicklung pflegebedürftiger Altenheimbewohner kann als Ausdruck des Wirksamkeitsdruck des unbearbeiteten Verlaufskurvenpotenzials und darüber hinaus einer progressiven Destabilisierung des (labilen) biografischen Gleichgewichts interpretiert werden (vgl. Schütze, 1981, S. 92). Ein völliger Zusammenbruch der einstmals internalisierten berufsbiografischen Orientierung mit den Komponenten der Desillusionierung und Entmutigung könnte schlimmstenfalls den einstmals so aussichtsreichen biografischen Wandlungsprozess der Sandra Oertel in eine Verlaufskurve des Berufsversagens untergraben.

6.2 Strukturelle Beschreibung – Krankenschwester Katja Herrmann

Interviewdauer: ca. 90 Minuten
Interviewort: Sachsen-Anhalt, Altenpflegeheim
mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt / kirchlicher Träger
Datum: August 2005
Qualifikation: examinierte Krankenschwester, Pflegekraft mit Zusatzqualifikation zur fachpraktischen Ausbildung von Schülern (Praxisanleiterin)

Formale Auffälligkeiten

Insgesamt macht das erhobene Datenmaterial einen sehr authentischen Eindruck. Die Informantin arbeitet in ihrer Erzählung oftmals mit Gegensatzanordnungen, um dem Zuhörer ihre Sicht der Dinge deutlich zu vermitteln. Die Erzählstruktur ist sehr linear: Die Erzählung der Informantin ist zum einen zeitlich sehr geordnet, und zum anderen stellt die Informantin die Ereignisabfolgen sehr geordnet und linear dar. Die Erzählung der Informantin lässt einen reflektierten biografischen Erfahrungsschatz erkennen.

In der biografischen Erzählung werden Themenpotentiale wie die Beziehung zur Mutter und zu den Geschwistern nicht ausgeschöpft, sondern defokussiert. Dies kann sich folgendermaßen begründen: Möglicherweise lässt der „institutionelle Geist“ des Altenpflegeheimes, in dessen Räumen das Gespräch stattfand, die biografische Erzählung der Informantin derart kurz ausfallen. Mit der gerafften Darstellung der eigenen Lebensgeschichte zusammenhängend liegt gleichzeitig aber auch eine gewisse Bescheidenheitshaltung der Informantin nahe. Die Informantin scheint offenbar, wie auch viele andere Pflegekräfte, erstaunt darüber, dass ihre eigene Lebensgeschichte für den Zuhörer interessant ist, wo doch in ihrem tagtäglichen Handeln zuvorderst andere Menschen eine zentrale Bedeutung und Hinwendung der Pflegekraft zugesprochen bekommen.

Häufig thematisiert werden Harmonisierungsfragen: Die Beziehungen zu Familienmitgliedern werden als sehr harmonisch dargestellt. Aber auch die dienstlich-institutionellen Beziehungsgeflechte werden, ebenso wie die interdisziplinäre Beziehung des Pflegeteams beispielsweise zum stationsbetreuenden Arzt, als sehr harmonisch dargestellt. Die Informantin macht in ihrer Erzählung aber auch sehr wohl deutlich, dass sie Problem- und Konfliktpotentiale auf zwischenmenschlicher Beziehungsebene konsequent und sensibel aufdeckt, um adäquate Lösungsstrategien zu entwickeln.

Die berufsbiografische Entwicklung der Informantin verläuft ausgesprochen linear. So geht ihr Berufswunsch weit in die Kindheit zurück und ist bis dato eine Sinnquelle geblieben.

Die Informantin spricht sehr offen über ihre Arbeit in der stationären Altenpflege. Eine Reihe von Fallschilderungen zeigt ihre professionelle Orientierung im Arbeitsalltag. Die Informantin verfügt über ein Gespür für die Existenz und die Lokalisation von Fehlerpotenzialen in der stationären Pflegearbeit. So beschreibt sie beispielsweise Fehler bei der Arbeit sehr ausführlich und reflektiert. Die Informantin unterscheidet zwischen situativ-kontextualisierten Fehlern (Fehler die passieren können, aber nicht passieren dürfen) und systematischen Fehlern (Fehler, die immer wiederkehrend auftreten).

Die Informantin Katja Herrmann beschreibt die Spannungsquelle zwischen den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und dem in diesem Rahmen praktikablen versus erwartbarem Handlungsschemata der Altenpflegearbeit. In diesem Zusammenhang fokussiert sie zudem auch die problematische Umsetzung der hausinternen Pflegestandards. Überdies sieht Katja Herrmann das hausinterne Qualitätsmanagement in Diskrepanz gegenüberstehend zum Bestreben der Pflegekräfte nach pflegeprofessionellem Handeln. Die Zeitknappheit bei der Ausführung der Pflegearbeit, unpraktikable und praxisferne Pflegerichtlinien und das wirtschaftlich-ökonomische Korsett, welches die gesundheitspolitische Rahmenbedingungen aufdiktieren, werden von der Informantin scharf kritisiert. Die daraus erwachsenen und unvermeidbaren Schwierigkeiten bei der Arbeit werden noch zusätzlich verstärkt durch immer neue Vorschriften und sich verändernde gesetzliche Rahmungen, so akzentuiert es die Informantin und sie pointiert damit zusammenhängend ebenso eindringlich die Rationalisierungsnotwendigkeit der Pflegearbeit. Weder die (vorgeblich) modifizierten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Vorschriften für die Pflegearbeit, noch die daraus resultierende (vermeintliche) Rationalität im Pflegehandeln erschließen sich der Informantin. Die ökonomische Rationalität scheint auch von den Medizinprofessionellen nicht zu durchbrechen. Die Informantin selbst hingegen geht sehr subversiv mit der Herbeischaffung von Pflegehilfsmitteln und Bedarf für die Behandlungspflege – wie beispielsweise Injektionsbesteck – um. Sie sieht sich dabei auch in einer Vermittlungsrolle zwischen den zuteilenden Instanzen wie den Krankenkassen, den verordnenden Instanzen, repräsentiert durch die Ärzte, und den Menschen, welche die Pflege- und Hilfeleistungen beanspruchen. Dabei erlebt sich Katja Herrmann oftmals zwischen „Amboss und Hammer“.

Besonders auffällig scheint, dass Katja Herrmann einen ausgeprägten Sinn für ethische und moralische Grundsätze besitzt, und dies nicht nur bezogen auf die Ebene des Handlungsschemas der Pflegearbeit, sondern auch auf der zwischenmenschlich- alltagsweltlichen Ebene: Im Interview wird deutlich, dass die Informantin ihre eigenen, privaten moralischen Standards auch auf gesamtgesellschaftliche Konstellationen und

Zusammenhänge appliziert. Das versetzt sie dann wiederum in die Lage, die moralische Verfassung der Gesellschaft mit einer ihr eigenen, besonderen Sensibilität wahrzunehmen und entsprechend zu reflektieren. So beklagt die Informantin den maroden Schulbus ihres Kindes und dass sich scheinbar niemand auf kommunalpolitischer Ebene im Stande sieht, diesen verkehrstechnisch bedenklichen Zustand zu beheben. Daneben spricht sie auch die gesellschaftliche Verantwortung mit Blick auf den Generationenvertrag an und beklagt vor dem Hintergrund dieser gesamtgesellschaftlichen Verantwortung außerordentlich nachdrücklich die Budgetierung von Medikamenten und Pflegehilfsmitteln. Die Informantin reagiert sehr emotional geladen auf derartige Mangelzustände, denn daraus resultiert für sie die Notwendigkeit, wider ihrem Selbstverständnis als Pflegekraft dem pflegebedürftigen alten Menschen mit der Forderung nach Zukauf von Arznei- und Pflegehilfsmitteln - bei oftmals geringen persönlichen finanziellen Ressourcen der Pflegebedürftigen - entgegen zu treten. Diesen Zustand des Mangels bettet die Informantin ein in die moralische Haltung der Gesellschaft und betont damit zusammenhängend Tendenzen moralischer Verwahrlosung in unserer Gesellschaft. Damit zusammenhängend stellt Katja Herrmann den Erfolgsbegriff, bezogen auf das Pflegehandeln, in Diskrepanz zu ihrem Selbstverständnis als Pflegekraft. Die Informantin entwickelt eine Sensibilität der Bewertung auf der Beurteilungsebene der moralischen Integrität der Gesellschaft. Die Dynamik, welche hinter den schwierigen Pflegesituationen liegt und diesbezügliche Themenpotenziale werden von der Informantin jedoch nicht voll ausgeschöpft. Auch fehlen im Zusammenhang mit den Fallerzählungen gelegentlich wiederkehrend auch Belege zur Plausibilisierung.

Ferner betont die Informantin, dass der Tod eines jungen Menschen nicht in die Erwartungsstruktur der Pflegearbeit eines Altenheimes passt. Sie stellt sich Sinnfragen wenn junge Menschen sterben, der Tod gehört für sie eigentlich zum hohen Lebensalter. Die Informantin stellt in exponierter Position dar, dass sich die Etablierung von Abgrenzungsmechanismen zum Leid des Kranken in der alltäglichen Pflegepraxis in diesen Fällen besonders konflikt- und problembesetzt darstellt, mit der Folge einer Verflechtung von Stationsmilieu mit persönlichen Sichtweisen und Empfindungen. Katja Herrmann übernimmt, bezogen auf diesen Kontext, in besonderem Maße die Perspektive der Mitarbeiter des gesamten Pflegeteams und stellt die Ereignisverstrickung des gesamten Pflegeteams nachdrücklich heraus.

Erzählstimulus (S. 134, 1 - 5)

- 1 E: Gut (,) ich bin dann so weit. Na dann fragen sie mal, was sie wissen wollen (!)
2 I: Ok, das Gerät läuft (-) dann geht ´s jetzt los. Also, ich würde mich sehr freuen, wenn
3 sie mir zunächst einmal ihre Lebensgeschichte erzählen würden, beginnend mit der
4 Kindheit, über die Schul- und Jugendzeit. Ich unterbreche sie auch nicht, frage aber
5 vielleicht noch mal nach, wenn ich was nicht verstehen sollte.

Nach dem Aktivieren des Aufnahmegerätes durch die Interviewerin erklärt die Informantin ihre Bereitschaft, mit dem Gespräch zu beginnen. Die Informantin wird gebeten, ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Der Erzählstimulus regt eine chronologische Abfolge der Erzählung an (S.134, 3-4). Der Informantin wird versichert, dass sie nicht unterbrochen werden würde, sondern eventuell notwendige Verständnisfragen am Schluss des Gespräches gestellt werden würden.

Strukturelle Beschreibung des autobiografisch-narrativen Interviewteils

1. Segment - Biografischer Ursprung und harmonisch erlebte Kindheit (S. 134, 6 - 19)

- 6 E: Ja (,) ich bin neunzehnhundert-
7 neunundsechzig geboren (´) also werde bald achtunddreißig Jahre alt (´) .. Bin (-)
8 ahm / Ich habe noch eine Schwester und ahm habe noch einen Bruder (´) und mein
9 Bruder ist drei Jahre älter als ich. Bin ganz normal aufgewachsen (-) .. Immer schön in
10 Urlaub gefahren (-) Habe ´ne schöne Kindheit gehabt (-) sind viel in den Urlaub
11 gefahren, das fand ich immer sehr schön (.) Wir waren sehr naturverbunden (-) also
12 mein Vater der hat uns viel gezeigt. Wir waren viel im Wald und er hat uns viele Tiere
13 gezeigt. Und wir hatten auch immer viele Haustiere (.) Hunde und Katzen
14 nacheinander (-) ahm. Mein Vati hat uns wirklich viel von der Natur gezeigt und
15 erklärt. Er hat uns zum Beispiel gezeigt, welcher Vogel welches Federkleid hat, oder
16 die verschiedenen Vogelstimmen. & Das war aber auch nicht aufdringlich muss ich
17 sagen. Das war immer schön, wir hatten auch so ein gesundes Interesse daran. Auch in
18 die Pilzkunde wurden wir eingewiesen, haben viele Pilze gesammelt und gegessen,
19 alles so was. Ich habe ´ne schöne Kindheit gehabt (.)

Die Informantin beginnt ihre Ausführungen damit, ihr Lebensalter anzuführen. Sie erwähnt im Anschluss daran nur sehr kurz, dass sie noch zwei Geschwisterkinder habe - eine Schwester und einen Bruder. Die Beziehungsqualität zwischen den Geschwisterkindern lässt Katja Herrmann unangesprochen, das hier liegende Themenpotenzial bleibt somit unausgeschöpft.

Die Rahmenbedingungen der frühkindlichen Entwicklung werden von der Informantin als „normal“ (S. 134, 9) beschrieben. Diese Aussage, „ganz normal“ aufgewachsen zu sein, gilt offenbar als Präambel, welche darauf einstimmen soll, dass die Informantin ihre Herkunftsfamilie in ihrer Erzählung als eine durchschnittliche und eher konventionelle Familie typisieren möchte.

In einer Detaillierungsexpansion (S. 134, 9 - 19) nimmt Katja Herrmann die Harmonie ihrer Herkunftsfamilie genauer in den Blick. Sie beschreibt nun ausführlich, warum sie ihre Kindheit als „ne schöne Kindheit“ (S. 134, 10) erinnert. Da die Informantin den Plural gebraucht, als sie die gemeinsamen Urlaubsfahrten anspricht, ist anzunehmen, dass sie gemeinsam mit ihren Eltern und ihren Geschwistern in regelmäßigen Abständen schöne und harmonische Urlaubstage verbrachte. In dieser Detaillierungsexpansion wird deutlich, dass der Vater seiner Tochter Katja Herrmann besonders nahe gestanden haben muss. Der Vater habe der Informantin die Flora und die Fauna erklärt. Als signifikanter anderer scheint der Vater ganz offensichtlich sehr gut in der Lage gewesen zu sein, die naturbezogene Neugier und Wissbegierde der Informantin zu aktivieren und diese Naturverbundenheit darüber hinaus zu einer biografischen Sinnquelle erwachsen zu lassen (S. 134, 17). Die Beziehung zum Vater scheint sehr orientierungsmächtig zu sein, denn die Informantin betont mehrmals, von ihrem Vater viel gelernt zu haben. Auffällig an dieser Stelle ist, dass die Beziehung zur Mutter und die Rolle der Mutter in der Erziehung der Informantin (zunächst) unangesprochen bleiben.

Abschließend stellt die Informantin ergebnissichernd fest, dass sie insgesamt eine schöne Kindheit erlebt habe (S. 134, 19).

2. Segment - Schulzeit und Berufsorientierung (S. 134, 19 - 135, 1)

19 Dann ganz normale
 20 Zehnklassenschule. So, und mit der achten Klasse wurde dann nachgefragt () ..
 21 Berufswunsch () .. na und das stand für mich schnell fest (.) Krankenschwester ()
 22 weil ich das immer schick fand mit ´nem weißen Kittel rumlaufen. Es war zwar auch
 23 ´ne Zeit lang so, dass ich in Richtung Tierpflege gehen wollte, aber da hat man mir
 24 dann frühzeitig abgeraten und gesagt, dass man da die ersten Jahre nur Ställe sauber
 25 macht und die ganzen Dreckarbeiten und bevor man da ein Tier oder so eine Aufgabe
 26 zugewiesen bekommt, das kann ewig dauern. Ja, dann wollte ich noch
 27 Porzellanmalerin werden. Das habe ich wohl von meinem Opa, weil der gut malen
 28 kann. Der war auch Maler. Ja, ich wollte Krankenschwester werden, aber als
 29 Alternative Porzellanmaler. Da hatten wir uns dann auch erkundigt in diesem Betrieb
 30 () .. Aber da wurde dann auch immer mehr maschinell gemacht, da habe ich dann
 31 auch jegliches Interesse verloren. Und dann war das zu der Zeit auch noch so, dass
 32 man an den Beruf ganz schlecht ran kommt. Na ja, und dann hatte ich mich als
 33 Krankenschwester beworben und wurde aber leider im Hr.-Krankenhaus abgelehnt ()
 34 und bin dann zu den „Vereinigten Heimen“ gegangen und da habe ich mich dann
 1 beworben und da haben sie mich dann auch gleich genommen. (4)

Die Informantin erinnert ihre Schulzeit als „ganz normale Zehnklassenschule“, was darauf schließen lässt, dass das institutionelle Ablaufmuster Schule regulär und ohne nennenswerte Vorkommnisse durchlaufen worden ist. Mit dem Eintritt in die Klassenstufe 8 sei Katja Herrmann dann von der Institution Schule dazu aufgefordert worden, eine berufsbiografische Perspektive zu formulieren und diesbezüglich eine Entscheidung zu finden. In dieser Phase der Berufsorientierung hätten verschiedene Berufsrichtungen zur Disposition gestanden. Die Informantin betont eingangs unverweilt, dass für sie schnell festgestanden habe, den Beruf der Krankenschwester zu ergreifen. Sie begründet diese Berufswahl ausschließlich mit der Faszination für die Berufskleidung. Vermutlich steht dahinter auch die Vorstellung, dass die typische Dienstkleidung der Krankenschwester als Symbol steht für einen anerkannten, helfenden Beruf; damit verbunden scheinen zudem auch die Assoziationen entgegengebrachter Dankbarkeit, gesellschaftlicher Anerkennung und Wertschätzung. Auffällig wird an dieser Stelle der Erzählung, dass die inhaltliche Bezugnahme auf das berufstypische Handlungsschema im Zusammenhang mit der Formulierung der Berufsentscheidung fehlt. Die Informantin macht gleichzeitig aber auch deutlich, dass es ursprünglich auch andere berufsbiografische Vorstellungen ihrerseits gab. So habe sie auch den Beruf der Tierpflegerin als eine alternative berufsbiografische Perspektive in Betracht gezogen (S. 134,23). Ein von der Informantin nicht näher bestimmter Personenkreis habe ihr dann von der Ausbildung und Ausübung des Tierpflegeberufes abgeraten, begründet in den mit diesem Berufsbild verbundenen Assoziationen wie dem Säubern der Ställe und den langen Wartezeiten auf einen eigenen Verantwortungs- und Entscheidungsspielraum (134, 23 – 26).

Eine weitere, alternative berufsbiografische Vorstellung der Katja Herrmann sei das Erlernen des Berufes der Porzellanmalerin gewesen. Die Informantin weist diesem Berufswunsch eine sehr tiefe biografische Bedeutung zu: Sie betont hier die künstlerische Begabung ihres Großvaters, der den Beruf eines Malers ausgeübt habe. Ergebnissichernd stellt die Informantin dann fest, dass der Beruf der Porzellanmalerin für sie die einzige wirkliche Alternative zum Beruf der Krankenschwester gewesen sei. (S. 134, 28 - 29). Katja Herrmann habe letztendlich vom Berufswunsch der Porzellanmalerin Abstand genommen, weil der Prozess der maschinellen Fertigung sich auf dem Vormarsch befunden und somit die von ihr geschätzte handwerklich-künstlerische Tätigkeit des Protzelanmalens zurück gedrängt habe. Darüber hinaus seien auch die Ausbildungsplätze sehr rar gewesen, so fügt die Informantin an.

Somit wird deutlich, dass die Informantin bei der Formulierung und Planung der berufsbiografischen Perspektive sehr zielgerichtet und sachlich abwägend Entscheidungen trifft. Nach einer erfolglosen Bewerbung habe die Informantin, schon mit der zweiten Bewerbung, einen Ausbildungsplatz als Krankenschwester zugesichert bekommen.

3. Segment - Beruflicher Werdegang: Ausbildung zur Krankenschwester, Berufs-einmündungsphase, Fortbildung zur Praxisanleiterin und aktuelle berufliche Position / Tätigkeit (S. 135, 1 – 135,22)

1 Ja, dann habe ich
 2 drei Jahre Krankenpflege () .. Das war ja damals noch ein Fachschulstudium () ..
 3 gemacht () und bin nach diesen drei Jahren gleich hier her in das Heim gekommen.
 4 Das war ja so, dass man nach der Ausbildung dann drei Pflichtjahre machen musste,
 5 da wo man hin gesteckt wurde () Man konnte zwar einen Wunsch äußern, aber der
 6 wurde nicht sehr berücksichtigt. Da habe ich dann gedacht, wenn ich den Wunsch
 7 äußere hier her zu kommen, dann nimmt man mich vielleicht. Und damals hieß unser

8 Heim noch „Theodor-Stift“ und hatte keinen guten Ruf. Aber ich bin mit jedem hier
 9 (k) gut mit den Kollegen klar gekommen (,) auch mit den alten Leuten. Im
 10 Krankenhaus da war alles so kühl (,) und dieses Schaulaufen der Krankenschwestern
 11 vor den Ärzten, das brauchte ich alles nicht. Da wollte dann die Eine schöner sein als
 12 die Andere und so was und dann auch noch der ständige Wechsel von den Pflegebedürftigen.
 13 Man kann keine lange Beziehung aufbauen und sich nicht richtig kennen lernen, dann
 14 sind se auch schon wieder weg. Sicher gab es auch mal Pflegebedürftigen, die man nicht so
 15 mochte, aber wenn man die Pflegebedürftigen lieb gewonnen hatte und dann zum Dienst kam
 16 und dann waren se weg, das war dann nicht so schön. Ja, und darum dachte ich dann,
 17 wo die Ausbildung zu Ende war, dachte ich, ich versuch ´s im „Theodor-Stift“, da hat
 18 ´s mir gefallen und da will keiner hin. Dann habe ich mit der Oberschwester
 19 gesprochen (´) Das war so eine Oberschwester wie man sie kennt ((lachen)) mit so
 20 einem langen Rock und einer Haube und wenn die was wollte, da ist man aber
 21 gesprungen. & Heute ist das anders. Ja (.) und dann hat sie gesagt „sofort“ und dann
 22 die drei Jahre und ich bin dann auch nach den drei Jahren hier geblieben.

Katja Herrmann merkt an, dass Ihre Ausbildung drei Schuljahre umfasst habe. Die anschließende Formulierung „Das war ja damals noch ein Fachschulstudium (´)“ (S. 135, 2) legt die Vermutung nahe, dass die Informantin sich mit dieser Formulierung auf die aktuellen Veränderungen bezieht, die sie in der Krankenschwestern- und Altenpflegeausbildung stattfinden sieht (gemeint ist hier die „Herabstufung“ von einer Fachschul- auf Berufsschulbildung). Die Tatsache, dass die angehenden Krankenschwestern und Altenpfleger nun ihren Beruf nicht mehr wie die Informantin über ein Fachschulstudium, sondern über eine normale dreijährige Berufsausbildung an einer Berufsfachschule erlernen, scheint ihr nicht zu behagen. Vermutlich hegt Katja Herrmann damit zusammenhängend die Befürchtung, dass in der gesellschaftlichen Wahrnehmung eine Herabsetzung bezüglich der zugesprochenen Fachkompetenz stattfindet.

Der berufsbiografische Werdegang der Informantin zeichnet sich durch Linearität aus. Gleich nach Abschluss der Berufsausbildung habe Katja Herrmann ihre berufliche Tätigkeit als Krankenschwester in einem Altenpflegeheim, welches sie selbst auswählte, aufgenommen. In dieser Altenpflegeeinrichtung ist die Informantin noch heute tätig.

Auffällig und außergewöhnlich scheint an dieser Stelle der Erzählung die Ausführung bezüglich der Auswahl des zukünftigen Arbeitsplatzes. So habe sich Katja Herrmann nicht von äußeren Umständen und Gegebenheiten fremdbestimmen und beeinflussen lassen, sondern vielmehr eigene Handlungs- und Entscheidungsspielräume gesucht, um eine selbst bestimmte Entscheidung bezüglich der Arbeitsplatzwahl treffen zu können: Und obgleich diese Einrichtung, in welcher sie auch schon ihre ausbildungsbegleitenden Praktika absolvierte, einen schlechten Ruf gehabt habe, und obgleich die Möglichkeiten des Einbringens eigener Wünsche bezüglich der Wahl des Arbeitsplatzes innerhalb der damals so genannten Pflichtjahre sehr klein gewesen seien, habe die Informantin die Situation zu ihrem Gunsten nutzen können. Gerade wegen der Tatsache, dass persönliche Präferenzen der jungen AbsolventInnen bezüglich des gewünschten fachpraktischen Einsatzbereiches während der Zeit der so genannten Pflichtjahre üblicherweise kaum Berücksichtigung gefunden hätten, scheint es umso außergewöhnlicher, dass sich die Informantin bewusst den Einsatz in einer unpopulären Altenpflegeeinrichtung wünschte und sich mit diesem außergewöhnlichen Wunsch auch durchsetzte. Einmal mehr werden die strategischen Handlungskompetenzen und die ausgeprägte starke Handlungsdynamik der Informantin deutlich.

Katja Herrmann macht aber auch deutlich, dass der Ruf der Einrichtung zwar negativ gewesen sei, sie aber sowohl das Miteinander im Pflorgeteam dieses Hauses als auch die Beziehung zu den Altenheimbewohnern auf der zwischenmenschlichen Ebene als sehr gut und angenehm bewertet habe.

In einem Einschub (S. 135, 9 – 135, 18) legt die Informantin ihre negativen Erfahrungen dar, welche sie in der krankenhaushospitalären Versorgung von Patienten, im Rahmen ihrer ausbildungsbegleitenden Praktika, gemacht habe. Katja Herrmann hebt nachdrücklich hervor, dass sie die Prioritätensetzung der Krankenschwesternkolleginnen als unangemessen erachtet hätte. So spricht sie vom „Schaulaufen“ der Krankenschwestern vor den Ärzten (S. 135, 10) und betont gleichzeitig, dass sie dies nicht nötig gehabt habe. In den Augen der Informantin sei den Krankenschwesternkolleginnen das eigene optische Erscheinungsbild und damit zusammenhängende ästhetische Aspekte im Stationsalltag von größter Bedeutung gewesen. An dieser Stelle der Erzählung wird deutlich, dass die Informantin diesbezüglich eine klar distanzierende Haltung einnimmt. Gleichzeitig liegt aber auch nahe, dass diese distanzierte Haltung der Informantin ein Hinweis darauf sein könnte, dass sie selbst noch Aufarbeitungsarbeit bezüglich ihrer Zeit als Praktikantin und der in den Krankenhauspraktika gesammelten Erfahrungen zu leisten hat.

Als emotional sehr belastend habe die Informantin den zügigen Patientendurchlauf empfunden. Eine tiefer gehende Beziehungsarbeit dem Pflegebedürftigen gegenüber schien ihr, begründet in der zumeist nur sehr kurzen stationären Verweildauer der Patienten, schwierig bis unmöglich. Auch erlebte sie die Tatsache als sehr

belastend, dass es ihr oftmals nicht möglich gewesen sei, sich von lieb gewonnenen Patienten zu verabschieden - die Patienten seien oftmals zwischen den Schicht- und Dienstwechseln entlassen wurden. Diese Besonderheit der krankenhaushospitalen Patientenversorgung habe die Informantin als „nicht so schön“ empfunden (S. 135, 16). Hier wird eine spezifische Sinnquelle der Altenpflege (im Gegensatz zur Akutkrankenpflege) deutlich.

In einer Ergebnissicherung (S. 135, 16 - 18) resümiert die Informantin, dass sie ihre Chancen, nach Beendigung der Ausbildung in dem Altenheim ihre Pflichtjahre abzuleisten, in welchem sie bereits zuvor einen großen Teil ihrer fachpraktischen Ausbildung absolvierte, als sehr hoch einschätzt, da sie die allgemeine Unpopularität der Altenheimrichtung für sich strategisch erfolgreich auszunutzen vermag.

Weiter auf der Erzähllinie (S. 135, 18) beschreibt die Informantin, wie sie den diensthierarchischen Weg über die Oberschwester beschritten habe, um bezüglich ihres Anliegens, in dieser Einrichtung arbeiten zu dürfen, angehört zu werden.

Die Informantin illustriert verbal das Erscheinungsbild der Oberschwester. Dabei nimmt die Informantin Bezug auf die Kleidung der Oberschwester. Sie habe einen langen Rock und eine Haube getragen, was auf die Informantin sehr Respekt einflößend gewirkt habe. Vor dem Hintergrund, dass die Faszination bezüglich der krankenschwesterstypische Dienstkleidung für die Informantin entscheidungsleitend bei der Formulierung ihres Berufswunsches gewesen sei, wird so die respektvolle und achtungsvolle Haltung der Informantin gegenüber der Oberschwester umso deutlicher. Die Informantin merkt kurz an: „Heute ist das anders.“ Diese Formulierung lässt vermuten, dass sie einen Wandel bezüglich der respektvollen Wahrnehmung der übergeordneten weisungsberechtigten Dienstinstanz – und vielleicht sogar des gesamten Berufsstandes der Krankenschwester – beobachtet habe. Dies zeigt einmal mehr, dass Katja Herrmann sehr sensibel ist für Veränderungen von Werten und Normen unserer Gesellschaft.

Abschließend in diesem Darstellungszusammenhang merkt die Informantin kurz an, dass die Oberschwester dem Anliegen der Informantin stattgegeben habe und somit wurde es der Informantin ermöglicht, die drei Pflichtjahre in der von ihr gewünschten Einrichtung zu absolvieren.

4. Segment - Gründen der eigenen Familie (S. 135, 23 – 136, 24)

23 Zwischenzeitlich habe ich geheiratet (´) .. zu früh geheiratet (-) Aber so umsonst war
 24 das nicht, denn in der Ehe ist mein Sohn entstanden (-). Ich habe mich scheiden lassen,
 25 als ich noch schwanger war, weil sich mein Mann in der Ehe plötzlich so verändert
 26 hatte. Und da habe ich mich gefragt, ob ich den Rest meines Lebens mit diesem Mann
 27 verbringen will & „Niemals!“ Und da habe ich mir gesagt, da fange ich doch dann
 28 lieber noch mal von vorne an (.) Und habe dann meinen Sohn bekommen (´) das war
 29 neunzehnhunderteinundneunzig. Und habe dann ein Jahr später meinen jetzigen Mann
 30 kennen gelernt. Dass ist das, was ich mir so vorgestellt habe unter Ehe und
 31 Partnerschaft. Mein Sohn wird nun fünfzehn und kommt in die zehnte Klasse. Ach ja
 32 (.) wir hatten zwischenzeitlich noch ein Haus gebaut (.) Ja (-) und wir fahren jedes
 33 Jahr ganz normal in den Urlaub (´) was ja heute vielleicht auch nicht mehr ganz so
 34 normal ist. Wir sind Amerika-Fans & Wir fahren sehr gerne nach Amerika. Und ahm,
 1 wir versuchen dann immer, wenigstens drei Wochen dann auch da zu bleiben. Na ja,
 2 aber seit dem elften September da haben wir dann auch ´n bisschen Angst bekommen
 3 und (-) .. ja. Ich bin eigentlich auch sehr reiselustig (´) weil ich auch immer denke,
 4 jetzt sind wir noch in der Lage dazu. Ich habe einen guten Beruf und mein Mann
 5 kriegt schön Geld ((lachen)) und da sagen wir, jetzt können wir noch weit weg,
 6 können uns das noch leisten, und auch die Knochen können das noch (-) und wir sind
 7 mobil. Und ich sage mal, in die Tschechei oder so kann man ja immer noch fahren,
 8 wenn man älter wird. Also wir versuchen auch, jedes Jahr wo anders hinzufahren (-) in
 9 Kanada, in Rom sind wir gewesen, in London, alles abgegrast, in Dubai (-) überall
 10 waren wir schon (.) Also das ist so unser Steckenpferd. Mein Mann der fotografiert
 11 und filmt und verarbeitet das dann auf ´m Computer (,) so dass man dann auch noch
 12 Jahre danach darauf zurückgreifen kann und dann auch noch sehen kann, wie das
 13 damals alles so war, wie zum Beispiel mein Sohn noch ein kleiner „Pups“ war (-) und
 14 so (.) ja (´) Da kann man dann alles wieder in Erinnerung bringen. Ja (,) und vor fünf
 15 Jahren da haben wir dann ´n Haus gebaut (´) und das hat insgesamt auch alles gut
 16 geklappt (´)

17
 18 *Gespräch wird unterbrochen, ein Praktikant schaut zur Tür rein, geht aber sofort*
 19 *wieder, da er das Gespräch nicht stören wollte. Er entschuldigte sich höflich für die*
 20 *Störung.*

- 21
 22 Ja (,) wir haben unser Häuschen gebaut (,) und wir haben natürlich auch ein Haustier
 23 (,) ja, denn ich bin ja auch mit Haustieren groß geworden. Wir haben eine Katze (,) ja
 24 (,) die ist uns mal zugelaufen (-)

Die Informantin rückt in diesem Darstellungszusammenhang ihre Bemühungen, eine eigene Familie zu gründen, in den Fokus. Es fällt auf, dass mit dem Verweis darauf, bereits in erster Ehe verheiratet gewesen zu sein („Zwischenzeitlich habe ich geheiratet...“ S. 135, 23) die zeitliche Verortung dieser ersten Eheschließung fehlt. Die Informantin blickt nunmehr aus der Gegenwart zurück und nimmt eine Reflexion des Scheiterns der ersten ehelichen Bindung vor: Die Informantin stellt zwei Faktoren heraus, die für das Scheitern der ersten Ehe verantwortlich seien. Zum einen sagt sie, sie habe „zu früh geheiratet“ (123, 23). Sie lässt dabei aber offen, ob sich das „zu früh“ auf ihr Lebensalter bezieht, oder sie die Zeit des Kennenlernens des Partners vor der Eheschließung nachträglich als nicht ausreichend erachtet, die Ehe also eventuell übereilt geschlossen worden ist.

Katja Herrmann zeigt in diesem Zusammenhang, dass sie sehr gut in der Lage ist, Ereignisse, die miteinander in Verbindung stehen, in der Bewertung für sich zu trennen: Der aus erster Ehe stammende Sohn wird nicht mit dieser Negativdarstellung der ersten Ehe in Zusammenhang gebracht, sondern im Gegenteil, dessen Existenz als äußerst erwünscht herausgehoben:

- 23 Aber so umsonst war
 24 das nicht, denn in der Ehe ist mein Sohn entstanden
 (S. 135, 23-24)

Der zweite entscheidungsleitende Aspekt, der die Informantin bewogen habe, noch während der Schwangerschaft die Ehescheidung anzustreben, sei in der Wahrnehmung der Informantin begründet gewesen, dass ihr damaliger Ehemann „...sich in der Ehe plötzlich so verändert ...“ habe (S. 135, 25). Katja Herrmann zeigt hier wiederholt, dass sie über eine ausgesprochen ausgeprägte strategische Handlungskompetenz verfügt, verbunden mit einer enormen Sensibilität, Klarheit und Zielstrebigkeit, was die Entwicklung und Verwirklichung ihrer eigenen biografischen Entwürfe angeht:

- 26 Und da habe ich mich gefragt, ob ich den Rest meines Lebens mit diesem Mann
 27 verbringen will & „Niemals!“ Und da habe ich mir gesagt, da fange ich doch dann
 28 lieber noch mal von vorne an (.)
 (S. 135, 26-28)

Die Informantin verfügt über eine ausgeprägte Sensibilität bezüglich des Einschätzens der Realisierungswahrscheinlichkeit ihres biografischen Entwurfs: Das Auftreten von Disharmonien und Diskrepanzen zwischen den Eheleuten scheint für die Informantin überraschend und gleichzeitig derart inakzeptabel, dass sie als Konsequenz die Ehescheidung anstrebt. Die Informantin lässt hierbei in ihrer Schilderung Themenpotenzial unausgeschöpft, denn sie nimmt nicht Bezug auf konkrete Problem- und Konfliktkonstellationen, die für sie so unaushaltbar erschienen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Informantin diesbezüglich ausreichend biografische Arbeit geleistet hat und daher an dieser Stelle keinen weiteren Erklärungsbedarf sieht.

