

Unsichtbare Bedürfnisse

Eine Situationsanalyse zur Konstruktion von Bedürfnissen in der interkulturellen Pflegeberatung in Pflegestützpunkten

ALEXANDRA ZEIN



Unsichtbare Bedürfnisse

Eine Situationsanalyse zur Konstruktion
von Bedürfnissen in der interkulturellen
Pflegeberatung in Pflegestützpunkten

Alexandra Zein

socialnet **Verlag**

socialnet **Verlag**

socialnet GmbH
Weidengarten 25
53129 Bonn

<https://www.socialnet.de/verlag>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2025 Alexandra Zein

Verlagslektorat: Dr. phil. Maria Milbert
Druck: Libri Plureos GmbH, Friedensallee 273, 22763 Hamburg

ISBN 978-3-936978-12-4
<https://doi.org/10.60049/kn3qkijj>

Eine Dissertation am hochschulübergreifenden Promotionszentrum Soziale Arbeit (Hochschule RheinMain, Wiesbaden; Hochschule Fulda, Fulda; Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt am Main; Hochschule Darmstadt, Darmstadt)

Eingereicht von Alexandra Zein (Dipl. Sozialpädagogin / Sozialarbeiterin mit staatl. Anerkennung, Master of Arts Soziale Arbeit) am 16.12.2024 in Fulda; Disputation am 06.03.2025 in Wiesbaden

Betreuende:
Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule Bochum
Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner, Hochschule RheinMain

Gutachtende:
Prof. Dr. Michael May, Hochschule RheinMain
Prof. Dr. Ingo Neupert, Hochschule RheinMain

Inhalt

Danksagung	9
1 Einleitung	11
1.1. Praxisforschungsprojekt OPEN	14
1.2. Fragestellung und Gliederung der Arbeit	19
A – PERSPEKTIVEN AUF DAS FORSCHUNGSFELD	26
2 Pflegeberatung	28
2.1. Pflegeversicherung und Pflegeberatung	30
2.1.1. Pflegeberatung in Pflegestützpunkten	31
2.1.2. Inanspruchnahme von Pflegeberatung durch Migrant*innen	35
2.1.3. Eckpunkte in der Entwicklung der Pflegeversicherung und der Pflegeberatung	41
2.1.4. Gesellschaftliche Einordnung der Pflegeversicherung	46
2.2. Diskussion der Pflegeberatung als Beratungsmethode	52
2.2.1. Gesundheitsbezogene Beratung in der Sozialen Arbeit	53
2.2.2. Aspekte von Sozialberatung	56
2.2.3. Pflegeberatung als Intervention	60
2.2.4. Pflegeberatung als Soziale Dienstleistung und Nutzer*innenorientierung	66
2.2.5. Pflegeberatung	69
2.3. Machtsensible Pflegeberatung	72
2.3.1. Interdependente Beratungsbeziehung	73
2.3.2. Wissen	75
2.3.3. Das Beratungssetting	80

3	Bedürfnisse und Bedarfe	84
3.1.	Bedürfnisse	85
3.2.	Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit	95
3.3.	Interpretation von Bedürfnissen	98
3.3.1.	Verwaltbare Bedürfnisse	100
3.3.2.	Bedürfnisinterpretation in der Sozialen Pflegeversicherung	103
3.3.3.	Kund*innen oder Klient*innen der Pflegeversicherung	108
3.3.4.	Die Rolle der Frauen in der Pflegeversicherung	112
3.3.5.	Die politische Auseinandersetzung um Bedürfnisinterpretationen	115
3.4.	Bedürfnisse als konstruierte Bedürfnisse	127
4	Methodologie und methodisches Vorgehen	133
4.1.	Aushandlung	135
4.1.1.	Symbolischer Interaktionismus	137
4.1.2.	Machtsensible Perspektive	140
4.2.	Datenauswahl und Auswertung	143
4.3.	Theoretical Sampling	146
4.3.1.	Orte der Pflegestützpunkte	147
4.3.2.	Beratende Personen	148
4.3.3.	Beratungsthemen	150
4.3.4.	Orte der Beratung	151
4.3.5.	Beteiligte an der Pflegeberatung	152

4.4. Situationsanalyse (SitA)	153
4.4.1. Situation	156
4.4.2. Situationsmapping	160
4.4.3. Relationale (Macht-)Analyse	162
4.4.4. Mapping Sozialer Welten und Arenen	169
4.4.5. Positionsmapping	174
4.5. Eine machtsensible Aushandlung in der Situation Pflegerberatung	176
B – DIE AUSHANDLUNG VON KONSTRUIERTEN BEDÜRFNISSEN IN DER INTERKULTURELLEN PFLEGERBERATUNG IN PFLEGERSTÜTZPUNKTEN	178
5 Die Komplexität der Pflegerberatung als Situation	180
5.1. Soziale Welt der Kranken- und Pflegerversicherung	183
5.2. Soziale Welt der Ämter	186
5.3. Soziale Welt der Medizin	191
5.4. Soziale Welt der Leistungserbringer	193
5.5. Soziale Welt der Forschenden im Projekt	195
5.6. Familiäre Alltagswelt der Ratsuchenden und sich überschneidende Welten	198
5.7. Soziale Welt der beratenden Personen und die Institution Pflegerstützpunkt	201

6 Die Arena der Pflegeberatung als Aushandlungsort	204
6.1. Beratungsverläufe mit der Perspektive auf Macht	208
6.1.1. Pflegeberatung PS01_Z3_a	212
6.1.2. Pflegeberatung PS02_Z1_a	221
6.1.3. Pflegeberatung PS03_Z1_a	230
6.1.4. Pflegeberatung PS04_Z3_a	234
6.1.5. Pflegeberatung PS05_Z1_a	244
6.1.6. Pflegeberatung PS10_Z1_a	256
6.2. Übergreifende Aspekte der Machtbeziehungen	268
6.3. Beratungen in Abhängigkeit	278
6.4. Implizierte Akteure	284
6.4.1. Pflegebedürftige Personen als implizierte Akteure	284
6.4.2. Sorgende Angehörige als implizierte Akteure	289
6.4.3. Die implizierten Akteure in der Aushandlung	295
7 Bedürfnisfelder der Pflegeberatung	299
7.1. Bedürfnisfeld Wohnen	301
7.1.1. Wohnraumanpassung	303
7.1.2. Präsenz im Wohnen	306
7.1.3. Lebensqualität	309
7.1.4. Keine Pflegeeinrichtung	314
7.1.5. Kein Umzug	323
7.1.6. Wohnungssuche als Problem	327
7.1.7. Finanzierung	331

7.2. Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag	337
7.2.1. Unterstützung durch Familie	341
7.2.2. Ambulante Pflege(-unterstützung)	343
7.2.3. Stationäre Pflege	346
7.2.4. Selbst pflegen	349
7.2.5. Selbstfürsorge	351
7.2.6. Handlungssicherheit	356
7.3. Zusammenfassung	360
8 Konstruktion und Aushandlung von Bedürfnissen im Beratungsdreieck – Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	364
8.1. Zur Bedeutung der Relevanzstrukturen der beratenden Personen	365
8.2. Das Spannungsfeld von Autonomie und Interdependenz	372
8.3. Limitationen der Arbeit	379
8.4. Implikationen für die Pflegeberatung aus der Perspektive der Sozialen Arbeit	384
Literaturverzeichnis	390
Abbildungsverzeichnis	426

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich auf meinem Weg zur Fertigstellung dieser Dissertation unterstützt haben.

Zunächst gilt mein besonderer Dank Prof. Dr. Michael May für seine wertvolle Unterstützung, seine inspirierenden Ratschläge und die Initiierung des Forschungsprojektes, welches die Basis meiner Empirie darstellt. Ohne seine Expertise und sein Vertrauen in meine Arbeit wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen.

Des Weiteren danke ich meiner Promotionsbetreuung Prof.in Dr.in Eike Quilling, die mit viel Geduld meine Arbeit und mich als Person unterstützt hat, und meiner Promotionsbetreuung Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner, der mit seinen unterstützenden Ansätzen besonders die Struktur meiner Arbeit gestärkt hat. Vielen Dank für die vielen konstruktiven Diskussionen und die immer wieder aufmunternden Worte.

Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Ingo Neupert, der eine Begutachtung übernommen hat, sowie Prof.in Dr.in Caroline Schmitt, die den Vorsitz meiner Prüfungskommission innehatte.

Ebenso möchte ich mich bei den vielen Promovierenden des Promotionszentrums, meinen Austauschgruppen und dem „Bootcamp“, meinen Kolleginnen und Kollegen an der Hochschule RheinMain, der Hochschule Fulda und im Promotionszentrum Soziale Arbeit für den regen Austausch und die

vielfältige Zusammenarbeit bedanken. Die vielen hilfreichen Anmerkungen, die ich von euch erhalten habe, haben meine Arbeit bereichert und meinen Horizont erweitert.

Mein herzlicher Dank gilt auch meiner Familie, die mir stets mit Liebe, Geduld und Verständnis zur Seite stand. Ich danke besonders meinem Ehemann Lars, der mir während der gesamten Zeit den Rücken freigehalten hat, sowie meiner Tochter, die so einige Male auf mich verzichten musste, für Ihre Geduld und ihren Zuspruch, dass ich „mein Buch“ fertig schreiben kann. Ihr seid mein unerschütterlicher Rückhalt und ohne euch hätte ich diese Reise nicht gemeistert.

Nicht zuletzt danke ich allen Ratsuchenden und Berater*innen, die durch ihr Mitwirken am Forschungsprojekt OPEN zur Grundlage dieser Dissertation beigetragen haben, sowie dem Promotionszentrum Soziale Arbeit und den beteiligten Partnerhochschulen, die mir den Zugang zu den benötigten Ressourcen ermöglicht haben.

Abschließend möchte ich mich bei allen bedanken, die in irgendeiner Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben – sei es durch direkte Unterstützung oder durch das Teilen von Wissen und Ideen.

Ich danke euch allen von Herzen.

1 Einleitung

„Wo Informationsmangel, sprachliche Verständigungsprobleme und der Eindruck eines auf die eigenen Bedürfnisse nicht zugeschnittenen Leistungsangebotes vereint auftreten, bestehen kaum überwindliche Schwellen zur Inanspruchnahme professioneller Leistungen. Der Hinweis auf das Ideal der familiären Fürsorge und die stabilen Hilfenetzwerke von Migrantenfamilien darf daher nicht den Blick auf die Notwendigkeit der Anpassung des Informations-, Beratungs- und Leistungsangebotes auf die Belange dieser Bevölkerungsgruppe verstellen“ (Wingenfeld 2003, S. 59).

Durch kapitalistische Gesellschaftsstrukturen, auf welche in Bezug auf Care-Arbeit u. a. Fraser (1994, S. 224), Winker (2012, S. 16, 2015, S. 10–11), Winker und Degele (2009, S. 37) verweisen, stellt sich die Versorgung von älteren Menschen mit Einschränkungen als eine wachsende gesellschaftliche wie individuelle Herausforderung dar (vgl. Tesch-Römer und Andrick 2011, S. 27). Diese Problematik betrifft auch die Gruppe der in Deutschland lebenden Migrant*innen, die bislang in Bezug auf Pflegebedürftigkeit im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung wenig Berücksichtigung gefunden haben (vgl. Kohls 2012, S. 34). Im siebten Bericht zur Lage der älteren Generation wurde unterdessen erneut festgestellt: „Ältere Menschen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand auf (...)“ (BMFSFJ Altenberichtscommission 2016, S. 67). In einem Zwischenfazit seines Forschungsberichtes für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge schreibt Kohls (2012), dass das Versorgungssystem auf die zu erwartenden

Probleme der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bislang nicht hinreichend ausgerichtet ist und eine entsprechende Ausrichtung der Angebote an professioneller Hilfe und Pflege erforderlich ist. (vgl. Kohls 2012, S. 40–41). Für die Pflegeberatung von Migrant*innen in Deutschland trifft diese Erkenntnis ebenso zu. Sie werden bislang nicht angemessen durch die Beratungs- und Unterstützungsangebote erreicht (vgl. Kohls 2012, S. 34; May und Alich 2013, S. 63; Schmidt 2009, S. 12).

Konkreter haben sich auch Forschungen mit den Bedürfnissen Pflegebedürftiger, pflegender Angehöriger und spezieller Zielgruppen beschäftigt. Hierzu zählt auch das Praxisforschungsprojekt OPEN, welches sich u. a. den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Migrant*innen gewidmet hat.

Hier gibt es zwei Perspektiven: Zum einen geht es um die sie betreffenden Hürden und Zugangsschwierigkeiten.¹ Zum anderen stellen sich Theorie und Praxis² die Frage der Bedürfnisse dieser Zielgruppe. Migrant*innen sind eine sehr heterogene Gruppe, die nicht pauschalisiert werden kann (vgl. Steinbach 2019, S. 558; Tezcan-Güntekin et al. 2015, S. 9). „Dementsprechend heterogen sind sowohl die gesundheitlichen Risiken als auch die Ansprüche und Erwartungen an eine adäquate Versorgung“ (Behrens 2011, S. 24). Dennoch gibt es einige Erkenntnisse, insbesondere in Bezug auf die Hürden der Inanspruchnahme der Pflegeberatung, welche auf viele Migrant*innen zutreffen.

¹ Dieser Abschnitt wurde in ähnlicher Form bereits publiziert, sodass Ähnlichkeiten und Überschneidungen möglich sind (Engert und Zein 2023).

² Hier zeigen sich verschiedene Belege, wie das Praxisforschungsprojekt OPEN (2014–2017 in Hessen und Rheinland-Pfalz), Modellprojekt IPIB (2015–2018 in Berlin), Fachtag „Interkulturelle Öffnung - Demenz und Migration“ des Pflegestützpunktes Darmstadt oder die Zehnjahresfeier unter diesem Thema des Pflegestützpunktes im Landkreis Bergstraße (2021).

Die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung und ihrer Angebote sind sehr komplex, wie das Kapitel 2 aufzeigen wird. Sie entsprechen nicht der Alltagsrealität von pflegebedürftigen Menschen oder ihren An- und Zugehörigen. Neben den sprachlichen Barrieren, die häufig den Zugang erschweren und zu Schamgefühlen oder Missverständnissen führen (vgl. Wingefeld 2003, S. 52), ist selbst der autochthonen Bevölkerung der Leistungskatalog der Pflegeversicherung wenig zugänglich und nachvollziehbar in seiner Ausdrucksform. Die Feststellung „(...) dass die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung für einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund schwierig ist“ (Schneekloth und Schmidt 2011, S. 62), weist darauf hin, dass Pflegeberatung hier unterstützende Leistungen zur Verbesserung der Pflegesituationen beitragen kann. Pflegestützpunkte bieten eine Lotsenfunktion, welche die Nutzbarmachung der Pflegeleistungen im Alltag ermöglichen oder verbessern soll. Die Ansiedelung von Pflegestützpunkten in kommunalen Institutionen erleichtert oft die inneren Vernetzungsstrukturen der Mitarbeiter*innen, erschwert allerdings den Zugang zum Angebot (vgl. Pohlmann 2013, S. 86), insbesondere für Migrant*innen, die häufig diskriminierende Erfahrungen in Ämtern und Behörden erlebt haben, wodurch Misstrauen ausgelöst wird. Wingefeld verwies schon 2003 auf die kumulativen Hürden in Bezug auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, die im einführenden Zitat deutlich werden.

Im Praxisforschungsprojekt OPEN wurde versucht, genau diesen Hürden auf verschiedenen Ebenen zu begegnen, weshalb es im Folgenden auch konkret aufgegriffen und die wesentlichen Erkenntnisse aus dem Arbeitsschwerpunkt Pflegeberatung dargestellt werden, die als Grundlage der hier vorliegenden Studie anzusehen sind.

1.1. Praxisforschungsprojekt OPEN

Das Praxisforschungsprojekt zur interkulturellen Öffnung der Pflegeberatung (2014–2017)³ des Forschungsverbundes der Hochschule RheinMain, der Frankfurt University of Applied Sciences und der katholischen Hochschule Mainz sowie des hessischen Instituts für Pflegeforschung stellt, zusammen mit den Wissenschaft-Praxis-Partnern, den Pflegestützpunkten, die sich am Forschungsprojekt aktiv beteiligten, die Grundlage der vorliegenden Studie dar. Es befasste sich zum einen mit verschiedenen Arbeitsschwerpunkten, die die Zugänge von Migrant*innen zu den Pflegestützpunkten analysierten und über Portaltechniken diese Zugänge zu verbessern suchten. Zum anderen wurde auch die Pflegeberatung selbst in den Blick genommen, auf welche ich in diesem Kapitel konkreter eingehen werde. Weitere Arbeitsschwerpunkte des Projektes waren die Vernetzung der Pflegestützpunkte „im Schnittpunkt Migration und Pflege“ (May et al. 2017b, S. 7) und die Erstellung von Qualifizierungsangeboten, um die Erkenntnisse des Projektes für Fortbildungen der Zielgruppe Pflegeberater*innen nutzbar zu machen.

Das Forschungsprojekt OPEN konnte in Bezug auf die Nutzung der Pflegeberatungsangebote zeigen, dass es zwei verschiedene Formen von Nutzungstypen gibt, welche die Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Hier wurden über Zukunftswerkstätten zwei Idealtypen soziogenetisch zu der Frage rekonstruiert, wie sie im Falle „von Gesundheit und Pflege informiert, beraten und versorgt werden wollen“ (May und Zein 2018b, S. 128). Der erste

³ Der Praxisforschungsverbund OPEN wurde unter dem Förderkennzeichen 03FH008SA4 vom BMBF im Rahmen der Linie SILQUA-FH im Zeitraum vom 2014 bis 2017 gefördert. Der enge Bezug zu diesem Projekt besteht, weil ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt gearbeitet habe.