Die Tatsache, dass sich die Informantin sich noch während der Schwangerschaft aus der ehelichen Gemeinschaft löste, lässt den Schluss zu, dass sie in ihrer Handlungskompetenz nicht nur strategisch, sondern auch überaus konsequent und entschlossen ist. Bereits ein Jahr später habe die Informantin erneut geheiratet. Sie wechselt nun vom Präteritum zum Präsens:

- 30 Dass ist das, was ich mir so vorgestellt habe unter Ehe und
 31 Partnerschaft.
 (S. 135, 30-31)

Wiederum scheinen die entscheidungsleitenden Vorstellungen der Informantin von großer biografischer Tiefe, die Qualität harmonischer familiärer Beziehungen partnerschaftlicher Bindung betreffend. So nimmt Katja Herrmann ausführlichen Bezug auf die erlebnisreichen Urlaubsreisen, welche regelmäßig sie gemeinsam mit ihrem Mann und ihrem Sohn unternimmt. Genau an diesen Aspekt des gemeinsamen Reisens mit der Familie plausibilisierte sie bereits zu Beginn ihrer Erzählung ihre als harmonisch erlebte Kindheit, eingebettet in einem gut funktionierenden familiären System. Erstaunlich scheint, dass die Informantin selbst bei der Auswahl der Reiseziele ihre strategische Handlungskompetenz beweist:

moralisch stützende Funktion ihres Teams und ihrer vorgesetzten Wohnbereichsleiterin. Wieder zeigt sich die Sensibilität der Informantin für das zwischenmenschliche Miteinander. Sie betont, wie sehr sie das kollektive und harmonische Miteinander schätzt. Nach einer sechssekündigen Pause leitet sie über in eine andere Interaktionssequenz und erfragt von der Interviewerin, welche zusätzlichen Informationen noch benötigt würden.

6. Segment – Nachfrage zur Mutter der Informantin (S. 137, 4 – 19)

- 4 I: Sie haben noch gar nichts von ihrer
 5 Mutti erzählt (.)
 6 E: Ach je (!) Meine Mutti die war bei der Stadt angestellt (-) Sie hat uns
 7 drei Kinder gekriegt und die ganze Zeit durchgearbeitet. Sie war die ganze Zeit
 8 glücklich mit meinem Vati verheiratet und auch immer gesund (,) Gott sei Dank keine
 9 Scheidung und keine schweren Krankheiten oder so was. Mein Vati der war mal
 10 schwer krank. Er hat vor drei Jahren ´ne neue Herzklappe gekriegt. Das war auch
 11 wegen einer Herzkrankheit, die schon früher mal aufgetreten ist. Aber meine Mutti
 12 (((Informantin klopft drei Mal auf den Tisch))) toi toi toi, die war niemals ernsthaft
 13 krank, das läuft alles super (.) mal ´n kleines Zipperlein oder so (´) aber sonst alles in
 14 Ordnung. Mein Opa ist schon mit zweiundfünfzig gestorben. Meine Oma die liegt hier
 15 auf der Station (´) die wird dreiundachtzig (´)
 16 I: Oh (!) hier bei ihnen auf der Station (?)
 17 E: Ja (!) ja (,) also meine Mutti die hat immer bis zum Anschlag
 18 gearbeitet. Auch mit uns drei Kindern. Das war eben so. Ja (,) Was wollen Sie
 19 noch wissen?

Auf diese Nachfrage hin scheint die Informantin selbst überrascht, ihrer Mutter einen derart dezentralen Platz in ihrer Erzählung eingeräumt zu haben. Die dann folgenden Darstellungen der Informantin ihre Mutter betreffend weisen keinen tiefen Detaillierungsgrad auf. Die Informantin gibt lediglich über Eckdaten der Mutter Auskunft. Die Mutter sei bei der Kommune angestellt gewesen, aber welchen Beruf genau sie ausübte, lässt sie in ihrer gesamten Darstellung unangesprochen. Katja Herrmann macht deutlich, dass ihre Mutter, neben der Erziehung und der mütterlich-häuslichen Sorge um die drei Kinder, auch „die ganze Zeit durchgearbeitet“ habe (S. 137,7). Diese Äußerung lässt vermuten, dass die Informantin selbst nur wenig Zeit gemeinsam mit ihrer Mutter verbringen konnte. Offen bleibt an dieser Stelle auch die Frage nach der von der Mutter geleisteten Beziehungsarbeit den Kindern gegenüber. Die Mutter sei mit dem Vater der Informantin immer glücklich gewesen in der ehelichen Partnerschaft. Da die Informantin mehrmals in ihrer Erzählung auf ihre als glücklich und harmonisch erlebte Kindheit Bezug nimmt, kann an dieser Stelle vermutet werden, dass die elterliche Beziehung und die familiären Harmonien der Herkunftsfamilie der Informantin als Vorbild für die eigenen biografischen Entwürfe der Familienplanung dienten.

Der gesundheitliche Zustand der Eltern scheint der Informantin sehr wichtig, was sich zum einen darin begründen kann, dass die Informantin den Beruf der Krankenschwester erlernt hat und ausübt und daher um die Gesundheit anderer stets besorgt und bemüht ist. Andererseits kann die Besorgnis um den Gesundheitszustand der Eltern aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Informantin beiden Elternteilen gegenüber eine tiefe emotionale Bindung entwickelt hat, worin sich die Sorge um deren Wohlbefinden begründen kann.

Die Mutter habe keine nennenswerten gesundheitlichen Beschwerden erlebt, so die Einschätzung der Informantin. Ihre Erleichterung darüber begründet sie in einem Einschub (S. 137, 9 – 17) indem sie einen Vergleich mit anderen Familienmitgliedern anstrengt. Der Vater habe eine schwere Erkrankung des Herzens

durchgemacht, in deren Folge das Ersetzen einer Herzklappe notwendig wurde. Daran anschließend und gleichzeitig abschließend erwähnt die Informantin das frühe Ableben ihres Großvaters und merkt an, dass ihre hoch betagte Großmutter auf der Station, auf welcher sie selbst auch als Pflegekraft tätig sei, gepflegt werde. So kann die Informantin, die sehr um das gesundheitliche Wohlergehen ihrer Familie besorgt scheint, ihrer Großmutter eine persönliche Betreuung zukommen lassen.

Die Informantin fädelt sich wieder auf der Haupterzähllinie ein (S. 137, 17) und stellt abschließend in diesem Segment nochmals fest, dass ihre Mutter stets bis zum Erreichen der persönlichen Belastungsgrenze gearbeitet habe, neben der Sorge um die Familie und der damit verbundenen mütterlichen Fürsorge und haushaltlichen Verantwortung für drei Kinder.

Für die Informantin scheint diese Lebens- und Belastungssituation ihrer Mutter plausibel und keineswegs fraglich zu sein, denn sie betont: „Das war eben so.“ (S. 137, 18). Unklar bleibt an dieser Stelle, ob die Informantin wirklich keinen Erklärungs- oder Detaillierungsbedarf mehr hat und daher unmittelbar die Frage an die Interviewerin richtet, was diese denn noch für Nachfragen habe. Es kann aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Informantin wegen großer persönlicher Betroffenheit nicht bereit war, eventuell existente Belastungsmomente zu thematisieren und daher über das schnelle Einfordern der nächsten Frage einen Ausweg aus dieser vielleicht prekären Gesprächssituation sucht.

Überleitung von der autobiografisch-narrativen Erzählung zur Einstiegsfrage in das leitfadengestützte ExpertInneninterview

7. Segment: Bitte um Falldarstellung: erfolgreicher Fall versus nicht erfolgreiche Falldarstellung (S. 137, 20 – 27)

- 20 I: Ja (.) na ´n paar Fragen hätte ich da noch. Aber lassen sie mich mal schnell
 21 auf meinen Zettel gucken, damit ich nichts vergesse (,) (4) So (,) Ja (,) Also (-) ich
 22 hätte gern gewusst / Können sie mir mal so ´n Fall erzählen aus ihrer Pflegepraxis, ein
 23 Fall, wo ihre Pflegearbeit und ihre Pflegebemühungen von Erfolg waren, und ein nicht
 24 so erfolgreicher Fall, also ein eher negativ besetztes Beispiel.
 25 E: Jetzt so bezogen auf
 26 die Bewohnerpflege (?)
 27 I: Aus ihrem Pflegealltag.

Die Informantin wird um eine Fallerzählung gebeten, bezogen zum einen auf eine erfolgreiche Behandlung und zum anderen auf einen Fall, wo alle pflegerischen Bemühungen erfolglos schienen, einschließlich der Beschreibung der entsprechenden Arbeitsabläufe und Arbeitsbögen. Die Informantin fragt daraufhin verständnissichernd nach, ob ihre angestrebte Bezugnahme, die direkte und unmittelbare Pflege der Heimbewohner betreffend, dem Inhalt der Frage und dem Interesse der Interviewerin entspreche. Die Interviewerin legt den Fokus auf den gesamten Pflegealltag, womit die Arbeitsabläufe und Arbeitsbögen wieder in den Fokus geraten.

8. Segment: Fallerzählung - Darstellung eines erfolgreichen Falls, einschließlich der Beschreibung der entsprechenden Arbeitsabläufe und Arbeitsbögen (S. 137, 28 - 141, 4)

- 28 E: *Erfolgreich* (-) eigentlich hier auf die Pflege
 29 bezogen und auf den Bewohner (-) *das ist sehr schwer*. Man kann / ich weiß nicht ob
 30 man das als erfolgreich bezeichnen kann. Ich meine, wir haben zwar ´n paar Bewohner
 31 (-) die wirklich sehr pflegebedürftig sind, die also wirklich auch Schwerstpflegefälle
 32 sind (-) die wirklich schon manchmal am Rande standen und dem Tod dann gerade
 33 noch so von der Schippe gesprungen sind. Für uns ist es dann eigentlich noch ´n
 34 Erfolgserlebnis, wenn man da noch sagen kann, dass sie die Lungenentzündung
 1 erfolgreich überstanden haben und wir haben uns wirklich alle Mühe gegeben (.) Oder
 2 wir haben den Dekubitus gut behandelt. Aber ob das dann wirklich ´n Erfolg ist (-) ich
 3 weiß nicht (-) ... Die Bewohner / das ist so (,) sie stehen zwischen Leben und Tod (.)
 4 und der Bewohner möchte eigentlich sterben. Ich meine (.) gut (.) für uns in der Pflege
 5 ist das natürlich ´n Erfolg, wenn die Pflege gut ist. Durch unsere Pflege nehmen die
 6 Bewohner auch wieder ausreichend Flüssigkeit zu sich, was sie sonst normalerweise

7 nicht mehr von alleine machen würden. (.) wenn wir nicht fürsorglich (.) überfürsorglich
 8 sein würden und nicht ständig hinrennen würden. In der Bezugspflege kann ich mich
 9 wirklich voll auf den Zustand und auf die Bedürfnisse des Heimbewohners
 10 einstellen (.) ja (´) ... Ich bin dann oft an dem Bett und kann dann eben auch oft
 11 Trinken reichen, weil das eben auch sehr wichtig ist für den alten Menschen. Ja ist es
 12 dann aber das, was der alte Mensch wirklich will? Und dann sagen wir: „Ok, wir haben
 13 das Leben jetzt wieder um ein Jahr verlängert.“ Und jedes Jahr Weihnachten sagen wir:
 14 „Wieder ein Jahr Weihnachten geschafft.“ Und: „Hoffentlich hat Gott mal ´n Herz.“ ja (´)
 15 Auf der einen Seite ist uns das für uns ein Erfolgserlebnis, dass wir sie so lange am
 16 Leben erhalten, aber ob das für die betreffende Frau (-) .. ja (´) .. Also sie liegt
 17 wirklich im Bett und hat ganz dünne Ärmchen und die Haut platzt überall auf (-) ...
 18 Ich meine, wir verlängern ihr Leben (.) und (-) in der Pflege ist das irgendwo ja alles
 19 ein Erfolg (.) Ich meine, wir hatten das auch schon ein paar Mal, dass sich ihr Zustand
 20 so verschlechterte, dass wir gesagt haben, es ist jetzt abzusehen (-) und ich komme am
 21 nächsten Morgen zum Dienst und sie lebt immer noch (-) ja (-) Und dann sind wir bei
 22 ihr und kühlen mit einem Lappen und machen und tun (-) machen Mundpflege und
 23 und (.) Wir sorgen dafür, dass der Zucker der Frau ok ist (-) denn die Dame ist
 24 Diabetikerin mit ganz starken Blutzuckerschwankungen (-) und wir sorgen dafür, dass
 25 der Blutzuckerwert immer optimal ist, obwohl die Ärztin gesagt hat, „Erst ab diesem
 26 bestimmten Wert zuspitzen.“ ja (´) Wir wissen das aber, dass der Wert sowieso schnell
 27 hoch steigt und handeln eben in Eigeninitiative und machen das eben auch in
 28 Eigenverantwortung, damit se nicht leiden muss. Irgendwo ist das ein Erfolgserlebnis
 29 & Aber ist es wirklich ein Erfolgserlebnis? Es ist dann immer so dass man sagt: „Sie
 30 hat wieder ein Weihnachten geschafft.“ Es ist schwer (.) Kann man da von
 31 Erfolgserlebnis reden (-) ..

31 Der einzige Erfolg ist höchstens wenn ahm (-) Ja (.) wir
 32 haben da einen Bewohner mit einem großen Dekubitus. Und durch Pflege und
 33 Pflegeplanung und regelmäßigen Verbandswechsel und durch die Zusammenarbeit mit
 34 der Wundschwester haben wir den Dekubitus / Er ist noch nicht ganz abgeheilt (-) aber
 1 wir haben ihn so gut versorgt, dass man sehen konnte, wie er wieder
 2 „zusammenwächst“ und man da auch sieht, wie die Heilung vorangeht, wenn man sich
 3 auch wirklich fachliche Unterstützung holt durch die Wundschwester, die einem dann
 4 auch sagt: „Das und das ist wirklich das Beste.“ (.) Da wird auch nicht rumprobiert
 5 ´n halbes Jahr und der Mann quält sich dabei vielleicht noch (-) Nein (!) Da wird
 6 gleich fachliche Unterstützung geholt. Es sind zwar wieder Kosten, aber auf der
 7 anderen Seite muss der Mensch nicht leiden. Es ist zwar so, dass der Dekubitus hier
 8 bei uns im Haus entstanden ist, aber wir dafür nichts konnten, denn er ist mit falschen
 9 Thrombosestrümpfen gekommen. Die Tochter hat falsche Angaben gemacht und hat
 10 gesagt die wurden ihm extra angepasst, aber es waren die falschen (k) das waren OP-
 11 Strümpfe (!), die eben auch nur für diesen Zeitraum sind (!) Durch falsche
 12 Übermittlung und durch falsche Strümpfe ist dieser Dekubitus innerhalb von drei
 13 Tagen / Der Mann war nur drei Tage bei uns und da haben wir das schon festgestellt.
 14 Wir konnten auch nicht mehr genau sagen, ob er nicht schon mit so einem kleinen
 15 Fleck gekommen ist. Aber wahrscheinlich / Die Schwester hat zwar geguckt, als der
 16 Mann wieder zu uns kam, aber wahrscheinlich hat se dann nicht richtig geguckt. Und
 17 dadurch, dass wir nicht hundertprozentig nachweisen können, dass der Mann so aus
 18 dem Krankenhaus gekommen ist, müssen wir in den sauren Apfel beißen und auch die
 19 Kosten dafür übernehmen, das ist klar. Die Kasse unterstellt uns in so einem Fall sonst
 20 was (-) Pflegefehler (-) Und das ist eben auch das, was uns hier so aufregt im Heim (.)
 21 dass im Krankenhaus nur symptomatisch behandelt wird (-) und ahm (-) eben kein
 22 Lagerungswechsel gemacht wird und dem Dekubitus damit entgegengewirkt wird. Die
 23 Leute kommen dann wieder bei uns an (-) .. Die kommen dann so, weil sich da im
 24 Krankenhaus niemand drum kümmert (-) und wir müssen dann das ausbaden und den
 25 Bewohner wieder heilen. Und da steht niemand hinter uns, wenn jemand dann so aus
 26 dem Krankenhaus kommt. Und wenn bei und so was passiert, dann steht die Kasse da
 27 und sagt, das ist ein Pflegefehler (.) weil ja hier gepflegt wird (.) ja (´) Aber im
 28 Krankenhaus muss genau so gepflegt werden. Also (.) so richtig (-) (5) dass ich jetzt
 29 sagen kann (-) (4) Also noch ein besonderes Erlebnis (-) Wir sind eben hier eine
 30 offene Station (.) ja (´) und da hatten wir zum Beispiel eine Bewohnerin (-) sehr
 31 mobil(-) die ist von zu Hause gekommen und wollte partout nicht hier bleiben. Und da
 32 hatte ich Spätdienst und da war se gerade bei uns oben auf der Station (-) wir haben da

33 ja keinen geschlossenen Bereich... Und da hatte ich nun Spätdienst gehabt und musste
34 die Frau nun dazu bewegen, dass sie nun hier bleibt und nicht abhaut. Gleichzeitig
1 musste ich aber noch meinen Dienst machen und aber immer noch mit einem Auge
2 hingucken. Und dann saß se da vorne auf der Couch und ich habe ihr immer gut
3 zugeredet und ich hab ´se dann immer mitgenommen (-) und mit einbezogen (-) mal
4 den Tisch abzuräumen (-) weil se das auch von zu Hause so gewohnt war (-) Und dann
5 habe ich auch noch so ´n bisschen auf die Tränendrüse gedrückt (-) dass ich eben so
6 viel Arbeit hätte und ob sie mir nicht mal helfen könne, wenigstens mal den Tisch
7 abzuwischen. Und so hab ´ich sie dann über den einen Tag drüber gebracht (,) ja (´)
8 Und am nächsten Tag hatte se sich dann auch schon ein bisschen eingewöhnt (-) Ich
9 habe ihr dann auch versprochen (-) weil ich in dem Moment ja auch ihre Bezugsperson
10 war (-) Ich komme am nächsten Tag wieder und sie kann mir dann wieder helfen. Und
11 da hatte ich sie dann im Prinzip von einem Tag zum nächsten Tag immer weiter und
12 immer weiter (-) bis sie dann eines Tages so vernünftig war und gesagt hat: „na ja, ich
13 komme ja zuhause alleine doch nicht mehr klar.“ Die Tochter wohnt hier gerade
14 rüber und da geht sie auch öfter hin (-) und sie hat auch gemerkt, dass es hier keinen
15 Zwang gibt (-) und sie bekommt auch ihre Zigaretten von uns (.) Sie bekommt die
16 zwar zugeteilt (-) kommt dann zu uns und kriegt se, sie braucht aber eben auch nicht
17 alle auf einmal. Sie ist eben auch noch relativ selbstständig und vielleicht hat se auch
18 ´n falsches Bild gehabt vom Pflegeheim (.) So vielleicht im Sinne von Abfertigung
19 und kein eigenständiges Leben oder so (-) Aber das war so ein Erfolgserlebnis. Die
20 Frau ist heute noch da. Zwischendurch hat se mal ´n „Schenkelhals“ gehabt
21 (((Anmerkung: Oberschenkelhalsfraktur))) Sie ist aber trotzdem durch ihren Willen
22 und weil se noch so mobil ist, wieder gesund geworden. Das ist so was, wo ich sagen
23 kann, das ist ein Erfolgserlebnis, wo ich selber dran beteiligt war. Die ersten Stunden
24 da war se richtig bockbeinig. Das haben wir sonst oftmals nur so in der
25 Wiedereingliederung, wenn Bewohner aus dem Krankenhaus kommen, oder zu uns in
26 die Kurzzeitpflege für die Tage, wo die Kinder im Urlaub sind (,) weil se dann auch
27 nicht verstehen, dass die Kinder auch mal in den Urlaub fahren wollen. Sie fühlen sich
28 dann abgeliefert, weil sie das einfach nicht mehr verstehen, dass die Kinder auch mal
29 in den Urlaub fahren wollen. Die sehen das dann ganz anders und da muss man dann
30 auch wirklich Einfühlungsvermögen zeigen und sagen: „Sein se doch froh, dass die
31 Kinder sich noch um sie kümmern, aber die müssen doch auch mal in den Urlaub
32 fahren und sich erholen.“ Ja (,) dass man dann da auch so ´n bisschen Verständnis
33 weckt. Aber so speziell in der Pflege direkt (-) ja (,) Ach da wäre noch zu sagen, dass
34 eine Bewohnerin morgen einhundertundein Jahr alt wird. Da haben wir auch oft
1 gedacht: „Na, ob das noch was wird?“ Sie liegt zwar im Bett, aber sie wird morgen
2 einhundertundein Jahr alt. Und da muss ich sagen (-) also welches Heim kann denn
3 schon darauf zurück blicken und sagen: „Mensch, hundertundein Jahr!“ Ja, und
4 ansonsten Erfolgserlebnisse (-) /

Katja Herrmann betont eingangs, dass es sehr schwer sei, den Erfolgsbegriff in der praktischen Altenpflege exemplarisch festzusetzen. Der darauf folgende Konstruktionsabbruch legt die Vermutung nahe, dass die Informantin zunächst tatsächlich Schwierigkeiten hat, Erfolge in der Pflegearbeit zu beschreiben. Diese Schwierigkeit kann daraus resultieren, dass die Informantin den Erfolgsbegriff nicht allein aus ihrer Perspektive als Pflegekraft fokussiert, sondern dabei auch die Perspektive der alten Menschen einnimmt: Die Informantin macht deutlich, dass der Erfolgsbegriff nach ihrer Auffassung - appliziert auf die Pflegearbeit - eher die kleinen Besonderheiten des Pflegealltages meint. So verweist sie in diesem Zusammenhang darauf, dass es schon ein Erfolg sei, wenn Dank des fachkompetenten und persönlichen Altenpflegerischen Engagements stark pflegebedürftige, geschwächte alte Menschen trotz ungünstiger persönlicher Disposition einen schweren Krankheitsverlauf, wie den einer Lungenentzündung, überleben würden (S. 137, 30- 138, 1). Katja Herrmann sieht sich dabei aber auch gefangen in einer Antinomie zwischen Sinnfragen, das berufliche Selbstverständnis betreffend, d.h. würdiges Leben zu ermöglichen und zu begleiten versus das Leben trotz großem Leid aufrecht erhalten (zu müssen). Jede Auflösung dieser Antinomie würde zu neuen Problemen führen. Die Informantin kann diesem Widerspruch nicht ausweichen und muss darüber hinaus diesen ohne jegliche einrichtungsinterne oder -externe Unterstützung bewältigen.

Katja Herrmann stellt im Zusammenhang mit der Dekubitusbehandlung in Frage, ob die vom Pflegepersonal erfolgreich bewältigte Dekubitusbehandlung auch tatsächlich objektiv als Erfolg zu bewerten sei. Die Informantin verknüpft den auf die Pflegearbeit bezogenen Erfolgsbegriff ganz eng mit Sinnfragen, die ihr berufliches Selbstverständnis betreffen. Sie macht deutlich, dass die von ihr geleistete pflegeprofessionelle Hinwendung auf der einen Seite mit hohem pflegerischen und persönlichen Engagement geleistet werde; auf der

Die Informantin zeigt sich bemüht, einen Erfolg als Ergebnis ihrer Pflegearbeit darzustellen. Sie nimmt Bezug auf einen Heimbewohner, der unter einem „großen Dekubitus“ (S. 138, 32) wie die Informantin sagt, leiden würde. Die Informantin wählt hierbei eine Alltagssprachliche Ausdrucksweise, statt auf Fachtermini zurückzugreifen oder eine explizite Verortung der Größe des Dekubitus über eine pflegeprofessionell standardisierte Gradzuweisung vorzunehmen. Die Informantin stellt nun folgend die haus- und stationsinterne pflegeprofessionelle Organisation rund um die Behandlungspflege des Druckgeschwürs heraus. So sei einerseits durch die vorbildliche interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einer extern angesiedelten Wundschwester, andererseits aber auch durch eine optimale Pflegeplanung und an den Pflegestandards orientierte Behandlungspflege der Dekubitus nahezu wieder verheilt. Die Informantin betont, dass ihr einerseits zwar bewusst sei, dass gerade auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Wundschwester ein zusätzlicher Kostenfaktor sei, dass diese Zusammenarbeit aber auch dazu beitragen könne, das Leiden des alten, kranken Menschen zu lindern. (S. 138, 33 – S. 139, 7) An dieser Stelle sei anzumerken, dass die Kostenfrage zweidimensional zu betrachten ist: Auf der einen Seite müsse die Pflegeeinrichtung die Behandlungs- und Pflegekosten für die Therapie des Dekubitus alleine tragen, weil der Dekubitus auf der Pflegestation entdeckt und somit laut öffentlich-Instanzlicher Schuldzuweisung dort entstanden sei; auf der anderen Seite sei die Behandlungspflege heimintern hochprofessionell interdisziplinär organisiert worden, was gleichzeitig auch einen Kostenschwerpunkt darstellen würde. Der Informantin scheint sich des betriebswirtschaftlich-ökonomischen Rahmens der Pflege und dem damit zusammenhängenden Kostendruck in seiner theoretischen Existenz bewusst zu sein. Während des Handlungsschemas der Pflegearbeit zeigt sie sich bemüht, die Tatsache des ökonomischen Reduzierungsrahmens so weit als möglich in ihrer Handlungsorientierung zurückzudrängen.

Im Folgenden zeigt sich die von der Informantin übernommene, konfliktuöse Verantwortung für das Druckgeschwür des Heimbewohners (S. 139, 7 – 28): Auf der einen Seite sei der Heimbewohner zwar ohne Dekubitus vom Krankenhaus ins Altenheim verlegt worden; dennoch weist die Informantin die alleinige Schuld für das Entstehen des Druckgeschwürs weit von sich. Sie fügt erklärend an, dass aufgrund inkorrekt angegebener Angaben der Tochter dem Heimbewohner im Krankenhaus die Thrombosestrümpfe unsachgemäß angepasst worden sind. Er sei demnach mit Thrombosestrümpfen in das Altenheim gekommen, deren Indikation ausschließlich postoperativ gegeben gewesen sei. Der Informationsfluss beim Transfer des Heimbewohners vom Krankenhaus zum Altenheim sei also mit verursachend für das plötzliche und progressive Erwaschen des Druckgeschwürs. Auf der anderen Seite allerdings räumt die Informantin aber auch ein, dass das Pflegeteam eine genaue und lückenlose Dokumentation des Hautzustandes, insbesondere der dekubitusgefährdeten Körperstellen bei der Aufnahme des Betroffenen versäumt habe, so dass dem Pflegeteam im Nachhinein keine belegbaren Argumente zur vollständigen Zurückweisung der Schuldfrage zur Verfügung stehe (S. 139, 13 – 16). Da für die Instanz der Kranken- und Pflegekasse die Entdeckung des Dekubitalgeschwürs im Altenheim drei Tage nach Einlieferung des alten Menschen gleichbedeutend mit der Zuweisung der Schuldfrage an das Pflegeheim ist, muss das Pflegeheim für alle anfallenden Behandlungskosten aufkommen. Dieser Umstand macht die mögliche haftungs- und kostenrechtliche Tragweite lückenhafter Pflegedokumentation und lückenhafter Krankenbeobachtung auf dramatische Weise deutlich (S. 139, 16 - 20). In einer Gegensatzanordnung beklagt die Informantin, dass die haftungs- und kostenrechtliche Inanspruchnahme der Träger der Altenheime eine sehr einseitige und ungerechte Schuldzuweisung sei. Bei einem im Altenheim entdeckten Dekubitus würde die Pflegeeinrichtung umgehend mit Sanktionen belegt, auch wenn prophylaktische Maßnahmen nachweislich dokumentiert und durchgeführt worden seien.

Die Grund- und Behandlungspflege im stationären Krankenhausalltag sei vergleichsweise weniger prophylaktisch und mehr auf symptomatische Behandlung orientiert, so die Informantin (S. 139, 20 – 23). Katja Herrmann betont, dass die Altenheimbewohner nach einem Krankenhausaufenthalt oftmals mit den sichtbaren Folgen der Vernachlässigung pflegeprophylaktischer Grundsätze in die stationäre Altenpflege zurückkehren. Den Folgen - wie beispielsweise einem Druckgeschwür bei fehlender oder unsachgemäßer Dekubitusprophylaxe in der krankenhausstationären Versorgung - zu begegnen würde dann wieder allein in den Verantwortungs- und Handlungsbereich des Pflegeteams des Altenpflegeheimes fallen. Darüber hinaus beklagt Katja Herrmann dass das Pflegeteam im Altenheim diese Folgen sowohl betriebswirtschaftlich als auch pflegeprofessionell in Eigenregie und eigenverantwortlich bewältigen müsse (S. 139, 23 - 26).

Ergebnissichernd klagt die Informantin an, dass die Schuld bezüglich auftretender Pflegefehler während der Versorgung eines Altenheimbewohners im Krankenhaus dennoch ausschließlich der stationären Altenpflege zugeschrieben würde. Die Informantin fordert die gleiche Pflegeprofessionalität, die sie im Altenheim alltäglich praktiziert auch für die Grund- und Behandlungspflege im stationären Krankenhausalltag ein (S. 139, 26 – 28).

Die Informantin zeigt sich bemüht, noch ein weiteres Erfolgserlebnis zu beschreiben. Sie erinnert ein „besonderes Erlebnis“ (S. 139, 30): die besondere Situation einer Bewohnerin, die von ihrem gewohnten häuslichen Umfeld zur Betreuung auf die offene Pflegestation der Informantin gebracht worden sei. Die Bewohnerin habe alsbald nach ihrem Übertritt in den stationären Altenpflegealltag massive Weglauftendenzen entwickelt. Begründet in der Aufsichts- und Sorgfaltspflicht der Pflegekräfte habe die Informantin dafür Sorge

tragen müssen, dass diese Bewohnerin den Wohnbereich nicht verlässt. Die Informantin beschreibt die in dieser Situation von ihr erlebte Pflichtenkollision: Auf der einen Seite erfordere die nach draußen drängende Heimbewohnerin die ganze Aufmerksamkeit und Hinwendung der Informantin. Dem gegenüber stünde jedoch der zeitlich straff organisierte und routinisierte stationäre Alltag der Altenpflegestation. Einmal mehr zeigt die Informantin ihre besondere Fähigkeit der strategischen Handlungskompetenz. So würde sie die neu zugezogene unruhige Heimbewohnerin in den stationären Ablauf einbinden und sie somit in die Verantwortung nehmen. Damit defokussiert die Informantin nicht nur die Motivation der Heimbewohnerin, sich vom Wohnbereich zu entfernen, sondern fördert gleichzeitig ihre Milleumstellung. Frau Herrmann versteht es, die lebensgeschichtlichen Besonderheiten und die biografischen Ressourcen der Heimbewohnerin schnell zu registrieren und umgehend optimal auszuschöpfen. Die Informantin zeigt der Bewohnerin im noch ungewohnten stationären Pflegealltag ehemals lebensgeschichtlich bedeutsame Sinnquellen auf, indem sie die alte Dame um Unterstützung bei leichten haushaltlichen Tätigkeiten, wie dem Reinigen der Esstische bittet. Somit schafft es die Informantin, der pflegebedürftigen alten Dame nicht nur eine Unterstützung bei der Milleumstellung anzubieten, sondern aktiviert und fördert gleichzeitig auch die Alltagskompetenz und Eigenverantwortung der neuen Heimbewohnerin. Die Informantin vermittelt der alten Dame gegenüber Anerkennung und Wertschätzung für die geleistete Arbeit und schafft der alten Dame persönliche Freiräume, wie beispielsweise die selbst bestimmte Alltagsgestaltung. Die Informantin betrachtet die erfolgreiche Milleumstellung als Exempel, welches geeignet ist, alte Vorurteile gegenüber der stationären Altenpflege als entpersönlichte „Abfertigungspflege“ zu entkräften (S. 140, 17 – 19). Ergebnissichernd fügt die Informantin an, dass die Altenheimbewohnerin bis dato auf dem Wohnbereich verweilt. Die Tatsache, dass die pflegebedürftige alte Dame nach einer Oberschenkelhalsfraktur wieder mobilisiert werden konnte sei, neben den Handlungsanteilen und der Eigenmotivation der Altenheimbewohnerin selbst, auch das Ergebnis der eigenen pflegerischen Handlungskompetenz der Informantin (S. 140, 19 - 23).

Um die in der Ergebnissicherung zusammengefasste erfolgreiche Eingliederung und Milleumstellung der pflegebedürftigen Frau zu unterstreichen, beschreibt die Informantin in einer nachfolgenden Detaillierungsexpansion die dramatische Situation zum Aufnahmezeitpunkt der pflegebedürftigen Frau. Die Informantin beschreibt die pflegebedürftige Frau als „bockbeinig“ (S. 140, 24) und vergleicht die von der Altenheimbewohnerin gezeigten Verhaltensweisen als typischerweise vorkommend bei Bewohnern der Kurzzeitpflege und Bewohnern, die aus dem Krankenhaus in den stationären Heimalltag übertreten. Die Informantin zeigt an dieser Stelle der Erzählung wiederum sehr deutlich, dass sie sehr gut die Perspektive anderer Menschen übernehmen kann. Die Informantin betont, dass sie die Gründe für die abweichenden Verhaltensweisen der Bewohnerin nachvollziehen kann, denn diese, so glaubt die Informantin, vermag ihrem Unmut über den Übertritt in die stationäre Altenpflege wohl nur über inadäquate Verhaltensweisen Ausdruck zu verleihen. Die Informantin fügt einfühlsam und erklärend an, dass die Pflegebedürftigen oftmals nicht verstehen würden, warum sie von ihren eigenen Kindern in die so genannte Kurzzeitpflege gebracht werden. Die Informantin scheint darüber hinaus auch in der Lage, bei Perspektivdivergenzen zwischen den Angehörigen – die für kurze Zeit eine Erholungsphase von der häuslichen Pflege beanspruchen möchten – und den Pflegebedürftigen vermitteln zu könne (S. 140, 26 – 33). Ihr sensibles Einfühlungsvermögen, ein hohes Maß an Empathie sowie auch ihre strategische Handlungskompetenz stellen dabei die Basis ihres erfolgreichen pflegeprofessionellen Handelns dar.