Typus A ließ sich mit den Begriffen „persönlich – emotional – ganzheitlich – verlässlich“ (May und Zein 2018b, S. 128) beschreiben und war in den erhobenen Daten deutlich stärker vertreten als der zweite Typus, welcher sich mit den Begriffen „professionell – sachlich – spezialisiert – verbindlich“ (May und Zein 2018b, S. 128) fassen ließ. Während der zweite Typus sich deutlich besser im „tayloristisch organisiert[en], sektoral gegliedert[en], vorwiegend insular und anbieterorientiert[en]“ (Ewers und Schaeffer 2012, S. 51) Gesundheitswesen zurechtfindet, stößt der Typus A mit dem Wunsch nach Ganzheitlichkeit und Verlässlichkeit (Kunstreich 2012) häufig auf Frustrationen. Hierbei wurden kaum ethnische oder kulturspezifische Zusammenhänge rekonstruiert. Die Unterscheidungen sind auf die soziokulturellen Hintergründe zurückzuführen (vgl. May und Zein 2018b, S. 129)

Dies entspricht auch Befunden aus qualitativen Studien, die deutlich machen, dass zwischen autochthoner Bevölkerung und der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte wenige grundsätzliche Unterschiede bestehen, wenn es um Wünsche und Bedürfnisse der Versorgung geht (vgl. Tezcan-Güntekin et al. 2015, S. 10).

In Bezug auf die Pflegeberatung wurden insgesamt 22 Beratungszyklen aufgenommen. Beratungszyklus bedeutet, dass die Pflegeberater*innen der WPK-Partner über Audio-Aufzeichnungsgeräte reguläre Beratungen mit von ihnen als Migrant*innen gelesenen Ratsuchenden aufgezeichnet haben. Im Anschluss wurden durch die wissenschaftlichen Mitarbeitenden im Projekt (überwiegend telefonische) Rückfrageinterviews zu den konkreten Beratungen sowohl mit den Ratsuchenden als auch mit den beratenden Personen geführt. Die Erkenntnisse aus diesem Prozess wurden in regelmäßigen Austauschen mit den WPK-Partnern fallübergreifend diskutiert und Dilemmata der Beratungen herausgearbeitet (vgl. May et al. 2017b, S. 6–7).

„In der Gesamtauswertung konnte dabei als Grunddilemma der Pflegeberatung die Spannung zwischen einerseits der Notwendigkeit, auf die Individualität und Einzigartigkeit der Lebensverhältnisse der Beratenen eine passgenaue Antwort zu finden, und auf der anderen Seite diese zugleich unter im SGB geregelte Anspruchsberechtigungen zu subsumieren, rekonstruiert werden“ (May et al. 2017b, S. 24).

Ausgehend von diesem Grunddilemma konnten die fünf nachfolgend beschriebenen Beratungsmodi idealtypisch rekonstruiert werden (vgl. May und Zein 2018b, S. 129).

Der SGB-orientierte Beratungstypus

Der SGB-orientierte Beratungstyp versucht, das Grunddilemma zugunsten der gesetzlichen Vorgaben, nahe am Leistungskatalog des SGB XI oder einem Pflegegutachten aufzulösen. Diese Orientierung führt eher zur Abarbeitung eines Fragenkatalogs und übergeht tendenziell Äußerungen mit emotionalen oder lebensweltlichen Bezügen. Die Beziehungsebene spricht dieser Beratungstypus eher nicht an, sondern versteht seine Aufgabe insbesondere in der umfassenden Information der Leistungsansprüche über die gesetzliche Pflegeversicherung. Die Kommunikation mit dem Nutzungstypus A, welcher eingangs beschrieben wurde, gelingt mit diesem Typus eher nicht und es führt für die Ratsuchenden eher zu einem inneren Ausstieg und häufig auch zu keiner wiederholten Inanspruchnahme der Beratung (vgl. May und Zein 2018b, S. 131).

Der fallorientierte Beratungstypus

Der fallorientierte Beratungstypus zeigt sich in der konkreten Beratung eher zurückhaltend und überlässt die Strukturierung und Themensetzung eher den Ratsuchenden. Sein Selbstverständnis ist eher von psychosozialer Begleitung und Unterstützung geprägt und bezieht emotionale Themen und lebensweltliche Bezüge eher umfangreich in die Beratung ein. Der fallorientierte Beratungstyp ist für den Nutzungstypus A ein geeignetes Gegenüber, welches die ganzheitliche Nutzerorientierung anspricht und emotionale Entlastung ermöglicht. Durch den Nutzungstypus B, welcher eher an spezialisierten Sachinformationen interessiert ist, kann diese Beratungsorientierung eher als unprofessionell wahrgenommen werden (vgl. May und Zein 2018b, S. 131–132).

Der tiefenexplorierende Beratungstypus

Der tiefenexplorierende Typus zeigt Parallelen zum fallorientierten Beratungstypus, da hier der Beziehungsaufbau sowie emotionale und lebensweltliche Äußerungen in die Beratung einbezogen werden. Der tiefenexplorierende Beratungstypus geht aber darüber hinaus und vertieft Nachfragen zur Lebenssituation und den Sorgearrangements. So stellt er Zusammenhänge her und regt zur Reflexion der eigenen Lebenssituation an, mit dem Ziel, dass sich die häusliche und familiäre Situation zu einem langfristig tragfähigen Sorgearrangement weiterentwickelt. Der Nutzungstypus A fühlt sich mit dieser Ansprache häufig emotional aufgehoben, sodass eine Abstimmung gelingt. Der Nutzungstypus B hingegen kann diese Fragen eher als aufdringlich wahrnehmen und auch hier bleiben die informierenden Sachinformationen, die diesem Nutzungstyp entsprechen, eher im Hintergrund (vgl. May und Zein 2018b, S. 132).

Der stellvertretend-deutende Beratungstypus

Dieser Beratungstypus ist eher von einer Fachlichkeit und Distanziertheit geprägt. Er legt tendenziell eine defizitorientierte Perspektive auf die Ratsuchenden an und verfolgt dabei eher eine expertokratisch-stellvertretende Deutung in den Beratungen, die auf Interventionen abzielt. Aussagen der Ratsuchenden werden hier als Grundlage der Anamnese genutzt, um daraus stellvertretende Deutungen anhand des eigenen Fachwissens abzuleiten und entsprechende Interventionen vorzuschlagen und ggf. davon zu überzeugen. Die Passung zu den beiden Nutzungstypen hängt davon ab, ob Ratsuchende die Deutungen annehmen können. Durch die eher distanzierte Haltung gegenüber den Ratsuchenden ist beim Nutzungstypus A aber keine gelingende Passung garantiert, wenngleich die stellvertretenden Deutungen angenommen werden können. Der Nutzungstypus B kann gelingen, wenn der beratenden Person eine entsprechende Professionalität der Ratsuchenden zugeschrieben wird (vgl. May und Zein 2018b, S. 132–133).

Der sorgend-vormundschaftliche Beratungstypus

Dieser Beratungstypus zeigt ein Selbstverständnis, welches eher paternalistische Züge aufweist, wobei gleichzeitig seine Beratung eher einem „Peer-Counselling“ im Sinne einer Beratung unter Betroffenen gleicht. Der sorgend-vormundschaftliche Beratungstypus sucht nach Verbindungen und Gemeinsamkeiten mit den Ratsuchenden, über die er ein „Wir-Gefühl“ herzustellen sucht, um einerseits sehr emotional und gleichzeitig eher direktiv und bestimmend Handlungsschritte vorzugeben, die aus seiner beraterischen Sicht erforderlich sind. Seine Begründungen hierzu werden emotional und mit persönlicher Betroffenheit formuliert. Eine Passung zum Nutzungstypus A kann gelingen, wenn die Ratsuchenden dieses Nutzungstypus sich

emotional aufgehoben fühlen. Dies kann aber auch zu Erwartungen führen, die eine Beratungsstelle, wie ein Pflegestützpunkt, nur schwerlich auf Dauer angelegt einlösen kann. Die Passung zum Nutzungstypus B gelingt eher nicht, da hier der Anspruch an Professionalität im Verhältnis nicht eingelöst werden kann. Insgesamt war dieser Beratungstypus auch eine Ausnahme im Sample des OPEN-Projektes (vgl. May und Zein 2018b, S. 133).

Die Mehrzahl der analysierten Beratungszyklen zeigen bewusst praktizierte Wechsel zwischen den verschiedenen Beratungsmodi, die situativ angepasst werden. Als wesentliche Erkenntnis aus dem Projekt kann festgehalten werden, dass es keine Form von Best Practice in der Pflegeberatung gibt. Eine Orientierung an den Nutzer*innen der Pflegeberatung ist ebenso sinnvoll und notwendig, um Passungsverhältnisse und darüber gelingende Beratungsverhältnisse herzustellen.

Diese Ergebnisse des Praxisforschungsprojektes OPEN, an denen ich auch als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt mitgewirkt habe, sind die Grundlage und Voraussetzung meiner Auseinandersetzung und der Entwicklung meiner Fragestellung. Zur Transparenz wurde hier rein auf die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes verwiesen, da im Verlauf der Auseinandersetzungen der vorliegenden Studie Anschlüsse hergestellt werden und Bezüge zu diesen Ergebnissen einfließen.

1.2. Fragestellung und Gliederung der Arbeit

In Anschluss an das zuvor dargestellte Forschungsprojekt und dessen Erkenntnisse im Hinblick auf die Pflegeberatung manifestierte sich das Interesse, die konkrete Beratungssituation einer vertiefenden Betrachtung zu

unterziehen. Hierbei soll der Fokus auf die Verhältnisse gelegt werden, insbesondere im Hinblick auf Machtaspekte. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Thematik kristallisierten sich die hier formulierte Fragestellung sowie das Erkenntnisinteresse heraus, auf welches in diesem Kapitel näher eingegangen wird. Die verschiedenen Perspektiven und sensibilisierenden Konzepte, mit denen sich diese Studie auseinandergesetzt hat, werden über die Darstellung der Gliederung ersichtlich.

Die Ziele der vorliegenden Studie sind es, im Anschluss an das ausgeführte Praxisforschungsprojekt OPEN die ‚Situation Pflegeberatung‘ zu bestimmen (Keller 2023) und aus dem empirischen Material wesentliche Elemente der Beratung zur Aushandlung von Bedürfnissen in der Versorgung älterer, auf Unterstützung und Pflege angewiesener Menschen zu gewinnen. Das Erkenntnisinteresse besteht in der Erhellung grundlegend komplexer Beratungssituationen wie der Pflegeberatung.⁴ Dadurch wird Fachkräften ein tieferer Einblick in die Abläufe der Beratung ermöglicht, was Reflexionsprozesse anregt. Auf diese Weise wird ein sensibler Umgang mit den Machtbeziehungen und den Konstruktionen von Bedürfnissen gefördert. Die Ergebnisse und

⁴ Wenn in der vorliegenden Studie der Fokus auch auf einer Betrachtung der (Pflege-)Beratung aus der Perspektive der Sozialen Arbeit liegt, so soll erwähnt werden, dass in der Praxis der Pflegeberatung die Qualifikationen der Berater*innen differieren. Neben Fachkräften der Sozialen Arbeit führen die Beratungen auch andere Professionen und beruflich in diesem Feld Tätige aus. „Als Grundqualifikation werden [vom GKV Spitzenverband (2018) A.Z.] insbesondere Ausbildungen bzw. ein Studium zur Pflegefachkraft, Sozialversicherungsfachangestellten oder Sozialpädagogen bzw. -pädagogin sowie Sozialarbeiter bzw. -arbeiterin erwähnt“ (Dehl et al. 2020, S. 16). Dies bestätigt auch der 7. Pflegebericht: „Die Qualifikation der Beratungskräfte in den PSP kann nicht vollumfänglich dargestellt werden. Die vorliegenden Rückmeldungen geben aber Hinweise darauf, dass dort vorwiegend Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten“ (Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 111).

Diskussionen zielen darauf ab, in Beratungen, insbesondere in der Pflegeberatung, die oft unsichtbar wirkenden Elemente der Machtbeziehung und der dadurch beeinflussten Konstruktionen von Bedürfnissen zu erkennen und zu verstehen. Mithilfe einer Situationsanalyse (Clarke et al. 2018) werden Fallstricke für Berater*innen identifiziert, um eine sensiblere und reflektiertere Herangehensweise an die Beratung zu fördern.

Die Intention dieser Studie ist es nicht, die anspruchsvolle Tätigkeit professioneller Akteure in diesem Feld zu diskreditieren. Vielmehr zielt der Beitrag darauf ab, deren Leistung zu würdigen und Reflexionsmöglichkeiten aufzuzeigen, um den berechtigten Bedürfnissen aller an der Pflegeberatung beteiligten Akteure sensibel zu begegnen. Dazu zählen die pflegebedürftigen Menschen, die Ratsuchenden, die als Angehörige und Bezugspersonen in den Beratungen in Erscheinung treten, sowie die in diesem Kontext beratenden Fachkräfte. Bei der Ausgestaltung der Pflegeberatung ist zudem zu berücksichtigen, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen eine „systematische Erfassung des Hilfebedarfs“ (Michell-Auli et al. 2010, S. 25), also eine Interpretation der Bedürfnisse gemäß den Vorgaben des SGB XI, bereits vorsehen. Andererseits besteht ein „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung“ (§ 7a Abs. 1 SGB XI). Diese widersprüchlichen Aufträge stellen, insbesondere unter den Bedingungen knapper werdender zeitlicher und personeller Ressourcen, eine Herausforderung für beratende Fachkräfte in Pflegestützpunkten dar. Die auch als Übersetzungsleistung (vgl. Engert und Zein 2023, S. 85) beschreibbare Arbeit der Berater*innen wird fokussiert, um aufzuzeigen, wie komplex und vielschichtig diese Aufgabe ist und welche Herausforderungen die Berater*innen insbesondere unter dem Einbezug von Migration bewältigen müssen.

Die vorliegende Studie widmet sich der Frage, auf welche Weise die Bedürfnisse der an der Pflegeberatung beteiligten Personen in der Beratung konstruiert und ausgehandelt werden. Dabei geht es konkreter darum, wie sich Bedürfnisse in den Beratungen nachzeichnen lassen und welche Bedeutung die Machtbeziehungen (Elias 2009) zwischen den ratsuchenden An- und Zugehörigen, den pflegebedürftigen Menschen und den Berater*innen auf die Aushandlung haben. Der Fokus dieser Fragestellung und ihrer beiden Unterfragen bezieht sich auf die „bestimmte Situation“ (Keller 2023) der Pflegeberatung. Die Studie befasst sich mit der Frage, wie Pflegeberatung sich mit Bezug auf die Fragestellungen strukturiert und welche machtrelevanten Elemente (Clarke et al. 2018) sie enthält, unter den verschiedenen Rahmenbedingungen zweier Bundesländer in Deutschland.

Das einführende Kapitel 2 setzt sich hierfür mit dem Forschungsfeld und den grundlegenden Bedingungen auseinander, zeichnet wesentliche Eckpunkte der Entwicklung der Pflegeberatung nach und stellt das Spezifische an der Beratung in Pflegestützpunkten heraus. Hierzu gehören auch die unterschiedliche Rahmung und Ausstattung von Pflegestützpunkten in den beiden hier einbezogenen Bundesländern.

Anschließend an die Auseinandersetzung mit den gesetzlichen wie formalen Rahmenbedingungen folgt in Kapitel 2.2 eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den methodischen Aspekten der Pflegeberatung, die in Pflegestützpunkten geleistet wird. Das Kapitel schließt mit einer machtsensiblen Perspektive auf das Forschungsfeld.

Das daran anschließende Kapitel 3 setzt sich grundlegend mit der Frage menschlicher Bedürfnissen auseinander und stellt die Unterscheidung von Wunsch, Bedarf und Bedürfnis mithilfe der Diskussion verschiedener

theoretischer Ansätze ins Zentrum der Auseinandersetzung. Mit Nancy Fraser (1994) werden in Kapitel 3.3 die ungleichheitsgenerierenden Aspekte im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und angrenzenden gesetzlichen Grundlagen der Pflegeberatung aufgezeigt und als „Bedürfnisinterpretationen“ (Fraser 1994, S. 20) beschrieben. Das Kapitel schließt in 3.4 resümierend mit dem für die vorliegende Studie genutzten Begriff der ‚konstruierten Bedürfnisse‘, denn die Rekonstruktion von Bedürfnissen und das Herstellen eines kausalen Zusammenhanges zwischen den Äußerungen in den aufgezeichneten Beratungsgesprächen ist zu fast keiner Zeit möglich. Aus diesen Bedürfnissen heraus handeln die Menschen und argumentieren, aber oft sind diese Bedürfnisse verschleiert und überlagert, wie insbesondere die Diskussion aufzeigen wird.

Im Anschluss erfolgt in Kapitel 4 eine methodologische Auseinandersetzung mit den relevanten Perspektiven, welche in die Erläuterung des Begriffs der Aushandlung und dessen Anwendung in der Auswertung des empirischen Materials mündet. Die methodische Ausrichtung auf die Situationsanalyse (Clarke 2012; Clarke et al. 2018) bedingt eine Auseinandersetzung mit deren Grundlage, dem symbolischen Interaktionismus (Blumer 2004), welche durch die machtsensible Perspektive von Norbert Elias (Elias 2009; Elias und Scotson 1990) ergänzt wird, denn dieser ergänzende Ansatz bietet eine Möglichkeit, die Beziehungen zwischen ratsuchenden An- und Zugehörigen,⁵

⁵ Auch wenn in meinem empirischen Material die An- und Zugehörigen von mir ausschließlich als Angehörige im engeren Familiensinn (Verwandtschaft ersten und zweiten Grades) gelesen werden, bleibe ich bei der offeneren Bezeichnung, da nicht in allen Fällen die konkreten Verwandtschaftsverhältnisse thematisiert werden und darüber hinaus auch insgesamt keine Diskriminierung stattfinden soll von sorgenden Zugehörigen, die nicht aus einem Verwandtschaftsverhältnis resultieren. „Neben der klassischen Familie gewinnen die Nachbarschaften an Bedeutung, werden Freundeskreise als Wahlverwandtschaften stärker gemeinschaftlich

pflegebedürftigen Personen und Berater*innen fokussiert unter der Perspektive der Machtbalancen und Interdependenzen zu analysieren.

Die empirische Auseinandersetzung in Teil B beginnt mit Kapitel 5 und nimmt Bezug auf den hohen Komplexitätsgrad der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten. Die Darstellung erfolgt mithilfe der Situationsanalyse und einer Map von Sozialen Welten in der Arena der Pflegeberatung. Die Darstellung der verschiedenen Sozialen Welten, die teilweise auch über Artefakte und Diskurse in der Pflegeberatung präsent werden, verdeutlicht die Komplexität der auszuhandelnden Themen und zeigt, mit welcher Bedeutung und welchem Machtpotential sie im Sample dieser Studie auftreten.

In Kapitel 6, ‚Die Arena als Aushandlungsort‘, werden dann die Beziehungen der an der Beratung beteiligten Personen in den Blick genommen und sowohl (über Verlaufsbeschreibungen) auf Ebene der einzelnen Beratungsgespräche als auch auf Ebene übergeordneter Aspekte der Beratungen gearbeitet. Das Kapitel schließt mit der Identifizierung der implizierten Akteure (Clarke et al. 2018, S. 76) der Pflegeberatungssituation.

Das letzte Kapitel der Auswertung, Kapitel 7, zeigt die empirische Auseinandersetzung mit den konstruierten Bedürfnissen. Fokussiert werden hierbei Themenfelder der Bedürfnisse, die über Positionsmaps (vgl. Clarke et al. 2018, S. 165–176) dargestellt werden. Diese ‚Bedürfnisfelder‘, wie sie für diese Studie bezeichnet werden, rekonstruieren Positionen aus dem empirischen

konnotiert und konstruiert. Die Bereitschaft zur Selbstorganisation und Assoziierung gerade auf örtlicher Ebene nimmt tendenziell zu. Auch die Bedeutung von Religion und Kirche, gerade für ältere Menschen als Ort gemeinschaftsbezogener Aktivitäten, gewinnt auch empirisch an Bedeutung“ (Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend, 2016, S. 215).

Material zu markanten Themen der Pflegeberatung, zu denen Äußerungen in den Beratungen vielfach relationiert werden.

Kapitel 8 diskutiert die drei Ergebnisstränge im Verhältnis der eingeführten Theorien und resümiert sowohl die Limitationen als auch die aus dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse insgesamt und konkret für die Pflegeberatung. Die Ausarbeitung ist in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt (A) umfasst die theoretischen Herleitungen, den Forschungsstand und die Grundlagen der Studie (Kapitel 2–4). Der zweite Abschnitt (B) beinhaltet die empirische Auseinandersetzung und die abschließende Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 5–8).

A – PERSPEKTIVEN AUF DAS FORSCHUNGSFELD

Abschnitt A – ‚Perspektiven auf das Forschungsfeld‘ gliedert sich in drei Kapitel:

- Kapitel 2: Pflegeberatung
- Kapitel 3: Bedürfnisse und Bedarfe
- Kapitel 4: Methodologie und methodisches Vorgehen

Die Perspektiven auf das Forschungsfeld befassen sich einerseits mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, die für diese Studie als relevant eingeschätzt werden. Hierbei wird auf die zum Zeitpunkt der Empirie geltenden Bestimmungen sowie auf die Entwicklungen der gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen Bezug genommen und einbezogene Erkenntnisse werden dazu ins Verhältnis gesetzt.

Des Weiteren findet eine Auseinandersetzung mit ausgewählten Theorien statt. Die theoretischen Bezüge sind nicht als abschließend diskutiert zu betrachten, versuchen aber die vielschichtigen Bedingungen und Möglichkeiten abzubilden, mit Bezug auf den Gegenstand der Pflegeberatung und die einleitend aufgeführten Fragestellungen (Kapitel 1.2).

Die Diskussion relevanter Erkenntnisse ist mit der theoretischen Auseinandersetzung verschränkt und wird nicht nacheinander geführt.

Abschließend werden methodologische Überlegungen eingebracht und das methodische Vorgehen sowie die Sample-Bildung erläutert, bevor in Abschnitt B – ‚Die Aushandlung von Bedürfnissen in der interkulturellen Pflegeberatung in Pflegestützpunkten‘ – die empirische Auseinandersetzung mit den Fragestellungen stattfindet.

2 Pflegeberatung

Beratung ist ein vielfach genutzter Begriff, der sich in den vergangenen Jahren sowohl im Alltagssprachgebrauch als auch in fachspezifischen Umsetzungen etabliert hat und fast schon inflationär genutzt wird (vgl. Zwicker-Pelzer und Hoff 2015, S. 9). Das Angebot an Beratung expandiert stetig, sowohl in der Sozialen Arbeit, als auch im Gesundheitswesen, was u. a. daran liegt, dass Prozesse des sozialen Wandels stärker als individuelle Krisen erlebt werden, deren Bewältigung einen erhöhten Bedarf an Beratung bedingt (vgl. Schaeffer und Dewe 2012, S. 59).

„Im Laufe der Zeit haben moderne Gesellschaften Beratung zu verschiedensten Fragestellungen und Problemlagen institutionalisiert, vor allem, um Veränderungen und daraus resultierende Anforderungen und Probleme abzufedern und zu puffern. Beratung war und ist somit in die spezifischen Probleme ihrer Zeit eingebunden. Im Zuge dieser Entwicklungen wurde Beratung zur zentralen Hilfe- und Unterstützungsform in psychosozialen, sozialen und gesundheitsberuflichen, psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern mit geregelten Institutionalisierungs- und Professionalisierungsformen“ (Sickendiek et al. 2014, S. 34).

Auch die Pflegeberatung ist eine institutionalisierte Form der Beratung und stellt eine gesellschaftliche Reaktion auf die spezifischen Probleme ihrer Zeit dar. Durch die Einrichtung der Pflegeversicherung 1995 wurde damit auch ein Gesetz erarbeitet, welches inzwischen einigen Novellierungen unterlag und in seinen Inanspruchnahme-Regelungen sehr komplex und

undurchsichtig ist. Dieser Umstand der Komplexität des Feldes Pflegeberatung verdeutlicht auch die Doppelverortung (vgl. Abplanalp et al. 2020, S. 26; vgl. Sickendiek et al. 2014, S. 36; vgl. Wendt 2015, S. 178–179). Einerseits benötigen beratende Personen Fachwissen des Feldes, hier insbesondere der Pflege, einschließlich gesetzlicher Bestimmungen, Beantragungsbedingungen sowie der Lebenslagen der zu Pflegenden und ihrer An- und Zugehörigen. Auch die Lebenslagen der Zielgruppe von Pflegeberatung sind sehr komplex und vielschichtig, insbesondere, wenn die Beratung die spezifische Zielgruppe der Migrant*innen einbezieht, also Menschen mit Wanderungserfahrungen und den daraus resultierenden Lebensbedingungen.

Darüber hinaus benötigt die Fachkraft in der Pflegeberatung auch ein Wissen um die Prozesse der (psycho-)sozialen Beratung, also feldunabhängige Beratungskompetenzen bzw. Kommunikations- und Handlungswissen: Beratung ist „(...) eine in Lebensweltkontexte eingebundene, offen eklektische Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Bewältigungshilfe“ (Nestmann et al. 2014a, S. 37). Rixen verweist darauf, dass auch „die rechtlich-institutionellen Rahmung der Sozialen Arbeit“ sich nicht „im institutionelle-organisatorisch luftleeren Raum“ befindet und damit auch die „(sozialversicherungs-)rechtlichen Daten als Möglichkeitsbedingungen fachlich guter Sozialer Arbeit mitreflektieren“ (2020, S. 313) muss. Konkret führen Nestmann et al. die Herausforderungen aus. Die Berater und Beraterinnen

„(...) müssen wissen, wie sie Gespräche mit einzelnen Personen, Gruppen oder auch Organisationen anlegen, wie sie eine konstruktive Arbeits- und Vertrauensbeziehung aufbauen, wann und mit welchen Konsequenzen sie etwas ansprechen, wann es angemessen ist, eher lenkend leitend, eher emotional stützend, eher reflexiv oder

konfrontativ zu sein, eher katalytische oder kathartische Interventionen ins Auge zu fassen, wann sie Ressourcen ermitteln, potenziell hilfreiche Netzwerke einbeziehen und Unterstützungsquellen aktivieren helfen, wie sie mit Widerständen und Konflikten umgehen, auf welchen Wegen sie Veränderungen initiieren und evaluieren wollen, wie kulturelle Vielfalt und Pluralität zu berücksichtigen sind und welche sozialen oder räumlichen Kontexte in welcher Form in das Beratungsgeschehen zu integrieren sind“ (Nestmann et al. 2014a, S. 35).

Mit diesen Ausführungen haben Nestmann et al. eine umfängliche Beschreibung der Beratungsleistung entfaltet. Neben der Beratung als Methode soll in einem ersten Schritt für die Pflegeberatung auch die Bedeutung der gesetzlichen und sozialversicherungsrelevanten Rahmung beleuchtet werden. Auf beide Aspekte wird in diesem Kapitel ausführlicher eingegangen, bevor es dann mit einem Blick auf die Beratungsbeziehung und die darin enthaltenen Machtaspekte schließt.

2.1. Pflegeversicherung und Pflegeberatung

Der zentrale Bezugspunkt für die Pflegeberatung ist das elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI), in welchem die Beratungsleistung und die Bedingungen, unter welche Pflegeberatung zu erfolgen hat, sowie auch die Anspruchsvoraussetzungen sehr differenziert beschrieben sind. Diese gesetzlichen Regelungen sind in den vergangenen Jahren starken Novellierungen unterlegen und wurden (bzw. werden) laufend reformiert. Auch die Neufestlegung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist hier ein wesentlicher Baustein.

Durch die Einrichtung von Pflegestützpunkten wurde der Zugang niedrigschwelliger. Pflegeberatung wird in Hessen, Rheinlandpfalz und auch in den meisten anderen Bundesländern zu einem großen Teil durch Pflegestützpunkte geleistet (§ 7c SGB XI Abs. 2); (Michell-Auli et al. 2010, S. 34–36; Campbell 2011, S. 42). Pflegestützpunkte sind für „alle Menschen, deren Lebenslage durch das Thema Pflege beeinflusst wird“ (Michell-Auli et al. 2010, S. 27) zuständig. Dazu gehören sowohl pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen, als auch Menschen, die sich über das Thema Pflege (frühzeitig) informieren möchten (Michell-Auli et al. 2010, S. 27). Die Einrichtung und das Aufgabenfeld der Pflegestützpunkte richten sich maßgeblich nach § 7c SGB XI, allerdings mit dem Verweis, dass diese Einrichtung durch die jeweiligen obersten Landesbehörden der Bundesländer bestimmt wird. Das hat zur Folge, dass sich eine Vielzahl an Modellen und Konstellationen von Pflegestützpunkten entwickelt haben, die sich nur grundlegend auf die gesetzlich normierten Bereiche des § 7c SGB XI einigen und deren Ausgestaltung aufgrund dessen different ist (vgl. Michell-Auli et al. 2010, S. 11). Die Wahrnehmung des § 7a SGB XI – der Pflegeberatung wird aber in allen Pflegestützpunkten entsprochen.

2.1.1. Pflegeberatung in Pflegestützpunkten

Die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2009 ermöglicht. Zuvor wurde die Pflegeberatung nicht als solche bezeichnet. Beratung wurde überwiegend im Rahmen der Begutachtung nach Antragstellung auf Pflegebedürftigkeit durchgeführt, in den jeweiligen Kassen oder durch Pflegedienste. Der Anspruch auf Pflegeberatung besteht unmittelbar gegenüber der jeweils zuständigen Pflegekasse (§ 7a SGB XI, Baierl 2014, Rn. 16). Auf Wunsch kann die Pflegeberatung auch

in der Häuslichkeit vorgenommen werden. Die Pflegeberatung wird partiell durch Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI, ehemals § 92c SGB XI) geleistet, die durch die Kranken- und Pflegekassen oft in Kooperationen mit Kommunen als wohnortnahe Versorgungsstruktur eingerichtet wurden. Diese bieten Pflegeberatung als unabhängige Institution an.

Die Grundqualifikation von Mitarbeitenden in Pflegestützpunkten setzt sich überwiegend zusammen aus Sozialversicherungsfachangestellten, Fachkräften der Sozialen Arbeit und Fachkräften der Pflege (vgl. Dehl et al. 2020, S. 16; vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 111). Der GKV-Spitzenverband beschrieb bereits 2008 die in seinen Empfehlungen:

„Die hohen Anforderungen an die Pflegeberatung erfordern qualifiziertes Personal.

Pflegeberatung setzt daher eine abgeschlossene Berufsausbildung als

- Altenpfleger/in,
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Sozialversicherungsfachangestellte/r oder
- ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit voraus“
(GKV-Spitzenverband 2008, S. 4).

Wobei auch weitere geeignete Berufe im Einzelfall ebenso zugelassen werden können. Diese Grundqualifikationen wurden auch in der überarbeiteten Version von 2018 nicht geändert (vgl. GKV-Spitzenverband 2018, S. 4). Die Weiterqualifikation im Sinne der Ausbildung zum Pflegeberater / zur Pflegeberaterin wurde ebenso in den Empfehlungen von 2008 festgehalten.

Die Ausbildung zeigt sich heterogen, von reinen Online-Angeboten, über Zusatzqualifikationen in nur wenigen Wochen, bis zu umfangreichen und zertifizierten Weiterbildungen zum Care- und Casemanagement nach dem DGCC⁶ gibt es viele Facetten. Da in den beiden Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern (2008 und 2018) auch festgehalten ist, dass berufliche Erfahrung, Ausbildung und Studium als Qualifikationen anerkannt werden können, haben selbst diese grundständige und teilweise qualitativ sehr unterschiedliche Zusatzqualifikation nicht alle Mitarbeitende in Pflegestützpunkten, was das Feld und die Beratungsleistung noch heterogener macht.

Die Errichtung von Pflegestützpunkten in den jeweiligen Bundesländern verlief bis zur empirischen Datenerfassung der vorliegenden Studie und auch danach höchst unterschiedlich und hat wenig vereinheitlichende Rahmenbedingungen für die Pflegeberatung (vgl. Baierl 2014, Rn. 6). In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Evaluationsstudie von Klie et al. (2011) verwiesen. Es führt „mit den unterschiedlichen Implementierungsstrategien der Pflegekassen zu einer höchst differenten regionalen Infrastruktur und Beratungslandschaft in Deutschland“ und „behindert ein klares Profil von Pflegeberatung in der Öffentlichkeit“ (Klie et al. 2011, S. 281).

⁶ Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management: <https://www.dgcc.de/cm-weiterbildung-vs-weiterbildung-zur-pflegeberaterin/>

Der Aufbau der Pflegestützpunkte, die im Rahmen der vorliegenden Studie wesentlich sind, stammt aus den Landkreisen Rheinland-Pfalz und Hessen, sodass diese beispielhaft auch für die Darstellung des Aufbaus und der Umsetzung der Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte dienen.

Pflegestützpunkte in Hessen

In Hessen wurden Pflegestützpunkte teilweise auf bestehende Strukturen von Beratungsangeboten aufgebaut, teilweise gab es diese im Vorfeld aber nicht. Dadurch zeichnet sich im Land Hessen ein sehr heterogenes Bild ab, auch was die Vernetzung mit anderen Beratungsstellen in den jeweiligen Landkreisen angeht. Größere Landkreise und Städte haben so in Abstimmung mit den bisherigen Strukturen Arbeitsteilungen in Bezug auf die Pflegeberatung herausgearbeitet. In vielen anderen Landkreisen wurde aber die durch Klie et al. (2011, S. 157) festgestellte personelle Ausstattung von zwei Berater-Vollzeitstellen pro Landkreis umgesetzt. Im Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hessen wurde aber eine Erweiterung offengelassen: „Den Kostenträgern bleibt es unbenommen, im Bedarfsfall weitere Pflegestützpunkte im Einvernehmen einzurichten“ (Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen; Kommunale Spitzenverbände 01.05.2009, S. 2). Davon wurde auch im Laufe der Zeit Gebrauch gemacht, auch hier allerdings in sehr heterogener Weise.

Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz wurde „ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten errichtet“ (Michell-Auli et al. 2010, S. 36–37). Hier sind mehrere Pflegestützpunkte je Landkreis entstanden, so strebte der Landkreis bereits zu Beginn eine durchschnittliche Einwohner*innenzahl von 30.000 je

Pflegestützpunkt an (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz 01.01.2009, S. 4).

Das Bundesland konnte nicht nur auf bereits bestehende Strukturen in ihrem Aufbau zurückgreifen. Es hat die bestehenden Beratungs- und Koordinierungsstellen, die bereits über eine gesicherte Finanzierung verfügten, mit je einer Vollzeitstelle der Pflegeberatung aufgestockt. Diese etablierten Stellen wurden in diesem Zuge in Pflegestützpunkte umbenannt bzw. umgewandelt. Hier deutet sich an, dass diese etablierten Beratungsstellen bereits vor Einführung der Pflegeberatung ein umfangreiches Repertoire an Beratungsleistungen anboten, welches nun durch Pflegeberatung ergänzt wurde, aber in einigen Themenbereichen auch darüber hinaus geht.