Die Informantin verweist abschließend in diesem Darstellungszusammenhang auf eine Altenheimbewohnerin, die ihrem 101. Geburtstag entgegen blickt und misst den Pflegeerfolg und die Pflegegüte ihrer Einrichtung am besonders hohen Lebensalter der Heimbewohnerin.

9. Segment: Fallerzählung - Involvierung in gescheiterte Behandlung, einschließlich der Beschreibung der entsprechenden Arbeitsabläufe und Arbeitsbögen (S. 141, 4 – 147, 28)

- 4 / Negative Erlebnisse mit Schülern (!) Nicht willig (-)
 5 faul (-) Die eine hat immer mit Händen und Füßen erzählt, völlig aufgedreht,
 6 überdreht und übermotiviert und auch kein altengerechter Ausdruck. Wenn was beim
 7 Waschen nicht geklappt hat: „Mano, machen se doch mal hier mit!“ und so was. Sie
 8 musste noch lernen, dass sie mit den Heimbewohner nicht umgehen kann wie mit
 9 ihren Freunden. Das war wirklich ganz extrem. Was habe ich mit diesem Mädchen
 10 geübt (!) Manchmal ist mir wirklich die Röte ins Gesicht gestiegen, wenn die gesagt
 11 hat: „Die macht hier nicht mit, die will hier nicht mehr.“ Also sie war völlig
 12 egoistisch, wollte ihre Leistungskontrolle über die Bühne bringen, egal wie die Frau
 13 sich fühlt und egal ob die Frau mitmacht. Also das war ganz extrem. Und dann
 14 plötzlich (-) also das war so im zweiten Lehrjahr (-) da wurde se plötzlich erwachsen.
 15 Sie war umsichtig, hatte Einfühlungsvermögen und da habe ich noch zu ihr gesagt:
 16 „Was ist denn mit dir los?“ Ja, das hat zwar 'ne Weile gedauert und damals, immer
 17 wenn ich einen Brief gekriegt habe und sie sich zum Praktikum angemeldet hatte, habe

18 ich gedacht: „Die wirst de mit auf deinen Wohnbereich nehmen.“ So, und da mussten
 19 wir noch lange lachen (-) Die hatte gerade ihre Abschlussprüfung (-) im April oder so
 20 (-) und da hatten wir noch ein Abschlussgespräch mit ihr und da haben wir ihr auch
 21 noch mal gesagt: „Mensch, was du für Korken hast gucken lassen!“ Da haben wir
 22 dann zusammen gelacht und sie hat gesagt: „Das habe ich wirklich gesagt? Das war
 23 wirklich ich?“ .. Ich hätte wirklich Lust, mal ´ne Videokamera mitlaufen zu lassen,
 24 um dann am Ende der drei Ausbildungsjahre bestimmte Passagen vorspielen zu
 25 können. Sie war völlig unreif, überhaupt nicht geeignet und konnte überhaupt nicht
 26 mit Menschen umgehen. Sie hat nur sich selbst gesehen (.) ja (´) Und in diesen drei
 27 Jahren (-) ... Sie hat die Ausbildung auch mit „eins“ gemacht (´) ... das hätte ich
 28 damals nicht geglaubt. Ein anderes Beispiel ist das einer Altenpflegehelferin (´) ... Die
 29 sind ja leider nur für ein Jahr in der Ausbildung (-) das ist schlimm ... Kommen mit
 30 sechzehn von der Schule, lernen für ein Jahr und dann sind se fertig (!) Und die (!) ich
 31 weiß es nicht. Vielleicht hat sie auch aus ihrem Elternhaus eine falsche Erziehung
 32 mitbekommen (-) Der konnte man beim Laufen die Schuhe besohlen (!) Die ist in
 33 ihrem letzten Praktikum immer noch rumgerannt und wusste nicht, was sie machen
 34 sollte. An der Schule konnten se auch nichts machen, die wollten se ja auch nicht
 1 zulassen (,) aber konnten nichts machen. Ja, und die hatte so ´ne Einstellung (,) die
 2 kam ja aus N.-Stadt (´) ja (,) und da bilden se Altenpfleger oder Altenpflegehelfer (.)
 3 das weiß ich jetzt nicht (.) bilden se da gar nicht aus. Und egal, wie die abschließt,
 4 Hauptsache sie besteht und in N.-Stadt nehmen se die besteht (-) Das hat se sich so
 5 ausgemalt. Die hatte dann Prüfung (-) Da hatte se sich in der Theorie ´ne „drei“
 6 ergaunert. Die nehmen zwar an, dass se abgeschrieben hat, konnten ihr aber nichts
 7 beweisen. Dann hat se in der praktischen Prüfung ´ne „fünf“ gemacht und hat sich
 8 dann ausgerechnet, dass se mit „vier“ abgeschlossen hat und dachte sich, dass das
 9 reicht. Und da habe ich gesagt, wenn ich mal was zu sagen habe in einem Haus und
 10 Einstellungsgespräche mache, würde ich sagen, dass jemand, der mit „vier“
 11 abgeschlossen hat bei mir keinen Arbeitsvertrag kriegen würde. Ich habe dann mit ihr
 12 ´n ganz ernstes Gespräch geführt, weil sie hat einen Sterbenden beziehungsweise nicht
 13 einem Sterbenden (-) demjenigen ging ´s aber ganz schlecht und es war abzusehen,
 14 dass er bald sterben wird (-) dem hat sie, obwohl man ihr gesagt hat, nur den Mund
 15 anfeuchten (-) ist die mit Frühstück hin und hat den noch angeplärrt, warum er den
 16 Mund nicht aufmacht. Wir haben ja nun vorher ´ne Dienstberatung gemacht und
 17 auch die Einteilung für den Tag gemacht und alles. Da ist dann eine Kollegin (k) Eine
 18 Kollegin hat das dann mitgekriegt und sie gefragt, warum sie nichts zu Trinken dabei
 19 hat „Der braucht nichts mehr trinken hat der Mathias gesagt, der stirbt doch sowieso
 20 bald.“ war die Antwort. Ja, da habe ich mit ihr das Gespräch geführt (-) aber sie hat
 21 bloß mit den Schultern gezuckt und gesagt, dass sie keine Schuld hat, weil der und der
 22 das eben so gesagt hat. So, und der Mathias hat gesagt: „Mensch du kennst mich doch,
 23 so was würde ich niemals sagen!“ Und das glaube ich ihm sofort, denn die hat die
 24 Kollegen gegeneinander ausgespielt, geschwindelt und gebummelt, zu spät oder gar
 25 nicht zum Dienst gekommen. Sie hat sich auch bis zum letzten Praktikum nicht
 26 beziehungsweise nur zum Negativen hin verändert. So (.) und das ist so ´n
 27 Schülerbeispiel (-) wo ich gesagt habe „es reicht“ und das erzähle ich bestimmt noch
 28 in ´n paar Jahren, weil ich so was nicht verstehe. (7)

Die Informantin arbeitet sich weiter an der von der Interviewerin gestellten Frage ab (S. 13721 – 24). Nachdem die Informantin, gemäß der Fragestellung der Interviewerin, die Fallerzählung bezüglich der erfolgreich geleisteten Pflegearbeit abgeschlossen hat, geht die Informantin nun dazu über, Negativbeispiele aus ihrer Pflegepraxis darzustellen. Sie beginnt mit der Darstellung der Lernprozesse von Schülern, wobei der erste Fall nur auf den ersten Blick negativ verläuft.

Schilderung negativer Erlebnisse mit Auszubildenden der Altenpflege (S. 141, 4 – 142, 28)

Zunächst merkt die Informantin allgemein an, dass es „negative Erlebnisse“ mit einigen arbeitsunwilligen und antriebsarmen Schülern geben würde (S. 141, 4 – 5). Nun folgend konkretisiert die Informantin ihre Aussagen an einem Exempel. Sie nimmt Bezug auf das Verhalten und die Entwicklung einer ihr anvertrauten Schülerin. Diese Schülerin habe anfänglich immense Defizite bezüglich ihrer kommunikativen Kompetenzen aufgezeigt. Sowohl ihr verbaler als auch ihr nonverbaler Ausdruck erschienen der Informantin als auffällig ungebührlich und der Altenpflegerischen Tätigkeit absolut unangemessen (S. S. 141, 5 – 9).

Die Informantin übt in ihrer Funktion als Verantwortliche für die fachpraktische Ausbildung der Auszubildenden dieser Pflegeeinrichtung die Grundlagen altenpflegerischer Kommunikationskompetenzen ein: Mit hohem persönlichen Engagement habe die Informantin daran gearbeitet, der Schülerin den Blick für die Wünsche und Erfordernisse der Pflegebedürftigen zu öffnen und deren Erfordernisse und Wünsche den eigenen, persönlichen Interessen unterzuordnen. Die Schülerin habe aber vielmehr den unbedingten Erfolg bei der fachpraktischen Leistungskontrolle angestrebt, ungeachtet des Befindens und der Bedürfnisse des Pflegebedürftigen, an welchem die Schülerin ihre fachpraktischen Lernerfolge demonstrieren sollte (S. 141, 9 – 13).

Ganz unvermittelt, im Verlauf des zweiten Lehrjahres, habe diese Schülerin dann angepasste soziale und kommunikative Kompetenzen gezeigt. Exemplarisch nennt die Informantin hier Empathie und umsichtiges pflegerisches Handeln. Bemerkenswert scheint auch, dass die Informantin diese positive Entwicklung der Schülerin nicht als einen Prozess, sondern vielmehr als einen überraschenden Umbruch darstellt. Diese plötzliche und vorteilhafte Verhaltens- und Einstellungsänderung begründet die Informantin mit der entwicklungspsychologischen Reifung der Schülerin zum erwachsenen Menschen. Es scheint verwunderlich, dass die Informantin an dieser Stelle nicht ihren eigenen, erfolgreichen Handlungsbeitrag zu diesem bedeutenden biografischen Wandlungsprozess der Schülerin herausstellt, sondern lediglich das Erwachsenwerden der Schülerin als ursächlich für die positive Verhaltens- und Einstellungsänderung benennt. Schließlich habe die Schülerin die Ausbildung zur Altenpflegerin mit dem Prädikat „sehr gut“ abgeschlossen, was in völliger Diskrepanz zur ursprünglichen Erwartungshaltung der Informantin an die persönliche und berufsbiografische Entwicklung der Schülerin gestanden habe (S. 141, 27 – 28).

In einer Gegensatzanordnung führt die Informantin nun die Entwicklung einer anderen Schülerin an, welche die Ausbildung zum Altenpflegehelfer – und nicht zur Altenpflegerin – unter der fachpraktischen Betreuung der Informantin durchlaufen habe. Bevor die Informantin allerdings zur Person dieser Schülerin Stellung nimmt, stellt sie die aus ihrer Sicht problematischen bildungspolitischen Rahmenbedingungen für die Ausbildung zum Altenpflegehelferberuf dar: In diesem Zusammenhang beklagt die Informantin, dass die Ausbildung lediglich den Zeitraum eines Ausbildungsjahres umfassen würde. Ergebnissichernd fügt sie an: „das ist schlimm ...“ (S. 141, 29). Nach Auffassung der Informantin sei neben der sehr kurzen Ausbildungsdauer auch das viel zu junge Eintrittsalter zum Zeitpunkt des Beginns der Ausbildung zum Beruf des Altenpflegehelfers scharf zu kritisieren (S. 141, 28 – 30).

Nach dem die Informantin die nach ihrer Überzeugung ungünstigen bildungspolitischen Rahmenbedingungen kritisiert hat, zieht sie nun folgend zur Untermauerung ihrer Kritik ihre Erfahrungen mit einer Altenpflegehelferschülerin heran. Die Informantin zieht in Erwägung, dass möglicherweise der biografische Ursprung der Schülerin der Herausbildung der für den Beruf notwendigen Kompetenzen nicht in ausreichendem Umfang förderlich gewesen sei (S. 141, 31 – 32). Exemplarisch führt die Informantin hier die für den Pflegeberuf unerlässliche, grundlegende alltagspraktische Kompetenz der Selbstständigkeit und des eigenverantwortlichen, planmäßigen Handelns an: Man habe der Altenpflegehelferschülerin jedoch „... beim Laufen die Schuhe besohlen ...“ (S. 141, 32) können. Die Informantin wählt ganz offenbar bewusst eine illustrierende und lebendig-bildhafte Sprache, um der Dramatik der Situation entsprechend Ausdruck zu verleihen. Die Informantin bringt damit auch gleichzeitig zum Ausdruck, dass von dieser Schülerin somit nicht die Fähigkeit zu erwarten gewesen sei, mit dem im stationären Pflegealltag existenten massiven Zeitdruck umzugehen. Damit fehle der Schülerin eine grundlegende Kernkompetenz für das effiziente pflegerische Handeln unter dem in der stationären Pflege üblicherweise vorherrschenden Zeitdruck. Des Weiteren fehle der Schülerin die Fähigkeit zum planmäßigen pflegerisch-routinemäßigem Handeln. Die Schülerin schien nicht in der Lage, routinemäßige Pflegeabläufe aufzufassen und umzusetzen. Noch im letzten Praktikum der einjährigen Ausbildung schien die Schülerin nach Auffassung der Informantin orientierungslos und unselbständig im stationären Pflegeablauf (S. 141, 32 – 34).

Wiederholt klagt die Informantin die bildungspolitisch-gesetzlichen Rahmenbedingungen der Ausbildung an. Sie stellt die eingeschränkte Handlungsmacht der Bildungsträger heraus, welche die Schülerin trotz objektiv eingeschätzter Fehlleistungen, sowohl im fachpraktischen Bereich als auch in der theoretischen Ausbildung, nicht aus dem Ausbildungsverhältnis entlassen können. Hierbei fällt allerdings auf, dass die Informantin diese Aussage nicht mit einem Beleg untermauert und dabei auch weder neue, alternativen Handlungsmöglichkeiten aufzeigt, noch retrospektiv gescheiterten Bemühungen anführt. Die Informantin behält ihren einzelfallorientierten Fokus bei. Sie betont, dass am Wohnort der Schülerin kein Ausbildungsträger mit dem Schwerpunkt Altenpflege angesiedelt gewesen sei. Somit habe die Schülerin, nach Auffassung der Informantin, keinerlei Wettbewerbsgedanken entwickeln müssen, um sich so beispielsweise mit einem guten Abschlussprädikat gegen Mitbewerber durchsetzen zu müssen. Eine bestandene Abschlussprüfung würde, begründet im regional vorherrschenden Mangel an altenpflegeorientierten Bildungsträgern, ausreichen. Erstaunlich ist, dass die Informantin an dieser Stelle ihrer Erzählung nicht in Erwägung zieht, dass dem Leistungsversagen der Schülerin, sowohl in der Theorie als auch in der Fachpraxis, auch ganz andere Ursachen, als die von der Informantin angenommene generelle Unlust zugrunde liegen könnten.

Die Informantin erinnert ihre Reaktion auf das Leistungsversagen und auf die inadäquaten, inkompetenten pflegerischen Handlungsschemata der Schülerin. Die Informantin macht deutlich, dass sie, wenn sie mit der

Verantwortung von Personalentscheidungen betraut werden würde, eine notenorientierte Auslese vornehmen würde und somit jemandem mit dem Abschlussprädikat „ausreichend“ nach abgeschlossener Altenpflegeausbildung den Übertritt in das Berufsleben verwehren würde. Zwar verfügt die Informantin gegenwärtig nicht über diese Handlungsmacht, dennoch sieht sie in ihrem Handlungsspielraum als Praxisanleiterin Möglichkeiten, entsprechend zu intervenieren. Sie erinnert, mit der Schülerin ein „...ganz ernstes Gespräch...“ geführt zu haben (S. 142, 11 – 12), in dessen Verlauf sie der Schülerin das offensichtliche Fehlverhalten, in der besonderen Pflegesituation der Betreuung eines Pflegebedürftigen mit infauster Prognose, in aller Eindringlichkeit vor Augen geführt und zur Reflexion vorgelegt habe. Das Fehlverhalten der Schülerin habe darin bestanden, dass sie Dienstanweisungen ignoriert und nicht wie vereinbart nur Flüssigkeit dargereicht habe. Stattdessen habe die Schülerin, wider der Dienstanweisung, versucht, der schwerkranken Person feste Nahrung zum Frühstück einzuflößen. Die Informantin kritisiert in diesem Zusammenhang wiederholt die kommunikativen Inkompetenzen der Schülerin, ebenso wie deren Unwillen, Dienstanweisungen zu befolgen, und die Unfähigkeit, Pflegesituationen richtig einzuschätzen. Über dieses Beispiel hinaus kritisiert die Informantin, dass der Schülerin auch jegliche soziale Kompetenzen zur Ausübung des Pflegeberufes fehlen würden. So sei die Schülerin unzuverlässig gewesen, habe Unwahrheiten verbreitet und sei unpünktlich gewesen. Die Informantin verlässt sich hierbei allerdings mit einer erstaunlichen Sicherheit auf die negative Einschätzung der Schülerin durch andere Mitarbeiter und macht diese zur Basis ihrer eigenen Entscheidungs- und Beurteilungsprozesse. Eine Belegführung und eine systematische Reflexion bezüglich des Verhaltens der Schülerin nimmt die Informantin hier nicht vor. So hinterfragt die Informantin auch nicht, ob es vielleicht strukturelle Bedingungen gibt, die dieses falsche Handeln der Schülerin fördern, oder aber ob die Schülerin möglicherweise nach anfänglichem Fehlverhalten stigmatisiert und stereotypisiert worden ist.

10. Segment: Involvierung in gescheiterte Behandlung, gescheiterte Pflegebemühungen bei der Pflege eines Onkologie-Pflegebedürftigen mittleren Alters / individueller Umgang mit dieser Belastungssituation (S. 142, 29 – 146, 31)

- 29 I: Haben Sie vielleicht noch ein Fallbeispiel, wo sie sich in ihrem pflegerischen Handeln
30 sehr bemüht haben, aber trotz aller Bemühungen keinen Erfolg hatten?
- 31 E: Ja, wir hatten einen Fall, der hier jedem im Team ganz schön an die Nerven gegangen
32 ist. Wir hatten hier vor einer Zeit lang von unserer Hausärztin den Ehemann. Der hatte
33 einen Gehirntumor. Er war auch noch nicht so alt. Er war erst im Krankenhaus und da
34 haben se aber festgestellt, das war inoperabel (.) so dass man im Krankenhaus gesagt
1 hat, dass er nicht mehr viel Zeit hat und sie kann ihn mit nach Hause nehmen, oder in
2 ein Pflegeheim geben (-) also es würde wirklich in großen Schritten bergab gehen. Wir
3 haben den Mann bekommen, da hat er im Rollstuhl gesessen und hat auch noch
4 verstanden (.) was man gesagt hat und hat auch manchmal noch mit „ja“ oder „nein“
5 antworten können. Bestimmt war aber auch schon das Sprachzentrum betroffen, denn
6 manchmal hat er auch was sagen wollen, aber es kam halt eben nicht. Er hat auch zum
7 Teil noch selbstständig gegessen (‘) mal war ´s schlechter (‘) mal war ´s besser (‘)
8 ganz ganz rapide in großen Schritten ging ´s abwärts (.) das war (-) das war schlimm
9 (-) ja (‘) Na weil ´s ja nun auch noch so ´n junger Mensch war und er ist ja nun nicht
10 aufgrund seines Alters gestorben (‘) sondern aufgrund einer Krebserkrankung (.) und
11 wir konnten machen was wir wollten (-) wir haben uns wirklich Mühe gegeben, aber
12 wir haben es eben nicht schaffen können, da noch mal eine Besserung herbei zu
13 führen. Dann war auch das private Umfeld nicht so schön (.) leider (!) Das war nicht
14 so, wie man sich das eigentlich vorstellt (6) Die Ehefrau hat sich überhaupt nicht
15 gekümmert (.) Sie war sehr herzlos (.) arrogant und hatte dann auch beizeiten schon
16 einen neuen Liebhaber (-) seinen besten Freund (-) ja (-) (((sehr leise))) und der kam
17 dann auch mit zur Besuchszeit (-) Also das war nicht ´n bisschen pietätvoll (-) nicht
18 mal ´n bisschen den äußeren Schein wahren (.) ja (-) .. Also das hat uns im Prinzip
19 einmal von der menschlichen Seite / wie man sich so geben kann (.) und da kann man
20 doch wenigstens dem Ehemann, den Kollegen und den Mitarbeitern gegenüber
21 wenigsten die kurze Zeit wo se hier ist so tun als ob (.) ja (‘) Aber das hat die
22 überhaupt nicht interessiert. Die hat prompt ihr Leben weiter gelebt (-) Der Mann war
23 abgehakt (.) Dass der jahrelang für sie da war und das sie ihr Medizinstudium nur
24 beenden konnte (6) oder überhaupt machen konnte, weil der Mann ihr alles
25 abgenommen hat, oder sich später dann um die Kinder gesorgt hat und Essen
26 gekocht hat (-) das war alles (k) Und das war eben diese menschliche Seite, die uns
27 alle so belastet hat (.) ... Ach und dann hat die mal kurz angerufen: „Ach ja, wir sind
28 jetzt hier im Urlaub (.) wir frühstücken gerade (-) wie geht ´s ihm denn?“ Also, das

29 war schlimm (.) das war so diese zwischenmenschliche Seite, etwas, was wir alle hier
 30 nicht verstanden haben. Und dann eben noch dieses Leiden (!) Der Mann hat
 31 nächtelang (,) tagelang (,) ... ahm (,) ... der hat vor Schmerzen gestöhnt (!) und das
 32 war so laut und egal wo man hingegangen ist. Wir hatten ja noch nicht diesen
 33 sanierten Altbau hier gehabt (') und egal wo man hingegangen ist hier auf Station (,)
 34 man hat den immer gehört (-) das Stöhnen. Und wie oft haben wir gesagt: „Mensch,
 1 die macht ja gar keine Schmerztherapie (!) nichts (!)“ da wurde nichts gemacht (!) Bis
 2 wir dann auf die Barrikaden gegangen sind und gesagt haben: „Wir machen das nicht
 3 mehr mit! Irgendwas muss jetzt hier passieren“. Sie war ja nun nicht nur die Ehefrau
 4 von ihm, sondern auch noch seine Hausärztin, hat sich aber überhaupt nicht drum
 5 gekümmert! Da haben wir alle gesagt, dass wir das hier so nicht mehr können und dass
 6 wir das auch alle nicht mehr verantworten können. Und dann, ehe sie sich dann mal
 7 durchgerungen hatte, mal ein Schmerzmittel (k) also so ein Schmerzpflaster zu
 8 verabreichen (!) Und dann hat se auch noch um die Milligramm gefeilscht. Da haben
 9 wir gesagt: „Der Mann hat vielleicht bloß noch zwei drei Wochen, das ist unglaublich“
 10 (!) Ob das nun fünfzig Milligramm oder fünfundsiebzig Milligramm sind, das ist doch
 11 (!) ja (') egal (!) Und das war so alles (-) .. dieses Leiden (.) ja (') Das war so ein
 12 großer stattlicher schmucker Mann. Der war früher Architekt. Wir haben den mal
 13 kennen gelernt, denn der ist ja früher öfters mal mit hier gewesen, wenn seine Frau
 14 hier Hausbesuche gemacht hat (') Und eine andere Kollegin hat sich privat von ihm
 15 das Haus entwerfen lassen (,) ja (') Also, man hatte irgendwo auch 'ne Beziehung (,)
 16 ja (') Auch wenn se ganz schwach war, aber man kannte ihn eben. Das war ein ganz
 17 lieber, ruhiger, höflicher und zuvorkommender und hilfsbereiter Mensch & und dieser
 18 Mensch muss nun hier so leiden. Was hat dieser Mensch verbrochen (') . und muss so
 19 leiden (!) Da haben wir dann gedacht, was wohl wäre, wenn er uns nicht hätte (!) Wir
 20 haben und dann wirklich richtig Sorgen gemacht und auch gedacht, was mit ihm
 21 gewesen wäre, wenn er in ein anderes Pflegeheim gekommen wäre, wo man
 22 vielleicht auch nicht so die Beziehung zu ihm gehabt hätte (,) ja (-) .. Obwohl wir das
 23 hier für jeden anderen auch getan hätten. Aber ahm, das hat uns alles sehr
 24 mitgenommen. Wir hatten auch so von der Leitung nicht so die Unterstützung, muss
 25 ich sagen. Wir hatten in der Zeit Kollegen, die hatten Burnout-Symptome, weil die mit
 26 der Situation nicht klar gekommen sind. Einmal, wie man sich als Partner so verhalten
 27 kann (-) ja (') so herzlos (-) & Und warum muss der Mensch so leiden (?) Wir kannten
 28 das so in der Form bis dahin auch noch nicht. Wir kannten zwar alte leidende
 29 Menschen, aber das war irgendwo normal (-) die Uhr war eben abgelaufen. Aber das
 30 hier (') das musste ja theoretisch noch nicht sein. Der wurde mitten aus dem Leben
 31 gerissen, ist ein halbes Jahr vorher noch Auto gefahren, hat noch Häuser projektiert
 32 und nun liegt der Mann auf einmal da und man hat dann von Tag zu Tag den Verfall
 33 gesehen. Dann hat man mitgekriegt, wie er sich geschämt hat, denn er hatte dann unter
 34 sich gemacht und musste Windeln kriegen. Dann hat er sich geschämt, wenn wir ihn
 1 dann waschen mussten, das hat man dann auch gemerkt, weil er sich immer versucht
 2 hat, mit seinem Hemd so 'n bisschen abzudecken. Und ahm, wir wussten dann ja auch
 3 nicht, was kriegt er eigentlich noch mit und was nicht. Das hat uns im Prinzip alle
 4 total fertig gemacht. Dann wollten wir ihm was Besonderes zu Essen geben, haben uns
 5 damit immer ganz viel Mühe gemacht und haben dann auch mal bei anderen extra was
 6 für ihn abgezweigt, oder auch mal wenn wir privat mal 'ne Banane mit hatten, haben
 7 wir ihm die gegeben. Aber er wollte nicht & er konnte nicht. Vielleicht vor Schmerzen
 8 (-) da hatte er bestimmt keinen Appetit oder so was. Und dann wollte man ihm da nun
 9 was Gutes tun und er hat partout nicht den Mund aufgemacht. Dann hat er nicht richtig
 10 atmen können (-) dann hat er keine Luft gekriegt (-) Dieses ganz hin und her dann
 11 noch & immer den Notarzt und den Hausbesuchsdienst (,) .. so und dann kommt da so
 12 'n fremder Arzt und sagt dies und das und sagt: „Mischen se mal 'n 'Cocktail' “ & Ja
 13 aber ich habe noch nie in meinem Leben 'n „Cocktail“ gemischt. Vielleicht habe ich
 14 das mal während des Studiums gemacht, ja (-) aber auch was der Arzt da verlangt
 15 hatte, das hatten wir gar nicht da (!) Ich sage zu ihm: „Das habe ich nicht, das ist hier
 16 nicht da.“ Das hat der gar nicht verstanden und sagt: „Na das müssen se doch da
 17 haben!“ Dann ist er losgefahren ins Krankenhaus (') in sein Krankenhaus und hat da
 18 irgendwas genommen und hat gesagt: „Nun machen se mal.“ Ich habe ihm gesagt:
 19 „Ich kann das nicht“ Das war mir zwar peinlich, denn ich bin ja 'ne Fachkraft, musste
 20 aber zugeben, dass ich diese drei Medikamente nicht zu mixen zu mischen vermag. Da
 21 muss ich das dann ehrlich zugeben und sagen „Es tut mir leid, ich habe das noch nicht

22 gemacht.“ Aber das war ´n netter Arzt der auch meinte, dass es ihm lieber ist, wenn
 23 ihm jemand sagt „ich kann das nicht“ und hat mir dann wirklich gesagt: „Ich sage
 24 ihnen jetzt, was sie machen, dann geht’s besser und wenn ich dann mal wieder
 25 komme, dann geht’s noch besser.“ Er hat mir das dann wirklich in einer ganz ruhigen
 26 Art und Weise beigebracht, mir gesagt, was ich nacheinander aufziehen muss (-) ich
 27 weiß auch noch, dass ich das mal hatte mit dem Pulver und so, aber Mensch das ist
 28 doch schon über zehn Jahre her! Und ehe ich da ´n Fehler mache und ihm da noch das
 29 Medikament versaeue und er muss dann vielleicht noch mal los, ja (´) das kostet ja auch
 30 alles Geld: Ja, da musste ich ihm dann nun sagen, dass ich zwar ´ne Fachkraft bin,
 31 aber dass ich eben nicht in der Lage bin, ihm das zu erfüllen.

32 I: Ich finde das ok!

33 E: Nein & ja,

34 aber im ersten Moment war das schon ne peinliche Situation. Ja, dass war so der
 1 schlimmste Fall, den wir hier so hatten (-) wo auch alle dran geknabbert haben und wo
 2 auch keiner Rücksicht genommen hat & sondern im Gegenteil (!) Wenn irgendwas
 3 war, dann immer noch drauf auf uns (,) .. ja (,) Wir hatten keine Möglichkeit, das mal
 4 mit jemandem / Wir haben ja ne Nervenärztin und ne Psychologin hier im Haus, die
 5 für die Bewohner zuständig sind. Aber das man mal ´n Gesprächskreis macht mit so
 6 einer Neurologin oder Psychologin (,) ja (´) dass die uns mal hilft und dass wir mal
 7 unser Herz ausschütten können oder dass man mal sich einfach mal über diesen Fall
 8 unterhält und einfach nur mal sagt „das stört mich und das stört mich“.. Da geht es
 9 einem doch dann auch bestimmt besser. Oder dass man vielleicht auch mal ´n paar
 10 Tipps bekommt oder so .. irgendwas, wo man auch merkt, dass die Kollegen hier nicht
 11 alleine gelassen werden. Wir waren alle überfordert, wir konnten alle nicht abschalten,
 12 die Familie hat drunter gelitten (-) ja (-) Das war eben so, dass es wirklich / da
 13 standen eben unser Leiden und sein Leiden an derselben Stelle. Aber wenn dann noch
 14 was ist / Das alles ist ja nun schon ein dreiviertel Jahr her (-) Aber wir überlegen oft
 15 noch:“ Weißt du noch..? “ Gerade so, wenn bestimmte Kollegen an einem bestimmten
 16 Tag miteinander Dienst haben & da haben wir uns dann zum Beispiel auch dran
 17 erinnert, dass er ja auch zum Schluss Anfälle gekriegt hat und musste dann abgesaugt
 18 werden und ich konnte das immer nicht. Und da hatte ich manchmal wirklich Tage, da
 19 konnte ich das nicht (!) ich konnte nicht absaugen (!) Aber es durfte eben auch nur die
 20 Fachkraft machen. Da hatten wir einen Kollegen, der ist jahrelang Rettungssanitäter
 21 gewesen, war bei uns aber nur als Hilfskraft eingestellt. Der hatte ja früher selber
 22 Flexülen gelegt und alles (-) Und da habe ich zu ihm gesagt: „Komm, ich halte dir den
 23 Beißkeil, aber ich kann den nicht absaugen“ da kommt s mir selber hoch und man ist
 24 ja auch nicht jeden Tag gleich. Das man da / man konnte ja auch nicht so wie man
 25 wollte pflegen (,) ja (´). Die Kollegen, die an einem bestimmten Tag, wo ein
 26 bestimmter Vorfall war, zusammen Dienst hat, dass man da oft sagt „Weißt du noch
 27 (´) das eine Wochenende, da waren wir nur mit Notdienst und Rettungsmaßnahmen
 28 beschäftigt. Da gab ´s kein Frühstück und kein Mittagbrot für uns, weil wir nur mit
 29 Rettungsmaßnahmen beschäftigt waren.“ Dass man heute sagt, es fällt langsam ab, es
 30 belastet einen nicht mehr, aber es ist eben immer noch mal so dass man sagt: „Weißt du
 31 noch?“

Der Informantin ist sofort nach der Fragestellung ein Fallbeispiel präsent, welches sie auch umgehend zu beschreiben beginnt. Einleitend exponiert die Informantin unter Verwendung des Plural die mit dem nun folgend beschriebenen Fallbeispiel erlebte immense psychische Belastung und stimmt so auf die problematische Verstrickung des gesamten Pflorgeteams in die Verlaufskurvennot eines Pflegebedürftigen ein.

Die Informantin erinnert, vor einiger Zeit einen pflegebedürftigen Mann mittleren Alters auf der Pflegestation aufgenommen zu haben, der an einem Gehirntumor gelitten habe. Hier wird bereits die erste Ebene der problematischen Fallverstrickung auffällig: Ein Mann mittleren Alters passt nicht in die erwartbare Altersstruktur eines Alten- und Pflegeheimes. Die Ehefrau dieses Pflegebedürftigen sei zudem auch gleichzeitig dessen Hausärztin gewesen, so erinnert die Informantin.

Die Informantin beschreibt die Krankheitsverlaufskurve des pflegebedürftigen Mannes. Er sei, bevor er Aufnahme im Pflegeheim fand, in krankenhausbstationärer Behandlung gewesen. Im Krankenhaus sei ein Gehirntumor mit infauster Prognose diagnostiziert worden. Daraufhin sei dem Patienten von Mitarbeitern des Krankenhauses angeraten worden zu überlegen, ob er die wenige, noch verbleibende Lebenszeit zu Hause verbringen, oder sich zur Versorgung einem Pflegeheim anvertrauen möchte.

- 34 haben se aber festgestellt, das war inoperabel (,) so dass man im Krankenhaus gesagt
 1 hat, dass er nicht mehr viel Zeit hat und sie kann ihn mit nach Hause nehmen, oder in
 2 ein Pflegeheim geben (-)
 S. 142, 34 – 143, 2)

Die Informantin erweckt mit dieser Aussage den Eindruck, als sei der Tumorkranke bereits mit der infausten Diagnose entmündigt worden und als habe die Ehefrau als betreuende Ärztin die alleinige Entscheidungsgewalt für den Aufenthaltsort ihres Ehemannes inne.

Als der Tumorkranke dann auf der Pflegestation der Informantin eintraf, sei er in einem Zustand gewesen, in dem er noch, wenn auch nur in sehr geringem Umfang, verbal kommunizieren und Gesagtes kognitiv verarbeiten konnte. Zudem habe er noch im Rollstuhl bewegt werden und selbstständig Nahrung zu sich nehmen können. Sein Zustand habe sich dann aber zusehends verschlechtert, so die Informantin. Die Informantin macht deutlich, wie hilflos sie der Situation gegenüber gestanden habe, einen sterbenden Menschen zu pflegen, der nicht wegen seiner Altersschwäche am hochbetagten Lebensende stirbt, sondern aufgrund einer Krebserkrankung. Die Informantin spricht von ihm als „junger Mensch“ (S. 143, 9). Hier wird nochmals deutlich, dass der Patient in der Wahrnehmung der Informantin nicht in die erwartbare Altersstruktur eines Alten- und Pflegeheimes passt.