Die unterschiedliche Vorgehensweise, wie sie allein in diesen beiden Beispielen deutlich wird, zeigt auf, dass es sehr heterogene Beratungsbedingungen für die Pflegestützpunktarbeit gibt und so auch auf besondere Herausforderungen sehr unterschiedlich eingegangen werden kann.

2.1.2. Inanspruchnahme von Pflegeberatung durch Migrant*innen

Da sich die vorliegende Studie mit der Pflegeberatung von Migrant*innen beschäftigt, soll auf die Inanspruchnahme von Pflegeberatung durch diese Personengruppe noch einmal eingegangen werden.

Bereits 2007 wurde durch eine Analyse der Gesundheits-, Pflege- und Qualitätsberichterstattung – bezogen auf ihre jeweilige Sensitivität für die Population der Migranten – festgestellt, dass in der statistischen Erfassung der

Gesundheits- und Pflegeberichterstattung diese Personengruppe nicht ausreichend ausgewiesen ist und damit auch nicht in regionalen, landesbezogenen wie auch bundesweiten Planungen und Steuerungen der Versorgung fokussiert werden (vgl. Butler et al. 2007, S. 1233–1235).

Die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem elften Sozialgesetzbuch durch diese Personengruppe ist in den amtlichen Pflegestatistiken des Statistischen Bundesamtes nach § 109 SGB XI und auch in den Datensätzen der sozialen Pflegeversicherung nicht ausgewiesen (Kohls 2012, S. 48–49). In einer Stellungnahme zum Referentenentwurf der ‚Verordnung zur Änderung der Pflegestatistik-Verordnung‘ des Bundesministeriums für Gesundheit von Februar 2013, hat die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände eine „(...) Berücksichtigung der zunehmenden Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund angeregt“. Im Rundschreiben von August 2013 heißt es, dass dieser Anregung „(noch) nicht“ gefolgt worden sei (Hessischer Landkreistag 2013, S. 2–3). Bis heute ist keine Ausweisung der Inanspruchnahme durch Migrant*innen in der Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV in der Fassung vom 23.12.2016) festgehalten. Daher soll auf einige Berichte und (Modell-)Projekte hingewiesen werden, die zumindest Hinweise geben, wie die Situation in Bezug auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Pflegeberatung durch Migrant*innen aussieht.

In dem Bundesmodellprojekt ‚Werkstatt Pflegestützpunkte‘ wurden im Zeitraum 2007 bis 2010 sechzehn Pilot-Pflegestützpunkte, deren Aufbau und Betrieb vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurden, begleitet (vgl. Michell-Auli et al. 2010, S. 12). Es wurde gemeinsam mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und den sechzehn Pilot-Pflegestützpunkten ein Betriebskonzept entwickelt (vgl. Michell-Auli et al. 2010, S. 43). Die Ergebnisse des Projektverlaufes zeigen insgesamt, dass die bisherigen

Beratungs- und Begleitungsleistungen durch Pflegedienste und andere Beratungsstellen für die Nutzer*innen der Angebote nicht ausreichen. Pflegestützpunkte haben nach den Empfehlungen des Beirates der ‚Werkstatt Pflegestützpunkte‘ das Potenzial, diese Lücke zu schließen (vgl. Michell-Auli et al. 2010, S. 131–132; vgl. May und Alisch 2013, S. 4). In dem Modellprojekt gab es Pilot-Pflegestützpunkte, in deren Einzugsgebiete bereits früh das Thema der Migration auftrat. Hier wurde für Migrant*innen „ein besonderer Beratungsbedarf identifiziert“ (Michell-Auli et al. 2010, S. 61). Weiter heißt es, dass durch das „Care Management“ in Pflegestützpunkten „bestehende Beratungsangebote weiterentwickelt und fehlende aufgebaut“ (Michell-Auli et al. 2010, S. 134) werden sollen. Als Beispiel hat der Beirat Angebote für Menschen mit Demenz und/oder Migrationshintergrund festgehalten und auf die bereits guten bestehenden Vernetzungen der Pilot-Pflegestützpunkte verwiesen (vgl. Michell-Auli et al. 2010, S. 134).

Die Beratung (durch Pflegestützpunkte oder andere Institutionen) wird bei der Ausgestaltung der Pflegearrangements von Betroffenen überwiegend als nützlich und unterstützend wahrgenommen (vgl. Schneekloth und Schmidt 2011, S. 56). Auffallend ist, dass insbesondere Zugewanderte diesen Beratungsanspruch nur sehr eingeschränkt wahrnehmen und dadurch auch nur eingeschränkt Zugang zu den Informationen und Unterstützungsleistungen der Beratungsangebote haben. Kohls beschreibt, dass „erhebliche Informations- und Kommunikationsdefizite“ vorliegen, „mit der Folge fehlender oder unzureichender Versorgungsangebote“ (Kohls 2012, S. 34) für diese Personengruppe.

Dies bestätigt auch May in dem Abschlussbericht zur Studie ‚Ältere Migrant(inn)en im Quartier: Stützung und Initiierung von Netzwerken der Selbstorganisation und Selbsthilfe‘ (AMIQUS). Hierbei präsentierte sich

insbesondere eines der untersuchten Quartiere, in einem „(...) nahezu durchgängig relativ geringen Bekanntheitsgrad sozialer Einrichtungen unter den älteren Migrant(inn)en“ (May 2009–2012, S. 63). Zudem seien trotz eines dichten Netzes aus Selbsthilfe in den überwiegenden Untersuchungsquartieren „in bestimmten Bereichen (z. B. Gesundheit/Pflege) – den Ergebnissen unserer Befragung zufolge – auf professionelle und institutionelle Unterstützung angewiesen“ (May 2009–2012, S. 85). Die von 2009 bis 2012 geführte Studie von May und Alisch (2013) zeigt exemplarisch am benannten Untersuchungsquartier auf, dass ein Bedarf an konkreter Beratung und Unterstützung im Bereich Pflege und gesundheitlicher Versorgung vorhanden ist. Zudem wurde deutlich, dass unter Migrant*innen die entsprechenden Institutionen nicht ausreichend bekannt sind.

Eine weitere Studie ist die bundesweit angelegte Evaluationsstudie vom Institut für angewandte Sozialforschung AGP (Alter, Gesellschaft, Partizipation), TNS Infratest Sozialforschung und der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V. (Klie et al. 2011). Diese Studie greift erstmals einen bundesweiten Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in den sechzehn Bundesländern auf. Hierbei wurden Experteninterviews mit Vertreterinnen der Pflegekassen und eine schriftliche Kurzbefragung aller Pflegekassen mit einem Rückgriff auf die Stichprobe der Privathaushalte aus der Studie ‚Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes‘ gekoppelt.

Menschen mit Migrationshintergrund werden in der Studie unter der Bezeichnung „besonderer Unterstützungsbedarf spezieller Zielgruppen“ (Klie et al. 2011, S. 91–92) subsumiert und es wird in diesem Zusammenhang festgehalten, dass die Zahl pflegebedürftiger Menschen mit „Migrationsgeschichte“ zunimmt. Dieser wird nicht näher expliziert, sondern verkürzt mit dem

Verweis auf „den besonderen Bedarf spezieller Zielgruppen“ versehen (Klie et al. 2011, S. 91–92).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat TNS Infratest Sozialforschung im November 2009 mit einer wissenschaftlichen Studie zu den ‚Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes‘ beauftragt (vgl. Schneekloth und Schmidt 2011, S. 6). Ziel dieser Studie war es, detaillierte Erkenntnisse zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen, auch im Sinne der Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, zu erhalten. Insgesamt wurden vier Repräsentativerhebungen in Privathaushalten, ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt (vgl. Schneekloth und Schmidt 2011, S. 5).

Eine besondere Hervorhebung wurde dem Thema „Migration in der Pflege“ (Schneekloth und Schmidt 2011, S. 10) gewidmet, welche durch die Repräsentativität der Studie einen besonderen Verwertungscharakter besitzt. Insbesondere aus den Ergebnissen des Kapitels „2.8 Migrationshintergrund und häusliche Pflege“ wird deutlich, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund häufiger ausschließlich Pflegegeld beziehen und auch „Kurzzeitpflege, häusliche Verhinderungspflege sowie Hilfsmittel“ (Schneekloth und Schmidt 2011, S. 61) seltener in Anspruch nehmen. Die Feststellung, „dass die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung für einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund schwierig ist“ (Schneekloth und Schmidt 2011, S. 62), weist darauf hin, dass Pflegeberatung hier unterstützende Leistungen zur Verbesserung der Pflegesituationen beitragen könnte und dieser Bedarf gegeben ist.

Kohls (2012) bekräftigt diese Erkenntnisse: Migrant*innen nehmen im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung gesetzliche Pflegeleistungen bislang

unterdurchschnittlich in Anspruch. Dies würde sich aber zukünftig verändern, da auch diese Bevölkerungsgruppe auf die „bislang nutzbaren familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale“ nicht mehr im heutigen Umfang wird zugreifen können (Kohls 2012, S. 33). Dabei stellt Köchling-Farahwaran (2019) fest:

„Ältere zugewanderte Personen sind eine zahlenmäßig stark anwachsende Gruppe mit vergleichsweise schlechtem Gesundheitszustand und möglicherweise großem Pflegebedarf. Für sie kann das Altern in Deutschland mit starken familiären, psychosozialen sowie ökonomischen Belastungen verbunden sein, da sie beispielsweise häufig nicht geplant hatten, den Lebensabend im Zuwanderungsland zu verbringen bzw. verbringen zu müssen“ (Köchling-Farahwaran 2019, S. 59)

Hier zeigt sich eine große Lücke zwischen der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und Pflegeberatung und dem vermuteten Bedarf der Migrant*innen. Im Projekt ‚Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung – Modellprojekt zur Implementierung Case Management-basierter Konzepte interkultureller Beratung und Unterstützung in Pflegestützpunkten (OPEN)‘ von 2014 bis 2017 wurde daher genau diese Zielgruppe in den Fokus gerückt und sowohl der Zugang zur, als auch die Inanspruchnahme von Pflegeberatung genauer untersucht (May et al. 2017a).

Im Anschluss an dieses Praxisforschungsprojekt ist die vorliegende Studie entstanden, welche in der Frage der Erarbeitung von Bedürfnissen von Migrant*innen und der Bedürfnis-Aushandlung im Rahmen der Pflegeberatung darüber hinaus geht und erweitert die Ergebnisse des Forschungsprojektes dadurch.

Nach der nun eher schematischen Darstellung der Novellen in der Pflegeversicherung, des Aufbaus von Pflegestützpunkten und der Inanspruchnahme der Sozialen Pflegeversicherung durch Migrant*innen, soll abschließend noch einmal eine Rahmung hergestellt werden, im Sinne einer Einordnung und Diskussion der gesellschaftlichen Bedeutung der Pflegeversicherung.

2.1.3. Eckpunkte in der Entwicklung der Pflegeversicherung und der Pflegeberatung

Die verschiedenen Etappen der Pflegeversicherungen sind sehr komplex und sollen an dieser Stelle nicht vollumfänglich nachgezeichnet werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Leistungen an sich und deren Anspruchsvoraussetzungen haben sich seit Einführung der Pflegeversicherung stark verändert und auch nach der empirischen Datengewinnung der vorliegenden Studie sind weitreichende Änderungen der sozialen Pflegeversicherung vorgenommen worden. Um die empirischen Daten angemessen einzuordnen, sollen die wesentlichen Eckpunkte in der Entwicklung der Pflegeversicherung hier aufgezeigt werden.

1995 wurde die Pflegeversicherung mit dem Ziel eingeführt, „das Risiko der Pflegebedürftigkeit vergleichbar den Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) 1997, S. 8) abzusichern sowie die „aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen zu mildern“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) 1997, S. 8). Deutlich wurde bereits in

diesem ersten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung, dass diese im Regelfall ausreichen sollte, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, sodass keine Sozialhilfe mehr bezogen wird (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) 1997, S. 9). Auch die Grundsätze „Prävention und Rehabilitation vor Pflege, ambulante vor stationäre Pflege und teilstationäre vor vollstationäre Pflege“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) 1997, S. 9) sind Teil der Ursprungsidee der sozialen Pflegeversicherung.

Es gab viele weitere kleinere Verbesserungen in den darauffolgenden Jahren (vgl. Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode 2001, S. 11–14; vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) 2004, S. 16–23). Besonders wurde in der Auseinandersetzung deutlich, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht angemessen und zu somatisch bzw. verrichtungsbezogen ausgerichtet ist (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) 2004, S. 15). Menschen mit geistigen oder psychischen sowie mit demenziellen Erkrankungen wurden mit den bisherigen Anforderungsprofilen nicht berücksichtigt und konnten dadurch keine Leistungen in Anspruch nehmen. Es kam zu Beschwerden vor dem Verfassungsgericht (Az.: BVerfG 1, BvR 452/99, 1 BvR 1077/00), die eine verfassungswidrige Benachteiligung von „Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen“ (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) 2004, S. 15) darin anmahnten⁷. Dies führte zur ersten größeren Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG), welches im Januar

⁷ Diese Verfassungsbeschwerden wurden nicht zur Entscheidung angenommen, vgl. auch die Begründung dazu (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) 2004, S. 15–16).

2002 in Kraft trat. Hierüber wurde nun Erweiterungen vorgenommen, welche zum Ziel hatten, insbesondere die häusliche Versorgung dieser Zielgruppe zu stärken. Einerseits wurden zweckgebundene Entlastungsbeträge für Pflegebedürftige vorgesehen, die „für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie für niedrighschwellige Betreuungsangebote, also für qualitätsgesicherte aktivierende Betreuungsangebote“ (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) 2004, S. 19) einzusetzen waren. Allerdings förderte der Gesetzgeber die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte durch Dienstleistungsanbieter für diese Zielgruppe, wobei hier insbesondere die demenziell erkrankten Menschen in den Fokus rückten.

Auch nach dieser Nachbesserung reißt die Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht ab, sodass 2009 das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) in Kraft trat. Hier wurden die Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen stärker verankert und es wurde auch der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ wieder stärker in den Blick genommen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 19). Seit dieser Gesetzesänderung wurde das Recht auf Pflegeberatung etabliert:

„Das Fallmanagement wurde verstärkt, in dem für Pflegebedürftige ein individueller Anspruch auf umfassende Pflegeberatung auch in Pflegestützpunkten eingeführt wurde. Es wurde zugleich der Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen gefördert und den Pflegebedürftigen eine quartiersbezogene, an ihren Bedürfnissen ausgerichtete Pflege ermöglicht“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 19).

Auch in dem Anspruch der Pflegeversicherung zeigt sich die Stärkung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär‘. So soll neben einer passgenauen und aufeinander abgestimmten Hilfe auch die häusliche Versorgung gestärkt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 19). Für die Einrichtung der Pflegeberatung wurde bereits in diesem Berichtszeitraum eine wissenschaftliche Begleitung⁸ vorgesehen, welche „aus den ersten Praxiserfahrungen weitere Hinweise für die Ausgestaltung der Pflegeberatung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 20) erarbeiten sollte.

Es folgten weitere Novellierungen der Pflegeversicherung. 2013 trat das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) in Kraft und 2015 das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG 1). Beide Novellen hatten laut Gesetzgeber das Ziel, einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorzubereiten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 13) und „die Leistungen noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auszurichten“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 13). Hierzu zählen insbesondere die Stärkung der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, die Stärkung der Rehabilitation, die Beschleunigung der Kassenentscheide bei Anträgen auf Pflegebedürftigkeit sowie die Steigerung des Personals (Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 13–14). Die Ausweitung der Leistungen für Menschen mit ‚eingeschränkter Alltagskompetenz‘ führte mit Inkrafttreten des PNG dazu, dass Menschen dieser Zielgruppe einen Anspruch auf Pflegegeld und Pflegesachleistung bekamen (sog. ‚Pflegestufe 0‘) (Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 14). Als wesentliches Ziel der Maßnahmen stand weiterhin die Pflegebereitschaft zu stärken und mit Verbesserungen der

⁸ Auf die Ergebnisse dieser Studie wird an anderer Stelle noch eingegangen.

Maßnahmen, auch die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen zu kompensieren bzw. Anreize für die Übernahme von Pflegeaufgaben zu schaffen:

„Vor diesem Hintergrund besteht die Herausforderung darin, bei Angehörigen die Pflegebereitschaft zu fördern und zu erhalten. Belastungen müssen so gering wie möglich gehalten werden, um Überforderung zu vermeiden. Nachteile, die durch Pflege entstehen können, müssen so weit wie möglich reduziert werden, z. B. durch eine gute sozialversicherungsrechtliche Absicherung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 20).⁹

Das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) trat 2016 in Kraft, dessen größte Veränderung zum Januar 2017 relevant wurde: ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit verbunden ein neues Begutachtungsinstrument (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 18). 2017 trat aber auch schon das dritte Pflegestärkungsgesetz in Kraft, welches den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch im Sozialhilferecht verankerte und Kommunen mehr Gestaltungsfreiheit bei den Beratungs- und Versorgungsangeboten einräumte (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 18).

Durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des Begutachtungsinstrumentes wurde auch von den ehemaligen Pflegestufen auf Pflegegrade umgestellt sowie „die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen“ (Bundesministerium für

⁹ Dies ist auch der Zeitraum (nach Einführung des PNG und des PSG 1) zu welchem die vorliegende Studie das empirische Datenmaterial generiert hat (insbesondere 2015-2016), im Rahmen des Praxisforschungsprojektes OPEN wurde unter dem Förderkennzeichen 03FH008SA4 vom BMBF im Rahmen der Linie SILQUA-FH im Zeitraum vom 2014 bis 2017 gefördert.

Gesundheit 2021, S. 4) in den Vordergrund gestellt. Als Ziel wird nun neben der Wiedergewinnung von Fähigkeiten auch „ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben“ (Bundesministerium für Gesundheit 2021, S. 4) fokussiert.¹⁰

In diesem Kapitel wurde nur ein kleiner Teil der Novellen und Anpassungen rund um die Versorgung und Pflege aufgezeigt. Dieser kursorische Abriss soll die Möglichkeit der Einordnung in die größeren Veränderungen und die Gesamtausrichtung der sozialen Pflegeversicherung aufzeigen, bildet aber nicht Einzelheiten und Detailfragen ab. Sofern diese im Verlauf relevant werden, wird darauf an der jeweiligen Stelle konkreter eingegangen, um diese zu diskutieren. Auch enden die aufgezeigten Novellierungen nicht mit dem heutigen Stand. Da die Datenerhebung aber 2017 abgeschlossen wurde, wurde auch der kursorische Abriss an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

2.1.4. Gesellschaftliche Einordnung der Pflegeversicherung

Im siebten Bericht zur Lage der älteren Generation wird festgestellt:

„Die Sorge für und die Pflege von älteren Menschen ist eine der großen gesellschafts- und sozialpolitischen sowie kulturellen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigt, die für die Versorgung zur Verfügung

¹⁰ Diese Neuerungen bedürfen differenzierter Betrachtungsweisen, die an dieser Stelle nicht vorgenommen werden sollen, da sich die empirische Grundlage der Studie auf die gesetzlichen Grundlagen vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungsinstrumentes beziehen.

stehenden Ressourcen gehen zurück, sowohl in den die Hauptaufgaben der Pflege und Sorge bislang leistenden Familien als auch im professionellen Sektor“ (Bundesministerium für Familie 2016, S. 181).

Auf die hier im siebten Altenbericht verwiesene Lage, zeigt sich die großen Herausforderungen der „Care-Debatte“ (Brückner 2011; Fraser 1994) oder auch „Care-Krise“ (Brückner et al. 2013; Apitzsch und Schmidbaur 2010), „Reproduktionskrise“ bzw. „Soziale Reproduktion in der Krise“ (Winker 2011).

Die Soziale Pflegeversicherung wurde von Beginn an nur als „Teil- oder Grundabsicherung („Teilkasko-Versicherung“) des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit mit engen Ausgabengrenzen ohne Bedarfsdeckungsprinzip und pauschalierten und festgelegten Leistungssätzen konzipiert“ (Dammert 2009, S. 9–10; vgl. auch Winker 2015, S. 45). Diese restriktive Absicherung des Lebensrisikos „Pflegebedürftigkeit“ ist Resultat der neoliberalen, kapitalistischen Gesellschaftsentwicklungen. Wie Winker (2015) treffend beschreibt, wird „nur dort investiert und gegen Lohn gearbeitet, wo Profite erwartet werden. Sorgetätigkeiten sind meist nicht gewinnträchtig, sondern stellen einen Kostenfaktor dar, den es aus kapitalistischer Sicht zu minimieren gilt“ (Winker 2015, S. 10). Dies spiegelt sich auch an vielen Stellen deutlich in den Entwicklungen der Pflegeversicherung wider. Insbesondere der immer wiederkehrende Verweis auf den Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ und das im Verlauf der Novellen steigende Thema der Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen sowie in den vergangenen Jahren auch die Vereinbarkeit von Versorgung und Berufstätigkeit, sind deutliche Anzeichen. Erst im siebten Pflegebericht (2021) wurde die Argumentation der häuslichen Versorgung auf den Wunsch und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen hervorgehoben und damit eine neue Argumentation aufgebaut, welche die kapitalistische Rahmung verschleiert.

Die Stellung von Care-Arbeit und Reproduktionsarbeit¹¹ hat wesentlich Einfluss auf die Entwicklung der Pflegeversicherung genommen, in der die Logiken der Profitmaximierung und Reproduktion von Arbeit grundlegend im Vordergrund stehen. Care-Arbeit nimmt an dieser Stelle nur eine untergeordnete Rolle ein und stellt durch die Bindung von Arbeitskräften eher einen Hemmnisfaktor für die ökonomische Ausrichtung dar. Gleichzeitig ist sie für die „Aufrechterhaltung des kapitalistischen Systems grundlegend“ (Winker 2015, S. 16).

Der gesellschaftliche Bedarf an Reproduktions- und Care-Arbeit ist aufgrund des demografischen Wandels sogar gestiegen. Die kapitalistisch gewollte Steigerung von erwerbstätigen Frauen und die veränderten privaten Lebensformen sowie die stark gewachsenen Anforderungen des Arbeitsmarktes stellen Familien vor große Herausforderungen. Diese Herausforderungen der Care- und Reproduktionsarbeit werden weiterhin überwiegend an Frauen übertragen und stabilisieren damit bestehende Geschlechterordnungen (vgl. Brückner 2010, S. 44), die zu einer gesellschaftlichen Überbelastung der Frauen führen. Die soziale Pflegeversicherung stellt hier keine Ausnahme dar, denn sie unterstützt in ihrem Aufbau insbesondere die Pflege und Versorgung als Reproduktionsarbeit.

¹¹ Ich schließe mich an dieser Stelle Winker (2015, S. 15–27) an, die die Begriffe Care Arbeit (Care Work) und Sorgearbeit synonym verwendet, um die Arbeitsinhalte in den Blick zu nehmen und die konkreten Sorgetätigkeiten zu bezeichnen, unabhängig davon, ob es sich dabei um entlohnte oder unentlohnte Tätigkeiten handelt (vgl. Winker 2015, S. 17). Im Gegenzug bezeichnet „Reproduktionsarbeit“ das „Gegenstück zur Lohnarbeit, die unentlohnte Arbeit, meist in familiären Zusammenhängen und von Frauen ausgeführt, die für die Reproduktion der Arbeitskraft notwendig ist“ (Winker 2015, S. 17).

Die hohe Wertstellung der ökonomischen Profitmaximierung und der damit einhergehenden Sicherung der sozio-ökonomischen Produktionsverhältnisse durch möglichst kostengünstige Reproduktion der Arbeitskräfte bewirkt, dass „(...) der kurzfristige Zugriff auf geeignete, passend qualifizierte und flexible Arbeitskräfte zu möglichst geringen Löhnen (...)“ (Winker 2012, S. 16) gesichert sein muss. Die Reproduktion und Bereitstellung dieser Arbeitskräfte steht unter der Prämisse, möglichst nur minimale Kosten zu verursachen, was insbesondere durch die Auslagerung der Reproduktionsarbeit an Familien und hier insbesondere an die Frauen erfolgt. Die Reproduktionsarbeit soll möglichst noch neben ihrer Erwerbsarbeit (Winker 2012, S. 16; vgl. Fraser 1994, S. 235) stattfinden. Der Einsatz professionell-personeller Ressourcen für Sorgetätigkeiten steht grundlegend der ökonomischen Profitmaximierung entgegen (vgl. Winker 2012, S. 16), weshalb die gesetzlichen Änderungen, insbesondere im SGB XI zur „Entlastung pflegender Angehöriger“ beitragen sollen, um so längerfristig deren Erhalt als Laienpflegekräfte zu sichern (vgl. Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode 23.04.2012, S. 18).

Auch unter der Bezeichnung der Ökonomisierung der sozialen Dienstleistungen werden stetig aus Kostengründen gesellschaftliche Aufgaben in die private Sphäre delegiert, also auf Individuen oder Familien verlagert (vgl. Winker 2015, S. 34). Diese Auslagerung an unbezahlte Privathaushalte bewirkt, dass sich die Verantwortung für Gesundheit zunehmend auf den einzelnen Menschen verlagert (vgl. Hüper und Hellige 2012, S. 9–10) und zur Individualisierung der gesellschaftlichen Problemlage beiträgt, zumeist mit einem Fokus auf Frauen (vgl. Fraser 1994, S. 235). „Aus der Perspektive der ‚Betroffenen‘ [Herv. i. O.] nennt man dies in der Psychologie eine klassische Double-Bind-Situation, also eine Situation widersprüchlicher Handlungsaufforderungen“ (Dammert 2009, S. 17).

Auch die Bundesregierung bestätigte die ungleichheitsgenerierende Wirkung im sechsten Altenbericht: „Die Pflege bleibt im Wesentlichen weiblich: 90 Prozent der Pflegepersonen im Sinne des § 14 SGB XI (mindestens 14 Stunden wöchentlich Pfl egetätigkeit) sind Frauen“ (Altenberichts-kommission (BMFSFJ) 2010, S. 187). Dies gilt im besonderen Maße für Zugewanderte, hier besteht derzeit noch eine überdurchschnittlich hohe Pflegebereitschaft von Angehörigen, insbesondere der Frauen (vgl. Kohls 2012: 31). Im siebten Altenbericht (BMFSFJ Altenberichts-kommission 2016, S. 181) wird das Thema kritisch aufgegriffen: „Verbunden ist das Thema schließlich mit Fragen der fairen Verteilung von Sorge- und Pflegeaufgaben in der Gesellschafts- und Geschlechterordnung.“ Weiter wird bestätigt, dass Frauen „noch immer den größten Teil der Versorgungs-verpflichtungen gegenüber auf Pflege angewiesenen Menschen eingehen“ (BMFSFJ Altenberichts-kommission 2016, S. 189) und Sorgearbeit überwiegend von Frauen geleistet wird (vgl. BMFSFJ Altenberichts-kommission 2016, S. 208–209). Regina Becker-Schmidt fasst dies unter dem Begriff der „doppelten Vergesellschaftung“ (Becker-Schmidt 1989; nach Winker und Degele 2009, S. 19) auf.

Winker (2015) verweist darauf, dass die soziale Absicherung der pflegenden An- und Zugehörigen (überwiegend Frauen) durch staatliche Transferleistungen, Steuererleichterungen oder Rentenanwartschaften, die als Motivationsanreize zu verstehen sind, in der Kapitalverwertung kaum eine Rolle spielen (vgl. Winker 2015, S. 52). Zudem gerade die gut qualifizierten Arbeitnehmer*innen hier oft andere Möglichkeiten haben, um die Belastung durch Reproduktionsarbeit zu reduzieren:

„Durch den Einsatz von sozial nicht abgesicherten und schlecht entlohnten Arbeitenden, meist Migrant_innen, in Privathaushalten und die stillschweigende Duldung von Rechtsverletzungen in diesem Bereich wird gewährleistet, dass finanziell besser gestellte Erwerbstätige Care-Arbeit delegieren können“ (Winker 2015, S. 52–53).

Migrant*innen haben hier also eine zusätzliche Belastung, da sie oft schlecht bezahlte Tätigkeiten, bis zu illegalen Beschäftigungen, anstrengende Care-Arbeit verrichten, sowohl für die eigene als auch für fremde Familien.

Die Situation der Migrant*innen in Bezug auf Reproduktions- und Care-Arbeit zeigt neben der häufigen Schlechterstellung in den beruflichen und damit auch sozioökonomischen Kontexten, ähnliche Phänomene wie bei der autochthonen Bevölkerung. Die lange geglaubten familiären Solidar- und Unterstützungsleistungen, die bei Migrant*innen stärker ausgeprägt sein sollen, sind rückläufig (vgl. Kohls 2012, S. 33). So beschreibt auch Steinbach (2018):

„Mit zunehmender Anpassung von Migranten an Entwicklungen in der Aufnahmegesellschaft wie etwa zunehmende Bildungsbeteiligung und Erwerbstätigkeit der Frauen, sinkende Fertilitäts- und steigende Scheidungsraten stehen Migrantenfamilien vor ähnlichen Herausforderungen wie die Einheimischen“ (Steinbach 2018, S. 329).

Wenn sich die Herausforderungen von Migrant*innen also ähnlich gestalten, wie in der autochthonen Bevölkerung, zeigt sich die starke Überbelastung durch fehlende Unterstützung sozialer Institutionen und Angebote und Dienste, wie eben der Pflegeberatung, sehr deutlich. Denn Migrant*innen werden, insbesondere aufgrund sprachlicher, kultureller und familiärer

Barrieren, bislang nicht angemessen durch die Beratungs- und Unterstützungsangebote erreicht (vgl. Kohls 2012, S. 36; vgl. May und Alisch 2013, S. 63; vgl. Köchling-Farahwaran 2019, S. 59).

2.2. Diskussion der Pflegeberatung als Beratungsmethode

Pflegeberatung ist eine Form der Beratung, die sich im Spannungsfeld von Eingeschränktheit und Interdependenzen aufspannt. Beratung im Gesundheitswesen richtet sich gezielt an Menschen mit beeinträchtigter Gesundheit und an Nutzer*innen des Gesundheitswesens, entweder in Form von Gesundheitsberatung, von Patienten- oder Nutzer*innenberatung (vgl. Dewe und Schaeffer 2012, S. 59).

(Pflege-)Beratungen sind situiert und prozesshaft.¹² Um sich der Frage zu nähern, wie gesundheitsbezogene Beratung als Grundlage für die Pflegeberatung dienen kann, sollen im Folgenden einige Aspekte herausgearbeitet werden.

Wenn man sich also die Bedingungen und Umsetzungen von Beratung in der Pflegeberatung genauer anschaut, kann festgestellt werden, dass es sehr facettenreich ist, was dort passiert. Viele Faktoren fließen in die Beratung ein und fordern beratende Personen wie auch Nutzende heraus.¹³ In diesem nun folgenden Kapitel geht es insbesondere darum, eine Annäherung an die theoretische wie praktische Ausrichtung der Pflegeberatung zu ermöglichen, um nach der Rahmung durch die gesetzlichen und politischen Bedingungen im

¹² Vgl. allgemein zu Beratung Dewe 2018, S. 122.

¹³ Vgl. Projekt OPEN (Engert und Zein 2023).

Kapitel 2.1 nun auch die praktische und beratungstheoretische Ausrichtung zu fokussieren. Hierfür werde ich insbesondere auf vier Aspekte eingehen: auf gesundheitsbezogene Beratung, Aspekte von Sozialberatung, Interventionsbezüge und auf Dienstleistungsaspekte.

2.2.1. Gesundheitsbezogene Beratung in der Sozialen Arbeit

„Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit leistet wertvolle Beiträge bei der Vorbeugung, Verhinderung, Abmilderung und Bewältigung gesundheitlicher Risiken und Probleme sowie deren psychosozialen und sozioökonomischen Auswirkungen auf personenbezogener, umweltbezogener, institutionsbezogener und gesellschaftlicher Ebene“ (Müller-Baron 2020, S. 1).

Mit diesem Auftrag, den die DVSG in ihrer Positionierungsempfehlung angibt, werden die Aufgaben Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen weitläufig umrissen und auch die Pflegeberatung fügt sich in dieses Aufgabenfeld ein. Schütte-Bäumner formuliert diesen Auftrag konkreter: „Gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit kommt grundsätzlich die Aufgabe zu, in Settings des Sozial- und Gesundheitswesens niedrigschwellige, zugehende und psychosozial konstituierte Handlungsansätze als präventive, gesundheitsfördernde Unterstützungsformen zu entwickeln sowie konkrete soziale Hilfen anzubieten“ (2019, S. 65). Diese Formulierung des Auftrages Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, stellt noch einmal die klassische Arbeitsweise der Sozialen Arbeit in den Fokus und ergänzt sie um das Setting des Gesundheitswesens. Konkreter beschreibt Schütte-Bäumner, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit „grundständig auf die Methodenvielfalt und die Methodenkompetenz

Sozialer Arbeit zurück“ (Schütte-Bäumner 2019, S. 70) greift. Er nimmt dabei auch eine kritische Perspektive gegenüber dem Gesundheitswesen ein: „Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ergänzt in kritisch-reflexiver Weise das klassische, häufig biomedizinisch ausgerichtete Behandlungssetting im Gesundheitswesen um das dialektische Verständnis von Person und Situation, (...)“ (Schütte-Bäumner 2019, S. 66). Genau diese kritisch-reflexive Perspektive, sowohl bezogen auf Gesundheitsaspekte als auch auf gesellschaftliche Aspekte der Care-Thematik sind wesentliche Rahmenbedingungen für die Pflegeberatung. Fokussiert auf die gesundheitsbezogene Beratung gibt es viele Ansätze in der Beratungsliteratur. Allerdings sind beide Begriffe ‚Beratung‘, wie auch ‚Gesundheit‘ sehr stark abhängig von der jeweiligen Perspektive, den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen und dem Nutzen, den eine Annäherung an diese Begriffe haben soll. „In gewisser Weise potenzieren sich im Begriff der Gesundheitsberatung die bekannten Unschärfen der Begriffe von Gesundheit und von Beratung“ (Faltermaier 2014, S. 1063). Gleichzeitig ist der Begriff der Beratung, wie eingangs beschrieben, schon nahezu inflationär in Gebrauch:

„Betrachtet man das Aufgabenspektrum genauer, ist es keineswegs allein auf Beratung beschränkt. Vielmehr scheint Beratung dem Charakter nach ein Sammelbegriff zu sein, der neben Beratung auch Aufklärung, Information und ergänzend psychosoziale Hilfe bis hin zu therapeutischer Unterstützung einschließt. Dieser Eindruck erhärtet sich bei einer Sichtung der theoretischen Beratungsliteratur“ (Dewe und Schaeffer 2012, S. 60).