Die Informantin lässt erkennen, dass sie und das gesamte Pflegeteam in die Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen hineingezogen worden seien (S. 143, 8- 13). Es kommt dazu, dass sich die Verlaufskurvennot des tumorkranken Pflegebedürftigen eng mit dem Stationsmilieu und den persönlichen Sichtweisen des Pflegeteams verflechtet: „...und wir konnten machen was wir wollten (-) wir haben uns wirklich Mühe gegeben, aber wir haben es nicht schaffen können, da noch mal eine Besserung herbei zu führen.“ (S. 143, 11-13)

Aber auch die internalisierten Moral- und Wertvorstellungen der Pflegekräfte tragen zu der Verstrickung des Pflegeteams in die Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen bei: In der Wahrnehmung der Pflegekräfte scheint das Verhalten der Ehefrau und betreuenden Ärztin dem tumorkranken Ehemann gegenüber moralisch nicht vertretbar: Die Ehefrau ist von den Mitarbeitern des Pflegeteams einmal in der Rolle als Angehörige zu sehen, gleichzeitig stellt sie aber auch als behandelnde Ärztin eine Instanz dar. Die moralischen Vorstellungen der Pflegekräfte bezüglich des erwarteten verantwortlichen Handelns der Ehefrau und gleichzeitig betreuenden Ärztin, wird empfindlich erschüttert. Das sich engagierende Pflegepersonal muss dies aushalten. Die Informantin drückt ihr Bedauern aus, dass das private Umfeld des Tumorkranken „nicht so schön“ gewesen sei (S. 143, 13) und betont: „Das war nicht so, wie man sich das eigentlich vorstellt. (6)“ (S. 143, 13-14). Sie spricht hier in der dritten Person („man“), was darauf schließen lässt, dass sie ihre eigenen moralischen Maßstäbe auch bei einem großen Teil der Gesellschaft als existent vermutet und betont nochmals die bestehende Diskrepanz zu ihren eigenen moralischen Sichtweisen. Die Erzählung der Informantin zeigt wiederholt, dass sie einen ausgeprägten Sinn für ethische und moralische Grundsätze besitzt. Somit wird dann auch das Versagen der Ehefrau als Angehörige und Hausärztin vom Pflegeteam dem ohnehin labilen Zustand des Stationsmilieus verflochten und dynamisiert gleichzeitig den Prozess des noch tieferen Hineingezogenwerdens der Pflegekräfte in die Verlaufskurvennot des Tumorkranken (in Gestalt des Ausgebranntseins einiger Kollegen).

Im Anschluss an eine sechssekündige Sprechpause – welche die emotionale Betroffenheit der Informantin widerspiegelt – wird noch eine weitere Ebene der problematischen Fallverstrickung deutlich: Die Informantin rekapituliert nun folgend in zwei thematisch getrennten Hintergrundserklärungen, wie es, begründet in den moralischen Sichtweisen der Pflegekräfte, zur Verstrickung des Pflegeteams in die Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen kommen konnte. Zunächst beschreibt sie in einer (ersten) Erzähldetaillierung das problematische Verhalten der Ehefrau gegenüber ihrem schwerkranken Ehemann aus partnerschaftlicher, nichtmedizinischer Sicht (S. 143, 14 – 143, 30). In einer weiteren (zweiten) Erzähldetaillierung (S. 143, 34 – 144, 11) beschreibt die Informantin dann das problematische Verhalten der Ehefrau in ihrer Rolle als behandelnde Hausärztin ihrem tumorkranken Ehemann-Patienten gegenüber.

In einer (ersten) Detaillierung (S. 143, 14 – 143, 30) beschreibt die Informantin das problematische Verhalten der Ehefrau gegenüber ihrem schwerkranken Ehemann aus partnerschaftlicher, nichtmedizinischer Sicht. Die Informantin erinnert, dass die zwischenmenschliche und medizinische Fürsorge der Ehefrau ihrem Ehemann gegenüber zu vermissen geblieben sei. Die Informantin erinnert die Ehefrau zudem als eine sehr distanzierte, gefühlskalte und hochmütige Frau. Sie habe sehr zeitnahe nach dem Hereinbruch der Krankheit und Pflegebedürftigkeit in das Leben ihres Ehemannes eine partnerschaftliche Beziehung zum besten Freund ihres Ehemannes gesucht. Die diesbezügliche emotionale Betroffenheit der Informantin wird darüber ganz besonders in deren parasprachlichen Merkmalen deutlich. Sie spricht nun sehr leise, als sie fortfährt zu erzählen, dass die Ehefrau die Grenzen der Pietät deutlich übertreten habe, als sie in dieser neuen partnerschaftlichen Konstellation ihrem schwerkranken Ehemann zur Besuchszeit gegenüber trat. Die Informantin kündigt an, dass die Probleme auf der Beziehungsebene zwischen den Pflegekräften und der Ehefrau des Patienten auf mehreren Ebenen Niederschlag gefunden hätten. Begründet in ihrer emotionalen Involviertheit und dem Bestreben nach Verständigungssicherung sieht sich die Informantin im Detaillierungszwang, das moralisch verwerfliche

Verhalten der Ehefrau ihrem Ehemann gegenüber darzustellen, um dann im Anschluss daran das Verhältnis der Ehefrau als Medizinproffessionelle gegenüber ihrem tumorkranken Ehemann zu detaillieren.

Die Informantin kritisiert, dass die Ehefrau sich nicht der moralischen Erwartung ihres sozialen Umfeldes bewusst schien. Die Informantin kritisiert insbesondere die Lebenshaltung der Ehefrau und Ärztin, da sie sich an der Verlaufskurve ihres Mannes nicht emotional beteiligt, sondern vielmehr ihrer eigenen biografischen Perspektive und Planungen Bedeutung und Priorität beigemessen habe. Der schwerkranke Ehemann scheint nunmehr in der Wahrnehmung der Informantin lediglich eine randständige Position im Leben seiner Ehefrau einzunehmen. Die Informantin lässt deutlich erkennen, dass sie trotz ihrer eigenen, sehr hohen moralischen Sensibilität in bestimmten Situationen Tolleranzspielräume für die moralischen Verfehlungen Anderer zulassen kann. So hätte es die Informantin nicht nur toleriert, sondern gar ausdrücklich begrüßt, wenn die Ehefrau des Pflegebedürftigen zumindest für die Zeit ihres Besuches Respekt und Rücksichtnahme ihrem Mann gegenüber gewährt hätte, statt mit dessen bestem Freund die Zerrüttung der ehelichen Normalität (zusätzlich zu der biografischen Brucherfahrung der infausten Prognose) zu betonen. Die eheliche Normalität wurde für den Mann doppelt erschüttert: einmal da ihn die Krankheit nicht nur plötzlich aus dem familiären Alltagsleben gerissen hat, sondern ihn gar mit dem Tode bedroht und zum anderen, weil die Diagnose Krebs für die Ehefrau nur den Sinn der Abschreibung eines „unnützen“ Partners zu haben scheint. Die Informantin zeigt sich entsetzt, dass die Ehefrau der dramatischen Krankheitsverlaufskurve und damit zusammenhängenden ungünstigen Prognose ihres tumorerkranken Mannes derart emotional unbeteiligt gegenübersteht. In der Wahrnehmung der Informantin habe die Ehefrau ihre biografische Planung ausschließlich an ihren eigenen Bedürfnissen, nicht aber an denen ihres Mannes orientiert. Die Haltung der Ehefrau kollidiert massiv mit der internalisierten moralischen Haltung der Informantin.

In einem Einschub (S. 143, 23 – 26) beschreibt die Informantin die tiefe Beziehung des Pflegepersonals zum tumorkranken Pflegebedürftigen und die daraus resultierende persönliche emotionale Fallverstrickung der Pflegekräfte in die Krankheitsverlaufskurve des tumorkranken Pflegebedürftigen. Der Patient sei den Pflegekräften noch aus gesunden Tagen als sympathischer und intelligenter, liebenswerter Mensch in Erinnerung gewesen. Der Tumorpatient habe seiner Frau über den zeitlich sehr ausgedehnten Rahmen von mehreren Jahren Rückhalt, insbesondere in Form hauswirtschaftlicher Unterstützung und Betreuung der Kinder, gegeben, so dass der Ehefrau der Abschluss des Medizinstudiums möglich geworden sei. Die Informantin beklagt – wenn auch unterschwellig – dass die Ehefrau nicht sieht, dass sie mit diesem aufopferungsvollen Verhalten ihres Mannes ihr gegenüber eine Art Kontrakt, hinsichtlich wechselseitiger Fürsorge und innerpartnerschaftlicher Verantwortung, etabliert habe.

In einer Ergebnissicherung (S. 143, 26 – 27) fasst die Informantin im Plural zusammen, dass es gerade dieser Widerspruch zwischen der hohen moralischen Integrität der Mitarbeiter im Pflegeteam und der scheinbaren moralischen Verwahrlosung der Ehefrau ist, der für die Mitarbeiter im Pflegeteam zu einer hohen psychischen Belastung wird, weil sie dieses Verhalten nicht verstehen.

Die Informantin führt einen Beleg an (S. 143, 27 – 30), um das Verhalten der Ehefrau zu beschreiben, welches in der Wahrnehmung der Informantin nahezu bizarre Formen anzunehmen scheint: Während ihr Mann an das Pflegebett gefesselt gewesen sei, habe die Ehefrau per kurzem Telefonat zwar den Zustand ihres Mannes erfragt, dazu allerdings kein Gefühl für die Situation des Mannes bzw. Mitgefühl gezeigt, sondern stattdessen im Rahmen dieses Telefonates ihr Verweilen an einem Urlaubsort betont und so mit ihrer gelebten Normalität im Urlaub unpassender Weise ihre Nachfrage nach dem Zustand des Ehemanns beim Pflegeteam gerahmt.

Zurück auf der Haupterzähllinie (S. 143, 30) erinnert die Informantin das massive Leiden, welchem der tumorkranke Pflegebedürftige ausgesetzt gewesen sei. Es sei aus der Sicht des Pflegeteams nur schwer zu ertragen, dass der Tumorpatient nicht nur immensen psychischen Belastungen ausgesetzt gewesen sei, sondern auch noch massive Schmerzen auszuhalten gehabt habe. Die Informantin erinnert das Ausmaß der Schmerzen des Pflegebedürftigen. Die Schmerzäußerungen des Pflegebedürftigen seien auf der gesamten Station akustisch wahrnehmbar gewesen.

In der nächstfolgenden Erzähldetaillierung (S. 143, 34 – 144, 11) beschreibt die Informantin nun das aus ihrer Sicht problematische, unfürsorgliche und emotional distanzierte Verhalten der Ehefrau in deren Rolle als behandelnde Hausärztin ihrem tumorerkranken Ehemann gegenüber. Die Informantin beschreibt in dieser Hintergrundkonstruktion die unzureichende Schmerztherapie der Ärztin ihrem Ehemann gegenüber. Das Pflegeteam habe sich die Mitarbeit der Ärztin in der palliativpflegerischen Betreuung des Tumorpatienten regelrecht erkämpfen müssen. Die Informantin beklagt, dass die Ärztin keine schmerzreduzierenden Maßnahmen eingeleitet habe (S. 143, 34 – 144, 1). Erst als das Pflegeteam sich der Medizinerin gegenüber mit deutlicher Protesthaltung verständlich gemacht und im Zusammenschluss des Pflegeteams die Handlungsaktivität der Ärztin eingefordert habe, habe sie das so dringend benötigte Schmerzmittel verordnet. Die Informantin kündigt allerdings auch an, dass damit der Kampf des Pflegeteams um ein ordentliches Schmerzmanagement noch nicht gewonnen war. Die Ärztin habe dann die niedrigste mögliche Dosis ausgehandelt (S. 144, 6 - 8). Das Pflegeteam

habe daraufhin nachdrücklich an die Ärztin appelliert, dass die Bemessung der Schmerzmittel sich nicht an der minimal möglichen Dosierung, sondern an palliativpflegerischen Grundsätzen orientieren sollte.

Zu einem den Sinn des Leidens letztlich bezweifelnden Kommentar (S. 144, 11) nimmt die Informantin nun Bezug auf die Person des Tumorkranken selbst. Sie beschreibt ihn mit den Attributen „groß“, „stattlich“, „schmuck“ und fügt an, dass er den Beruf des Architekten ausgeübt habe (S. 144, 11 - 12). Das Pflegeteam machte bereits Bekanntschaft mit dem nunmehr pflegebedürftigen Mann, als dieser damals noch gesunde Mann seine Frau bei Hausbesuchen auf der Station der Informantin begleitete. Eine Mitarbeiterin des Pflegeteams habe sogar seine berufliche Fachkompetenz als Architekt bei der Konzeption ihres Eigenheimes schätzen gelernt. Ergebnissichernd fasst die Informantin zusammen, dass aus dieser, wenn auch nur kurzen Bekanntschaft, eine gewisse zwischenmenschliche Beziehung zu dieser Person des Architekten und Ehemann der stationsbetreuenden Ärztin erwachsen sei (S. 144, 15 - 16).

Und gerade diese Beziehung, auch wenn sie nach Aussagen der Informantin nur „schwach“ gewesen sei, scheint deutlich dazu beigetragen zu haben, dass die Pflegekräfte in die Krankheitsverlaufskurve dieses Mannes verstrickt worden sind. Ihnen wurde nunmehr die Gegenüberstellung möglich, dass ein einstmals als gesund, liebenswürdig, attraktiv und beruflich etabliert erlebter Mann mittleren Alters nun als Pflegefall versorgt werden muss und dessen infauste Prognose nicht in die Erwartungsstruktur eines Altenheimes passt. Auf der Suche nach einer Bewältigung dieser Situation stellen sich der Informantin immer neue Sinnfragen, Fragen nach dem „Warum“ dessen Leidens. Offenbar scheint die Informantin aus dem eigenen Unvermögen heraus, diese Frage beantworten zu können, dem Aspekt große Gewichtung beizumessen, dass das Gute an der Leidenssituation des Pflegebedürftigen sei, dass er in den Händen ihres Pflegeteams versorgt würde. Die Informantin scheint bei all dieser emotionalen Belastung Trost in der Tatsache zu finden, dass sie gemeinsam mit ihrem Pflegeteam mit eigenen Handlungsbeiträgen aktiv zur Verbesserung bzw. Milderung der prekären Situation des Pflegebedürftigen einen Beitrag leisten könne. Die Informantin betont allerdings in diesem Zusammenhang auch, dass das Etablieren einer tragfähigen Beziehung der Pflegekräfte gegenüber dem Pflegebedürftigen noch zu gesunden Tagen nicht das Ausmaß an Zuwendung im späteren Pflegeprozess beeinflussen würde. Alle Pflegebedürftigen würden gleichermaßen hinwendungsvoll gepflegt. Dennoch verdeutlicht die Informantin an dieser Stelle der Erzählung, dass eine Bindung an einen Pflegebedürftigen schon vor Beginn des Pflegeprozesses entscheidenden Einfluss auf die persönliche Bewältigung der Pflegesituation durch die Pflegekraft habe. Hieraus erwächst die Annahme, dass mit enger werdender Bindung und Vertrautheit zwischen den Pflegekräften und dem Pflegebedürftigen auch die Wahrscheinlichkeit für die Pflegekraft steigt, in die Verlaufskurve des Erleidens des Pflegebedürftigen hineingezogen zu werden.

Die Mitleidens-Situation spitzt sich deshalb in ihrer Dramatik so zu, weil die Pflegeeinrichtung, in welcher die Informantin tätig ist, keine professionellen Bewältigungsmöglichkeiten, wie beispielsweise Supervision, zur Belastungsreduktion des Pflegeteams anbietet. Dem Wunsch des Pflegeteams nach Entlastungsarbeit wurde seitens der Einrichtungsleitung nicht entsprochen (S. 144, 24 - 25). Abgrenzungsmechanismen zum Leid des Pflegebedürftigen und dessen Verlaufskurve scheinen nicht existent und nicht etablierungsfähig. Einzelne Mitarbeiter hätten deutliche Symptome psychischer Erschöpfung gezeigt (S. 144, 25 - 26). Wie sehr die Informantin selbst unter der fehlenden Aufarbeitung dieser Pflegesituation leidet, wird deutlich, als sie wiederholt die beiden Hauptthemen der Belastungssituation in den Fokus rückt: Zum einen die Tatsache, dass die Ehefrau des Kranken weder den Erwartungen an sie als behandelnde Ärztin noch den Erwartungen an sie als Ehefrau gerecht geworden sei. Zum anderen drängt sich der Informantin wiederholt die Sinnfrage auf, warum ein junger und als derart angenehm erlebter Mensch mitten aus dem Leben gerissen werde.

Die Informantin übernimmt die Perspektive des tumorkranken Menschen und erinnert, dass er sich geschämt habe, als eine Inkontinenzmittelversorgung und eine vollständige Übernahme der Grundpflege, einschließlich der Intimpflege, notwendig geworden seien. Die Bewältigung dieser Situation wurde für die Pflegekräfte erheblich erschwert, da das Pflegepersonal nicht gewusst habe, in welchen Bewusstheitskontext⁸² (Glaser,

⁸² B. G. Glaser und A. Strauss (1974) haben sich insbesondere mit der Interaktion zwischen sterbenden Patienten und dem Krankenhauspersonal beschäftigt. Die facettenreichen Interaktionsformen werden als unterschiedliche Bewusstheitskontexte differenziert, welche die Informiertheit, Aufgeschlossenheit und Annahme der infausten Prognose durch den Patienten und auch durch das medizinische Fachpersonal beschreiben.

B. G. Glaser und A. Strauss unterschieden zwischen dem geschlossenen, dem argwöhnischen, dem Bewusstheitskontext der wechselseitigen Täuschung, sowie dem offenen Bewusstheitskontext. Charakteristisch ist für den geschlossenen Bewusstheitskontext die vollständige Ahnungslosigkeit des Patienten bezüglich seines Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Lebensperspektive. Für den argwöhnischen Bewusstheitskontext charakteristisch ist die Verdachtshaltung des Patienten seinen gesundheitlichen Zustand betreffend. Die Patienten glauben nicht über den wahren, desaströsen Zustand ihrer Gesundheit informiert worden zu sein, sie vermuten sogar vorsätzlich desinformiert worden zu sein. Die Adressaten des Argwohns des

Strauss, 1974) die Interaktionen stattfinden würden, was der Schwerkranke überhaupt noch von seiner Umwelt wahrnehme und wie seine Interpretationsfähigkeit und Fähigkeit zur Beurteilung der Situation diesbezüglich ausgeprägt sei (S. 145, 2 – 4).

Weiter auf der Haupterzähllinie beschreib die Informantin nochmals die Schwierigkeiten und die Belastungssituationen im Pflegeprozess. Alle hinwendungs- und aufopferungsvollen Bemühungen der Pflegekräfte, dem Schwerkranken beim Essen noch etwas Wohlgefühl zu vermitteln seien gescheitert (S. 145, 4 – 10). Zu den Schwierigkeiten der Versorgung des schwerkranken Mannes sei noch der problembelastete Umgang mit dem notärztlichen und bereitschaftsärztlichen Dienst hinzugekommen.

In einer weiteren Erzähldetaillierung (S. 145, 11 – 34) beschreibt die Informantin sehr reflektiert die Situation, als ein ihr unbekannter Arzt im Rahmen eines bereitschaftsärztlichen Besuches auf der Pflegestation das Herrichten einer Injektion aus einer Mischung aus Schmerzmedikamenten erbeten habe. Die Informantin erinnert dass sie, zum Unverständnis des Arztes, die geforderten Medikamente nicht vorrätig gehabt habe. Das lässt vermuten, dass die Vorstellung der im stationären Krankenhausbetrieb tätigen Ärzte bezüglich der Vorrätigkeit von Medikamenten im stationären Altenpflegealltag nicht mit der Realität zusammenstimmend gewesen seien (S. 145,14 – 17). Die Informantin habe den Arzt nicht nur darüber informieren müssen, dass sie die benötigten Medikamente nicht vorhalte, sondern darüber hinaus auch mit der Vorbereitung der spezifischen Mischung der Medikamente zur Injektion nicht vertraut sei. Es zeugt von großer fachlicher Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein und Reflektiertheit der Informantin, dem Arzt offen mitzuteilen, dass ihr der Vorgang des Herrichtens dieser Injektion nicht bekannt und sie daher auf Anleitung angewiesen sei. Die Informantin resümiert jedoch, dass ihr diese Situation außerordentlich peinlich gewesen sei (S. 145, 33 – 34)

Die Informantin stellt ergebnissichernd fest, dass dieser Fall, im Vergleich zu anderen Pflegefällen, besonders dramatisch und emotional sehr belastend gewesen sei. Der Fall habe besondere Anforderungen an die Bewältigungsmechanismen der Pflegekräfte gestellt und dennoch habe das Pflege team die Rücksicht der Einrichtungsleitung auf deren besondere Belastungssituation vermisst. Diese implizite Schuldzuweisung wird von der Informantin zwar nicht spezifisch adressiert. Die Aussagen der Informantin legen jedoch nahe, dass diese besondere Belastungssituation des Pflege teams nicht nur negiert, sondern das Pflege team darüber hinaus noch einem zusätzlichen Druck der Einrichtungsleitung ausgesetzt gewesen sei (S. 145, 34 – S146, 3). In dieser Fallgeschichte zeigt sich die Professionalität des Pflegepersonals in all ihrer Verletzlichkeit.

11. Segment: Fehlende professionelle Aufarbeitungsmöglichkeiten bei der Bewältigung des persönlichen Belastungserlebens im Zusammenhang mit der Pflege Schwerkranker (S. 146, 3 – 146, 31)

In nächstfolgenden Darstellungszusammenhang (S. 146, 3 – 146, 31) nimmt die Informantin ausführlich Bezug auf die fehlende Unterstützung bei der Bewältigung des persönlichen Belastungserlebens im Zusammenhang mit der Pflege des Tumorkranken.

Die Informantin beklagt, dass sie trotz offensichtlich vorhandener Ressourcen (in Person der betreuenden Neurologin und der Psychologin der Pflegeeinrichtung) keine Unterstützung bei der Bewältigung und Aufarbeitung bezüglich der emotional belastenden Pflege des Tumorkranken erhalten habe. An dieser Stelle wird leider nicht deutlich, ob die Neurologin und die Psychogin diese Unterstützung verwehrt haben, oder ob es am grundsätzlichen Fehlen der Initiative der Pflegekräfte scheiterte (S. 146, 4 - 8). Deutlich wird aber dennoch, dass das große Bedürfnis des Pflege teams nach Fallaufarbeitung sowie kommunikativem Auseinandersetzen mit dem Erlebten vorhanden war und offensichtlich auch von niemandem der im Pflegeheim tätigen Fachkräfte (wie der Neurologin, der Psychologin und der Heimleitung) wahrgenommen worden sind. Diese Erlebnisschilderung der Informantin lässt den Schluss zu, dass zwischen der Einrichtungsleitung und den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung eine asymmetrische Kommunikation und Perspektivendivergenzen vorherrschend gewesen sein müssen und es in Folge dessen ganz offensichtlich nicht möglich wurde, die Bedürfnisse des Pflege teams zu kommunizieren. Auf der anderen Seite schien die Leitung der Einrichtung nicht in der Lage, die Bedürfnisse der

Patienten sind unter anderem die Medizinprofessionellen. Der Bewusstheitskontext der wechselseitigen Täuschung zeichnet sich dadurch aus, dass sowohl das medizinische Fachpersonal als auch der Patient gleichermaßen vollständig über den gesundheitlichen Zustand des Patienten, einschließlich dessen Prognose informiert sind, aber keiner der beteiligten Interaktionspartner gesteht seine Informiertheit gegenüber dem anderen Interaktionspartner ein. Als offenen Bewusstheitskontext beschreiben B.C. Glaser und A. Strauss (1974) die vollständige Informiertheit aller Beteiligten über Prognose und Gesundheitszustand des Patienten, sowie den offenen Umgang aller Beteiligten untereinander.

Mitarbeiter aus der Gesamtsituation heraus zu erschließen. Die dafür notwendige Kompetenz der Perspektivenübernahme scheint hier in der Leitungsebene vollständig zu fehlen.

Die Informantin spezifiziert die Art der helfenden Gespräche, die sie vermisst habe. Zum einen hätte sie gerne Gespräche gesucht zur Affektabfuhr, aber auch als eine Plattform um konstruktive Kritik anzubringen. Darüber hinaus habe sie aber auch nach gezielter Anleitung gesucht, wie die eigene Abgrenzung vom Leiden des Patienten gelingen könne. Die Informantin habe sich sehr allein gelassen gefühlt, was umso dramatischer scheint, wenn die Tatsache Betrachtung findet, dass die Informantin selbst tagtäglich in der Lage gewesen ist, die Hilfe- und Fürsorgebedürftigkeit anderer Menschen zu erkennen und ihr Handeln entsprechend zu orientieren (S. 146, 5 – 11).

In Folge fehlender Unterstützung bei der Bewältigung dieser psychisch belastenden Pflegesituation dynamisierte sich die Erleidenssituation der Pflegekräfte im Verlauf des Pflegeprozesses derart, dass auch das Privatleben der einzelnen Pflegekräfte ergriffen worden sei. Wie spannungsreich und gleichzeitig psychisch erschöpfend die Verlaufskurvenverfahrung für die einzelnen Mitarbeiter des Pflegeteams gewesen sein muss, spiegelt sich ganz besonders in folgender Aussage der Informantin wider:

11 Wir waren alle überfordert, wir konnten alle nicht abschalten,
12 die Familie hat drunter gelitten (-) ja (-) Das war eben so, dass es wirklich / da
13 standen eben unser Leiden und sein Leiden an derselben Stelle.
 (S. 146, 11 – 13)

Die Ausführungen der Informantin lassen eine nachhaltige Ergriffenheit vermuten, denn an dieser Stelle der Erzählung (S. 146, 13 – 14) macht die Informantin deutlich, dass die eigene Ergriffenheit und Verstrickung in die Krankheitsverlaufskurve des Tumorkranken mittlerweile auch auf den privat-familiären Bereich übergreifen hat. Die Informantin habe das Leiden des Patienten nun zu ihrem eigenen Leiden gemacht, was deutlich ihre Verstrickung in die Verlaufskurvennot des schwerkranken Pflegebedürftigen zeigt. Diese Verstrickung ist ohne Zweifel im Wesentlichen darin begründet, dass dem Pflegeteam seitens der Pflegeeinrichtung keinerlei Angebote zur Aufarbeitung der Belastungsmomente, die das Pflegeteam in der Palliativpflege bewältigen müssen, offeriert worden seien. Deutlich wird an dieser Stelle der Erzählung aber auch, dass das hier liegende Erzählpotenzial von der Informantin bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist. So lässt die Informantin offen, was genau sie damit meint, dass auch die Familie „darunter gelitten“ habe.

Ogleich zwischen dem damaligen Fallgeschehen und dem vorliegenden Interview ein zeitlicher Abstand von etwa einem dreiviertel Jahr liegt, scheint die persönliche Aufarbeitung der Eindrücke unter den Mitarbeitern noch nicht abgeschlossen. Das Pflegeteam flüchtet sich in innerkollegiale Bewältigungsversuche, indem die Pflegekräfte die gemeinsam geteilten Erlebnisse aus der Vergangenheit immer wieder in den Mittelpunkt ihrer Gespräche rücken (S.146, 14 – 15). In diesem Zusammenhang erinnert die Informantin, dass die persönliche Verstrickung in die Krankheitsverlaufskurve des Tumorkranken und die fehlende Aufarbeitung der massiv erlebten Belastungssituation dann sogar Auswirkung auf die eigene pflegepraktische Handlungskompetenz genommen habe. In einer Detaillierungsexpansion (S. 146, 15 – 25) beschreibt sie dies genauer: Mit schlechter werdendem Allgemeinzustand des Patienten seien auch zunehmend mehr Komplikationen wie Anfallsleiden und Beeinträchtigung der Funktion der Atemwege hinzugekommen, die eine besondere pflegepraktische Versorgung und Fachkompetenz vom Pflegeteam erfordert haben. So habe sich die Informantin bisweilen nicht zur Durchführung des endotrachealen Absaugens in der Lage gesehen. Die Informantin habe in diesen Situationen auf die Unterstützung eines Kollegen zurückgegriffen, der zwar nur als pflegerische Hilfskraft eingestellt worden war, aber als Rettungssanitäter ausgebildet gewesen sei. Auffällig wird hier der Wechsel des Sprachregisters: „...aber ich kann den nicht absaugen´ da kommt´s mir selber hoch...“ (S. 146, 23). Es ist anzunehmen, dass die Informantin so versucht, dem Zuhörer ihren erlebten Widerwillen zu vermitteln. Wie nachhaltig belastend diese Erfahrung für die Informantin gewesen sein muss, lässt sich deutlich daran erkennen, dass die Informantin offensichtlich Schwierigkeiten hat, die Geordntheit ihrer Erzählung beizubehalten, was sich insbesondere in dem Konstruktionsabbruch (S. 146, 24) widerspiegelt:

24 Das man da / man konnte ja auch nicht so wie man
25 wollte pflegen (,) ja (´)

(Katja Hermann, S. 146, 24 -25)

Die Informantin scheint nachhaltig bedrückt und beschämt, dass sie sich als handlungsunfähig erlebt hat, obgleich sie ansonsten über ein sehr hohes Maß an strategischer Handlungskompetenz verfügt. Hier wird deutlich, dass die emotionale Belastung und persönliche Involvierung der Informantin in die Verlaufskurve des Schwerkranken mittlerweile ein Ausmaß angenommen hat, welches ihre pflegerische Handlungskompetenz beträchtlich behindert.

Die Informantin hält ergebnissichernd fest, dass die Mitarbeiter des Pflgeteams ihre gemeinsam geteilten Erfahrungen auch gemeinsam im Arbeitsteam erinnern. Insbesondere dann, wenn Kollegen wieder miteinander im Dienst eingeteilt sind, die bereits zuvor in dieser Konstellation beim gemeinsamen Verrichten der Pflegearbeit nachhaltig belastende Erfahrungen gemacht haben. Dann scheint der Rückblick auf vergangene und gemeinsam erlebte Schwierigkeiten im Pflegealltag von besonderer Bedeutung für die Aufarbeitung erlebter Belastungen bei der Pflegearbeit (S.146, 25 – 31). Die Informantin merkt in diesem Zusammenhang an, dass ihre persönliche Belastung zwar noch gegenwärtig sei, dennoch aber allmählich von ihr abfallen würde. Dies ist sicherlich auch auf die aufarbeitenden Gespräche im Pflgeteam zurückzuführen. Daher liegt die Vermutung nahe, dass die pflgeteaminterne und nicht professionell durchgeführte Aufarbeitung von Belastungssituationen für die Informantin zu einer spürbaren Entlastung geführt hat.

12. Segment: Involvierung in gescheiterte Behandlung, gescheiterte Pflegebemühungen bei der Pflege eines schwer herzkranken Pflegebedürftigen jüngeren Alters und die Folgen fehlender professionell gesteuerter Entlastungsarbeit (S. 146, 31 – 147, 28)

31 Ja, und dann ist er verstorben und da war das Bett im Prinzip noch nicht
32 einmal kalt () und da haben wir dann noch einen gekriegt (-) einen jungen Mann (-)
33 der dann auch nach drei oder vier Wochen verstorben ist & in dem gleichen Bett. Und
34 meine Kollegin () wir hatten ja schon damals Dienst, als der andere Bewohner
1 gestorben ist und nun wieder, als dieser Bewohner gestorben ist. Das war so innerhalb
2 von drei Wochen. Ich weiß das alles noch ganz genau. Meine Kollegin die stand völlig
3 fassungslos da () hatte einen Teller und wollte den Bewohner füttern () und rief dann
4 auf einmal: „Komm doch mal! Komm doch mal!“ Und sie stand da und sagte:
5 „Irgendwie will der heute nicht essen.“ Und da sage ich zu ihr: „Du, der stirbt gerade.“
6 Er hatte ein ganz schwaches Herz gehabt, der durfte überhaupt nicht belastet werden.
7 Geduscht werden durfte der gar nicht () und raus heben (-) das ging auch nicht.
8 Er hatte ja auch einseitig nur einen Stumpf gehabt und das andere Bein fing dann eben
9 auch schon an () .. die Durchblutungsstörungen. Und meine Kollegin sagt: „Nee, der
10 stirbt nicht.“ Ich sage: „Sabine, der stirbt!“ Da hatte meine Kollegin ’n richtigen
11 Schock gehabt. Und da musste ich sie dann mit Gewalt raus schieben aus dem Zimmer
12 () weil sie nicht verarbeiten konnte, dass noch vor drei Wochen der und nun der
13 verstorben ist. Ja, da standen wir dann da () wir hatten zu dritt Spätdienst und da
14 kamen gerade Nachrichten vom ZDF () ich höre immer noch dieses piepen da (-) da
15 standen wir beide dann (-) einer rechts und einer links und da haben wir ihm dann
16 noch die letzten zwei Minuten beigestanden, haben gewartet, bis er seinen letzten
17 Atemzug gemacht hat. Da kam noch eine Träne an der Seite so raus (-) und dann ist er
18 gestorben. Das sind so ’ne Erlebnisse, wo wir oft sagen: „Weißt du noch?“ und das
19 sind auch so ’ne Erlebnisse die prägen. Da kannst de sechzig Jahre alt werden, das
20 vergisst du nicht, das prägt. Also das waren wirklich zwei prägende Erlebnisse.
21 I: Und für sie war niemand
22 da?
23 E: Nein gar nicht. Gar nicht. Keiner war da. Wir haben dann zwar öfter mal unsere
24 Pflegedienstleiterin angesprochen () Die war zwar selber mit der Situation überfordert
25 () weil die Ärztin und sie waren auch so ’n bisschen privat befreundet. Aber das war
26 dann nachher auch nicht mehr. Sie wusste eben selber auch nicht mehr, wie sie sich
27 verhalten soll. Hat wahrscheinlich auch gedacht: „Menschen, sprech mich bloß nicht
28 an.“ Aber na ja, das liegt nun hinter uns. (8) ja (10)

In diesem Darstellungszusammenhang erläutert die Informantin ihre Involvierung in gescheiterte Pflegebemühungen, Bezug nehmend auf die Pflege eines schwer herzkranken Pflegebedürftigen jüngeren Alters. Die Informantin erinnert sich, dass bereits unmittelbar nach Ableben des Tumorpatienten erneut ein Pflegefall in

eben dieses Pflegebett gekommen sei. Das Schicksal des Neuzuganges sei der Informantin ebenso nahe gegangen, wie die Leidensgeschichte des unlängst in diesem Pflegebett verstorbenen Tumorpatienten. Der Neuzugang sei ebenfalls noch sehr jung gewesen und passte, ebenso wie der Tumorpatient, nicht in das Erwartungsschema eines Pflegeheims. Die Informantin habe auch zu diesem Zeitpunkt auf keinerlei professionell gesteuerte Entlastungs- oder Bewältigungsarbeit zurückgreifen können. Stattgefunden hätten lediglich teamintern initiierte Entlastungsgespräche als Bewältigungsversuch der psychischen Belastung durch die pflegerische Versorgung des jungen herzkranken Mannes. Die Aufnahme dieses jungen pflegebedürftigen Mannes, der bereits kurze Zeit nach seiner Aufnahme verstorben sei, scheint der noch nicht aufgearbeitet Verstrickung der Informantin in die Krankheitsverlaufskurve des Tumorpatienten eine neue Dynamik zu verleihen.

Wiederholt wird deutlich, dass fehlende Entlastungs- und Bewältigungsversuche bezüglich der Verstrickungen einer Pflegekraft in die Krankheitsverlaufskurve eines Pflegebedürftigen negativen Niederschlag in der pflegerischen Handlungskompetenz finden kann. Die Informantin erinnert, am Tag des Ablebens des jungen herzkranken Mannes mit einer Kollegin den Dienst versehen zu haben, mit der sie bereits gemeinsam im Dienst war, als der Tumorpatient verstarb. Die Informantin erzählt, dass nur etwa drei Wochen nach dem Tumorpatienten auch der junge herzkranken Mann verstorben sei. Die Leidensgeschichte des jungen Mannes und dessen schnelles Ableben, welches auch noch sehr zeitnahe zum Tod des Tumorpatienten erfolgt sei, sei vor allem für die Kollegin der Informantin nicht mehr bewältigbar gewesen. Das zeigt die von der Informantin beschriebene Reaktion ihrer Arbeitskollegin auf das Ableben des jungen herzkranken Mannes. Die Kollegin habe dem Kranken das Essen darreichen wollen. Sie habe dann die Informantin eilig herbeigerufen, aus der tiefen Sorge heraus, dass dieser kein Essen zu sich nehmen wolle. Die Informantin erinnert sich weiter, dass sie ihrer Kollegin nachdrücklich verständlich machen musste, dass der junge Mann im Sterben liegen würde.

In einem Einschub (S. 147, 6 – 9) beschreibt die Informantin den schlechten Allgemeinzustand des jungen Mannes. Er sei wegen seinem schwachen Herz, wie es die Informantin ausdrückt, nur minimal belastbar gewesen. Daher habe die Grundpflege von den Pflegekräften vollständig übernommen werden müssen. Die Folgen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit des Herzens des jungen Patienten und der damit zusammenhängenden peripheren Durchblutungsstörungen hätten dazu geführt, dass eine einseitige Beinamputation bereits notwendig geworden sei, aber auch das andere Bein bereits deutliche Anzeichen massiver Durchblutungsstörungen aufgewiesen habe, so die Informantin.

Die Informantin kehrt wieder auf die Haupterzähllinie zurück (S. 147, 9) und fährt fort mit der detaillierten Darstellung der Sterbesituation des jungen Mannes. Die Kollegin der Informantin sei über die Aussage der Informantin, dass der Patient im Sterben liegen würde derart erschrocken gewesen, dass sie in einen Zustand vollständiger Handlungsunfähigkeit gefallen sei. Die Informantin habe ihre Kollegin mit Nachdruck aus dem Pflegezimmer hinausgeleiten müssen (S. 147, 10-13). Wie nachhaltig belastend die Pflegesituation und die Sorge um die Kollegin auch für die Informantin selbst waren, zeigt sich in der Tatsache, dass die Informantin auch den Handlungsrahmen detailliert erinnert. So habe sie noch sehr genau die Introduction und Sendeanstalt der zu diesem Zeitpunkt ausgestrahlten Nachrichtensendung lebendig präsent. Sie habe damals gemeinsam mit ihrer Kollegin in den letzten Minuten des Lebens des Kranken nicht nur Sterbebegleitung geleistet, sondern auch bis zum Ableben des Mannes an seinem Bett ausgeharrt. Die Informantin erinnert, dass noch kurz vor dem Ableben des Mannes eine Träne über dessen Wange geronnen sein.

Ergebnissichernd betont die Informantin, dass sie sich sehr häufig, gemeinsam mit ihren Kollegen, diese Situation in Erinnerung rufen würde und fügt an: „...das sind auch so ´ne Erlebnisse die prägen.“ (S. 147, 18 – 19). Die Informantin macht deutlich, dass sie nicht damit rechnet, dass perspektivisch die Nachhaltigkeit des Belastungserlebens signifikant abnimmt: „Da kannst de sechzig Jahre alt werden, das vergisst du nicht, das prägt.“ (S. 147, 19 – 20). Vielmehr scheint sich die Informantin von der zukünftigen Beeinflussung dieser Erlebnisse überzeugt. Die Informantin drückt in diesem Zusammenhang nochmals ihr Unverständnis darüber aus, dass sie trotz mehrmaligen Bittens keine Unterstützung von der Pflegedienstleitung erhalten habe, um die psychisch so anstrengenden Pflegesituation besser bewältigen zu können (S 147, 23-24).

In der Wahrnehmung der Informantin sei selbst die Pflegedienstleiterin in die Leidensgeschichte des Tumorpatienten verstrickt gewesen, da sie außerdienstlich mit der betreuenden Ärztin und Ehefrau des Tumorpatienten befreundet gewesen sei. Diese Freundschaft habe sich dann später aufgelöst. Die Pflegedienstleiterin habe nichts unternommen, um die vom Pflegeteam eingeforderte Entlastungs- und Bewältigungsarbeit in irgendeiner Form zu unterstützen. Vielmehr habe die Informantin geglaubt, dass die Pflegedienstleiterin es vorzog, der Interaktion eines geschlossenen Bewusstseinskontextes⁸³ eine Präferenz

⁸³ Charakteristisch für den geschlossenen Bewusstseinskontext ist die vollständige Ahnungslosigkeit in welcher ein Interaktionspartner den anderen Interaktionspartner bewusst belässt. (B. G. Glaser und A. Strauss, 1974)

einzuräumen (147, 26 – 28). Das hier liegende Themenpotenzial wird von der Informantin nicht ausgeschöpft, denn sie konkretisiert ihre Vermutungen diesbezüglich nicht weiter. Vielmehr schließt sie den Darstellungszusammenhang mit einem kurzen Verweis auf die nunmehr dazwischenliegende zeitliche Distanz. Dass diese Distanz lediglich eine zeitliche und nicht eine emotionale Distanz ist, lässt sich sehr deutlich an der darauf folgenden langen Gesprächspause von achtzehn Sekunden ablesen (S. 147, 28).

Insgesamt wird hier deutlich, dass die Tatsache der nicht geförderten bzw. nicht geleisteten Durcharbeitungs- und Entlastungsarbeit der Pflegekräfte – im Zusammenhang mit der Involvierung in schwierige oder gar gescheiterte Pflegebemühungen – negativen Niederschlag in der professionellen Orientierung der Pflegekräfte findet. Die nicht aufgearbeitete Verstrickung der Informantin und ihrer Kollegin in die Verlaufskurve des tumorranken Pflegebedürftigen besitzt das Potenzial, sich zu dynamisieren, um im weiteren Verlauf zu einem Zusammenbruch der Fähigkeit der pflegerischen Handlungskompetenz führen. Die Informantin und ihre Kollegin erleben, dass mit einem neuen, ähnlichen Schwerstpflegefall – einem jungen Mann mit einer Erkrankung des Herzens – zurückliegende Belastungsmomente in der Erinnerung der Pflegekräfte reaktiviert werden.

Obleich die Informantin den supportiven Charakter der nicht professionell geleiteten, pflegeteaminternen Aufarbeitungsgespräche als hilfreich hervorhebt, wird doch klar, dass diese Form der Aufarbeitung keineswegs ausreichend ist, sondern lediglich eine lindernde Wirkung hat.

13. Segment: Die (wiederkehrend auftretenden) Schwierigkeiten bei der pflegerischen Arbeit und die ungünstigen gesundheitspolitische Rahmenbedingungen (S. 147, 29 – 148,9)

- 29 I: Gibt es so Probleme und
 30 Schwierigkeiten im Pflegealltag, von denen sie sagen würden, die begegnen ihnen
 31 ständig wieder, das sind immer die gleichen wiederkehrenden Probleme und
 32 Schwierigkeiten im Pflegealltag?
 33 E: Ja (!) Ja (.) Ja (,) auf jeden Fall (.) Einige
 34 Probleme sind gesundheitspolitischer Natur (´) .. So zum Beispiel dass wir in unserer
 1 Pflege ständig (k) ich würde sagen, wir können nicht so arbeiten wie wir gerne
 2 möchten (-) Also das ist ganz extrem, weil wir kommen damit nicht klar (´) ahm (,) ..
 3 Dieses Gesundheitswesen ist kein Gesundheitswesen. Man hat Angst alt zu werden,
 4 krank zu werden. Wir hatten vorhin gerade wieder das Thema (-) das ist nur mal ein so
 5 ´n Beispiel (-) ahm. Da kam wieder irgendwo in den Medien, dass ein alter Mensch
 6 irgendwo, wo weiß ich nicht mehr, in einem Altenheim nicht richtig versorgt worden
 7 ist. So ´n Quatsch(!) Was ist denn mit den Menschen, die zu Hause gepflegt werden (!)
 8 Da kümmert sich kein Mensch drum. Da trinken die vielleicht frühmorgens ´n Kaffee
 9 und ´n Tee und abends vielleicht noch mal ´n Tee und das war´s dann. Da guckt
 10 überhaupt keiner danach.

Die Informantin wird gebeten, immer wiederkehrende Probleme und Schwierigkeiten, mit denen sie sich im Pflegealltag konfrontiert sieht, zu benennen. Die Informantin benötigt keinerlei Bedenkzeit, um ihre Antwort zu überlegen und zu strukturieren. Es scheint der Informantin sofort klar, was das Anliegen der Fragestellung ist und welches Exempel sie dazu anführen wird. Sie beginnt, die Probleme und Schwierigkeiten, welche ihrer Meinung nach im Pflegealltag existent sind, nach ihrer Genese zu differenzieren:

- 33 Einige
 34 Probleme sind gesundheitspolitischer Natur (´) .. So zum Beispiel dass wir in unserer
 1 Pflege ständig (k) ich würde sagen, wir können nicht so arbeiten wie wir gerne
 2 möchten (-) Also das ist ganz extrem, weil wir kommen damit nicht klar (´) ahm (,) ..
 3 Dieses Gesundheitswesen ist kein Gesundheitswesen. Man hat Angst alt zu werden,
 4 krank zu werden. (S. 147, 33 – 148, 49)

So stellt sie fest: „Einige Probleme sind gesundheitspolitischer Natur (´)“ (S. 147, 33 – 34), und fügt dann erklärend hinzu, dass es ihr nicht möglich sei, so zu arbeiten, wie es ihren Vorstellungen entsprechen würde (S. 148, 1-2). Die Informantin wechselt das Sprachregister, um die erlebte Mächtigkeit dieser Problemkonstellation zu veranschaulichen: „Also das ist schon ganz schön extrem, weil wir kommen damit nicht klar (´) ahm (,) ..“ (S. 148, 2) Diese Textstelle kann als Ankündigung verstanden werden, in der die Informantin darauf einstimmt, dass sie nicht nur ihrer eigene Sichtweise darlegt, sondern vielmehr auch die Perspektive ihrer Kollegen mit übernimmt. Deutlich wird dies im Gebrauch des Plurals: „...wir kommen damit nicht klar (´) ...“ (S. 148, 2). Dies lässt die vom ganzen Pflegeteam zu tragende Problemlast bereits zu Anbeginn ihrer Ausführungen erahnen.

Auch sieht die Informantin den eigentlichen Auftrag des Gesundheitswesens nicht erfüllt, was sie mit ihrer Befürchtung selbst gebrechlich und pflegebedürftig zu werden illustriert (S. 148, 3 - 4).

Dieser Ankündigung folgend beschreibt die Informantin in einem Darstellungszusammenhang (S.148, 4-10) die tiefer liegenden Schwierigkeiten, die ursächlich für existente Problemkonstellationen und Schwierigkeiten im stationären Pflegealltag sind. Die Informantin deutet Schwierigkeiten und Probleme an, die ihrer Meinung nach aus der einseitigen, medial inszenierten Berichterstattung über die vermeintlich existente defizitäre Pflegequalität⁸⁴ in Altenpflegeeinrichtungen stammen. Die Informantin beklagt die Art und Weise der einseitigen Medienberichterstattung zur angeblich mangelhaften Versorgung alter Menschen in Pflegeheimen. Wie bereits zuvor wechselt die Informantin das Sprachregister, um ihre persönlichen Distanz zu dieser Diskussionsführung zu unterstreichen: „So ´n Quatsch (!)“ (S. 148, 7). In einer Gegensatzanordnung nimmt die Informantin Bezug auf die im privat-familiären Rahmen geleistete häusliche Versorgung alter Menschen. Sie beklagt, dass in diesem Bereich keine adäquaten Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Pflegequalität existent seien, die den ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen durch Pflegefachkräfte zuteil wird.

14. Segment: Schwierigkeiten die im täglichen Arbeitshandeln die Pflegearbeit erschweren oder gar beeinträchtigen (S. 148, 10 – 152,7)

So, und dann kommen die ins Pflegeheim, und dann sollen

11 die von einem auf den anderen Tag ein bis zwei Liter trinken. Das geht gar nicht. Da
12 fragt aber keine nach (-) nach ihrer Biografie oder so, wie sie vielleicht vorher
13 gegessen und getrunken haben. Wie soll ich denen denn jetzt ein oder zwei Liter pro
14 Tag einflößen (?) Das geht doch nicht, ich kann se doch nicht zwingen. Dann werden
15 uns hier Bilanzblätter aufgedrückt. Wenn die Leute unter einen BMI von
16 einundzwanzig rutschen, dann muss ich einen Kostplan aufstellen! So ein Quatsch!
17 Ein BMI von einundzwanzig, da sind die Leute völlig ausreichend versorgt. Wenn der
18 BMI unter siebzehn geht, dann, ist es so, dass ich auch sage, da muss dann der Arzt
19 entscheiden. Da haben wir dann aber auch noch die Möglichkeit, dass der Arzt dann
20 dokumentiert, dass der Patient zwar muss, aber er will nicht. Ja, da steht dann bei uns
21 der MDK vor der Tür oder die Qualitätskontrolle (´) und da werden dann Protokolle
22 geschrieben & das ist so furchtbar! Ich kann doch die Leute nicht zwingen.

23 I:

Meinen sie

24 interne oder externe Qualitätskontrollen?

25 E:

die externen (.) ja (´) Wir haben zwar unseren

26 Qualitätszirkel, aber die arbeiten ja mit uns eng zusammen. Aber die externe
27 Qualitätskontrolle (!) Ja, da liegen Leute im Bett mit Kontrakturen und dünn und mit
28 trockener Haut aber was soll ich denn da machen? Die begreifen das vom Kopf her
29 nicht, das se trinken müssen. Dann kneifen se die Lippen zusammen. Ja, aber ich kann
30 doch die Schnabeltasse nicht dazwischen (!) das geht doch nicht. Da verletzte ich se
31 doch, das kann ich nicht und das mache ich auch nicht. Oder hier drücken (´) ((zeigt
32 auf ihre Wange)) Nee, das macht man nicht und dann spucken se mir auch alles wieder
33 aus. Wenn ´s drin bleibt ok. Was soll ich da machen. Da sagt der MDK: „Immer
34 wieder etwas anbieten.“ Ja aber was soll ich denn machen, wenn mir jemand sag, dass
1 er nicht trinken will! Mein Gott (!) ich habe das Recht auf Verwahrlosung, warum
2 habe ich nicht auch das Recht auf das Verweigern von Essen? Ich kann im Müll sitzen
3 so lange wie ´s nicht krabbelt, aber ich habe das Recht auf Verwahrlosung. Aber ich

⁸⁴ „Pflegequalität wird in einem Aushandlungsprozess zwischen Leistungserbringern, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, der Politik, den Professionen und den Kostenträgern definiert. Für die Umsetzung der Pflegequalität in den Einrichtungen und Diensten trägt jedoch das Management die zentrale Verantwortung. Während die einzelnen in einer Einrichtung tätigen Berufsgruppen und kooperierende Berufe, wie Hausärzte, Physio- und Ergotherapeuten etc., jeweils nur die Aktivitäten der eigenen Berufsgruppe verantworten, muss das Management die Verantwortung für den Gesamtprozess übernehmen.Zudem obliegt dem Management die Einführung und Anwendung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Es ist die Aufgabe des Managements, die Überzeugung in die Einrichtung zu vermitteln, dass die Anwendung moderner Methoden und insbesondere die Beachtung des State of the Art in der Pflege zwar zunächst eine finanzielle und zeitliche Investition darstellt, dass sich diese Investitionen aber durch die Einsparungen für die Behebung von Versorgungsfehlern und durch die Erhöhung der Pflegequalität auszahlen.“ (Adolph, H., Heinemann, H. - Deutsches Zentrum für Altersfragen - Diskurspapier-Nr. 38, März 2003, S. 19)

4 habe nicht das Recht dünn zu sein und Kontrakturen zu haben? Wir haben
 5 Ergotherapeuten und Physiotherapeuten und rein theoretisch müsste ich auch jedem
 6 rund um die Uhr alle Gelenke durchbewegen. Aber das geht nicht und das weiß jeder,
 7 der mal in der Altenpflege gearbeitet hat. Ab einem bestimmten Alter geht der Mensch
 8 in die Embryonalstellung zurück, da kann ich machen was ich will. Aber nein, da
 9 kommt dann wieder ein Arzt, und der knallt uns noch was auf. Aber was soll ich denn
 10 machen? Ich kann se doch nicht auf ne Streckbank legen (!) Wieso hat die Frau nicht
 11 das Recht, so in ihrem Bett zu liegen, wie sie gerne möchte (!) Wenn sie doch dabei
 12 gut gepflegt ist (.) sie ist nicht wund und sie hat keinen Dekubitus und trotz der
 13 Kontrakturen kein Intertrigo (.) Warum soll nun die Frau nicht so in ihrem Bett liegen
 14 wie sie das gerne möchte und wieso soll sie keinen Spitzfuß mehr haben, wenn sie
 15 sowieso nicht mehr aufsteht (!) Wieso muss ich diesen Kasten ins Bett stellen (.) Alles
 16 so was. Was macht man denn da? Aber wenn ich sehe, ich muss jemanden
 17 zweistündlich umlagern, da kann ich doch dann keine Spitzfußprophylaxe machen.
 18 Das geht nicht! Die Leute werden gezwungen, so zu liegen, wie die Pflegekräfte es
 19 wollen. Was ist das für ein Staat, der Kinder verhungern lässt und / Gerade habe ich
 20 einen Bericht gelesen. Da gibt es in Berlin so eine Art Suppenküche, da können die
 21 Kinder nach der Schule essen gehen, weil die Eltern nicht dafür sorgen können, dass
 22 ihre Kinder eine warme Mahlzeit haben. Da ist so ein Jugendtreff (°) und da wird von
 23 Spendengeldern dieses unterstützt. Das ist für die Kinder oftmals die einzige Mahlzeit
 24 (-) oder warme Mahlzeit am Tag. Das ist zwar nichts Pompöses, aber sie sind umsorgt.
 25 Ist das nicht traurig? Und hier stehen se uns auf ´m Zeh und wollen uns da nötigen,
 26 diese alten Leute voll zu stopfen und zu mästen, obwohl die das nicht mehr möchten?
 27 Ich kann dann eben nur dokumentieren, dass das Essen verweigert worden ist. Das ist
 28 wirklich ganz extrem. Wir hatten da mal eine Bewohnerin, die bekommt keine
 29 Windeln. Noch nicht mal dieses normale Kontingent. Das zahlt die Kasse nicht. Die
 30 Frau ist über achtzig Jahre alt, hat Deutschland mit aufgebaut, war eine Trümmerfrau.
 31 Die hat ihre Kinder hier großgezogen und einen Krieg mitgemacht. In diesem Krieg
 32 hat sie ihren Mann verloren. Und die kriegt jetzt im Alter noch nicht mal ´ne Windel
 33 um? Und das ist so was, was mich wütend macht und das hemmt uns in unserer
 34 Arbeit. Aber Hauptsache die Akten sind geschrieben und noch ein Standard und noch
 1 ein Dokumentationsblatt mehr und noch ne Planung geschrieben, die immer aktuell
 2 sein muss & und das kotzt uns alle an (!) Und wehe die Akten sind nicht anständig
 3 geführt. Wichtig ist doch der Mensch (!) Diese ganze Gesundheitspolitik, diese ganze
 4 Schreibung und diese ganzen Standards, das hemmt uns dermaßen in unserer Arbeit.
 5 Da sollen wir auf der einen Seite diese ganzen Pflegestandards einhalten (.) aber wir
 6 arbeiten hier doch in der Bezugspflege bedürfnisorientiert. Und da ist für uns nur das
 7 Bedürfnis des Bewohners wichtig, und keine Standards oder Richtlinien. Aber das
 8 wird einem aufgedrückt. Das ist furchtbar. Diese Standards und Richtlinien die sollten
 9 se mal in der Kinderbetreuung oder in der Schulbildung einführen. Da fragt keiner
 10 danach, ob die Kinder richtig untergebracht werden, also ich meine damit, ob die
 11 Schule bedürfnisgerecht ist (-) ja (°) Also ich krieg so ´n Hals, wenn ich daran denke,
 12 mit was für einem Bus mein Sohn jeden Morgen zur Schule unterwegs ist. Das Gesetz
 13 sagt aus, jedes Kind muss einen Sitzplatz haben und auch einen Sicherheitsgurt. So,
 14 aber es gibt bei uns nur einen Bus, der fährt von Dorf zu Dorf (°) da stehe alle
 15 gekringelt und wenn man Pech hat, dann kommt man noch nicht einmal rein in den
 16 Bus. Die sitzen im Bus auf der Treppe und drängeln sich in den Gängen. Der Bus fährt
 17 bei Wind und Wetter und bei Glatteis. Was wir Eltern da schon unternommen haben
 18 (!) Aber die Schule kann nichts machen und die Stadt stellt keinen weiteren Bus. Wo
 19 sind den da die Richtlinien? Wo sind da die Standards? Wo ist da die
 20 Qualitätskontrolle, die was prüft? Aber bei den alten Leuten, die in Ruhe ihren
 21 Lebensabend verbringen wollen (-) die wollen eben nicht, dass ich da drei Mal am Tag
 22 an das Bett trete und deren Knochen hin und her bewege. Das wollen die doch nicht.
 23 Das es Kontrollen und auch Qualitätskontrollen geben muss, das ist doch klar, aber
 24 man soll doch die Kirche im Dorf lassen. Auf der einen Seite haben se für die alten
 25 Leute politisch nichts mehr über, da werden se auf ´s Abstellgleis gestellt (°) die
 26 Renten werden immer weniger, selbst an den Windeln wird gespart (-) jeden Pups
 27 müssen se selber bezahlen & wovon denn (?) und auf der anderen Seite machen se
 28 hier so ein Brimborium. Das ist doch ein Widerspruch in sich und dass ist das, was uns
 29 maßlos ankotzt. Verschiedene Ärzte und jeder hat eine andere Meinung (°) Dann muss
 30 man sich dies gefallen lassen und das (-) und der eine ordnet was so an (°) der nächste

- 31 Arzt ordnet es wieder ganz anders an (´) .. Dann schreiben die Ärzte immer häufiger
 32 Sachen nicht auf, weil sie sagen, das würde über ihr Kontingent gehen (-) .. Die tun
 33 immer so, als ob se das selbst bezahlen müssen, beziehungsweise als ob ich das
 34 Verordnete für mich selbst haben möchte. ((lachen))
- 1 I: ((lachen)) Nach der interdisziplinären
 2 Zusammenarbeit wollte ich sie ja auch fragen. ((lachen))
- 3 E: Bis vor etwa einem Jahr
 hatten wir
- 4 hier eine Hausärztin für die meisten Bewohner, bis auf die Leute, die sich ihren
 5 eigenen Hausarzt mitbrachten. Das war aber eher die Seltenheit. Die meisten Ärzte
 6 haben gesagt: „Nee, wegen einer Patientin komme ich hier nicht extra raus, wenn sie
 7 einen Heimarzt haben, dann würde ich da auch abgeben.“ Da war denen das dann zu
 8 viel, hier ein Mal im Monat herzukommen und mal ne Visite zu machen. Das ist
 9 gängig, dass die Leute aus dem Krankenhaus zu uns kamen, hier geblieben sind und
 10 die Hausärzte die Betreuung abgegeben haben, weil sich das nur für mehrere Leute
 11 lohnt, aber nicht extra für einen (.) und deswegen hatte unsere Ärztin im Prinzip fast
 12 alle, bis auf einige Bewohner. Darum war die Zusammenarbeit im Wesentlichen gut.
 13 Es hat zwar öfter auch mal geraucht, weil wir unterschiedlicher Auffassung waren,
 14 oder wir hatten das Gefühl, es wird zu lange rumprobiert, nur um irgendwelche Kosten
 15 in die Höhe zu treiben. Aber letztendlich wurde so dem Bewohner nicht geholfen und
 16 manchmal hatten wir auch das Gefühl, wir müssen mit der fertigen Diagnose und dem
 17 was wir wollen zu ihr kommen. Ja, so war ´s teilweise schon. Dann wurden auch
 18 Sachen vorausgesetzt, die nicht unsere Aufgabe sind, aber diese Ärztin ist uns
 19 gegenüber ja nicht weisungsberechtigt. Sie muss sich dann bene für bestimmte Sachen
 20 ihre Schwestern mitbringen. Die müssen dann eben mal rüber kommen, wenn die
 21 Bewohner zum Beispiel ihre Depotspritzen kriegen. Ja, sie hat das angeordnet, aber sie
 22 hat uns keine Spritzen gegeben. Sie hat zwar die Ampullen verschrieben, aber keine
 23 Spritzen und keine Kanülen. Da habe ich gefragt, was ich damit machen soll. Ich kann
 24 ´s ihr ja nun nicht auf de Stulle schmieren. Ich habe ihr gesagt, dass sie uns jetzt
 25 entweder das Material, also die Spritzen und die Kanülen rüber schickt, oder sie muss
 26 uns ihr Personal schicken. Ihr Personal hat aber keine Lust, sich mit unseren
 27 Bewohnern / Wir haben Bewohner, die schizophoren sind und die lassen sich von
 28 Fremden nicht spritzen. Da hat ihr Personal dann auch gesagt, dass sie das nicht
 29 machen und da hat se dann nach langem in und her was aufgeschrieben. Als ob ich die
 30 mit nach Hause nehme, was soll ich denn damit. Es ist schon (-) / geizig ist sie. Wir
 31 kooperieren aber auch noch mit zwei Lungenärzten und die loben uns dann auch mal
 32 und freuen sich das alles vorbereitet ist, wenn sie kommen, ein Schwester ist abgestellt
 33 zur Visite und ist auch informiert und auskunftsfähig. Das kenn ich von vielen anderen
 34 Ärzten nicht. Die rufen nur laut und dann hat man auch schon da zu sein. Also / Aber
 1 diese beiden Lungenärzte die erklären einem auch mal was und man kann auch mal
 2 was fragen. Das ist nicht so das typische Arzt-Schwestern-Verhältnis, man muss nicht
 3 so ´n großen Respekt haben. Das Verhältnis ist eher locker und sehr angenehm. Und
 4 das macht die Zusammenarbeit dann auch sehr angenehm und viele einfacher. Oder
 5 man fragt auch einfach mal, wenn die Erkältungszeit losgeht, ob wir nicht mal für den
 6 ein oder anderen schon was auf Vorrat haben können. Da kann man mit den Ärzten
 7 auch gut reden, da schreibt se schon was auf. Ja (.) ahm (.) na ja (.) ...gut (!)

In den folgenden Darstellungszusammenhängen (S. 148, 10 – 152, 7) beschreibt die Informantin die unterschiedlichen Problemkonstellationen und Schwierigkeiten in der stationären Altenpflege, die im täglichen Arbeitshandeln die Pflegearbeit erschweren oder gar beeinträchtigen.

Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln bezogen auf die sicherzustellende Nahrungsaufnahme der Pflegebedürftigen und bezogen auf die Kontraktprophylaxe

Zunächst beschreibt die Informantin in einem Subsegment (S. 148, 10 – 149, 2) die Schwierigkeit, die Bedürfnisse und Gewohnheiten der Pflegebedürftigen, die die Nahrungsaufnahme betreffen, mit den standardisierten Vorgaben und Richtwerten, die im Rahmen der Pflegequalitätskontrolle Einrichtungsintern und bei externen Kontrollen maßgebend sind, in Einklang zu bringen.

Die Informantin bezieht sich dabei auf die im vorangegangenen Darstellungszusammenhang angeführten Missstände der einseitigen und wenig tiefgründig-sachlichen medialen Inszenierung von angeblichen Missständen in der stationären Altenpflege. Auch betont die Informantin wiederholt die zu vermissende Kontrolle der

Pflegequalität in der häuslichen Pflege. Sie beklagt, dass den biografischen Besonderheiten, individuellen Bedürfnissen, Gewohnheiten und Besonderheiten im Lebensführungsstil der Pflegebedürftigen nach Übertritt von der häuslichen Versorgung in die stationäre Betreuung eines Pflegeheims nicht angemessene Bedeutung zugesprochen würde und diesbezüglich auch keine angemessenen Handlungsspielräume für die Pflegekräfte gegeben seien. So führt die Informantin an, dass sie sich nicht im Stande sehe, einen Menschen, der zeitlebens nur sehr wenig getrunken habe, nunmehr nach Aufnahme im Pflegeheim eine vorgeschriebene Trinkmenge von zwei Litern Flüssigkeit pro Tag, die u. U. wider der Gewohnheit des Menschen und dessen gefühltem Bedarf seien, zu verabreichen. Die Informantin sieht sich einer dilemmatischen Anforderung gegenüber. Zum einen ist sie als Pflegekraft den Pflegestandards des Hauses und den allgemeingültigen pflegerischen Grundsätzen verpflichtet; zum anderen sieht sie sich auch den individuellen und sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und den biografischen Besonderheiten der Pflegebedürftigen moralisch verpflichtet. Diese dilemmatische Anforderung scheint für die Informantin auch gerade deswegen unaushaltbar, weil sie als Pflegekraft zu einer ehrlichen Ein- und Ausfuhrkontrolle sowie zur Dokumentation dessen im so genannten Bilanzierungsblatt verpflichtet ist (S. 148, 10 – 15).

Die Informantin fügt noch ein weiteres Beispiel zur Verdeutlichung von Problemhorizonten an: So sei der so genannte Bodymaßindex (BMI) ein Indikator für den unbedingten Beginn von Pflegeinterventionen, wenn der Wert von einundzwanzig unterschritten wird. Mögliche Pflegeinterventionen seien dann beispielsweise das Erstellen eines Kostplanes, sowie das Kontrollieren und das Dokumentieren der zugeführten Nahrungsmenge. Wiederholt wechselt die Informantin das Sprachregister, um ihr Unverständnis gegenüber dieser, ihr rigide erscheinenden, Richtlinie zu verdeutlichen. Diese Richtlinien würden ihrer Meinung nach keinen Spielraum für die individuellen Besonderheiten der pflegebedürftigen Menschen offen lassen. Die Informantin verleiht über eine Änderung des Sprachregisters ihrer Kritik Nachdruck: „So ein Quatsch!“ (S. 148, 16) Wieder sieht sich die Informantin dilemmatischen Anforderungen ausgesetzt. Einerseits möchte sie eine bedürfnisorientierte Pflege praktizieren; andererseits aber müsse die Informantin pflegebedürftigen Menschen, denen es nach ihrer fachlichen Einschätzung bestens gehe, ab einem BMI unter einundzwanzig einen Kostplan „aufzwingen“. Die Informantin sucht trotz rigider Vorschriften und allgemeingültiger Standards einen eigenen Handlungsspielraum. Die Informantin sieht ihren Handlungsspielraum darin, ihrer eigenen fachkompetenten Einschätzung zu vertrauen. Sie behält zwar den BMI-Richtwert im Auge, sucht aber auch nach der Grenze zwischen Wohlbefinden und Interventionsnotwendigkeit in der Pflege. Dass die Informantin diesen Entscheidungsspielraum auch verantwortungsvoll handhabt, möchte sie mit der Aussage glaubhaft machen, dass sie ab einem auch für sie bedenklich scheinenden BMI von unter siebzehn ärztlichen Rat und Unterstützung einholen würde, um weitere Pflegeinterventionen abzustimmen. Die Informantin sieht sich wiederholt „zwischen Amboss und Hammer“. Denn selbst wenn ein Arzt den Unwillen eines Pflegebedürftigen zur Nahrungsaufnahme dokumentiere, würde dann der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und die externen Qualitätskontrolle⁸⁵ „vor der Tür stehen“ wie die Informantin sagt und es würden „... dann Protokolle geschrieben (S. 148, 20 – 21)⁸⁶.