In der Literatur zur Beratung werden häufig Definitionen, Einordnungen und Anlehnungen des Beratungsverständnisses ausgeführt, die in mancher

Hinsicht sehr unterschiedlich sind und teilweise sich überschneidende Elemente aufweisen. Die verschiedenen Bezeichnungen umfassen differenzierte Handlungsweisen von beratenden Personen, die verschiedenen Disziplinen zugeordnet werden. Durch Ausbreitung des englischsprachigen Begriffs Counsel(l)ing vervielfacht sich diese Ausdifferenzierung noch. Auch in Formen, die im deutschen Sprachgebrauch nach Seel (2014) nicht abbildbar sind (vgl. 2014, S. 1648).

Neben diesen Unterscheidungen wird auch bei Beratungen in der jeweiligen Bezeichnung teilweise nach ‚Zielgruppen‘ und nach ‚Themengebieten‘ der Beratung begrifflich unterschieden.¹⁴ Im deutschsprachigen Raum differenziert sich Beratung in einer anderen Form, z. B. als Beratung, Coaching und Supervision. Schubert et al. schlagen vor, diese Begrifflichkeiten unter dem Begriff des Counseling, als gemeinsames Dach zusammenzuführen (vgl. 2019, S. 21). „Unter diesem Dach teilen sich in einer groben Unterscheidung die eher arbeitsweltbezogene Beratung und die lebenswelt- bzw. familienweltorientierte Beratung das ‚House of Counseling‘, (Schubert et al. 2019, S. 21). Auch Hoff und Zwicker-Pelzer nutzen die grobe Unterscheidung zwischen lebensweltlicher und arbeitsweltlicher Beratung (2015, S. 9–10). Diese ist für die Rahmung der gesundheitsbezogenen Beratung, insbesondere in der Perspektive der Pflegeberatung, weniger geeignet, da sich mit Blick auf die Care-Arbeit die Bereiche (Familien- und) Lebenswelt und Arbeitswelt überschneiden. Die Care-Arbeit befindet sich in oder zwischen der Arbeits- und der individuellen Lebenswelt. Pflegeberatung ist immer mit lebensweltlichen Bezügen befasst, da die häusliche Versorgung und Betreuung häufig im Rahmen von Reproduktionsarbeit durchgeführt wird. Gleichzeitig ist Care-Arbeit, ob bezahlt oder unbezahlt, gesellschaftlich wenig anerkannt (vgl. Winker 2015,

¹⁴ Beispiele hierfür sind Schuldner*innenberatung und Drogenberatung.

S. 23). In den Pflegeberatungen wird auch die Vereinbarkeit von Sorge und Lohnarbeit thematisiert. Da es sich hierbei vielfach um sorgende Frauen handelt, wird auch die eher schlechter bezahlte Care-Arbeit als Lohnarbeit in der Pflegeberatung thematisch.

Eine Unterscheidung, wie sie hier vorgeschlagen wird, zwischen lebensweltlicher und arbeitsweltlicher Beratung (Hoff und Zwicker-Pelzer 2015, S. 9–10), ist hierbei also wenig hilfreich, stattdessen verstärkt sie die Verschleierung der Benachteiligung, welche im Bereich von Care-Arbeit weiterhin stattfindet.

2.2.2. Aspekte von Sozialberatung

Die Arbeit in Pflegestützpunkten zeigt eine große Nähe zur Sozialen Beratung, wie Ansen sie konzeptualisiert:

„In der Sozialen Beratung spielen zwar Fragen der sozialen Sicherung eine wesentliche Rolle, es wäre aber unangemessen, wenn die Beratung auf die Durchsetzung von Sozialleistungsansprüchen verkürzt würde. Die Soziale Beratung hat vor allem dann ihre Berechtigung, wenn sie sich um diejenigen kümmert, deren Probleme nicht mit den standardisierten Programmen des Sozialstaates gelöst werden können, also individuelle Formen der Bewältigung gebraucht werden. Mit der Sozialen Beratung wird das soziale Sicherungssystem auf subjektive Notlagen übertragen. An der Schnittstelle von Person und Umgebung erweist sich, wie wirksam die Soziale Beratung zur Verbesserung von Lebenslagen führt“ (Ansen 2000, S. 2).

Armut steht zwar nicht im Mittelpunkt der Pflegeberatung, in der Regel stellen finanzielle Fragen aber einen wesentlichen Teil der Beratungstätigkeiten in Pflegestützpunkten dar. Hier wäre es ebenfalls eine unangemessene Verkürzung, die Durchsetzung von Leistungsansprüchen aus dem SGB XI als alleinigen Fokus zu wählen. Psychosoziale Aspekte der Beratung sind ebenso wichtig, wie schon das OPEN-Projekt zeigen konnte (vgl. May und Zein 2018b). Die individuellen Fragen und Problemstellungen der Ratsuchenden sind vielfältig und nicht nur auf die Orientierung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung zu reduzieren, um eine Bewältigung der komplexen Aufgaben der Care-Arbeit zu gewährleisten.

„Ausgehend von den zentralen Problemen der Ratsuchenden geht es in der Sozialen Beratung u. a. darum, eine angemessene Einkommens- und Güterausstattung sicherzustellen, soziale Kontakte zu erschließen und Bildungsangebote sowie gesundheitsbezogene Hilfen zu vermitteln. Dieses generalistische Konzept ist notwendig, weil sich zum einen die Problemlagen nicht beliebig trennen lassen und zum anderen die Ratsuchenden nicht an unterschiedliche Stellen delegiert werden können. Viele Ratsuchende müssen schon große persönliche Mühe aufwenden, um nur eine Beratungsstelle aufzusuchen. Für den Beratungsverlauf ist eine konstante Beziehung ein wichtiger Erfolgsfaktor, der durch die Delegation des Ratsuchenden an unterschiedliche Hilfestellen unterminiert würde [Herv. i.O.]“ (Ansen 2000, S. 4).

Der Austausch mit anderen Betroffenen, z. B. über die Vermittlung von Selbsthilfegruppen sowie die Ausstattung mit Hilfsmitteln zur Pflege erleichterung aber auch Anleitungen zur Pflege und Selbstfürsorge, sind neben den

Hauptaufträgen der Pflegeberatung generell Teil der Beratungstätigkeit in Pflegestützpunkten. Die Offenbarung von Überforderungssituationen und anderen Problemen in der Versorgung von nahen An- und Zugehörigen sowie die Rollenveränderungen bei der Pflege und Versorgung von nahestehenden Personen benötigen eine grundlegende Vertrauensbasis zur beratenden Person. Das Einlassen auf die individuellen Problemlagen, die unter dem Fokus der Care-Arbeit entstehen, sind wesentliche Faktoren der Beratung in Pflegestützpunkten. In der Sozialen Beratung, wie auch der Pflegeberatung,

„(...) kommt es darauf an, materielle Probleme nicht auf emotionale Fragen zu reduzieren und umgekehrt. Ausschlaggebend für die Beratung ist deshalb neben dem methodischen Handeln immer auch eine adäquate Problemerkennung“ (Ansen 2000, S. 4).

Auch Nestmann et al. beschreiben: „Beratung [im Gesundheitssektor A. Z.] bleibt nicht mehr nur auf die Weitergabe von Information beschränkt, sondern dient der Klärung und Lösung von gesundheitsbezogenen und patientenorientierten Problemen. Diese erweiterte Perspektive auf Beratung kennen sozialberufliche, psychosoziale und pädagogische Handlungsfelder seit Jahrzehnten und verfügen über eine ebenso lange Beratungstradition“ (2012, S. 25). Die Soziale Beratung nach Ansen (2000) stellt konzeptionell daher auch ein Gewinn für die gesundheitsbezogene Beratung dar und enthält viele Facetten, die zur Auseinandersetzung in der Pflegeberatung dienlich sind. „Konzeptionell ist das Feld der Patientenberatung und Nutzerinformation eher mit der sozialpädagogischen denn der psychologischen oder psychotherapeutischen Beratung vergleichbar“ (Nestmann et al. 2012, S. 26). Auch der besondere Bezug auf den Alltag der Ratsuchenden kann, insbesondere im Feld der gesundheitsbezogenen Beratung nach den Autor*innen Nestmann

et al., eine spezielle Perspektive der Sozialen Arbeit darstellen. Rixen verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass Modelle altersgerechter Sozialberatung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit sinnvoll sind, wenn das spezifische Wissen in eine übergreifende fachliche Perspektive eingebunden ist (vgl. Rixen 2020, S. 322).

Neben dem Aufbau einer konstruktiven Beratungsbeziehung und einer angemessenen Problemerkennung geht es hierbei um drei wesentliche Interventionsformen im Beratungsprozess, mit denen schwierige Lebenslagen konkret erleichtert werden. Es handelt sich um die Weitergabe von lösungs- und handlungsrelevanten Informationen an Ratsuchende, um Wege der Reflexion von Lebens- und Alltagsproblemen und um die gezielte Erschließung von Ressourcen (vgl. Ansen 2000, S. 1). Diese drei Interventionen in der Sozialen Beratung sind auch wesentliche Elemente der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten. So stehen lösungs- und handlungsrelevante Informationen in Bezug auf die Pflegeversicherung hierbei im Fokus der Pflegeberatung, aber es geht genauso um die Reflexion von Lebens- und Alltagsproblemen in Bezug auf die Versorgung von Angehörigen in Verbindung mit den weiteren Verpflichtungen im Leben der Ratsuchenden sowie um Fragen der Organisation und Umsetzbarkeit von Care-Arbeit. Auch der dritte Punkt, die Erschließung der Ressourcen, ist wesentlich in der Pflegeberatung. Dabei geht es vielfältig um die Entlastung der Pflegenden, aber auch um die Gewährleistung größtmöglicher Selbstständigkeit (wie klassisch der Wunsch, in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben) in Bezug auf pflegebedürftige Menschen.

Diese Mehrfachbelastungen führen auch dazu, dass die psychische und soziale Ebene der Personen involviert wird:

„Die äußeren Belastungen und die unterschiedlichen Formen der psychischen Bewältigung lassen sich ohnehin nicht sinnvoll trennen. Insofern ist jede Soziale Beratung immer auch Psychosoziale Beratung. Mit der Ausrichtung der Sozialen Beratung an den Lebensumständen und den persönlichen Bewältigungsanstrengungen entspricht sie den Anforderungen an pädagogische und soziale Dienstleistungen, mit denen einerseits solche Verhaltensänderungen erreicht werden sollen, die ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen und andererseits die Verhältnisse verändert werden sollen, die Selbstbestimmung verhindern“ (Ansen 2000, S. 2; Schaarschuch 1999, S. 553).

2.2.3. Pflegeberatung als Intervention

Nestmann und Sickendiek haben im Rahmen des Handbuches Sozialarbeit / Sozialpädagogik (2001) Beratung als „nicht-Intervention“ oder auch „sanfte Intervention“ beschrieben, mit Verweis auf Nestmann (1988) und grenzten (die Idealform von) Beratung klar von anderen Hilfeformen, wie „Betreuung, Pflege oder Alltagsbegleitung“ ab, „die stärker praktisch-instrumentell in die Lebensführung der Klientinnen eingreifen und dabei die Autonomie der Adressat/innen beschneiden können“ (Nestmann und Sickendiek 2001, S. 141). Diese Perspektive hat sich gewandelt, wie der Verweis im dritten Band ihres umfangreichen Handbuches aus 2014 verdeutlicht. Hier stellten Sickendiek et al. heraus, dass „(...) Beratung inzwischen auch eine professionelle Intervention in unterschiedlichen theoretischen Bezügen, methodischen Konzepten, Settings, Institutionen und Feldern“ (Sickendiek et al. 2014, S. 34) ist. Deutlich daran wird, dass sich das Beratungsverständnis wandelt und in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Entwicklungen zu verstehen ist.

Dewe und Schwarz (2013, S. 61–63) beziehen sich in ihrem Verständnis von Beratung einerseits als professionelle Handlung und andererseits als pädagogisches Phänomen, auf die sozialpolitische Dimension von Beratung als pädagogische Interventionsform, im Anschluss an Kaufmann (1982): „Sozialpolitisches Ziel der Maßnahme ist hier typischerweise eine direkte Erhöhung der Handlungsfähigkeit durch bildende, beratende, rehabilitative oder informative Anstrengungen“ (Kaufmann 1982, S. 81). Dewe nimmt auch auf den weiteren Artikel Bezug und fasst zusammen:

„Von den direkt akteursbezogenen kommunikativen bzw. pädagogischen Interventionen – neben Beratung zählen bildende, informierende und rehabilitative Maßnahmen dazu – lassen sich non-kommunikative, nämlich rechtliche, ökonomische und ökologische Interventionen als nicht unmittelbar akteursbezogene sozialpolitische Maßnahmen unterscheiden“ (Dewe und Schwarz 2013, S. 62 Herv. i. O.).¹⁵

Weiter beschreiben die Autor*innen, dass die kommunikativen Interventionen sich auf vier Formen beziehen: Beratung, Information, Aufklärung und Therapie, die es zu unterscheiden gilt (vgl. Dewe und Schwarz 2013, S. 62). Weiter zu diesem Themenkomplex haben Schaeffer und Dewe (2012) mit dem Fokus auf Beratung im Gesundheitsbereich gearbeitet.¹⁶

¹⁵ Dewe und Schwarz verweisen in ihrer Monografie auf einen Beitrag von Kaufmann aus dem Jahr 1992 mit gleichem Titel, der nicht auffindbar war. Zitate und Bezüge lassen sich aber auf die Ausgabe Kaufmann 1982 beziehen. Vermutlich handelt es sich hierbei um eine fehlerhafte Jahresangabe von Dewe und Schwarz (2013).

¹⁶ Im Folgenden werde ich für das weitere Verständnis nur verkürzt darauf eingehen. In Schaeffer und Dewe 2012 findet sich auch eine Ausdifferenzierung der vier Begriffe (Beratung, Information, Aufklärung und Therapie) mit unterscheidenden Merkmalen.

Pflegeberatung als Intervention zu verstehen – in Anlehnung an Patientenberatung, wie es Schaeffer und Dewe (2012) formulieren – ist daher eine weitere Perspektive, die in der Annäherung an Pflegeberatung als Beratungsmethode aufgegriffen werden soll. Nach Beushausen sind „Interventionen (...) Maßnahmen zur Strukturierung einer Situation im Sinne vorgegebener Zielsetzungen.“ (Beushausen 2016, S. 52). Die Notwendigkeit in der Pflegeberatung, gemeinsame Ziele aus der Beratung festzuhalten und transparent für alle am Prozess Beteiligten zu dokumentieren, ist gesetzlich im § 7a SGB XI¹⁷ Nr. 2–4 verankert. Unter der Bezeichnung „individueller Versorgungsplan“ werden aus der Beratung generierte Ziele für die Versorgung „mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ (§ 7a SGB XI Nr. 2) sowie die für die „Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen“ (§ 7a SGB XI Nr. 3) festgehalten.

Aus der Überlegung der Patientenberatung haben Schaeffer und Dewe (2012) den Begriff der Interventionslogik stärker in den Fokus gerückt, der einen Bezugspunkt darstellen soll. Beratung bewegt sich im professionellen Verständnis und im Alltagshandeln oft zwischen zwei Polen:

„(...) [B]eide Vorstellungen von Beratung – einerseits als kleine Therapie und andererseits als bloße Informationsweitergabe missverstanden – [sind A.Z.] nicht tragfähig genug (...), um den Problemen von Patient/- innen gerecht zu werden, da sie in therapieverbrämten Formen der Beratung eine unfreiwillige Therapie erhalten und damit der Pathologisierung des Alltags Vorschub geleistet wird. In Beratung, die

¹⁷ In der Fassung vom 16.9.2022

auf Informationsweitergabe reduziert ist, wird wiederum jeglicher Problem- und Fallbezug vernachlässigt. Einem ‚Zuviel‘ steht also ein ‚Zuwenig‘ gegenüber“ (Dewe und Winterling 2005; Schaeffer und Dewe 2012, S. 61).

Für die Patientenberatung beschreiben Schaeffer und Dewe, dass eine Reduktion in der Praxis der Beratung stattfindet: „Beratung, Aufklärung, Information und psychosoziale Unterstützung fallen hier (begrifflich und faktisch) meist in eins und vielerorts ist Beratung sogar auf bloße Informationsweitergabe oder Gesundheitsaufklärung reduziert.“ (2012, S. 61). Für die Praxis der Pflegeberatung kann Ähnliches angenommen werden. Auch die gesetzlichen Vorgaben zeigen eine Ambivalenz auf: „Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung)“; (§ 7a Absatz 1, Satz 1)¹⁸. Einerseits werden individuelle Beratung und Hilfestellung in Aussicht gestellt, die eine psychosoziale Beratung nahelegen und den Situationen der Ratsuchenden angemessen wäre, andererseits geht es auch deutlich um die Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen nach dem SGB XI, was eher dem Charakter einer Informationsweitergabe entspricht. Dieses Spannungsfeld wird auch deutlich, wenn man sich die Praxis der Pflegeberatung anschaut.

¹⁸ In der Fassung vom 16.9.2022

„Das Spezielle der Pflegeberatung mit eigener Beratungsperspektive zeigt sich auch darin, dass sie je nach situativem Anlass mehrere Interventionen in das Beratungshandeln integriert, die unterschiedliches methodisches Vorgehen und kommunikative Verhaltensweisen erfordern. Je nach Anforderung der Pflegesituation liegt der Schwerpunkt eher auf der Information bzw. auf der psychosozialen Beratung, der Anleitung zu einer Pflorgetechnik und der Schulung zur intensiven Aneignung des neuen Inhalts. Pflegeberatung kann präventive, kurative und rehabilitative Aufgaben erfüllen“ (Falk 2016, S. 119).

Im Verständnis von Abplanalp et al. (2020) ist der eigentlichen Beratung noch ein Gespräch vorgeschaltet: „Das kompetente und adäquate Führen von Gesprächen ist eine zentrale Anforderung an das Rollenhandeln aller Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Voraussetzung, um sachgerecht und angemessen in Beratungsprozesse überzuleiten, sofern Beratung als Intervention erforderlich ist“ (Abplanalp et al. 2020, S. 21; Stimmer und Ansen 2016). Auch diese Autor*innen sehen Beratung als Intervention an und differenzieren hier in Anlehnung an Stimmer (2020) weiter aus, indem Sie vorschlagen, Gesprächsführung als Basismedium zu fassen und von Beratung als „Interaktionsmedium“ abzugrenzen, es also stärker zu differenzieren. Sie verstehen Beratung als Interaktionsmedium im Sinne einer Synthese aus Kommunikation und Interaktion (vgl. Abplanalp et al. 2020, S. 21). „Beratung ist demnach ein spezifisch strukturierter, klientenzentrierter, problem- und lösungsorientierter Interaktionsprozess. Fachkräfte der Beratung vermitteln neues Wissen und/oder reaktivieren bereits bestehendes Wissen und wollen neue Handlungskompetenzen fördern und/oder alte wieder aktivieren“ (Abplanalp et al. 2020, S. 23). Gregusch (2013) beschreibt, dass Beratung

„als Interventionsmethode konzipiert werden [kann A.Z.], die einen ganz bestimmten Beitrag zur Erreichung der Ziele Sozialer Arbeit leisten soll, nämlich den Beitrag, über die Aktivierung und Verbesserung der Selbststeuerungskompetenzen von KlientInnen und Klientensystemen sowie soziokultureller Umweltsysteme soziale Probleme zu verhindern, zu verringern oder zu lösen bzw. die Befriedigung sozialer Bedürfnisse zu befördern und wiederherzustellen, worüber sie wiederum einen präventiven Beitrag im Hinblick auf die Entstehung gesellschaftlicher Risiken leisten kann“ (Gregusch 2013, S. 55).

Weiter beschreibt sie, dass Beratung als Interventionsform einer Fallsteuerungsmethode entspricht (vgl. Gregusch 2013, S. 33). Sie hebt auch die Konsequenzen hervor, die mit einem Schwerpunkt auf prozessorientierter Interaktion und gemeinsamer Erarbeitung von Problemlösungen verbunden sind. Neben der Veränderung des Beziehungsverständnisses und dem Mehr an Eigenverantwortung der Ratsuchenden innerhalb, wie außerhalb der Beratungssituation, verändern sich auch die zu bearbeitenden Probleme, welche dadurch unbestimmt sind und sich erst im Beratungsprozess entwickeln. Beratungsziele können so nicht mehr vordefiniert werden, sondern beziehen sich auf die gemeinsame Problemerarbeitung im Prozess der Beratung (vgl. Gregusch 2013, S. 33), was eine deutlich höhere Herausforderung an die beratenden Personen darstellt.

Der Ansatz der Interventionslogik nach (Schaeffer & Dewe, 2012) ermöglicht, Beratung analytisch zu rahmen. Die analytische Betrachtung der Pflegeberatung als Interventionsform, unterstützt eine kritisch reflexive Auseinandersetzung mit der Pflegeberatung; sowie mit ihrem Erbringungskontext (Schaarschuch und Oelerich 2005), auf welchen im Folgenden näher eingegangen werden soll.

2.2.4. Pflegeberatung als Soziale Dienstleistung und Nutzer*innenorientierung

Die Orientierung an den konkreten Lebenssituationen der Adressat*innen hat verschiedene Konzepte und theoretische Überlegungen hervorgebracht. Eine dieser Überlegungen bezieht sich darauf, konsequent die Perspektive der Nutzer¹⁹ in den Fokus zu stellen und Soziale Dienstleistungen nach ihrem Gebrauchswert zu beurteilen (vgl. Oelerich und Schaarschuch 2005b, S. 7; vgl. Oelerich et al. 2019, S. 16), was „(...) eine Vielfalt von anerkannten Lebensweisen und Kooperationsformen ermöglicht, die auf der Realisierung elementarer sozialer, politischer und kultureller sowie ökonomischer Grundrechte basiert“ (Kunstreich 2006, S. 242). Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG 2011) beschreibt im Positionspapier für die Teilhabe und Pflege alter Menschen, dass sich Versorgungskonzepte an dem Recht messen lassen müssen, wie es ihnen gelingt, „die häusliche Lebens- und Pflegesituation der Betroffenen zu stabilisieren und deren lebenslang gewachsene Kontinuität so weit wie möglich zu erhalten. (...) Vor diesem Hintergrund sind Unterstützungs- und Pflegearrangements als Aushandlungsergebnisse zu verstehen, die in einem vielschichtigen Koproduktionsprozess aller beteiligten Akteure entstehen“ (DGGG 2011, S. 21). Die Perspektive, welche Schaarschuch und Oelerich (2020) einnehmen, ist, dass „das Subjekt sich die dingliche, soziale und symbolische Welt – und damit zugleich

¹⁹ „Der Begriff ‚Nutzerforschung‘ ist ein in der Fachdiskussion eingeführter Begriff für den zugrundeliegenden Forschungsansatz, ebenso der Begriff ‚Nutzer‘ als feststehender wissenschaftlicher Begriff, der eine Kategorie im Rahmen einer Theoretisierung beschreibt. An den Stellen, an denen Personen als empirische Subjekte thematisiert werden, wird im Gegensatz dazu die Schreibweise ‚Nutzer*in‘ bzw. ‚Nutzer*innen‘ gewählt.“ (Schaarschuch und Oelerich 2020, S. 14).

seine eigene Person – produktiv aneignen muss (...)“ (Schaarschuch und Oelerich 2020, S. 18) und zum anderen, die „in der produktiv-interpretativen Auseinandersetzung mit den Dingen hervorgebrachten Bedeutungen“ (Schaarschuch und Oelerich 2020, S. 18) den Ausgangspunkt professionellen Handelns darstellt. Dies zeigt auf, wie auch der DGGG den „vielschichtigen Koproduktionsprozess“ betont und die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, dass sich Beratung in diesem Feld nicht auf bloße Information und Aufklärung beziehen kann. Schaeffer und Dewe (2012) formulieren:

„Spätestens seit die Patient/innen in Abkehr von paternalistischen Vorstellungen zu autonomen Subjekten oder gar zu Kund/innen erklärt wurden, denen die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und ihre Krankheitssituation zugestanden, aber auch abverlangt wird, sind ihre Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten gewachsen, wie die Diskussion um die Einbeziehung von Patient/innen in die Versorgungsgestaltung und Nutzerorientierung zeigt“ (Schaeffer und Dewe 2012, S. 59).

Die Nutzerorientierung nach Schaarschuch und Oelerich (u. a. 2005, 2020) zeigt auf, dass aus dieser Perspektive, die Professionellen im Dienstleistungsprozess – also hier die beratenden Personen im Prozess der Pflegeberatung – als Ko-Produzent*innen und die Ratsuchenden als Produzent*innen anzusehen sind (vgl. Schaarschuch und Oelerich 2020, S. 16). Schaarschuch und Oelerich wiesen bereits 2005 darauf hin, „dass es die Nutzerinnen und Nutzer sind, die ihr Leben, ihr Verhalten, ihre Gesundheit, ihre Bildung unhintergebar aktiv produzieren, das heißt aneignen (müssen) (...)“ (Schaarschuch und Oelerich 2005, S. 11). Damit hat sich das professionelle beraterische Handeln an „den Selbstproduktionsprozess der Subjekte in ihren

Lebenssituationen mit ihren spezifischen Bedingungen auszuweisen“ (Schaarschuch und Oelerich 2020, S. 16). Sie sprechen in diesem Zusammenhang von „Gebrauchswerthaltigkeit“ (Schaarschuch und Oelerich 2020, S. 16). Dies bedeutet für die Pflegeberatung, wie für Patientenberatung auch, dass Beratungsstellen „in erster Linie der Unterstützung ihrer Adressaten dienen und daher Beratungstätigkeit und notwendige organisatorische und institutionelle Hintergrundarbeit in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen sollten. Auch die Arbeitsweise sollte primär an den Belangen der Nutzer/innen und nicht der Institution ausgerichtet sein“ (Schaeffer und Dewe 2012, S. 72). Diese Beschreibung hebt auch noch einmal die Verantwortung der beratenden Personen hervor, welche neben dem eigentlichen Beratungsprozess auch die formalen, strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen steuern (sollten).

Folgt man dieser Perspektive auf den Beratungsprozess weiter, dann können beratende Personen den Ratsuchenden ihren Aneignungsprozess nicht abnehmen, sie haben die Möglichkeit „in Hinblick auf diese Aneignungsprozesse ‚lediglich‘ co-produktive Hilfestellungen und Anregungen zu geben, Lernarrangements bereitzustellen, Alternativen aufzuzeigen, kritische Begleitung zu geben (...)“ (Schaarschuch und Oelerich 2005, S. 11). Demnach nimmt der Nutzen einer Pflegeberatung den Ausgangspunkt bei den Ratsuchenden (Nutzer*innen) und den sich Ihnen stellenden Aufgaben der (insbesondere Pflege-)Versorgung sowie der Lebensführung. Cremer-Schäfer (2005) beschreibt, dass „der Nutzen eines Produktes oder eines Dienstes (...) in den Merkmalen [besteht A.Z.], die geeignet sind menschliche Bedürfnisse zu befriedigen und seinen Interessen dienen“ (Cremer-Schäfer 2005, S. 163). Hier schließt sich die Frage an, um wessen Bedürfnisse oder wessen Gebrauchswert es in der Pflegeberatung gehen kann, wenn es mehrere an der Aushandlung beteiligte Adressat*innen gibt. Insbesondere ergibt sich ein

Spannungsfeld zwischen denen, die die Pflegeberatung in Anspruch nehmen – häufig pflegende An- und Zugehörige – und denen, die pflegebedürftig sind. Die Wünsche, Bedürfnisse und Interessen können teilweise stark divergieren und sind häufig ungleich mit Ausdrucksmöglichkeiten in der Pflegeberatung ausgestattet, sofern die pflegebedürftigen Menschen überhaupt aktiv beteiligt sind. Diese Aspekte werden im Folgenden aufgegriffen.

2.2.5. Pflegeberatung

Die Aufgaben und Spannungsfelder der Pflegeberatung zeigen sich sehr vielfältig, wie die Ausbreitung und Diskussion in diesem Kapitel aufgezeigt hat.²⁰ Denn

„die Aufgabe der Beratungsangebote im Gesundheitswesen [besteht A.Z.] darin, Patient/innen und Nutzer/innen des Gesundheitswesens behilflich zu sein, individuelle Gesundheitsprobleme, gesundheitliche oder krankheitsbedingte Krisen und generell Krankheitserfahrungen zu bewältigen und die dazu nötigen Fähigkeiten zu entwickeln, ebenso ihnen beratend und aufklärend in krankheitsbedingten Entscheidungssituationen zur Seite zu stehen und sie dabei zu unterstützen, sich kompetent in den komplexen und unübersichtlichen Strukturen des Gesundheitswesens zu bewegen und diese nutzen zu können, ohne in der Instanzenvielfalt verloren zu gehen“ (Schaeffer und Dewe 2012, S. 60).

²⁰ Dieses Aufzeigen von Anschlussmöglichkeiten ist nicht als abschließend zu sehen, sondern stellt eine Auswahl aus möglichen Bezügen dar, die sich für diese Arbeit als fruchtbar erweisen.

Aus diesen direkten Beratungstätigkeiten haben Pflegestützpunkte durch die Pflegeberatungen auch die Chance „zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft beitragen, indem sie Leistungserbringer und das bürgerschaftliche Engagement vernetzen, mit dem Ziel, Versorgungsketten zu etablieren und Schnittstellen zu reduzieren“ (Michell-Auli 2012, S. 253). Dies gelingt aber nur, wenn sich Pflegeberater*innen auf die Alltags- und Lebenswelten ihrer Ratsuchenden einlassen. Die Verbindung von sozialer und psychosozialer Beratung ist für die Pflegeberatung eine sehr wesentliche, die an dieser Stelle betont werden soll. Die Beratung im Umfeld von Care-Arbeit hat auch immer Anteile psychosozialer Beratung, insbesondere aufgrund der emotionalen Eingebundenheit bei der Pflege und Versorgung durch An- und Zugehörige, die mit Rollenveränderungen und Konflikten verbunden sein können.

Auch die Frage der Selbstbestimmung, auf die Schaarschuch und Ansen abzielen, ist durch die Care-Arbeit stärker relativiert, als es in anderen Lebens- und Arbeitsbereichen der Fall ist, daher ist die Annäherung an einen Begriff von Selbstbestimmung in Bezug auf die Pflegeberatung sowie auch die Frage der Abhängigkeiten stärker zu betonen, wie es von Abplanalp et al. hervorgehoben wird: „Ziel der Beratung ist letztlich, unter Einbezug von Alltag und Lebenswelt der Klientinnen und Klienten, die selbstbestimmte Gestaltung der persönlichen Lebensverhältnisse im Spannungsfeld von Autonomie und Interdependenz zu fördern“ (2020, S. 10). Diese Ausführung beschreibt neben der Selbstbestimmung auch das Spannungsfeld der Autonomie und Interdependenz, das im Setting von Care-Arbeit eine wesentliche Rolle einnimmt und starken Einfluss auf die Lebenswelten der Zu- und Angehörigen hat. Auch wird dieser Umstand, insbesondere mit dem Blick auf Überlastung von Pflegenden, in den Pflegeberatungen thematisiert.

Auch im siebten Altenbericht der Bundesregierung werden Interdependenzen im Zusammenhang mit Care thematisch: „Beim Rückgriff auf den Sorgebegriff werden anthropologisch und ethisch der Gedanke der Relationalität des Menschen und seine Angewiesenheit auf emotionale Zuwendung, kognitive Achtung und soziale Wertschätzung aufgegriffen“ (BMFSFJ Altenberichtscommission 2016, S. 215). Mit dem Verweis auf Norbert Elias (2009) hebt der siebte Altenbericht besonders die „Thematik der Sorge und Pflege die Bedeutung der alltäglichen Näheverhältnisse, in denen sich die soziale Wertschätzung, die erfahrene Bedeutsamkeit und Zugehörigkeit (...)“ (BMFSFJ Altenberichtscommission 2016, S. 215) hervor.

Einer solchen Interdependenz (Elias 2009) muss Pflegeberatung auch „jenseits von ökonomisch geprägten Austauschbeziehungen und qualitätsgesicherten Dienstleistungen (BMFSFJ Altenberichtscommission 2016, S. 215) gerecht werden. An- und Zugehörige sind oft in einer schwierigen Situation aufgrund der Sorge, insbesondere durch die gesellschaftlichen Entwicklungen und fehlender Anerkennung. „Diese philosophisch-ethische Annahme einer grundlegenden zwischenmenschlichen Interdependenz steht dem vorherrschenden Ideal der Autonomie entgegen und ist daher negativ besetzt“ (Brückner 2018, S. 213). Pflegeberatung kann und soll an dieser Stelle einerseits Unterstützung leisten, um Lösungen für individuelle Problemstellungen zu finden und Sorge im Einzelfall zu ermöglichen. Andererseits müssen in Pflegestützpunkten auch gesellschaftliche Entwicklungen und Defizite der Daseinsvorsorge aufgegriffen und auf kommunaler Ebene weitergetragen werden, um gesellschaftliche Problemstellungen nicht (weiter) zu individualisieren. „Mit Blick auf die Arbeitsweisen lassen sich mit Beratung weder Probleme sozialer Ressourcen, noch Austausch- und Machtprobleme oder auch Probleme sozialen Handelns verändern“ (Gregusch 2013, S. 326). Dies bleibt eine wichtige Perspektive auf die Bedingtheit und die Grenzen von

Beratungen, da sowohl innerhalb als auch außerhalb des konkreten Beratungssettings Machtgefüge vorherrschen. Diesen soll sich insbesondere im folgenden Kapitel genähert werden.

2.3. Machtsensible Pflegeberatung

Machttheoretische Überlegungen in der Sozialen Arbeit sind vielfältig und in ihrer Gänze hier nicht zu erfassen.²¹ Nimmt man zusätzlich die Bezugswissenschaften in den Blick, aus denen die Soziale Arbeit häufig theoretische Überlegungen und Konzepte ableitet, wird es kaum überschaubar. Sagebiel (2022) beschreibt, dass von gesellschaftlichen Machtbalancen und -beziehungen sowohl die Entstehung als auch die Definition von sozialen Problemen abhängen (Sagebiel 2022, S. 574), welche den Kern von Sozialer Arbeit darstellen. Sagebiel verweist so auf den grundlegenden Zusammenhang von Sozialer Arbeit und Machtthemen. Kraus und Krieger (2016) bekräftigen dies ebenfalls in ihren Ausführungen, indem sie „Macht in der Praxis der Sozialen Arbeit [als A.Z.] ein unvermeidliches Faktum“ (Kraus und Krieger 2016, S. 11) beschreiben. Gleichzeitig weisen sie in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass „die Analyse von Macht (...) nicht nur sehr Unterschiedliches zu erklären [hat A.Z.], sie hat auch sehr verschiedene Gesichter“ (Kraus und Krieger 2021b, S. 10). Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, insbesondere in der Analyse, einen konkreten Zuschnitt auf die Fragestellung und die Perspektive(n) vorzunehmen.

²¹ Einen Überblick über aktuelle machttheoretische Überlegungen mit Bezug auf die Soziale Arbeit findet sich u. a. bei Kraus und Krieger (2021a) und bei Sagebiel und Pankofer (2015).