85 Den externen Qualitätskontrollen kommt die „...wichtige Funktion zu, einen Mindestqualitätsstandard durch die Androhung von Sanktionen im Falle des Unterlaufens einer bestimmten Qualitätsschwelle zu gewährleisten. Für Leistungserbringer, die bislang keine Anstrengungen in Richtung einer internen Qualitätssicherung unternommen haben, geben Qualitätskontrollen häufig überhaupt erst Anstöße in diese Richtung. Ferner hat die externe Qualitätskontrolle die Aufgabe, die Träger von Einrichtungen in der Altenpflege bei der Qualitätssicherung beratend zu unterstützen. Wichtig ist im Zusammenhang mit den externen Qualitätskontrollen aus Sicht der Experten, dass die mit den Prüfungsergebnissen evtl. einhergehenden Auflagen und Empfehlungen auch umgesetzt bzw. die Umsetzung kontrolliert wird.“ (Adolph, H., Heinemann, H. - Deutsches Zentrum für Altersfragen - Diskurspapier-Nr. 38, März 2003, S. 18)

86 Auszug aus „Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste“: „Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) haben in den vergangenen Jahren in 1.800 ambulanten und in ca. 2.200 stationären Pflegeeinrichtungen Qualitätsprüfungen durchgeführt. Diese Prüfungen haben ein äußerst heterogenes Qualitätsniveau in den Pflegeeinrichtungen offen gelegt. Nach einer Auswertung der Medizinischen Dienste aus dem Jahr 1999 bestehen Defizite insbesondere bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und von Pflegekonzepten in die Pflegepraxis. Darüber hinaus zeigen sich Defizite in der Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkräfte und bei der Aktualisierung des pflegefachlichen Wissens durch Fortbildung. Besondere Problembereiche sind die Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie die Ernährung und die ausreichende Versorgung mit Flüssigkeit - mit der Folge, dass es nicht selten zu Unterernährung oder Austrocknung kommt, die wiederum eine medizinische Akutversorgung notwendig machen kann. In vielen Einrichtungen werden die Ressourcen der Bewohner und Bewohnerinnen nicht erhalten oder aktiviert, sondern im Interesse eines reibungslosen und schnellen Arbeitsablaufs wegen nicht vorhandener Planungsvorgaben deaktiviert bzw. ‚passiviert‘.“ (Quelle: Gemeinsame Presseerklärung von: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg AEV - Arbeiter-Ersatz-Kassen-Verband e.V., Siegburg, Essen, den 6.7.2000)

Die Aussage der Informantin, dass dies furchtbar sei und das sie die Pflegebedürftigen Menschen doch nicht zur Nahrungsaufnahme zwingen könne (S. 148, 22), lässt den durch diese dilemmatischen Anforderungen ausgelösten Druck auf die Informantin erahnen. Es wird deutlich, dass die Informantin Schwierigkeiten in der Vereinbarung von heimbewohnerindividuellen Wünschen und Bedürfnissen mit den rigiden pflegequalitätsbezogenen Richtlinien sieht. Die Tatsache, dass die fachkompetente Einschätzung der Informantin gerade auch in der durch externe Instanzen vorgenommenen Bewertung des Ernährungs- und Pflegezustandes des Heimbewohners völlig bedeutungslos zu sein scheint, stellt mit Sicherheit ein weiteres Element in der gesamten Problemkonstellation bezüglich der Schwierigkeiten im pflegerischen Handeln dar. Auch dynamisieren sich so die von der Informantin erlebten Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln.

Die Interviewerin stellt eine Zwischenfrage zur Verständnissicherung, ob sich die Informantin in ihrer Aussagen zuvor auf die interne oder die externe Qualitätskontrolle bezogen hätten (S. 148, 23 – 24). Die Informantin erklärt, dass sie sich in ihrer Aussage zuvor auf die externe Qualitätskontrolle bezogen habe. Sie betont auch, dass die so genannte interne Qualitätskontrolle⁸⁷, ebenso wie die Qualitätszirkel⁸⁸ sehr eng mit den Pflegekräften zusammenarbeiten würde.

In einer Gegensatzanordnung stellt die Informantin die tiefklüftig diskrepanten Sichtweisen der so genannten externen Qualitätskontrolle dar. Die von der Informantin angeführten im Pflegeprozess existenten Schwierigkeiten, wie beispielsweise die Schwierigkeit, einem Pflegebedürftigen, der die Aufnahme von Nahrungsmitteln zurückweist oder gar verweigert, dennoch ausreichend Nahrungsmittel zuzuführen, würden durch die Diskrepanzen in der externen Beurteilung und Bewertung der Pflegesituation und der Pflegequalität verstärkt und erhielten eine neue Dynamik.

Die Informantin sieht sich sichtlich entsetzt und voller Unverständnis der Tatsache gegenüber, dass in ihrer Wahrnehmung dem pflegebedürftigen Menschen das Recht auf Selbstbestimmung abgesprochen würde, wie beispielsweise das Recht auf Verweigerung der Nahrungsaufnahme, aber auch das Recht, dünn zu sein (S. 149,3– 4). Die Informantin sieht sich in dem Dilemma gefangen, einerseits die Grundrechte der ihr anvertrauten Pflegebedürftigen zu achten; gleichzeitig aber sieht sich die Informantin außer Stande, das Grundrecht eines Menschen auf Selbstbestimmung – wie beispielsweise das Recht auf Nahrungsverweigerung – zu achten, da Folgen wie Gewichtsreduktion und Exsikkose mit mangelnder geleisteter Pflegequalität oder gar fahrlässiger/vorsätzlicher Vernachlässigung in Zusammenhang gestellt und dann dem Pflegeteam und letztendlich der Pflegeeinrichtung zur Last gelegt werden. Eine Folge dieses Dilemmas ist das Erleben von Hilflosigkeit, bis hin zu erlebter Handlungsunfähigkeit, was die Informantin in einer Beschreibungsdetailierung (S. 148, 27 – 149, 19) nunmehr genauer ausführt:

Zu Beginn der Beschreibungsdetailierung (S. 148, 27 – 149, 19) stimmt die Informantin auf zwei dominante Schwierigkeiten im Pflegehandeln ein: Einmal würden gerade bettlägerige Pflegebedürftige tendenziell Kontrakturen entwickeln, sehr dünn sein und trockene Haut aufweisen. Gleichzeitig stellt die Informantin aber ihre eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten diesbezüglich heraus: Die Informantin erklärt, dass die alten Menschen oftmals kognitiv nicht mehr in der Lage seien zu verstehen, dass sie ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen müssen. Als Signal der Ablehnung der Flüssigkeitszufuhr würden die Pflegebedürftigen dann oftmals ihren Mund fest verschließen. Die Informantin schließt für sich aus, die Schnabellaste gewaltsam zwischen die zusammengepressten Lippen der Pflegebedürftigen zu schieben (S. 148, 28 – 32). Gleichzeitig macht die Informantin aber auch deutlich, dass sie der Situation hilflos gegenüber stünde und nicht wisse, wie sie auf diese Verweigerungshaltung der Pflegebedürftigen reagieren solle. Die Informantin sehe sich zwischen dem Willen des Pflegebedürftigen und den Forderungen der Instanz des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Sie sehe sich einer dilemmatischen Situation ausgesetzt und fühle sich hilflos. Auf der einen Seite würde es die Informantin ablehnen, den pflegebedürftigen Menschen die Flüssigkeit gegen deren Willen einzuflößen. Auf der anderen Seite stünde jedoch die Instanz des MDK, der die Lösung des Problems ganz einfach darin sehen würde, dass die Pflegekräfte das Trinken lediglich konstant anbieten müssten. Die Informantin habe auf dieses vom MDK vorgeschlagene Handlungsschema hilflos und mit Unverständnis reagiert (S. 148, 33 – 149, 1).

1 Mein Gott (!) ich habe das Recht auf Verwahrlosung, warum
2 habe ich nicht auch das Recht auf das Verweigern von Essen? Ich kann im Müll sitzen

⁸⁷ Die interne Qualitätskontrolle hat sich in Anlehnung an die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI als wirksames Mittel zur einrichtungsinternen Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung etabliert. Die interne Qualitätskontrolle soll Potenziale hinsichtlich der Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung in der Pflegeeinrichtung aufspüren.

⁸⁸ In vielen Pflegeeinrichtungen sind neben der so genannten internen Qualitätskontrolle auch so genannte Qualitätszirkel existent, welche die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsverbessernden Maßnahmen, bezogen auf die Pflegequalität - einrichtungsintern oder einrichtungsverbundintern - zur Aufgabe haben.

- 3 so lange wie ´s nicht krabbelt, aber ich habe das Recht auf Verwahrlosung. Aber ich
 4 habe nicht das Recht dünn zu sein und Kontrakturen zu haben??
 (S. 149, 1-4)

Die Informantin erklärt hier ihre dilemmatische Situation genauer, indem sie bestehende Diskrepanzen im gesellschaftlichen Fokus in den Blick nimmt. Einerseits habe man im privaten Raum das Recht zur Selbstverwahrlosung, bis zu dem Zeitpunkt, wo sich ansiedelndes Ungeziefer die Behörden zum Handeln und Einschreiten zwingt. Andererseits, so stellt die Informantin heraus, werde einem Menschen in der stationären Altenpflege das Recht auf Nahrungsverweigerung ebenso wenig zugestanden, wie das Recht, die von den Pflegebedürftigen zumeist als belastend und einschränkend empfundene Kontrakturenprophylaxe abzulehnen.

Problemhorizonte in Zusammenhang mit der Kontrakturenprophylaxe

In einer nachfolgenden Detaillierungsexpansion stellt die Informantin ausführlich dar, warum sich die Vermeidung von Kontrakturen in der Pflegearbeit für die Informantin nicht problemfrei gestalte. Die Informantin merkt zunächst kurz an, dass zum Team der Pflegeeinrichtung auch Ergotherapeuten und Physiotherapeuten gehören würden. Sie lässt dabei allerdings offen, ob die Ergo- und Physiotherapeuten im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses hausintern beschäftigt sind, oder ob sie ausschließlich nach ärztlicher Anordnung die entsprechenden Pflegebedürftigen auf den jeweiligen Stationen aufsuchen. Die Informantin macht allerdings auch deutlich, dass sie sich ihres pflegerischen Auftrages hinsichtlich des kontinuierlichen Durchführens einer Kontrakturenprophylaxe bewusst ist. Dem fachlichen Wissen um die Bedeutung der Kontinuität in der Durchführung der Kontrakturenprophylaxe gegenüber sieht die Informantin die fachpraktische Realität, die sich in ihren Augen so darstellt, dass bettlägerige Pflegebedürftige wie von selbst eine Art bequeme Schonhaltung einnehmen würden. Diese Schonhaltung steht allerdings in absolutem Gegensatz zu einer professionellen Kontrakturenprophylaxe – wie beispielsweise verbunden mit Lagerung unter Zuhilfenahme von Lagerungshilfen. Die Informantin betont sehr eindringlich, dass sie dem Bedürfnis des bettlägerigen Kranken nach der individuell bevorzugten, bequemeren Lage gerne entsprechen würde, auch wenn diese hinsichtlich einer Kontrakturenprophylaxe kontraproduktiv sei. An dieser Stelle ihrer Erzählung verweist die Informantin deutlich auf bestehende Perspektivenunterschiede in der Betrachtung des Allgemeinzustandes und der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zwischen behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal:

- 8 Aber nein, da
 9 kommt dann wieder ein Arzt, und der knallt uns noch was auf. Aber was soll ich denn
 10 machen? Ich kann se doch nicht auf ne Streckbank legen (!) Wieso hat die Frau nicht
 11 das Recht, so in ihrem Bett zu liegen, wie sie gerne möchte (!) Wenn sie doch dabei
 12 gut gepflegt ist (,) sie ist nicht wund und sie hat keinen Dekubitus und trotz der
 13 Kontrakturen kein Intertrigo (,) Warum soll nun die Frau nicht so in ihrem Bett liegen
 14 wie sie das gerne möchte und wieso soll sie keinen Spitzfuß mehr haben, wenn sie
 15 sowieso nicht mehr aufsteht (!) Wieso muss ich diesen Kasten ins Bett stellen (,) Alles
 16 so was. Was macht man denn da? Aber wenn ich sehe, ich muss jemanden
 17 zweistündlich umlagern, da kann ich doch dann keine Spitzfußprophylaxe machen.
 18 Das geht nicht! Die Leute werden gezwungen, so zu liegen, wie die Pflegekräfte es
 19 wollen.
 (S. 149, 8-19)

Die Aussagen der Informantin legen nahe, dass sie sich von den betreuenden Ärzten autoritär dirigiert fühlt. Die Informantin zeigt hier deutlich auf, dass der Perspektivenunterschied bezüglich der Kontrakturenvermeidung, welcher zwischen den betreuenden Ärzten und dem Pflegepersonal existent ist, eine stark asymmetrische Kommunikation zur Folge hat. Die Informantin erlebt einmal mehr das Gefühl, in einer dilemmatischen Situation verstrickt zu sein. Die Pflegekraft würde gerne dem Willen des Pflegebedürftigen bettlägerigen Menschen entsprechen, sich bequem und entsprechend der individuellen Gewohnheiten zu hinzulegen. Sie sieht sich dabei aber zwischen dem Willen des bettlägerigen Pflegebedürftigen, der eben nicht von der Pflegekraft unter Zuhilfenahme von Lagerungshilfen, nach rigidem zeitlich Lagerungsplan in eine als unangenehm und unbequem empfundene Liegeposition verbracht werden möchte, und der Notwendigkeit der Durchführung einer pflegeprofessionellen Kontrakturenprophylaxe.

Ein gesellschaftskritischer Blick der Informantin

Die Informantin fädelt sich wieder auf der Haupterzählinie ein (149, 19) und nimmt eine Gegensatzanordnung vor (S. 149, 19 – 26)

- 19 Was ist das für ein Staat, der Kinder verhungern lässt und / Gerade habe ich
 20 einen Bericht gelesen. Da gibt es in Berlin so eine Art Suppenküche, da können die
 21 Kinder nach der Schule essen gehen, weil die Eltern nicht dafür sorgen können, dass

- 22 ihre Kinder eine warme Mahlzeit haben. Da ist so ein Jugendtreff () und das wird von
 23 Spendengeldern unterstützt. Das ist für die Kinder oftmals die einzige Mahlzeit
 24 (-) oder warme Mahlzeit am Tag. Das ist zwar nichts Pompöses, aber sie sind umsorgt.
 25 Ist das nicht traurig? Und hier stehen sie uns auf 'm Zeh und wollen uns da nötigen,
 26 diese alten Leute voll zu stopfen und zu mästen, obwohl die das nicht mehr möchten?

Die Informantin nimmt den Missstand der Kinderarmut in unserer Gesellschaft in den Blick. Es entzieht sich ihrem Verständnis, dass einigen Kindern in unserer Gesellschaft so scheinbar Normales wie ausreichend Nahrungsmittel nicht zur Verfügung stehen würden.

Die Informantin scheint ein grundlegendes Interesse am Zustand unserer Gesellschaft und diesbezügliches Informationsbedürfnis zu besitzen, da sie sich in ihrer Erzählung auf einen Zeitungsartikel bezieht: Auf der einen Seite scheinen einige Eltern nicht mehr im Stande, ausreichend Lebensmittel oder eine tägliche warme Mahlzeit für ihre Kinder vorzuhalten. Sondern von Spendengeldern finanzierte Suppenküchen würden diese Kinder umsorgen, so habe es die Informantin dem Zeitungsartikel entnommen. Auf der anderen Seite hingegen sehe sich die Informantin gezwungen, dem alten pflegebedürftigen Menschen wider dessen Willen und trotz dessen Inappetenz die Mahlzeiten aufzuzwängen.

In einer Ergebnissicherung (S. 149, 27 – 28) fasst die Informantin zusammen: „Ich kann dann eben nur dokumentieren, dass das Essen verweigert worden ist. Das ist wirklich ganz extrem.“ (S. 149, 27 – 28) Hier wird deutlich, dass die Informantin neue heteronome Rationalitäten bei der Arbeit entwickeln muss. Sie müsse dann jede Nahrungsverweigerung in der Pflegedokumentation des Pflegebedürftigen dokumentieren. Dieser Umstand scheint die Informantin sehr zu beanspruchen und zu belasten, denn sie selbst beschreibt diese Situation als „...wirklich ganz extrem.“ (149, 28)

Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln, die aus den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Pflegearbeit resultieren

In einem neuen Darstellungszusammenhang nimmt die Informantin die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den Blick (S. 149, 28 – 152, 7). Hierzu führt sie verschiedene Beispiele an, an Hand derer sie die negativen Einflüsse der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen auf die Pflegearbeit, und nicht zuletzt auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Ärzten, erörtert.

Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln durch die Notwendigkeit der kostenorientierten Pflege – Mangel an Inkontinenzmaterial

Zunächst führt die Informantin exemplarisch den Mangel an Inkontinenzmaterial an (S. 149, 28 – 33). Die Informantin erinnert sich an eine alte Dame, die vom zuständigen Kostenträger keinerlei Inkontinenzmaterial zugebilligt bekommen hätte, noch nicht einmal der Minimalbedarf kostengedeckt worden sei. Die Informantin macht latent, aber dennoch nachdrücklich klar, wo sie moralische Verwahrlosungstendenzen unserer Gesellschaft sieht. So habe die hoch betagte alte Dame den Krieg miterleben müssen, in welchem sie ihren Mann verloren hat. In den Nachkriegsjahren habe sie als so genannte Trümmerfrau beim Wiederaufbau Deutschlands geholfen. Ihre Kinder habe die alte Dame alleine großgezogen. Gerade vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die alte Dame ein arbeits- und schaffensreiches Leben zum gesamtgesellschaftlichen Wohl vorzuweisen habe, empfindet es die Informantin als einen unhaltbaren Zustand, dass ihr nun noch nicht einmal eine kostenfreie und selbstverständliche Versorgung mit Inkontinenzmaterial zustehen würde. Diese ungerechte ökonomische Rationalität scheint für die Informantin nicht zu durchbrechen zu sein. Ergebnissichernd beschreibt sie daher ihre emotionale Befindlichkeit als wütend (S. 149, 33) und fügt an, dass sie sich deshalb als diesbezüglich handlungsunfähig erleben müsse (S. 149, 33 - 34).

Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln durch immensen Dokumentationsaufwand und damit zusammenhängend auch durch die streng pflegestandardgebundene Versorgung

Die Informantin beklagt, dass der sorgfältigen und lückenlosen Pflegedokumentation, den Pflegestandards und der stets aktualisierten Pflegeplanung eine höhere Bedeutung beigemessen würde als dem Menschen selbst (S. 149,34 – 150,3). Die Aussage „Und wehe die Akten sind nicht anständig geführt.“ lässt erahnen, dass bei Vernachlässigung der Dokumentationspflicht oder -sorgfalt Konsequenzen oder Sanktionen zu erwarten sind. Wie dramatisch und belastend die Informantin diese Situation erlebt zeigt sich darin, dass sie das Sprachregister wechselt: „...und das kotzt uns alle an (!)“ (S. 150, 2) Die Informantin suchte offenbar nach einer Möglichkeit, dem Zuhörer gegenüber ihren Unmut, den Dokumentationsaufwand betreffend, Ausdruck zu verleihen. Nochmals macht die Informantin deutlich, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und deren Konsequenzen für die Pflegekräfte wie immenser Schreib- und Dokumentationsaufwand und die streng an Standards gebundene Pflege für die Pflegearbeit äußerst hinderlich seien. Die Informantin sagt, sie würde sich in ihrer Arbeit gehemmt fühlen.

In einer kurzen Detaillierungsexpansion (S. 150, 5 – 8) nimmt die Informantin Bezug auf das Hemmnis in der Pflegearbeit durch die Pflegestandards. Die Informantin macht in diesem Zusammenhang auf die Diskrepanz aufmerksam, dass auf der einen Seite die Pflegearbeit streng angelehnt an die allgemeingültigen Pflegestandards praktiziert werden solle, auf der anderen Seite jedoch die Forderung nach individueller und bedürfnisorientierter Bezugspflege stünde. Wiederum sehe sich die Informantin zwischen der Forderung nach einer Pflege, die sich an rigiden Richtlinien und Pflegestandards orientiert und der Forderung nach einer bedürfnisorientierten Pflege. Beides jedoch würde der Pflegekraft in der Pflegepraxis zugleich abverlangt. Die Informantin beschreibt diese Situation der widersprüchlichen Doppelanforderung zusammenfassend als „furchtbar“ (S. 150, 8). Hier wird deutlich, dass die Pflegekraft unter dem Generalisierungsdruck leidet, den die Einordnung aller Altenheimbewohner in Pflegestandards mit sich bringt. Diese vororganisierte Behandlungsschablone erschwert eine singulär-fallspezifische Zuwendung. Die Informantin bedient sich wiederholt einer Gegensatzanordnung, um ihrem Unverständnis gegenüber diesen rigiden Richtlinien und Standards – bei gleichzeitigem Erfordernis individueller Bezugspflege – Ausdruck zu verleihen: Die Informantin betont, dass sie die Existenz von Standards und Richtlinien auch in der Kinderbetreuung, oder aber auch bezogen auf die Schulbildung, für wünschenswert halten würde. Sie beklagt, dass beispielsweise bezogen auf die Kinderbetreuung niemand die Unterbringung der Kinder in den Blick nehmen würde, oder die Institution Schule darauf hin prüfen würde, ob diese bedürfnisgerecht orientiert sei. Die Informantin führt als Beleg hierfür ein Beispiel aus ihrem privaten Nahraum an (S. 150,11 – 20). So müsse ihr Sohn allmorgendlich einen völlig überfüllten Schulbus nutzen. Die Informantin fügt an, dass der Bus zeitweise derart überfüllt sei, dass einige Schüler noch nicht einmal einen Stehplatz bekommen würden, und wegen des Andranges gar keinen Zutritt in den Bus erhalten und somit der Fahrt zur Schule erst mit dem nächsten Bus antreten könnten. Bemühungen von Elterninitiativen seien ergebnislos verhallt, ebenso wie die Bemühungen der Schule um den Einsatz eines zusätzlichen Busses. Die Kommune würde keinen weiteren Bus zum Einsatz bringen, so die Informantin. Sie wirkt mit ihrer Frage danach, wo in dieser Situation Standards, Richtlinien und Qualitätskontrollen seien, ebenso vorwurfsvoll wie hilflos.

Die Informantin schließt die Gegensatzanordnung, indem sie der Situation um den maroden Schulbus und den diesbezüglich fehlenden Kontrollen gegenüberstellt, dass die alten Menschen eher einen ruhige Lebensabend verbringen wollen, wie sie sagt, statt einer zeitlich durchstrukturierten und standardisierten Pflege unterworfen zu sein (S. 150, 20 – 22).

Ergebnissichernd und zum Zweck der Verständigungssicherung betont die Informantin die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Existenz von Qualitätskontrollen in der stationären Altenpflege, nur solle „die Kirche im Dorf belassen werden“, wie sie sagt (S. 150, 24). Hier liegt nahe, dass die Informantin mit dieser eher umgangssprachlichen Äußerung betonen möchte, dass Rigidität und starre Verpflichtung bezüglich der Umsetzung der Pflegestandards gelockert werden sollten und den Pflegekräften und Pflegebedürftigen nicht dirigistisch aufdiktiert werden sollten.

Für die Informantin scheint die Prioritätensetzung der Gesundheitspolitik und der diese Politik vertretenden Instanzen unverständlich. In der Wahrnehmung der Informantin „...haben se für die alten Leute politisch nichts mehr über, da werden se auf ´s Abstellgleis gestellt (´)“ (S150, 24 – 25), was für das Alltagsleben der alten Menschen bedeutet, Einbußen in der Rentenzahlung hinnehmen zu müssen, so die Informantin. Die Informantin kritisiert die eklatante materielle Unterausstattung der stationären Altenpflege. Selbst an so elementaren Notwendigkeiten wie Inkontinenzmaterial würde gespart. Die Informantin bringt deutlich zum Ausdruck, dass kein realistischer Finanzierungsrahmen für die Inkontinenzversorgung alter Menschen in Pflegeheimen existent sei, denn die alten Menschen würden oftmals zur Eigenfinanzierung herangezogen (S. 150, 25 - 27). Dem gegenüber stünde die rigide Fokussierung auf Pflegestandards, begleitet von strengen institutionellen Kontrollmechanismen (S. 150, 27 - 28). So stellt die Informantin schließlich ergebnissichernd fest, dass die ausgeführte – oftmals dilemmatische – Problemkonstellation zu einer immensen emotionalen Belastung für sie und ihre Kollegen kumuliert sei, mit der Folge emotionaler Erschöpfung (150, 28-29). Die von der Informantin und deren Pflegekollegen erlebte Erschöpfung wird von ihr insbesondere im Wechsel des Sprachregisters ausgedrückt: „...und dass ist das, was uns maßlos ankotzt.“ (150, 28-29)

Schwierigkeiten im Altenpflegerischen Handeln, bezogen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Informantin eröffnet nun einen neuen Darstellungszusammenhang (S. 150, 29 - 152, 7). Sie nimmt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Ärzten in den Blick. Die Informantin hebt gleich zu Beginn dieses Darstellungszusammenhanges hervor, dass die verschiedenen Ärzte, mit welchen sie kooperiere, jeweils unterschiedliche Standpunkte vertreten würden. Die Informantin erlebt sich hilflos der ärztlichen Verordnungswillkür ausgesetzt. So würden Ärzte die Verordnungen ihrer Kollegen schnellfertig revidieren und in eine ganz andere Verordnung abändern. Die Informantin fühle sich hilflos, da sie diesem willkürlichen An- und Absetzen von Verordnungen nicht Einhaltung gebieten könne (S. 150, 29 – 31).

Aus der Erzählung der Informantin geht deutlich hervor, dass selbst die Kooperations- und Interaktionsbeziehung der Ärzte untereinander äußerst problematisch ist. Die Kommunikations- und Informationsproblematik der Ärzte untereinander geht ganz offensichtlich auch zu Lasten der Kooperationsbeziehung zwischen dem Pflege team und den Ärzten. Auch sind zwischen dem Pflege team und der Behandlungsinstanz der Ärzte (exemplarisch wird hier die Heilmärz tin benannt) unterschiedliche Therapie leitlinien und Vorstellungen zur Gestaltung der Behandlungspflege maßgebend.

Weiterhin beklagt die Informantin, dass die Ärzte sehr kosten- und budgetorientiert verordnen würden. Die Informantin fügt an, begleitet von einem Lachen, dass sie bisweilen den Eindruck habe, sie müsse sich den Ärzten gegenüber vom Vorwurf des Eigenbedarfes bezüglich der Verordnung befreien (S. 150, 31 – 34).

Da die Informantin die interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits in den Blick nimmt, noch bevor die Interviewerin diese angelehnt an den Leitfaden erfragt hat, reagiert die Interviewerin zur Verständigungssicherung auf das Lachen der Informantin, indem sie ihr signalisiert, dass die Fokussierung der interdisziplinären Zusammenarbeit ohnehin Teil des Leitfadens gewesen wäre (S. 151, 1 – 2). Die Informantin versteht dies als Signal, ihre Darstellung zur Thematik der interdisziplinären Zusammenarbeit fortzusetzen. Die Erzählung der Informantin wurde durch die Anmerkung der Interviewerin nicht unterbrochen. Die Informantin setzt ihre Ausführungen mit einer Erzählung zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit einer Ärztin, welche die meisten Bewohner des Heims betreut, auf der Haupterzähllinie fort (S. 151, 3).

Die Informantin erinnert sich, dass bis etwa vor einem Jahr nur eine Ärztin für den größten Teil der Pflegebedürftigen der Einrichtung zuständig gewesen sei. Lediglich bei einigen Altenheimbewohnern hätten die Hausärzte ihr hausärztliches Betreuungsverhältnis auch nach dem Übertritt des pflegebedürftigen in das Altenpflegeheim aufrechterhalten. Häufiger hingegen hätte die Hausärzte es abgelehnt, die durch den Übertritt des Pflegebedürftigen in das Altenheim entstandene zusätzliche Wegstrecke und den damit zusammenhängenden zeitlichen Mehraufwand auf sich zu nehmen. Stattdessen seien die Ärzte dankbar gewesen, den Pflegebedürftigen an diejenige Ärztin abzugeben, die ohnehin bereits die meisten Bewohner des Altenheims betreute (S. 151, 3 -12). Auffällig an dieser Stelle der Erzählung scheint, dass die Informantin hier nicht die Perspektive der Ärzte übernimmt, um deren Entscheidungen und Handlungsweisen für sich selbst nachvollziehbar zu machen.

Die Informantin bewertet die Zusammenarbeit mit der Ärztin, welche den größten Teil der Altenheimbewohner dieser Einrichtung ärztlich betreute als „im Wesentlichen gut“ (S. 151, 12). Sie fügt an, dass es jedoch, trotz einer grundlegend guten Zusammenarbeit, Diskrepanzen mit dieser Ärztin gegeben habe, die ärztlichen Verordnungen und angeordnete Behandlungspflege betreffend. Die Formulierung der Informantin, dass es „öfter auch mal geraucht“ habe (S. 151, 13) lässt erkennen, dass es doch erhebliche Problem- und Konfliktpotenziale in der Interaktionsbeziehung zwischen der Ärztin und dem Pflegepersonal gegeben haben muss. Die Informantin konkretisiert ihre Kritik und fügt an, dass das Pflege team sich nicht dem Eindruck habe entziehen können, dass bezüglich der Anordnungen – die Behandlungspflege der Altenheimbewohner betreffend – unnötig zeitintensiv mit Verordnungen experimentiert würde. In der Wahrnehmung der Informantin läge das handlungsleitende Motiv der Ärztin in ihrem Bestreben nach Verdienstmaximierung (S. 151, 13 – 15). Die zögerliche und gleichzeitig auch experimentierfreudige ärztliche Intervention seien dem gesundheitlichen Wohl der Altenheimbewohner letztendlich nicht förderlich gewesen. Darüber hinaus habe sich die Informantin und das Pflege team der Erwartung der Ärztin gegenüber gesehen, dieser mit ausformulierten Krankheitsbefunden und entsprechenden Vorschlägen für therapeutische Interventionen entgegenzutreten (S. 151, 16 – 17). Erstaunlich scheint hier, dass die Informantin diesen Handlungs- und Entscheidungsspielraum, den die Ärztin einräumt, nicht erkennt und nicht zu nutzen vermag. Auch fällt auf, dass sich die Informantin nicht darum bemüht, die Perspektive der Ärztin zu übernehmen, um so vielleicht die handlungsleitenden Motive der Ärztin zu verstehen. Ist die Informantin vielleicht schon so stark von der Diensthierarchie, Dienstvorschriften und restriktiven Entscheidungs- und Tätigkeitsspielräumen gezeichnet, dass sie nunmehr Schwierigkeiten sieht, auf die Ärztin mit der Entfaltung eigener kreativer Emergenzen und der Entwicklung und Umsetzung neuer Handlungsweisen zuzugehen? Hat die Informantin möglicherweise ihre eigenen Ideen und Innovationsinteressen zurück gedrängt, weil die Umsetzung eigener Ideen ein zu zeitintensiver Prozess zu Lasten der eigenen Kraftreserven gewesen wäre?

Dem Pflege team obliegt die Aufgabe der Arbeitsbogenkoordination des komplexen Behandlungs- und Pflegeumfanges. Diese Arbeitsaufgabe gestaltet sich jedoch immer dann besonders schwierig, wenn Ärzte das Pflege team als Erfüllungsgehilfen ärztlicher Anordnung degradieren. Die Informantin führt an einem Beispiel exemplarisch die zwischen dem Pflege team und der Ärztin existierenden tiefer liegenden Schwierigkeiten aus (S. 151, 17 – 30). So würde die Ärztin Tätigkeiten und Leistungen vom Pflege team als selbstverständlich erwarten, die weder aus dem Tätigkeitskatalog – im Sinne einer innerbetrieblichen Dienststellenbeschreibung – der Pflegekräfte, noch aus dem vertraglich vereinbarten Leistungskatalog der Einrichtung hervorgingen. So würde

die Ärztin beispielsweise ein Depotmedikament verordnen und die entsprechende Injektionslösung in der Darreichungsform von Ampullen rezeptieren, dabei aber nicht in Betracht ziehen, dass sie entweder dem Pflege team auch die benötigten Spritzen und Kanülen zur Verfügung stellen müsse (denn diese müssen von der Pflegeeinrichtung nicht vorgehalten werden), oder aber die Arzthelferinnen die Injektion durchführen müssten. Die Arzthelferinnen hätten sich verweigert, die Injektionen zu verabreichen, da ihnen bekannt gewesen sei, dass der betreffende Altenheimbewohner unter Schizophrenie leide und das Verabreichen von Injektionen durch eine ihm fremde Personen nicht tolerieren würde. Die Informantin lässt keinen Zweifel daran, dass sie die Herbeischaffung der benötigten Materialien nur mit großem Nachdruck habe erwirken können. Auffällig ist allerdings, dass die Informantin selbst sehr subversiv mit der Herbeischaffung von Injektionsmaterial umgeht. Sie bietet der Ärztin keine Aushandlung von Lösungsmöglichkeiten an, sondern stellt sie vielmehr vor die Wahl, entweder das Spritzenmaterial zu stellen, oder für die Verabreichung ihr Personal zu bemühen. Wiederholt bleibt die Fähigkeit der Informantin zur Übernahme der Perspektive der Ärztin zu vermissen. Vielmehr bezichtigt die Informantin die Ärztin des Geizes (S. 151, 30), hinterfragt aber nicht die Handlungsweisen der Ärztin. So hätte die Informantin beispielsweise die Überlegung anstrengen können, dass die ökonomische Rationalität eigentlich auch von den Ärzten nicht zu durchbrechen ist.

Wechselseitige Irritationen und Missverständnisse sind – das macht das Interview deutlich – Störpotenziale in der Interaktionsbeziehung zwischen der Ärztin und dem Pflege team. Auf der Grundlage von wechselseitigen Irritationen und Missverständnissen bestimmten Interaktionsbeziehungen zwischen der Ärztin und dem Pflege team gestaltet sich die Etablierung eines konsensuellen und auf gegenseitigem Verständnis beruhenden Arbeitskontraktes zwischen Pflegekräften und Medizin professionellen äußerst schwierig. Hinzu kommt die Degradationsproblematik: Die das Altenheim hauptsächlich betreuende Ärztin tendiert in der Wahrnehmung der Informantin dazu, das Pflege team als ihre Erfüllungsgehilfin zu erachten. Aus dieser Situation erwächst für die Informantin der Eindruck, dass ein Machtgefälle zwischen der Ärztin und dem Pflege team bestehe. Dieser Eindruck wird durch die Tatsache bestärkt, dass die Ärztin als Medizin professionelle über einen unaufhebbaren und unüberwindbaren Wissens- und Könnensvorsprung verfügt. Dieses Machtgefälle kann als ein entscheidender Faktor in der spannungsreichen Interaktionsbeziehung zwischen der Heimärztin und dem Pflege team angesehen werden, denn der Darstellung von Problem- und Konfliktkonstellationen innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Heimärztin stellt die Informantin ein positives Fallbeispiel gegenüber (S. 151, 30 – 152, 7). Die Informantin würdigt lobend die Zusammenarbeit mit zwei Lungenfachärzten. Diese würden die Bemühungen des Pflege teams bezüglich des Vorbereitens der Visiten anerkennend begrüßen. Auch würden sie stets von einer fachkompetenten und kooperativen Arzthelferin begleitet. Die Informantin stellt dieser angenehmen Zusammenarbeit gegenüber, dass einige Ärzte dem Pflege team gegenüber einen autoritär-dirigistischen Umgang pflegen würden. Das Verhältnis zu den beiden Lungenfachärztinnen empfinde die Informantin auch gerade deswegen als angenehm, weil in diesem Kooperationsverhältnis nicht die klassische Hierarchie zwischen Arzt und Pflegefachkraft herausgehoben würde. Somit reduziere sich die Hemmschwelle der Informantin, ihren Wünschen und Vorstellungen die Behandlungspflege der Altenheimbewohner betreffend, auf ihn zuzugehen und Aushandlungsprozesse bezüglich des Verordnens von Medikamenten anzugehen.

15. Segment: Fehler bei der Arbeit (S. 152, 7 – 153, 19)

8 I: Mich würde sehr
 9 interessieren, in welchen Situationen oder unter welchen Umständen Fehler bei der
 10 Pflegearbeit auftreten und welche Fehler das so sind.
 11 E: Also wenn es jetzt
 irgendwas gibt,
 12 worüber ich mich geärgert habe, dann kann ich mich nicht mehr so konzentrieren. Da
 13 ist es dann auch schon passiert, dass ich verkehrt Medizin gesetzt habe. Das kann
 14 passieren. Ich kann eben nicht so schnell den Schalter umdrehen und da kann ich mich
 15 noch so konzentrieren wollen, es kommt dann oft anders als man will und dann
 16 passieren Fehler. Oder man vergisst was Wichtiges dem Kollegen zu übermitteln, weil
 17 man privat mal was geschnattert hat. Oder man fährt nach dem Spätdienst nach Hause
 18 und denkt: „Mensch, das hast du noch vergessen!“ Was macht man () man steht
 19 wieder aus dem Bett auf und ruft den Nachtdienst an. Es ist schon passiert, dass ich
 20 nachts um eins noch mal aufgestanden bin und den Nachtdienst angerufen habe, weil
 21 ich wusste, wenn ich das jetzt nicht kläre, dann kann ich nicht schlafen. Also ich bin
 22 so ´n Mensch, ich versuche meine Arbeit immer hundertprozentig zu machen und
 23 keine Fehler zu machen. Aber trotzdem sind wir keine Maschinen und Fehler
 24 passieren. Nur, wenn es einige Menschen gibt, die ständig Fehler machen und daraus
 25 auch nicht lernen und sich nichts daraus machen ärgert mich das. Das ärgert mich

26 dann wenn ich denke, wie kann derjenige das denn vergessen, das ist doch immer das
 27 gleiche Ritual. Das sind Dinge, über die ich mich ärgere, wenn Kollegen nicht an den
 28 nachfolgenden Dienst denken und überlegen, was ihre Aufgaben sind. Wenn was alle
 29 geworden ist, dann muss ich das nachfüllen, nicht dass der andere Dienst sich seine
 30 Sachen erst zusammensuchen muss. Wir haben immer einen kleinen Zettel in der
 31 Tasche und einen Kuli und da gucke ich am Ende meines Dienstes drauf, ob ich nichts
 32 vergessen habe. Das sind Kleinigkeiten. Etwas vergessen, das kann passieren, Aber
 33 wenn das immer passiert und immer bei den gleichen Kollegen, dann ärgert mich das.
 34 Worüber ich mich dann maßlos ärgere ist, dass wenn mal was Schwerwiegenderes ist,
 1 das zum Beispiel ein Bewohner Verletzungen davongetragen hat, weil jemand mal
 2 nicht aufgepasst hat (.) aus ´m Bett gefallen weil das Gitter nicht hoch gemacht
 3 worden ist (.) ja (´) da sind Fehler, die dürfen einfach nicht passieren. Es gibt Fehler
 4 die können passieren, und es gibt Fehler, die dürfen nicht passieren. Und über solche
 5 Fehler, die nicht passieren dürfen kann ich mich maßlos ärgern. Es kann mal
 6 passieren, dass ich noch einen bestimmten Vorfall im Kopf habe, und mich dann auf
 7 die neuen oder anderen Arbeiten nicht richtig konzentrieren kann und meine Tätigkeit
 8 dann vernachlässige und dann was vergesse oder verkehrt mache. Das passiert (.) Ich
 9 ziehe ´ne Akte und trage alles ein und sehe dann, das ist ja die falsche Akte. Da habe
 10 ich in dem Moment zwar den richtigen Namen gesehen, aber dadurch, dass ich mich
 11 auf was anderes konzentriert habe, habe ich mich vergriffen. Das soll nicht passieren
 12 (´) aber es kommt auch vor, das Medizin falsch gesetzt wird. Nun sind da ja auch Gott
 13 sei Dank auch noch andere Kollegen, denen das auffällt. Man hat ja da immer so ´n
 14 bestimmtes Bild vor Augen, wo ´ne grüne ´ne gelbe und ´ne rote Tablette drin sein
 15 muss. Man sieht, dass es anders aussieht, und sieht auch was fehlt. Das passiert und da
 16 ärgert man sich auch drüber, gerade auch, wenn das dann eine andere Kollegin
 17 feststellt. Dann bin ich unter Umständen wieder unkonzentriert und das kann neune
 18 Fehler aufwerfen. Aber wir wissen das alle, deswegen kann man da auch in gewisser
 19 Weise sagen, Fehler machen wir alte. Ja (.) gut (.) (6)

Die Informantin beschreibt in diesem Darstellungszusammenhang Störpotenziale, die sie für ihren Arbeitsablauf in der stationären Altenpflege als typisch erachtet. Es wird hier deutlich, dass die Informantin über ein sensibles Gespür für die Existenz von Fehlerpotenzialen verfügt. Die Reihe von Fallschilderungen zeigt ihre professionelle Orientierung im Arbeitsalltag. Die Informantin hat Beurteilungs-, Kritik- und Kontrollverfahren entwickelt, die es ihr erlauben, zwischen zulässigen Fehlern, die dem „state of the art“ entsprechen, und unzulässigen Fehlern, die bei umsichtigem Arbeitshandeln hätten vermieden werden können, zu differenzieren. So unterscheidet die Informantin insgesamt zwischen situativ-kontextualisierten Fehlern, systematisch auftretenden Fehlern und Fehlern die passieren können, aber nicht passieren dürfen.

Situativ-kontextualisierte Fehler

Eingangs nimmt die Informantin Bezug auf situativ-kontextualisierte Fehler. Sie gibt an, dass erlebte Ärgernisse derart nachhallen würden, dass sie sich in ihrer Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit nachhaltig beeinträchtigt sehe. So sei es schon vorgekommen, dass bei der Vorbereitung der Medikamentengabe Verwechslungen stattgefunden hätten (S. 152, 11 – 14). Die Informantin sehe sich außer Stande, im Zusammenhang mit der Pflegearbeit erlebte emotionale Belastungen sofort in den Hintergrund treten zu lassen und damit der Arbeitssituation unterzuordnen.

Trotz ihrer Bemühungen um höchste Aufmerksamkeit und Konzentration (Kontrolle farbiger Markierungen, nochmaliges Durchsehen der Medikamente) scheint die aktive und selbst bestimmte Fähigkeit der Informantin als Pflegerin zur Situationskontrolle und -gestaltung beeinträchtigt, denn das Störpotenzial des erlebten Ärgernisses bringt das Fehlerpotenzial der Unaufmerksamkeit bei der Verrichtungen des Zuteilens der Medikamente mit sich (S. 152, 14 – 16).

Systematisch auftretende Fehler

Eine Quelle für systematisch auftretende Fehler bei der Arbeit sieht die Informantin darin, dass über eine vorhergehende dramatische berufliche Konfliktsituation oder über das Abweichen vom Dienstgespräch zum Privatgespräch wichtige Informationen vergessen würden zu übermitteln. So sei es der Informantin passiert, dass sie nach Beendigung ihres Spätdienstes, bereits zu Hause angekommen sei und wichtige Informationen erinnert hätte, die sie in der Dienstübergabe dringend hätte weiterreichen müssen. Die Informantin verdeutlicht an dieser Stelle ihrer Erzählung gleichzeitig auch die Schwierigkeit, nach Dienstschluss zur Ruhe zu finden. So sei sie auch schon mitten in der Nacht aufgestanden, um Informationen fernmündlich nachzureichen, die sie in der Dienstübergabe zuvor vergessen hätte weiterzureichen. Die Informantin hätte sonst nicht zu ihrer nächtlichen

Ruhe finden können. Deutlich wird hier eine Verflechtung von privatem Leben mit dem Verantwortungsgefühl der Informantin ihrer Pflegearbeit gegenüber (S. 152, 16 – 21). Die Informantin reflektiert, dass sie einerseits nach Perfektionismus bezüglich des Erledigens ihrer Arbeitsaufträge streben würde. Andererseits hingegen betont sie, nicht die mechanisch-automatische Arbeitsweise einer Maschine leisten zu können (S. 152, 23 – 24). Auch das wird von ihr als eine Bedingung, aus der systematische Fehler erwachsen können, identifiziert. Sie bringt damit zum Ausdruck, dass systematische Fehlerpotenziale im Arbeitshandeln immer gegeben sind. Die Informantin zeigt sich aber auch sehr gut in der Lage, sich in offener und kritischer Selbstvergewisserung und -reflexion mit diesen Fehlerquellen auseinander zusetzen. Damit besitzt sie eine gute Voraussetzung dafür, die Fehlerpotenziale, die für ihr Handlungs- und Arbeitsfeld in der stationären Altenpflegearbeit typisch sind, wirksam zu kontrollieren. Genau dieser offene Fehlerblick – auch bezüglich der Fehler bei sich selbst – ist eine wesentliche Bedingung von Professionalität.

Fehler, die passieren können, aber nicht passieren dürfen

Die Informantin nimmt nun folgend Bezug auf die Fehler, die passieren können, aber nicht passieren dürfen (S. 152, 24 – 153, 5), und grenzt diese gleichzeitig scharf von den zuvor ausgeführten zulässigen Fehlern, die dem „state of the art“ entsprechen, ab. Die Informantin bringt dabei ihre grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber Menschen zum Ausdruck, die in einem Fehler, der passiert ist, nicht den Anlass zur offenen, kritischen Selbstreflexion sehen, um sich mit diesen Fehlerquellen auseinander zu setzen. Der Erzählung der Informantin ist anzumerken, dass sie dieser ignoranten Haltung nicht nur sehr verärgert gegenüber steht, sondern für sie daraus gleichzeitig eine psychische Belastungssituation erwächst: Die Informantin sehe sich insbesondere dann emotional ärgerlich aufgebracht, wenn Handlungsabläufe, die zur tagesüblichen Arbeitsroutine gehört lediglich unvollständig Erledigung finden würden. Die Informantin fügt sachliche Argumente für ihre Verärgertheit bezüglich der laissez-faire-Arbeitseinstellung einiger Kollegen an: Wenn Mitarbeiter des Pflegeteams ihren Arbeitsaufgaben nicht, oder nur unvollständig nachkommen, dann müsse die nachfolgende Schicht diese liegen gebliebenen Aufgaben nachträglich und zusätzlich zur Arbeitsroutine erledigen.

In einem kurzen Einschub bringt die Informantin einmal mehr ihre Sensibilität gegenüber Fehlerquellen sowie auch ihre Fähigkeit zur kritischen Selbstvergewisserung und -reflexion im Umgang mit Fehlerquellen zum Ausdruck (S. 152, 30 – 32). Die Informantin habe stets einen Notizzettel und ein Schreibgerät bei sich, mit dem Zweck, niedergeschriebene Notizen als Gedächtnisstütze zu nutzen. Dies tut die Informantin mit dem Ziel, ihren Dienst mit der Gewissheit zu beenden, dass alle zu erledigenden Aufgaben auch tatsächlich erfüllt worden sind und nichts versehentlich vergessen worden ist.

Weiter auf der Hauptdarstellungslinie (152, 32) führt die Informantin nun noch ein weiteres Beispiel an für Fehler, die nicht passieren dürfen. So sei es in ihren Augen absolut unentschuldig und inakzeptabel, wenn Pflegebedürftige bei einem Sturz aus dem Pflegebett zu Schaden kommen würden, nur weil eine Pflegekraft vergessen habe, den Pflegebedürftigen mit einer Fixierung – beispielsweise in Form von Bettgittern – zu sichern. In der darauf folgenden Ergebnissicherung S. (153, 3 – 5) betont die Informantin nachdrücklich, dass diese Art von nachlässiger und säumiger Arbeitsweise für sie eine emotionale Belastung darstelle und sie ärgerlich mache.

Die Informantin fasst nun nochmals die bereits ausgeführten Fehlerquellen zusammen und nimmt gleichzeitig auf die Fehlerquellen und deren Niederschlag in andere Arbeitsbereiche Bezug (S. 153, 5 – 19). Dabei geht aus der Erzählung deutlich hervor, dass die von der Informantin beschriebenen Fehlerpotenziale – gerade auch die situativen – sich in andere Arbeitsbereiche transformieren, dass sich die Fehlerquellen wechselseitig hervorrufen und sich dann gegenseitig verstärken können: So sei es durchaus möglich, sagt die Informantin, dass sie gedanklich noch mit einem vorangegangenen Ereignis beschäftigt sei, während dessen allerdings bereits die nächstfolgende Arbeitshandlung ihre ungeteilte Aufmerksamkeit erfordern würde. Somit könne es passieren, dass die Dokumentation von Pflegearbeiten in einer falschen Pflegeakte geschieht (S. 153, 8 – 11), oder dass es zur Verwechslung von Medikamenten bei der Vorbereitung der Medikamentengabe kommen könne (S. 153, 12). Wird dieser Irrtum anderen Mitarbeitern auffällig, sei die Informantin einerseits zwar dankbar gegenüber der aufmerksamen und verlässlichen Arbeitsweise der Kollegen. Andererseits hingegen löse dieser von anderen entdeckte Fehler wiederum im persönlichen Befinden der Informantin Selbstärgernis aus mit der Folge, dass die Informantin wiederum der nächstfolgenden Tätigkeit nicht mit der notwendigen ungeteilten Aufmerksamkeit begegnen könne. Dies zeugt zum wiederholten Male von einer ausgesprochen professionellen Haltung: dass nämlich die Informantin den Darstellungszusammenhang mit der Erkenntnis schließt, dass sie sich der systematischen Fehlertendenzen, Fehlerquellen und Störpotenziale zu jeder Zeit bewusst ist und sich damit offen, selbstkritisch und selbstreflexiv auseinander setzt.

- 20 I: Mich würde auch noch
 21 interessieren, wie sie mit Belastungssituationen, mit Stress umgehen.
- 22 E: Wir haben hier
 das
 23 Glück / Wir sind siebzehn Leute im Team (·) und alle siebzehn Leute sind alle sehr gut
 24 miteinander. Da gibt es keinen Krach und keinen Krieg und auch nicht, dass man nicht mit
 25 bestimmten Leuten zusammen arbeiten möchte. So was gibt es bei uns nicht. Wir sind
 26 alle auf einer Wellenlänge. In regelmäßigen Abständen gehen wir feiern. Wir machen
 27 auch sehr viel privat zusammen und überlegen auch, was wir noch alles zusammen
 28 machen können (-) Erlebnisgastronomie, Weinverkostung, Ritteressen und so was
 29 alles. Das machen wir dann alle gemeinsam. Wir haben eine Geburtstagskasse (-) wir
 30 schenken uns dann was (-) jeder gibt fünf Euro und dann hat man pro Person achtzig
 31 Euro (·) und da kann man schon was Schönes für kaufen. Die Person kann auch einen
 32 Wunsch äußern und gibt dann auch was Schönes aus für uns. Da dürfen wir dann auch
 33 mal was trinken (-) das müssen wir dann aber vorher anmelden. Aber wirklich nur
 34 zum Anstoßen. Einige sind auch noch ein bisschen enger befreundet und gehen mal ins
 1 Kino, oder die Kinder kennen sich untereinander. In regelmäßigen Abständen treffen
 2 wir uns alle. Der eine hat 'ne Terrasse, der andere ein Haus mit Partykeller (-) das wir
 3 da wirklich sagen, der Sommer und die Urlaubszeit war so anstrengend, da lassen wir
 4 's dann wirklich krachen. Wir feiern auch regelmäßig Fasching und backen uns
 5 Kuchen und machen uns Salate. Dafür geben wir kein Geld aus, das machen wir alles
 6 selber. Und das lassen wir uns auch nicht nehmen. Wir machen auch oft Programme
 7 für unsere Bewohner hier, haben was Schönes gesungen und so. Das ist so ein
 8 Höhepunkt, wo der Stress des Alltags dann weg ist und man auch mal andere Dinge
 9 besprechen kann. Wir sagen uns aber auch mal die Meinung, das ist aber alles nicht
 10 böse gemeint. Wenn ich was nicht gut finde, dann sage ich das und das weiß derjenige
 11 auch, dass ich das nicht auf die Person bezogen habe, sondern es ist nun mal so
 12 gewesen. So 'ne Kritik wird diskutiert und nicht übel genommen. Da gibt es dann auch
 13 keine Streitereien.
- 14 I: Und Supervision?
 15 E: Die kriegt nur der Verwaltungsbereich
 16 und der gerontopsychiatrische Bereich. Die haben eben auch viele Alkoholiker, die
 17 eben trotz des geschlossenen Bereichs an Alkohol kommen. Die sind auch noch
 18 ziemlich jung (·) maximal Mitte bis Fünfzig Anfang Sechzig. Die sind dann auch oft
 19 handgreiflich und können auch mal brutal werden. Also da muss man wirklich mit
 20 einem Auge immer nach hinten gucken. Und ahm, da ist eben das so, dass man da
 21 sechs Paar Arme und sechs Füße braucht, um denjenigen festzuhalten. Und da ist
 22 man schon ganz schön / Die haben auch einen anderen Personalschlüssel und kriegen
 23 auch noch Erschwerniszuschlag. Die haben Supervision. Ja (·)

Die Interviewerin erfragt die Problem- und Konfliktlösungsstrategien der Informantin hinsichtlich der Bewältigung von Stress und Belastungssituationen.

Nach einem Konstruktionsabbruch zu Beginn des Darstellungszusammenhangs findet die Informantin sehr schnell die Darstellungslinie. Sie hebt hervor, dass das Pflagesteam, in dem sie tätig ist, aus siebzehn Mitarbeitern bestehe und dass in diesem Pflagesteam eine gewisse Grundharmonie vorherrschend sei. Kein Mitarbeiter würde Präferenzen bei der Zuteilung von Mitarbeitern zur eigenen Schicht haben, so die Informantin. Die Äußerung, dass in diesem Pflagesteam keine Abneigungen der Mitarbeiter untereinander existent seien legt nahe, dass Präferenzen und Abneigungen zwischen Mitarbeitern innerhalb eines Pflagesteam auf anderen Pflagestationen sehr wohl ein zentrales Thema sind. Die Informantin scheint sich auch dieser daraus erwachsenen belastenden Erfahrung bewusst zu sein, da sie die Harmonie der Mitarbeiter untereinander gleich eingangs in diesem Darstellungszusammenhang betont.

Die Informantin stellt die Bemühungen ihres Pflagesteam um Festigung und Erhalt des von Harmonie geprägten Zusammenhaltes des Pflageteams dar: So würde sich das Pflagesteam auch außerhalb der Dienstzeit zu gemeinsamen Unternehmungen wie Erlebnisgastronomie oder Weinverkostungen zusammenfinden. Auch würde den Geburtstagen der Mitarbeiter des Pflageteams eine besondere Bedeutung beigemessen. Mit dem im Pflagesteam gesammelten Geld würden Geschenke gekauft, so die Informantin. Hier wird deutlich, dass es das Pflagesteam versteht, einander ganzheitlich zu sehen und dieses besondere, nahezu familiäre Miteinander auch zu pflegen. Das Pflagesteam scheint auch bemüht, den außerbetrieblichen Zusammenhalt in die Dienstzeit zu übertragen. So würde zu Ehren des Geburtstagskindes schon einmal das Anstoßen auf den Ehrentag mit einem Glas Sekt bei der Heimleitung angemeldet. Die Informantin erklärt weiter, dass einige Kollegen sich häufiger

außerdienstlich treffen würden, der gleichaltrigen Kinder wegen, oder um gemeinsam beispielsweise ein Kino zu besuchen. Bemerkenswert scheint auch das teaminterne Belohnungssystem. So würde das Pflorgeteam nach der anstrengenden Sommerzeit, die von Mitarbeitermangel wegen der Urlaubszeit geprägt sei, gemeinsam feiern. Die Verantwortlichkeit für die unterschiedlichen Unternehmungen würde sich an den persönlichen Voraussetzungen der Mitarbeiter orientieren. So würde die Kollegen abwechselnd ihre Terrasse oder ihren Partykeller zur Verfügung stellen. Auch Feste im Jahreskreis wie beispielsweise das Faschingsfest würden nicht nur mit den Altenheimbewohnern begangen, sondern auch im Pflorgeteam.

Die Informantin betont, dass alle feierlichen Zusammenkünfte wenig kostenintensiv seien, da die Mitarbeiter mit selbst zubereiteten Speisen für das kulinarische Wohl aller sorgen würden.

Das Kollegium finde sich aber nicht nur außerbetrieblich zusammen, sondern organisiere auch regelmäßig für die Pflegebedürftigen gemeinsame Höhepunkte in Form von kulturellen Darbietungen. Die Informantin betont dabei aber gleichzeitig auch, dass diese kulturellen Höhepunkte im Pflegebereich viel mehr als nur Freude und Abwechslung vom Stationsalltag seien. Vielmehr verweist sie darauf, dass das Kollegium es verstehen würde, diese nicht so stressbesetzten Momente, außerhalb jeglicher Wohnbereichsroutine zu nutzen, wo „...man auch mal andere Dinge besprechen kann“ (S. 154, 8-9). Die Informantin lässt an dieser Stelle offen, welcher Natur diese Gespräche sind und was diese tendenziell zum Inhalt haben. Die Informantin stellt aber gleichzeitig auch deutlich heraus, dass das Pflorgeteam offene und sachliche Kritik sehr schätzte und stets darauf geachtet würde, dass Kritik sachlich und objektiv, und nicht unsachlich und subjektiv geäußert werde. So würden tiefer gehende Diskrepanzen im Pflorgeteam erfolgreich vermieden.

An genau dieser Stelle sieht sich die Interviewerin zu einer Zwischenfrage veranlasst. Die Frage danach, ob das Pflorgeteam auch Supervision in Anspruch nehme, soll das noch nicht ausgeschöpfte Erzählpotenzial zur Bearbeitung von bestehenden bearbeitungsbedürftigen Problem- und Konfliktpotenzialen und zum Umgang damit in den Fokus rücken. Die Informantin beantwortet die Frage nach bestehenden bearbeitungsbedürftigen Problem- und Konfliktpotenzialen und deren Umgang sehr zügig und deutlich: Die Informantin berichtet, dass lediglich dem Verwaltungsbereich und den Mitarbeitern des gerontopsychiatrischen Bereiches Supervisionsangebote offeriert würden. Diese Form der arbeitsbereichsbezogenen Auslese durch das Angebot von Supervision scheint für die Informantin bezüglich des Verwaltungsbereichs nicht nachzuvollziehen zu sein. Bezogen auf den Fachbereich der Gerontopsychiatrie scheint der Informantin die begünstigte Versorgung mit Supervision plausibel, denn die Mitarbeiter hätten zusätzliche und besondere Arbeiterschwernisse zu bewältigen. Neben der Supervision würde den Mitarbeitern der gerontopsychiatrischen Station auch ein anderer Pflegeschlüssel zugebilligt, ebenso wie Erschwerniszuschläge, so die Informantin.

Abschließend zu diesem Darstellungszusammenhang kann festgestellt werden, dass die teaminternen Bemühungen um Zusammenhalt und gemeinsame Bewältigung der Schwierigkeiten des Arbeitsalltages keine professionelle Supervision ersetzen können. Aus dem Gespräch mit der Informantin wird deutlich, dass mit der fehlenden Supervisionsangeboten dem Pflorgeteam mit seinen einzelnen Mitarbeitern die professionsreflexive Möglichkeit zur systematischen Reflexion und Aufarbeitung persönlicher Belastungsmomente fehlt.

Perspektivische Wünsche der Informantin an die Entwicklung in der Altenpflege

- 24 I: Gern möchte ich sie
 25 noch fragen, ob es irgendetwas gibt, was sie mir mit auf den Weg geben wollen. Sie
 26 wissen, dass es in meiner Arbeit um die Situation der stationären Altenpflege geht.
 27 Habe ich irgendwas nicht erfragt, was sie gern noch erzählen möchten, etwas was
 28 ihnen am Herzen liegt?
 29 E: Also was mir am Herzen liegt ist, dass in den Medien eigentlich
 30 immer nur die schwarzen Schafe gezeigt werden. Also das stimmt mich immer traurig.
 31 Und wenn wir Angehörige haben, die ihre Omis und Opas bringen, dann haben wir
 32 immer damit zu tun, dass die sehr reserviert sind und sehr skeptisch, weil in der Presse
 33 und im Fernsehen immer nur die Negativbeispiele gezeigt werden (.) wo sie geschlagen
 34 werden und verhungern und doppelt im Bett liegen, oder wo sie gequält werden. Aber
 1 mal nie kommt was über ein Heim, wo Angehörige und Pflegepersonal und Bewohner
 2 sagen, dass dies ein super Heim ist. Und das macht letztendlich auch die
 3 Angehörigenarbeit so schwer, weil die so misstrauisch sind. Die würden die Bananen
 4 lieber im Nachtschrank vergammeln lassen, als dass sie uns sie geben und wir sie in
 5 die Küche in den Kühlschrank legen. Sie können doch den Namen dran schreiben und
 6 dann kriegt der Bewohner seinen Pudding oder seine Banane. Ich will die doch gar
 7 nicht haben, ich würde eher noch eine dazu packen! Wir wollen das doch nicht für uns
 8 haben! Im Gegenteil, es ist manchmal schon so gewesen, dass ich ne Banane dabei
 9 hatte und nicht geschafft habe, da habe ich sie dann verschenkt. So was stimmt mich

- 10 sehr traurig. Ein bisschen mehr positive Beispiele in den Medien und manch einer
 11 würde bestimmt eher bereit sein, in ein Pflegeheim zu gehen und nicht zu Hause dahin
 12 vegetieren. Und dann würden vielleicht auch Angehörige, die wirklich das Beste für
 13 ihre Mutti oder ihren Vati wollen mit gutem Gewissen sagen, ich habe ein gutes
 14 Gewissen bei diesem Heim. Zur Zeit läuft bei uns alles nur über Mundpropaganda,
 15 das ist sehr schade. Es ist doch so wichtig, dass das Verhältnis zwischen Angehörigen
 16 und Personal auch stimmt. Das würden wir uns wünschen. Aber da man in den Medien
 17 immer nur Negatives hört (-) Wer wirklich auf der Suche nach einem guten
 18 Pflegeheim ist, der findet das nicht über die Medien. Mich freut immer, wenn die
 19 Schüler über Mundpropaganda unsere Einrichtung weiter empfehlen, auch in der
 20 eigenen Familie. Das ist schön, wenn die Ausbildungseinrichtung empfohlen wird.
 21 Aber wer will denn so was Schlimmes im Fernsehen sehen? Das muss intern
 22 ausgewertet werden, das kann man dann auch mal ´n Video von machen. Ja (,) So (,)
 23 na gut (,)
- 24 I: Ja, das stimmt.
- 25 E: Ich hoffe ich konnte ´n bisschen helfen? ((Informantin
 26 guckt zur Uhr und wundert sich über die schnell verstrichene Zeit)))
- 27 I: Na klar! Das war ein sehr schönes Gespräch!
- 28 Dankeschön!
Ende des Interviews

Die Interviewerin möchte sicherstellen, dass alle Themenpotenziale seitens der Informantin bestmöglich ausgeschöpft werden. Daher fragt die Interviewerin zum Abschluss des Gespräches gezielt nach, wo die Informantin selbst noch unausgeschöpftes Themenpotenzial sieht, und bittet die Informantin, die bislang per Fragebogen nicht fokussierten, ihr aber wichtigen Fakten in den Blick zu nehmen.

Die Informantin beklagt, dass die Darstellung in Fernsehen und Presse, die Situation der stationären Altenpflege betreffend, nur sehr einseitige Darstellung finden würden. So würde permanent nur Negativbeispiele in extremer Ausprägung in den Blick genommen, beklagt die Informantin. Die Informantin stellt die für sie in diesem Zusammenhang wahrnehmbaren unmittelbaren Auswirkungen für den Pflegealltag dar: Die Angehörigen von Pflegebedürftigen seien deutlich negativ voreingestellt gegenüber der bei ihren Angehörigen praktizierten Pflegequalität und -realität. Sie weist die Schuld für das massive Misstrauen der Angehörigen gegenüber der Pflegearbeit und die fundamentale und nur schwer korrigierbare Negativeinstellung der Angehörigen klar den Medien zu, die ausschließlich extreme Fälle von physischer und psychischer Misshandlung sowie von Mangelernährung in den Blick der Öffentlichkeit rücken (S. 154, 33-34).

Die Informantin vermisst Positivdarstellungen, die Pflegequalität der stationären Altenpflege anbetreffend. Die Angehörigen vom hohen Pflegestandard und hoher Pflegequalität zu überzeugen, erachte sie als ausgesprochen schwierig. Die mediale Inszenierung von extremen Negativbeispielen würde der breiten Öffentlichkeit einen falschen Eindruck von der Pflegerealität vermitteln und darüber hinaus sowohl in der Öffentlichkeit, also auch bei den Angehörigen der Pflegebedürftigen ein tiefes Misstrauen schüren. Daraus wiederum erwachse eine erhebliche Belastung der Interaktionsbeziehung zwischen den Angehörigen und dem Pflegeteam.

In einer Detaillierungsexpansion (S. 155, 3-9) beschreibt die Informantin exemplarisch die Schwierigkeiten in der Interaktionsbeziehung mit den Angehörigen der Pflegebedürftigen. Die Informantin nimmt dabei auch das bereits zuvor angeführte Misstrauen der Angehörigen dem Pflegeteam gegenüber genauer in den Blick. So würden die Angehörigen oftmals ablehnen, die von ihnen mitgebrachten, leicht verderblichen und kühlungsbedürftigen Lebensmittel mit dem entsprechenden Namen zu versehen und zur Aufbewahrung im stationszentralen Kühlschrank abzugeben, um die Haltbarkeit der Lebensmittel zu sichern. In der Wahrnehmung der Informantin nehmen die Angehörigen vorzugsweise das vorzeitige Verderben dieser Lebensmittel hin, als dem Pflegepersonal die mitgebrachten Lebensmittel zur Aufbewahrung anzuvertrauen. Obwohl die Informantin diesen Konflikt nicht vollständig detailliert ausformuliert, wird deutlich, wie tief liegend die Schwierigkeiten in der Interaktionsbeziehung zwischen Pflegeteam und Angehörigen der Pflegebedürftigen tatsächlich sind. Nahe liegend ist, dass die Zweifel der Angehörigen an der Loyalität der Pflegekräfte letztendlich dem Grundtenor der einseitigen medialen Inszenierungen von angeblichen Zuständen in Altenpflegeheimen geschuldet sind. Die Informantin nimmt Bezug auf die unterschweligen Unterstellungen der Angehörigen. Sie betont zunächst im Singular und darauf folgend auch im Plural, dass sie auf das von Besuchern mitgebrachte Obst nicht angewiesen sei und sich dies auch nicht zum Selbstverzehr widerrechtlich aneignen würde. Aus dieser Aussage der Informantin kann geschlossen werden, dass hier, wenn auch unausgesprochen, der Vorwurf im Raum steht, das Pflegeteam würde die Lebensmittel der zu Pflegenden aus eigener Habgier heraus stehlen (S. 155, 6-8). Die Angespanntheit der Interaktionsbeziehung zwischen den Angehörigen und den Pflegekräften, das vermeintliche Stehlen der Banane betreffend, kommt noch einmal ganz besonders in folgender Äußerung der Informantin zum

Ausdruck: „...ich würde eher noch eine dazu packen.“ (S. 155, 7) Aller Wahrscheinlichkeit nach möchte die Informantin hier betonen, dass die Angehörigen den tatsächlichen persönlichen Obstbedarf der Pflegebedürftigen bisweilen zu gering einschätzen. Diese Situation des Mangels würde dann von den Mitarbeitern des Pflegeteams aus privaten Mitteln kompensiert (S. 155, 9 – 14).

Ergebnissichernd hält die Informantin fest, dass die aus den falschen Darstellungen der Medien erwachsenen Schwierigkeiten sowie die daraus erwachsene, von Missverständnissen und Schuldzuweisungen bestimmten Interaktionsschwierigkeiten die Informantin sehr betrüblich stimmen würden. Nach Auffassung der Informantin würden viel mehr Menschen den Weg in ein Pflegeheim suchen und sich in dessen Fürsorge begeben, wenn die öffentliche Berichterstattung positiver wäre. Auch würden die Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen diese dann mit einem „guten Gewissen“ (S. 155, 13) in die verantwortungsvollen Hände von qualitätsbewussten Pflegeheimen geben, so die Informantin. Die Informantin zeigt einmal mehr, dass sie außerordentlich gut in der Lage ist, die Perspektive anderer Menschen zu übernehmen. Sie bringt zum Ausdruck, dass der Trend zur medialen Inszenierung von Pflegenotstandssituationen und kriminellem Pflegehandeln das Gewissen derer belasten würde, die ihre Familienangehörigen zur Pflege in ein Altenheim geben.

Die Informantin beklagt, dass der Ruf und die gute Pflegequalität eines Altenpflegeheimes derzeit vordergründig per Mundpropaganda Verbreitung finden würde (S. 155, 14 – 15). Sie gibt zu bedenken, dass es die Menschen, die auf der Suche nach einer guten stationären Altenbetreuung sind, schwer haben, diese bei fehlender öffentlicher positiver Darstellung auch zu finden.

Abschließend betont die Informantin, dass eventuell auftretende Schwierigkeiten zunächst heimintern ausgewertet werden sollten. Sie erachtet dabei eine Dokumentation auftretender Unzulänglichkeiten per Video als eine praktikable Möglichkeit der Hebung der Pflegequalität.

Fazit dieses Darstellungszusammenhanges ist, dass die Informantin sich durch die mediale Negativdarstellung provoziert sieht. Zum einen sei die Interaktionsbeziehung zwischen dem Pflegeteam und den Angehörigen der Pflegebedürftigen weniger von Vertrauen, denn von tiefem Misstrauen geprägt, mit der Folge, dass diese Interaktionsbeziehung erheblich belastet wird. Des Weiteren würden sich die Angehörigen von Pflegebedürftigen einer großen emotionalen Belastung in Form eines schlechten Gewissens ausgesetzt sehen, wenn sie ihre Angehörigen in ein Pflegeheim geben. Die pflegeprofessionell arbeitenden Einrichtungen sehen sich permanent der Schwierigkeit gegenüber, ihre sehr gute Pflege und ihr alltägliches Engagement zum Wohle des Pflegebedürftigen der Öffentlichkeit gegenüber glaubhaft zu machen und Vorurteile in der öffentlichen Meinung korrigieren zu müssen. Der gute Ruf einer Einrichtung findet derzeit leider zuvorderst über Mundpropaganda Verbreitung.

Biografische Gesamtformung Katja Herrmann

Katja Herrmann ist zum Zeitpunkt des Interviews siebenunddreißig Jahre alt. In ihrer Erzählung hebt die Informantin heraus, dass sie eine schöne Kindheit verlebt hat. Katja Herrmann ist in einem harmonischen familiären System aufgewachsen. Zu ihrer Familie gehören, neben dem Vater und der Mutter, auch ein Bruder und eine Schwester, sowie eine Großmutter. Der Großvater ist bereits verstorben und die hoch betagte Großmutter wird von der Informantin liebevoll in der Pflegeeinrichtung versorgt, in der sie auch als Pflegekraft tätig ist. Die Beziehungsqualität sowohl zum Bruder als auch zur Schwester bleibt über die gesamte Erzählung hinweg unangesprochen. Beide Geschwisterkinder werden lediglich in ihrer Existenz erwähnt. Das hier liegende Themenpotenzial bleibt unausgeschöpft.

Katja Herrmann wächst in einem familiären System auf, welches als ein ausgesprochen harmonisches und gleichzeitig auch als ein tragfähiges familiäres Beziehungsgefüge erscheint. Die Informantin unterstreicht besonders die Hinwendung, welche sie von ihrem Vater erfährt. Ihre Erzählung vermittelt den Eindruck des Bestehens einer sehr engen Beziehung zu ihrem Vater als signifikantem anderen. So hat sich zuvorderst der Vater für die Bildung seiner Kinder engagiert, indem er Katja Herrmann und ihren Geschwistern die heimatische Flora und Fauna nicht nur erklärte, sondern auch ihre Begeisterung diesbezüglich nachhaltig aktivierte. Der Vater scheint über dieses Engagement einen größeren Teil der innerfamiliären Beziehungsarbeit geleistet zu haben, als vergleichsweise die Mutter der Informantin.

Über die genaue Beziehungsqualität zwischen der Informantin und ihrer Mutter kann wegen dem hier liegenden nicht ausgeschöpften Themenpotenzial keine Aussage getroffen werden. Aus der Darstellung der Informantin, die Mutter betreffend, erwächst jedoch die starke Vermutung, dass die Mutter innerhalb des familiären Systems zuvorderst mit der Erledigung des fünfköpfigen familiären Haushaltes ausgelastet und daneben auch beruflich sehr eingebunden ist. Der Lebensentwurf der Mutter bezüglich der Vereinbarkeit von Berufsalltag und Familie und des ständigen Arbeitens bis an die körperliche Belastungsgrenze heran scheint allerdings für die Informantin bezüglich ihres eigenen Lebensentwurfes außerordentlich orientierungsmächtig zu sein. Auch Katja Herrmann vereinbart die Erziehung ihres Sohnes mit ihrem Schichtdienst und darüber hinaus auch mit einer berufsbegleitenden Weiterbildung zur Praxisanleiterin. Dies bei gleichzeitiger Betonung der Informantin, wie stressbesetzt, aber dennoch ausfüllend diese Situation gewesen ist.

Aus der biografischen Erzählung der Informantin geht insgesamt hervor, dass ihre Eltern langjährig glücklich miteinander verheiratet sind. Die Informantin mehrmals in ihrer Erzählung auf ihre, als glückliche und harmonisch erlebte, Kindheit Bezug nimmt. Es kann festgestellt werden, dass die zentralen Beziehungserfahrungen der Informantin in ihrer Herkunftsfamilie geprägt waren von elterlicher Fürsorge und familiärem Einklang. Die elterliche Paarbeziehung stellt für Katja Herrmann ein positives Identifikationsvorbild dar. Diese zentralen Beziehungserfahrungen aus der Herkunftsfamilie werden für die Informantin orientierungsmächtig, da sowohl ihre biografische Planung, die eigene Familienplanung betreffend, als auch deren tatsächliche Umsetzung ganz deutlich erkennen lassen, welche tiefer liegende Orientierungsmacht die Erfahrungen aus dem Elternhaus besitzen. Diese Orientierungsmächtigkeit zeigt sich insbesondere darin, dass die Informantin konsequent und zielstrebig diese im Elternhaus und in der elterlichen Partnerschaft vorgelebte Harmonie auch zum Maßstab hinsichtlich ihrer eigenen Familiegründung macht.

Katja Herrmann verfügt über eine ausgeprägte strategische Handlungskompetenz, verbunden mit einer enormen Sensibilität, was die Entwicklung und Verwirklichung ihrer biografischen Entwürfe angeht. Diese Fähigkeit der Katja Herrmann zum strategischen Handeln zeigt sich vor allem auch in der Tatsache, dass sie nur (berufs-) biografische Entwürfe mit großer biografischer Tiefe avisiert. Auf plötzliche von ihr als untragbar wahrgenommene Veränderungen der Lebenssituation reagiert sie stets handlungsschematisch konsequent: So schätzt Katja Herrmann beispielsweise zügig und handlungssicher ein, dass die eheliche Gemeinschaft mit ihrem ersten Ehemann sich in Diskrepanz zu ihren ursprünglichen Erwartungen und Vorstellungen einer ehelichen Gemeinschaft entwickelt. Katja Herrmann löst sich noch während der Schwangerschaft von ihrem ersten Ehemann und Vater ihres Sohnes los. Als bald nach der Ehescheidung geht sie eine neue Partnerschaft ein, in der sie alle ihre ursprünglichen Vorstellungen von Familienleben, geprägt von den orientierungsmächtigen Erfahrungen aus der Herkunftsfamilie, verwirklichen kann. Die Erzählung der Informantin legt nahe, dass es sich bezüglich der Beziehungsqualität zu ihrem zweiten Ehemann um eine stabile und tragfähige Partnerschaft handelt. Die Informantin zieht in diesem Zusammenhang Parallelen zwischen ihrem Elternhaus und ihrer zweiten Ehe. Sie nimmt dabei ausführlichen Bezug auf die im ehelichen Eigenheim, ebenso wie damals im Elternhaus lebenden Haustiere, sowie auch auf die gemeinsamen mit den Eltern unternommenen Urlaubsfahrten. An dieser Herstellung von Bezügen plausibilisierte die Informantin nunmehr die harmonische Beziehungsqualität der ehelichen Partnerschaft.

Das institutionelle Ablaufmuster der Schule als „ganz normale Zehnklassenschule“ wird von Katja Herrmann lediglich in Verbindung mit der von der Schule angeregten berufsbiografischen Orientierung thematisiert. Das lässt vermuten, dass die Schulzeit in ihrem Ablauf dem individuellen Erwartungsrahmen entsprach und sich nichts Außergewöhnliches oder gar herausragend Problematisches ereignet hat. Katja Herrmann hebt hervor, dass der Wunsch, den Krankenschwesternberuf zu ergreifen, bereits zum Zeitpunkt der Berufswahl sehr verfestigt war. Die Informantin zeigt sich besonders beeindruckt von dem prestigeträchtigen Symbol dieses helfenden Berufes, der weißen Berufsbekleidung. Aber auch die Fürsorge anderen gegenüber scheint für die Informantin eine natürliche Sinnquelle mit großer biografischer Tiefe zu besitzen, denn aus der Erzählung der Katja Herrmann geht hervor, dass das gesundheitliche Wohlergehen ihrer Familienangehörigen für sie eine besondere Priorität besitzt. So sei wiederholt darauf hingewiesen, dass die Informantin bemerkenswerterweise ihre Großmutter auf die Pflegestation geholt hat, auf der sie auch selbst als Pflegekraft arbeitet.

Ein zweiter berufsbiografischer Entwurf war auf den Beruf der Tierpflegerin gerichtet. Auch dieser berufsbiografische Entwurf ist an biografische Sinnquellen gebunden – hier an das Interesse an Flora und Fauna,

welches der Vater bereits in den frühen Kinderjahren der Informantin weckte. Ein von Katja Herrmann nicht näher definiertes, soziales oder familiäres Umfeld hat ihr jedoch von der Realisierung dieses berufsbiografischen Entwurf abgeraten, begründet in der unsicheren Planung der beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeit bzw. der zeitintensiven und unsicheren Karriereplanungsmöglichkeit.

Der dritte berufsbiografische Entwurf, Porzellanmalerin zu werden, besitzt ebenfalls eine große biografische Tiefe, denn auch der Großvater der Informantin übte diesen Beruf aus.

Insgesamt ist festzustellen, dass die berufsbiografischen Entwürfe der Informantin tiefer liegenden Sinnquellen entstammen und allesamt eine tiefe biografische Relevanz besitzen. Letztendlich wägt sie sachlich das Für und Wider der Berufe des Tierpflegers, der Porzellanmalerin sowie den Krankenschwesterberuf ab und entscheidet sich schließlich für die Ausbildung zur Krankenschwester. Die Erzählung lässt keinen Zweifel daran, dass dieser Beruf auch nach vielen Berufsjahren noch eine tiefe Sinnquelle für Katja Herrmann darstellt.

Der Übergang von der Schulzeit in die Berufsausbildung erfolgt nahtlos und entsprechend der berufsbiografischen Planung der Katja Herrmann. Die eigeninitiativen Bewerbungsbemühungen der Informantin waren bereits mit dem zweiten Versuch erfolgreich. Dem institutionellen Ablaufmuster der Berufsausbildung – welches in der Erzählung nicht detailliert beschrieben wird – folgt, ebenfalls im nahtlosen Übergang, die Berufseinmündungsphase. Markant ist hier, dass sich die Informantin in genau dem Altenheim um Absolvanz ihrer (damals so genannten) Pflichtjahre bewirbt, in dem sie bereits ihre ausbildungsbegleitenden Praktika absolvierte. Diese von Impetus geprägte Bewerbungsinitiative hebt die Informantin auch selbst als ungewöhnlich heraus. Während der Praktikazeit etabliert sie dann nicht nur tragfähige Beziehungen zum Kollegium, sondern schätzte auch den Umgang mit den pflegebedürftigen Menschen als sehr wertvoll ein.

Obgleich die Einrichtung, in der Katja Herrmann sowohl als Schwesternschülerin als auch später als Krankenschwester arbeitet in der näheren städtischen Umgebung einen schlechten Ruf besitzt, setzte sich Katja Herrmann über das Meinungsbild der Allgemeinheit hinweg und formuliert den (zu dieser Zeit scheinbar unüblichen) Wunsch, die so genannten Pflichtjahre ebenfalls in eben dieser Einrichtung zu absolvieren. Die Informantin verfügt über ein großes Maß an strategischer Handlungskompetenz, dies wir hier einmal mehr deutlich: Sie nutzt die öffentlich gewordene Unattraktivität der Einrichtung ganz gezielt zu ihrem Gunsten und tritt somit die Arbeitsstelle ihrer Wahl an.

Der berufsbiografische Werdegang verläuft insgesamt linear. Die Informantin ist noch heute in ihrer damaligen Ausbildungseinrichtung als Krankenschwester im Bereich der stationären Altenpflege tätig.

Abschließend kann zusammenfassend folgendes festgestellt werden: Tiefe biografische Sinnquellen, wie die Tragfähigkeit von Beziehungen, Stabilität und Harmonie erwachsen aus der Herkunftsfamilie und werden für Katja Herrmann bei der Entwicklung eigener biografischer Entwürfe orientierungsmächtig. Daraus erwächst für die Informantin auch die Fähigkeit des sicheren und konsequenten Konstruierens und Realisierens von (berufs-) biografischen Entwürfen. Es kann herausgestellt werden, dass gerade bezüglich des Entwurfes und der Planung (berufs-) biografischer Entwürfe das Vorhandensein von biografischer Tiefe für die Informantin nicht nur von großer Bedeutung, sondern letztendlich auch handlungsleitend hinsichtlich Wahl des Handlungsschemas ist. Auf Diskrepanzen zwischen ihren ursprünglichen biografischen Entwürfen und der zu erwartenden Entwicklung einer Situation, reagiert die Informantin, indem sie stets alles daran setzt, ihre biografischen Entwürfe und ihre eigenen Vorstellungen zielstrebig umzusetzen. Dies tut sie mit einem hohen Maß an strategischer Handlungskompetenz, Entschlossenheit und Konsequenz. Somit wird auch erklärbar, dass aus der lebensgeschichtlichen Erzählung der Katja Herrmann keine Verlaufskurven des Erleidens heraustreten.

Literaturverzeichnis

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Adolph, H.; Heinemann, H. (2003): Empfehlungen zur Verbesserung der Personalsituation in der Altenpflege und der Pflegequalität aus Verbraucherperspektive – Ergebnisse der Expertenworkshops des DZA. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Diskurspapier-Nr. 38, März 2003, S. 18 – 19.
- Albrecht, A.; Weyerer, S.; Zimber, A. (2000): Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. In: *Pflege aktuell*. 5/2000, S. 272 – 275.
- Arndt, M. (1996a): *Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Becker, S. H.; Geer B.; Hughes C. E; Strauss, A. (1990): *Boys in White – Student Culture in Medical School*. Chicago University Press. Transaction Press, New Brunswick, S. 419 – 443.
- Becker, W.; Meiford, B. (1997): *Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittstudie über den Verbleib im Altenpflegeberuf - Teil I*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Becker, W.; Meiford, B. (1998): *Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf? – Dokumentation einer Längsschnittstudie über den Verbleib im Altenpflegeberuf Teil II*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Behrens, J. (1995): *Qualitätssicherung in der Pflege und in der Rehabilitation*. Zentrum für Arbeit und Soziales, Institut für Arbeitsrecht und Arbeitsbeziehungen in der Europäischen Gemeinschaft, 1995
- Behrens, J. (2005) *Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidenz*. In: *Soziologie der Pflege*. Weinheim: Juventa-Verl., S. 51-70.
- Behrens J, Zimmermann M. (2006/C77): *Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39: 165-172 (7) Steinkopff Darmstadt.*
- Behrens, J.; Zimmermann, M. (2006/C80): *Pflegende „Angehörige“ und pflegende Profession in Gesundheitsförderung – Rehabilitation und Prävention*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Darmstadt: Steinkopff. Bd. 39, 2006, 1, S. 63.
- Behrens, J. (2007/C83): *Gesundheits- und Pflegewissenschaften – eine weitblickende und nachhaltige Entscheidung*. In: *Scientia Halensis*. Halle: Univ., Bd. 15. 2007, 1, S. 24-25.
- Behrens, J. (2007): *Evidenzbasierung als Bezugsrahmen auf die Pflege- und Hebammenforschung*. In: *Pflegerecherche in Deutschland*. Bremen: IPP, Abt.: Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung 2007, S. 21 – 25.
- Berger, P.; Luckmann, Th. (1970): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit*. Frankfurt a. M.
- Betts, S.; Griffiths, A.; Schütze, F.; Straus, P. (2007): *Biographical Counselling: an Introduction*. In: Betts, S.; Griffiths, A.; Schütze, F.; Straus, P. (Hrsg.): *INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training – Further Education Curriculum*. www.biographicalcounselling.com
- Blumer, H. (1973): *Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus*. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, eds. *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Reinbeck b. Hamburg, S. 80 – 146.
- Bohnes, H. (2001): *Pflegeheime am Scheideweg*. Hagen: Kunz-Verlag
- Boegemann-Grossheim, E. (2004): *Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland*. In: *Pflege & Gesellschaft*, 9.Jahrgang 3/2004, S. 100-107.
- Brandenburg, H.; Klie, T. (2000): *Gerontologische Pflege. Perspektiven für Studium, Praxis und Forschung*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 515-520.
- Breidenstein, G.; Schütze, F. (Hrsg.) (2008): *Paradoxien in der Reform der Schule. Ergebnisse qualitativer Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bremer-Roth, F; Henke, F.; Lull, A. (2005): *In guten Händen*. Berlin: Cornelsen

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland - Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Mai 2006.

Corbin, J. M.; Strauss, A. (1988): *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco, London: Jossey-Bass.

Corbin, J. M.; Strauss, A. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 2. Auflage. Bern: Huber.

Davis, H.; Scase, R. (2000): *Managing Creativity – The Dynamics of Work and Organization*. In: Salaman, G. (Hrsg.) (2000). *Managing Work and Organizations Series*. Open University Press Buckingham, Philadelphia, p.78 – 103.

Detka, C. (2005): Zu den Arbeitsschritten der Segmentierung und der Strukturellen Beschreibung in der Analyse autobiographisch-narrativer Interviews. In: *ZBBS*, Heft 2/2005, S. 351-364.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (1992): *Berufsordnung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) für Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger, Krankenschwestern und Kraneknpfleger*. DBfK, Eschborn.

Domnowski, M. (2004): *Burnout und Stress in Pflegeberufen - Ursachen Wirkungen und Möglichkeiten zur Entlastung*. Hagen: Brigitte-Kunz-Verlag.

Engelhard v., D. (Hrsg.) (1997) *Ethik im Alltag der Medizin. Spektrum der Disziplinen zwischen Forschung und Therapie*. 2. Auflage. Birkhäuser Basel 1997.

Fengler, J. (2001): *Helfen macht müde*. 6. Auflage. München: Pfeiffer-Verlag.

Flick, U.; v. Kardoff, E.; Steinke, I. (Hg.) (2000): *Qualitative Sozialforschung – Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.

Finucane T., Christmas C, Travis K. (1999): Tube feeding in patients with advances dementia. In: *Journal of American Medical Association (JAMA)*:1999, 282; 1365-1370.

Freidson, E. (1975): Dominanz der Experten – Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. In: Keupp, H.; Pflanz, M.; Siegrist, J. (Hrsg): *Medizin und Sozialwissenschaften 3*. München: Urban & Schwarzenberg, S. 91 – 147.

Frey, S. T. (1995): *Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung für ethische Entscheidungsfindung*. Eschborn: DBfK-Verlag

Gastmanns, C. (2003): Der soziale, interprofessionelle und institutionelle Kontext der Pflegepraxis: Hemmender Widerstand oder Beschleunigungskraft. In: Dibelius, O.; Arndt, M. (St. M. Benedikta) (Hrsg.): *Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine Europäische Perspektive*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 95 – 113.

Garfinkel, H. (1967): Good Organizational Reasons for „Bad“ Clinical Records. In: ders., *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N. J. , S. 186 – 207.

Garfinkel, H. (1973): Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen. *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Bd. 1 und 2, Reinbeck: Opladen, S. 189 - 262

Glaser, B. G.; Strauss, A., (1974): *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*. Göttingen & Ruprecht Vandenhoeck.

Glaser, B. G., Strauss, A. (1967/2005): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung*. 2. korrigierte Auflage. Bern: Huber 2005.

Gnam, E. (2000): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Goffman, E. (1998): *Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 13. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Görres, S. (1997): *Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege*. Bern: Huber.

- Haller, D. (2000): *Grounded Theory in der Pflegeforschung – professionelles Handeln unter der Lupe*. Bern: Huber.
- Heinz, W., Behrens, J. (1991): Statuspassagen und soziale Risiken im Lebensverlauf. In: *BIOS - Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History*. 4. Jahrgang, Heft 1/1991, S. 121-140.
- Henderson, V.; Harmer, B. (1955): *Textbook of the principles and practice of nursing*. 5th. ed. New York: Macmillan
- Henderson, V. (1997): Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer, D.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hrsg.): *Pflegetheorien - Beispiele aus den USA*. Bern: Huber, S.39-54.
- Henze, K.-H.; Piechotta, G. (Hrsg.) (2004): *Brennpunkt Pflege*. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Hoffmann-Gabel, B. (1997): *Ethik für die Altenhilfe*. Berlin: Vincentz-Verlag.
- Holloway, I.; Wheeler, S. (1998): *Qualitative Pflegeforschung – Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Hölzer, R. (2003): *Burnout in der Altenpflege – vorbeugen – erkennen – überwinden*. München, Jena: Urban & Fischer
- Hotze, E. (1997): *Pflege in der medizinischen Rehabilitation – Zur beruflichen Identität und Professionalisierung in den Pflegeberufen*. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Hughes, E. C. (1963): *Professions*. Daedalus, 1, S. 655-668.
- Hughes, E. C. (1965): The Studie of Occuoations. In: R. K. Merton, L. Broom und L. S. Cottrel jr.. (Hg.): *Sociology today, Problems and Prospects* . New York /Evanston, S. S. 442-458
- Hughes, E. C. (1971): *The Sociological Eye*. Bd. 1. Selected Papers on Institutions and Race. Chicago/New York, S. 1 – 278.
- Hughes, E. C. (1984): Mistakes at Work. In: Hughes, E. C. (1984): *The Sociological Eye*. Bd.: 2 Selected Papers on Work, Self and the study of society. Chicago: Aldine-Atherton, S. 316-325.
- International Council of Nursing (ICN) Grundregeln der Krankenpflege*. In: Henderson, V. (1963): *Grundregeln der Krankenpflege (ICN Basic Principles of Nursing Care)*. Deutsche Schwesterngemeinschaft. Frankfurt am Main.
- Jakob, G., (1997): Das narrative Interview in der Biographieforschung. In: *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*: Friebertshäuser, B.; Prengel, A. (Hrsg). Weinheim, München: Juvent Verlag, S. 445 – 458.
- Juchli, L. (1987): *Krankenpflege – Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker*. Stuttgart: Georg Thieme, S. 45 – 47.
- Käppeli, S. (1988): Pflegewissenschaft im Kontext der Medizin – Verbindendes und Trennendes in den beiden Disziplinen. In: *Hochschulforum Pflege*, Nr. 1/2001a, S. 7-10.
- Kelle, U.; Kluge, S.(1999): Vom Einzelfall zum Typus – Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. In: Bohnensack, R.; Lüders, Ch.; Reichertz, J. (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich, Opladen.
- Kellnhäuser, E. (1994): *Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege - Ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland*. Melsungen: Bibliomed Verlagsgesellschaft.
- Klitzing-Naujoks von, W.; Klitzing von, K. (1995): *Psychische Belastungen in der Krankenpflege*. Göttingen / Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Knobeling, C. (1999): Konfliktsituationen im Altenheim – Eine Bewährungsprobe für das Personal. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kollak, I.; Hesook, S. (Hrsg.) (1999): Pflergetheoretische Grundbegriffe. Bern: Huber, S. 10.
- Köther I. (2005): Altenpflege zeitgemäß und zukunftsweisend. Stuttgart: Georg Thieme.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.)(2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung – Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Lay, R. (2002a): Professionalisierung der Pflege – aber wie? In: Bergener, M.; Fischer H.; Heimann, M.; Thiele, G. (Hrsg.): *Management Handbuch Alteneinrichtungen*. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag, 23. Erg. Lfg. 1873, S. 1-11
- Lay, R.(2000b): Beruf oder Profession? Strategien zur Professionalisierung in der Pflege. In: Fischer, H.; Gerhardt, E.-P.; Greulich A.; Räßle Th.; Schneider, E.; Thiele, G.; Ulmer, H.-U.; Degener-Hencke, U. (Hrsg.): *Management Handbuch Krankenhaus*. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag, 44. Erg. Lfg. 2128, S. 1-11
- Lay, R. (2004): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Mead, G.-H. (1968): Geist, Identität und Gesellschaft – aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Mit einer Einleitung herausgegeben von Ch. W. Morris, Frankfurt a. M.
- Meuser, M; Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D. et. al. (Hrsg.) *Qualitativ-empirische Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 441 – 471.
- Meuser, M.; Nagel, U. (2004): ExpertInneninterview. In: Becker, R.; Kortendiek, B. (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 326-329.
- Meyer, C. (1996): Veränderung der Arbeitssituation in der Pflege – Interesse und Bereitschaft Pflegenden zur Mitgestaltung. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Nittel, D. (2000): Von der Mission zur Profession? In: Nolde, S.; Nuissl v. Rein E.; Tippelt, R. (Hrsg) *Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Oevermann,U. (1981): Professionalisierung der Pädagogik - Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. Manuskript eines Vortrags, gehalten im SS 81 am Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der Freien Universität Berlin, unveröffentlichtes Manuskript, Frankfurt am Main, 1981.
- Parson, T. (1964): Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur. In: Parson, T. (Hrsg.) (1964). In: *Beiträge zur soziologischen Theorie*. Köln: Luchterhand. S. 160-179.
- Pieper, A. (2000): Einführung in die Ethik. Vierte Auflage. Tübingen, Basel: Francke Verlag.
- Richter, G. (2002): Pflege als Selbstaubeutung. In: *Häusliche Pflege* 2/2002, S. 34-37.
- Reim, Th. (1996): Die Weiterbildung zum Sozialtherapeutenberuf. Bedeutsamkeit und Folgen für Biographie, professionelle Identität und Berufspraxis. Eine empirische Untersuchung von Professionalisierungstendenzen auf der Basis narrativ-autobiografischer Interviews. Dissertation am Fachbereich Sozialwesen der Universität Gesamthochschule Kassel.
- Reim, Th. (1997): Auf der Suche nach biografischen Passungsverhältnissen – die Prozessierung durch Möglichkeitsstrukturen anstelle biografischer Arbeit. In: Nittel, D., Marotzki, W. (Hrsg): *Berufslaufbahn und biografische Lernstrategie*. Hohengehren: Schneider Verlag, S. 175 – 213.
- Riemann, G.; Schütze, F. (1987): Some Notes on a Student Research Workshop on „Biographic Analysis, Interaction Analysis and Analysis of Social Worlds“. In: *Biography and Society*, Vol. 8, S. 54-70.
- Riemann, G. (1989): Biographien verstehen und missverstehen – Die Komponente der Kritik in der sozialwissenschaftlichen Fallanalyse des professionellen Handelns. In: Kraul, M., Marotzki, W., Schweppe, C. (Hrsg.) (2002) *Biographie und Profession*. Verlag Julius Klinkhardt, S. 156 ff

Riemann, G.; Schütze, F. (1991). „Trajectory“ as a Basic Theoretical Concept for Analyzing Suffering and Disorderly Social Processes. In: Maines, D. R. (Hg), 1991: *Social Organization and Social Processes. Essays In Honor of Anselm Strauss*. New York: Aldine de Gruyter, S. 333 – 357.

Riemann, G. (2000): Die Arbeit in der pädagogischen Familienberatung. Interaktionsprozesse in einem Handlungsfeld der sozialen Arbeit. In: Otto, H. U., Thiersch, H. (2000) *Edition Soziale Arbeit*. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 175 ff

Robert Bosch Stiftung (Hrsg) (2000): Pflege neu denken – Zur Zukunft der Altenpflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hrsg.): *Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: Ed. Sigma, S. 103–126.

Schmidbauer, W. (1994): Hilflöse Helfer – Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Hamburg: Rowohlt.

Schmidbauer, W. (1999): Wenn Helfer Fehler machen. Hamburg: Rowohlt.

Schmidbauer, W. (2002): Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. Hamburg: Rowohlt.

Schmid-Noerr, G.(2001): Die Förderung von Selbstbehauptung und moralischer Kompetenz. In: *Sozial Extra*. Heft Juli/August 2001, S. 20-25.

Schütz, A. (1971): Gesammelte Aufsätze. Bd. 1: Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag.

Schütze, F. (1981): Prozessstrukturen des Lebensablaufs. In: Matthes, J. et al. (Hrsg.): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Kolloquium am sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. S. 67 - 156

Schütze, F. (1982): Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit. In: Eberhard Lämmert (Hrsg.): *Erzählforschung. Ein Symposium*. Stuttgart: J.B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, S. 568-590.

Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: *Neue Praxis*, Jg. 13, H. 3, S. 283-293.

Schütze, F. (1984): Tätigkeitsstudien zu Arbeitsabläufen: Zu Anselm Strauss' Forschungsansatz zur Untersuchung komplexer professioneller Arbeitsabläufe in Dienstleistungsorganisationen und ihrer kollektiven Veränderung durch Umwälzung der Technologie und der Arbeitsorganisation. (unveröffentlicht), S. 9 – 15.

Schütze, F. (1984a): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M. et al. (Hrsg.): *Biographie und soziale Wirklichkeit*. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart, S. 78 – 117.

Schütze, F. (1984b): Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung. In: Lippenmeier, N. (Hrsg.): *Beiträge zur Supervision*. Band 3: Arbeitskonferenz „Theorie der Supervision“. Kassel, S. 262 – 389.

Schütze, F. (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: Erzähltheoretische Grundlagen. Teil I: Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können. Studienbrief der Fernuniversität Hagen.

Schütze, F. (1987e): Symbolischer Interaktionismus. In: Ulrich Ammon, Norbert Dittmar und Klaus J. Mattheier (Hrsg.). *Sociolinguistics/Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft*. Erster Halbband. Berlin und New York: Walter de Gruyter, S. 520-553.

Schütze, F. (1989) Kollektive Verlaufskurve oder kollektiver Wandlungsprozess – Dimensionen des Vergleichs von Kriegserfahrungen amerikanischer und deutscher Soldaten im zweiten Weltkrieg. In: *BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History*. Heft 1 / 1989, S. 31 – 108.

Schütze, F. (1991): Biographieanalyse eines Müllerlebens - Innovationsbereitschaft als Familientradition und Lebensführungshabitus: Wie die Müllerfamilie Berger die Krisen des Mühlensterbens um die Jahrhundertwende und in den Fünfziger Jahren überwunden hat. In: Scholz, H.-D. (Hrsg.): *Wasser- und Windmühlen in Kurhessen und Waldeck-Pyrmont*. Kaufungen, S. 206-227.

Schütze, F. (1992a): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Dewe, Bernd; Ferchhoff, Wilfried, und Radke, Frank-Olaf (Hrsg.): *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske und Budrich, S. 132-170.

Schütze, F. (1992): Pressure and Guilt: War Experiences of a Young German Soldier and their Biographical Implications. Part 1 and 2. In: *International Sociology*. Vol. 7, No. 2 and 3. S. 187-208, 347-367.

Schütze, F. (1993): Die Fallanalyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der sozialen Arbeit. In: Rauschenbach, T. et al. (Hrsg.): *Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit*. Weinheim-München: Juventa, S. 191-221.

Schütze, F. (1994): Strukturen des professionellen Handelns, biographische Betroffenheit und Supervision. In: *Supervision* H. 26, S. 10-39.

Schütze, F. (1995): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H.-H; Marotzki, W. (Hrsg.): *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*. Opladen: Leske und Budrich, S. 116-157.

Schütze, F. (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: Combe, Arno, und Helsper, Werner, (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 183-275.

Schütze, F. (1997): Kognitive Anforderungen an das Adressatendilemmata in der professionellen Fallanalyse der Sozialarbeit. In: Jakob, G. et al. (Hrsg.): *Rekonstruktive Sozialpädagogik - Zum Verhältnis von qualitativer Sozialforschung und pädagogischem Handeln*. Weinheim: München, S. 39-60.

Schütze, F. (1999): Allgemeinste Aspekte und theoretische Grundkategorien des Werkes von Anselm Strauss für die Fallanalyse im Sozialwesen. In: Kirsch, R.; Tennstedt, F. (Hrsg.): *Engagement und Einmischung*. Festschrift für Ingeborg Pressel. Universität/Gesamthochschule Kassel, Bibliothek. 1999. S. 321-347.

Schütze, F. (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriss. In: *ZBBS*, Jg. 1, H 1., S. 49 - 96

Schütze, F. (2001a): Ein biographieanalytischer Beitrag zum Verständnis von kreativen Veränderungsprozessen: die Kategorie der Wandlung. In: *Materialität des Geistes. Zur Sache Kultur – Im Diskurs mit Ulrich Oevermann*, hgg. v. Roland Burkholz, Christel Gärtner und Ferdinand Zehentreiter; Weilerswist: Velbrück-Verlag, S. 137-162.

Schütze, F. (2001b): Rätselhafte Stellen im narrativen Interview. In: *Handlung Kultur Interpretation*, 2001, Jg. 10, Heft 1, S.12-28.

Schütze, F. (2001): Angebot im Rahmen der Ausschreibung „Qualitative Voruntersuchung zur Evaluation des Modellvorhabens, Diabetes-Projekt Sachsen Anhalt“. Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Soziologie, Lehrstuhl für Mikrosoziologie.

Schütze, F. (2002a): Supervision als ethischer Diskurs. In: Kraul, M.; Marotzki, W; Schewpe, C. (Hrsg.) (2002): *Biographie und Profession*. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S. 135-165.

Schütze, F. (2002): Das Konzept der sozialen Welt im Symbolischen Interaktionismus und die Wissensorganisation in modernen Komplexgesellschaften. In: Keim, I.; Schütte, W. (Hrsg.): *Soziale Welten und kommunikative Stile*. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag. G. Narr, Tübingen, S. 57-83.

Schütze, F.; Mondada, L. (2004) (Hrsg.): Schwerpunkt: Soziale Interaktion und die Herstellung von Wissenschaft – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: *ZBBS* Heft 2/2004, S. 139-154

Schütze, F. (2005): Eine sehr persönlich generalisierte Sicht auf qualitative Forschung. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*. ZBBS 6. Jg., Heft 2/2005, S. 211-248.

Schütze, F. (2007): Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews – Part I + II. In: Betts, Sandra/Griffiths, Aled/Schütze, Fritz/Straus, Peter (Hrsg.): INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training – Further Education Curriculum. (63 S. und 51 S.) www.biographicalcounselling.com

Schwenk, M. (2007) Professionalisierung der Pflege, Grin Verlag München

Schwerdt, R.; Singeer, P.; Jonas, H.; Buder, M. (1998): Eine Ethik für die Altenpflege. Bern: Hans Huber.

Shibutani, T. (1978) *The Derelicts of Company K. A Sociological Study of Demoralization*. University of California Press, London, England

Shibutani, T. (2000) *Social Processes – An Introduction to Sociology*. University of California Press, page 299-329

Sowinski, Ch., Pflege braucht Fachlichkeit – vorbehaltene Aufgabenbereiche für Fachkräfte gegenüber Hilfskräften. In: *Pflege aktuell* 52 (1998) Heft 7–8, S. 418–422.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suszek, B., Wiener, C. (1980) *Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie*. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 32, S. 629 - 651

Strauss, A. (1985) *Work and the division of labor*. In: *The Sociological Quarterly* 26, 1, 1-19

Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suszek, B.; Wiener, C. (1985): *Social Organization of Medical Work*. Chicago: The University Chicago Press

Strauss, A.; Corbin, J. (1990): *Basics of Qualitative Research – Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publications.

Strauss, A. (1991): *Creating Sociological Awareness. Collective Images and Symbolic Representations*. N.J. & London: New Brunswick.

Studentische Fachtagung Bremen (Hrsg.) (1997): *Pflegekul(t)Tour. Pflegewissenschaft – Qualitätssicherung – Pflegeethik – Gewalt – Kooperation*. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Pflege*. Frankfurt a.M.: Mabuse

Internetquellen:

<http://www.dge.de> (10. Januar 2008, 18:00)

Ernährungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

http://www.mds-ev-org/download/030707_grundsatzstellungnahme.pdf (09. Januar 2008, 14:00)

Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

http://www.mdk.de/aktuelles/07_06_00.html (09. Juni 2006, 17:00)

Gemeinsame Presseerklärung von: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg AEV - Arbeiter-Ersatz-Kassen- Verband e.V., Siegburg, Essen, den 6.7.2000

www.kritische-ereignisse.de/index.php?id=6 (04. Oktober 2007, 14:00)

Projektinformation des Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. zum Online-Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege „Aus kritischen Ereignissen lernen“

<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/> (05.02.07, 15:00)

GENESIS-Online-Datenbank des Statistischen Bundesamtes

www.biographicalcounselling.com (28. August 2008, 16:00)