2.3.1. Interdependente Beratungsbeziehung

In der Auseinandersetzung mit dem Thema gibt es verschiedene und vielfältige Möglichkeiten der Verortung. Für das Feld der Beratung mit Bezug zu Care zeigen sich hierbei insbesondere Anschlüsse an relative Machtbegriffe, die theoretisch, wie konzeptionell, als auch analytisch für das Feld nutzbar gemacht werden können. Darauf verweist auch schon der 7. Altenbericht der Bundesregierung, indem er konkret Bezug auf die Figurationssoziologie von Norbert Elias nimmt:

„In dem von Elias (1987) geprägten Begriff der Figuration lebt der Einzelne immer und von Grund auf in Beziehung zu anderen. Die Angewiesenheit aufeinander, die Abhängigkeit voneinander, die Erkenntnis, dass Menschen funktions- und arbeitsteilig aneinander gebunden sind und dementsprechend miteinander Interdependenzgeflechte oder Figurationen mit mehr oder weniger labilen Balancen verschiedener Art bilden (...)“ (BMFSFJ Altenberichtscommission 2016, S. 215).

In diesem Sinne ist auch der von Norbert Elias geprägte Machtbegriff als Machtbalance (Elias 2009, S. 12) zu verstehen und bietet Anschlussmöglichkeiten.

Wenn die Entstehung und Definition von sozialen Problemen sowie die Durchsetzung bestimmter Bewältigungsformen abhängig von den gesellschaftlichen Machtbalancen und -beziehungen ist (vgl. Sagebiel und Panhofer 2015, S. 13), braucht es einen machtsensiblen Blick, hier auf die Pflegeberatung. Was also in der Situation der Pflegeberatung als Problem und als mögliche Lösungen in den Prozess der Aushandlung gelangt, ist abhängig

davon, was gesellschaftlich (Makroebene), organisational (Mesoebene) aber auch durch die Beratenden und Ratsuchenden (Mikroebene) über Diskurse in die Beratung eingebracht²² wird. „Beratung ist immer auch gesellschaftliche und kulturelle Praxis mit sozialem Herstellungscharakter, in dem Machtverhältnisse, Wissenshierarchien, Zugehörigkeitsdefinitionen und soziale Positionszuweisungen verhandelt werden“ (Schulze et al. 2018a, S. 13). Darauf verweist auch Wyssen-Kaufmann (2018), indem sie zu bedenken gibt, dass Diskurse nicht nur „eine Gesamtheit von Zeichen“, im Sinne „bedeutsame[r A.Z.] Elemente, Inhalte und Repräsentationen“ sind, „sondern auch Praktiken (wie Beratungsgespräche)“ (Wyssen-Kaufmann 2018, S. 252). Die machtvollen Verhältnisse in der Beratung werden also auch in Beratung, durch die in ihr handelnden Personen reproduziert, was die Bedeutung des analytischen und aufklärenden Wissens, um diese Bedingungen noch erhöht. So ist es notwendig, „dass Sozialarbeitende die eigene professionelle Interaktion hinsichtlich des bewussten Umgangs mit Asymmetrien im Beratungsschema unter Machtaspekten reflektieren, um für sich und die Klientel möglichst große Handlungs- und Entscheidungsautonomie zu arrangieren“ (Wyssen-Kaufmann 2018, S. 249).

Mayer et al. (2018) verweisen darauf, dass sich in den aktuellen Diskussionen in den Beratungswissenschaften zeigt „(...) dass die psychologischen und kommunikationstheoretischen Grundlagen von Beratung alleine nicht mehr genügen oder in historischem Rückblick wie aktueller Beobachtung nie genügt haben, Beratungshandeln zu legitimieren und zu begründen“ (Mayer et al. 2018, 12). Hier lohnt es sich, einen Blick auf die realen Bedingungen in der Praxis zu werfen, um nicht in die Falle der „idealtypische [n A.Z.] Rationalitätsunterstellungen der jeweiligen in diesem Kontext agierenden Gruppen“

²² Vgl. hierzu auch Mayer et al. 2018.

(Hanses 2012, S. 37) zu tapfen. „Beratung und die in ihr handelnden Professionellen müssen daher vor dem Hintergrund machtkritischer Beratungsdiskurse und -forschung ihre Rolle als Normalisierungsmacht, Element und Ort potenzieller Selbstermächtigung reflektieren“ (Schulze et al. 2018a, S. 15). Diese relationale Betrachtungsweise und die Reflexion von Ohnmacht und Ermächtigung sorgen auch dafür, der Dämonisierung von Macht vorzubeugen, denn diese „führt dazu, dass sie [die Macht A.Z.] im konzeptionellen und praktischen Diskurs verschleiert werden muss“ (Kraus und Krieger 2021b, S. 10).

2.3.2. Wissen

Einen Ansatz der reflexiven Auseinandersetzung mit dem Thema Macht konkret in der Pflegeberatung bieten hierbei Hüper und Hellige (2012).²³ Neben der konkreten Beratungssituation greifen sie auch gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen auf und bestätigen die Normalisierungstendenzen (Hüper und Hellige 2012, S. 74–76). Insbesondere heben sie die Deutungsmacht durch die Medizin hervor, kritisieren aber auch die wachsende Deutungsmacht der Pflege (Hüper und Hellige 2012, S. 81). Die Autorinnen

²³ Hüper und Hellige (2012) haben sich mit dem Thema der Qualität in der Pflegeberatung auseinandergesetzt und anhand zweier Evaluationsstudien aufgezeigt, dass die Klärung und Deutung der individuellen Lebenssituationen in den Beratungen von wesentlicher Bedeutung ist (ebd.: Kap. 2). Die Autorinnen skizzieren das Modell der kooperativen Pflegeberatung und verbinden dieses in ihren Ausführungen mit dem Konzept der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss, dem salutogenetischen Modell von Antonovsky und dem integrativen Beratungsmodell von Sander Hüper und Hellige 2012, S. 90. Neben der Frage der Qualität wird auch eine Machtanalyse der Pflegeberatungssituation mit einem Machtbegriff nach Foucault ausgeführt. Diese setzt sich mit Selbstmanagement, Macht und Eigensinn auseinander (vgl. Kap. 3.5 und 3.6).

streben einen kritischen und reflektierten Umgang mit Macht an: „Machtausübung in der Beratung bedarf deshalb immer der kritischen Reflexion des eigenen Handelns, da Unterstützung und Führung eng neben Kontrolle, Zurechtweisung und Regulierung im fremden statt im eigenen Sinne liegen“ (Hüper und Hellige 2012, S. 79). Die Rahmung entspricht aber nicht der Beratung in Pflegestützpunkten, sondern der im stationären Setting und mit engerem Bezug zur Pflegeprofession. Ähnlich, wie auch im Projekt OPEN (May et al. 2017b; vgl. May und Zein 2018a, S. 38), konnte sie aber aufzeigen, dass die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen als Ausgangspunkt (Hüper und Hellige 2012, S. 189) für Pflegeberatung wesentlich ist und die Deutung der individuellen Lebenssituation maßgeblichen Einfluss auf den Beratungsprozess hat (Hüper und Hellige 2012, S. 25–26). Hierin zeigen sich auch Themen der Legitimation von Wissen als besonders relevant und machtvoll in Beratungen, welche die Bezüge zur Deutungsmacht der Berater*innen und zur allgemeinen Wissensasymmetrie hervorheben.

Mit dem Bezug zur Medizin und auch zur Pflege in ihren diskursiven wie auch praktischen Wissensordnungen, die in der sozialen Praxis professionellen Handelns nicht reflexiv gemacht werden, strukturieren sie die Perspektive latent und häufig unbewusst (vgl. Hanses 2012, S. 40). Das, was Hanses (2012) und auch Hüper und Hellige (2012, S. 81) als Normalisierungsmacht, insbesondere der Medizin, aber auch der Pflege zuschreiben, trifft in der Situation der Pflegeberatung auch auf das Wissen der Profession der Sozialen Arbeit zu. Sie greifen nicht nur auf die Wissensordnungen der Medizin (Diagnosen etc.), sondern auch auf die Sozialgesetzgebung (z. B. Bedarfe im SGB XII, Begutachtungsberichte) zurück. Insbesondere routinierte Handlungs- oder Beratungsabläufe und „selbstverständliche Wissensbehauptungen [führen] zur Kolonialisierung des Beratungsgeschehens“ (Schulze et al. 2018a, S. 12). Weiter verweisen die Autor*innen darauf, „dass der Sprache auf der einen

Seite als öffentliches (Fach-) Vokabular in Gestalt etablierter (Problem-)Beschreibungsweisen und fachspezifischer Wissensarten eine bedeutende Rolle zukommt, da sie Klassifizierungen und hierarchisierende Differenzlinien mit hoher sozialer Wirkungsmacht in Gesellschaft und im professionellen Handlungstyp Beratung begründet, legitimiert und in der Folge statusbezogene Deutungsmacht absichert“ (Schulze et al. 2018a, S. 12–13). Hier können zwei Perspektiven oder auch Annahmen unterschieden werden. Die eine geht von einer transitiven Wissensverteilung aus, im Sinne einer einseitigen Tauschrichtung von ungleichwertigem Wissen. Konkret bedeutet es, die beratende Person als Wissende und den*die Ratsuchende*n als Unwissende*n zu deklarieren (vgl. Gregusch 2013, S. 31).

Dem steht noch eine alternative Perspektive zur Verfügung. Im reziproken Verständnis steht das Wissen der Ratsuchenden, um ihre eigenen Bedingungen, Lebensentwürfe und Bedürfnisse, dem Fachwissen gleichwertig gegenüber. Es wäre also „eine gleichwertige Verteilung von unterschiedlichem Wissen.“ (Gregusch 2013, S. 32). In diesem reziproken Beratungsverständnis bleibt es zwar eine asymmetrische Wissensverteilung, aber die Gleichwertigkeit bietet Anschlussmöglichkeiten an das Verständnis von Koproduktion von Oelerich und Schaarschuch (u. a. 2005a), wie sie im Kapitel 2.2.4 ausgeführt wurde. Hier werden neben der Asymmetrie in der Beratungsbeziehung auch die Interdependenzen in Care-Beziehungen wirksam, auf welche bereits in Kapitel 2.2.5 hingewiesen wurden. Oelerich et al. (2019) beschreiben treffend, dass „sozialstaatliche Erbringungskontexte, institutionalisierte und professionalisierte Formen sowie situative Konstellationen der Erbringung produktive Aneignungsleistungen von Dienstleistungen auf Seiten der Nutzerinnen erschweren, begrenzen oder verhindern“ (Oelerich et al. 2019, S. 2) können und das Nutzer*innen „meist indirekt, auf ihren systematisch untergeordneten Status im Dienstleistungsprozess als Resultat ungleicher Machtverteilung“

(Oelerich et al. 2019, S. 4) verweisen. Mit dem Fokus auf die beratenden Personen wird auch von Hüper und Hellige (2012) konkret für die Pflegeberatung verdeutlicht: „Pflegeberater haben die Macht, das Denken und die Art der Informationsweitergabe, durch Deuten und Klären und die Anleitung zum Handeln im Beratungsprozess zu beeinflussen“ (Hüper und Hellige 2012, S. 10). Diese Einflüsse sind hochrelevant, wenn es um die Aushandlung der Bedürfnisse in der Pflegeberatung geht: „Insofern agiert Beratung in einer Verquickung von Sprache, Mandat (Einfluss) und Macht (...)“ (Schulze et al. 2018a, S. 13).

Somit sind Beratungskommunikation und auch die mit ihr verbundene Beziehung der Ratsuchenden den beratenden Personen „dialogische, interpretative Formen der Verständigung und Interaktion, die an verschiedensten Beratungsorten tagtäglich gemeinsam neu geschaffen und gestaltet werden. Sie unterliegen immer wieder neuen Einflüssen, reagieren auf Veränderungen und gewinnen erst durch hohe kulturelle Sensibilität ihre Qualität“ (Nestmann et al. 2014b, S. 1329). Denn gesellschaftliche Erwartungen sind als vermittelt über die Beratungsbeziehung zu verstehen. Berater*innen wirken wie eine Art Filter, in welchem gesellschaftliche Erwartungen relativiert oder fokussiert thematisiert werden. Großmaß (2014) beschreibt, dass in der Etablierung von Beratungsangeboten „immer auch gesellschaftliche Interessen der Konfliktlösung oder -beruhigung zum Ausdruck“ (Großmaß 2014, S. 489). Dieser Prozess ist allerdings nicht als einseitig zu verstehen, „da Beratungsprozesse das Verhalten der hilfesuchenden Person sowie der Fachkraft immer in der Wechselwirkung der jeweiligen Mensch-Umwelt-Beziehungen“ (Abplanalp et al. 2020, S. 10) stehen und die Professionellen in diesem Feld dazu aufgefordert sind, diese Wechselwirkung zu reflektieren.

Die Pflegeberatung ist insofern eine besondere Beratungsform, da die Beratung häufig nicht von den Betroffenen (pflegebedürftige Menschen) selbst in Anspruch genommen wird, sondern von Zu- und Angehörigen, welche in „eine Doppelrolle als koproduzierende care giver und, im Falle der Nutzung psychosozialer Interventionen, z. B. in Form von Beratungsgesprächen durch Fachkräfte Sozialer Arbeit und Pflege, zugleich auch als Betroffene care recipients“ (Schütte-Bäumner 2016, S. 707) in den Beratungen agieren. Diese beschriebene Doppelrolle wurde von Schütte-Bäumner (2016) konkret auf die Situation von palliativen Situationen angelegt. Sie trifft aber auch auf Pflege- und Sorgesituationen im Allgemeinen zu. Fokussiert auf die Pflegeberatung, besteht die Rolle der „care recipients“ insbesondere in den Rollenveränderungen, der vorausseilenden Trauer und im Fähigkeitsverlust und der damit verbundenen, wachsenden Abhängigkeitsverhältnisse. Diese Abhängigkeit beschreibt auch der sechste Altenbericht, im Anschluss an Conradi: „Die aus der feministischen Diskussion entstandene Care Ethik (Conradi 2001) sieht den Einzelnen jeweils in lebensweltliche Beziehungsgeflechte, in Näheverhältnisse gegenseitiger Verantwortlichkeit eingebunden“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 193). Conradi beschreibt, dass Care-Themen „eine Klärung von Fragen der Bevormundung und des Wechselverhältnisses von Macht und Ohnmacht sowie der Verbindung der Sorge für andere mit der Selbstsorge“ (Conradi 2001, S. 20) erfordern. Dies ist in der Pflegeberatung eine wesentliche Feststellung, da Care ein hierarchisches Verhältnis ist, welches manchmal sogar in Gewalt mündet (vgl. Conradi 2001, S. 20).

Neben dem expliziten Wissen in Beratungsgesprächen wird insbesondere auch das implizierte Wissen wirksam. Hanses (2012) verweist darauf, dass professionelles Handeln aus dem implizierten Wissen resultiert und sich über Praxen und Routinen in den Institutionen und ihren jeweiligen Strukturen abbildet (vgl. Hanses 2012, S. 39). Hieraus resultiert die Macht routinierter

Handlungskompetenz und die relative Verborgtheit institutionalisierter Strukturen. Professionelles Handeln bestimmt sich somit immer aus einer nicht reflexiv zur Verfügung stehenden Strukturiertheit (vgl. Hanses 2012, S. 39).

2.3.3. Das Beratungssetting

Neben dem Beziehungsverhältnis entfalten auch das Beratungssetting und die organisationale Einbindung ihre Wirkungen in oder sogar noch vor Beginn einer Beratung. Auf dieses Setting von Beratung geht Großmaß (2014) ausführlich ein. So beschreibt sie, dass die „Situierung der Einrichtung im politischen Raum: Finanzierung und Trägerschaft, institutionelle Verflechtung mit anderen Organisationen, der Ort, an dem sich eine Beratungseinrichtung befindet sowie die Ausstattung ihrer Räumlichkeiten und die Gestaltung der konkreten Beratungssituation, das methodische Setting“ (Großmaß 2014, S. 488–489) von machtvoller Bedeutung sind. Während in Kapitel 2 die Pflegeberatung gerahmt wurde, ergibt sich an dieser Stelle eine Reflexionsmöglichkeit des Settings der Pflegeberatung, mit einem machtsensiblen Fokus.

Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte ist eine klassisch formelle Beratung, in einer Beratungsstelle, die durch „Komm-Strukturen“ (vgl. Zwicker-Pelzer 2015, S. 128) gekennzeichnet ist. Pflegeberatung an sich kommt natürlich auch im Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen, im Sinne halb formeller Beratung (vgl. Zwicker-Pelzer 2015, S. 129; vgl. Nestmann 2014a, S. 548; vgl. Abplanalp et al. 2020, S. 24–25) vor, allerdings steht hier die Beratung durch Fachkräfte in Pflegestützpunkten im Fokus, die Grenzen

zwischen halb formellen und formellen Beratungsformen sind fließend (vgl. Nestmann 2014b, S. 549).

Pflegeberatung in Pflegestützpunkten kann sowohl in den Räumen des Pflegestützpunktes als auch in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen, dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung stattfinden, dennoch handelt es sich um eine Komm-Struktur, die darauf ausgerichtet ist, dass Ratsuchende bereits die Entscheidung getroffen haben, Unterstützung im Sinne einer Beratung in Anspruch zu nehmen. Der Zugang zu diesen Beratungseinrichtungen muss daher gestaltet werden, denn

„(...) der Übergang vom öffentlichen Raum zu einem abgegrenzten „Raum“, in dem Beratung in persönlich relevantem Sinne stattfinden kann, muss erst geschaffen und durch die Beratungseinrichtung so strukturiert werden, dass die Themen, auf die sich das Beratungsangebot bezieht, als fachlich kompetent vertretene sichtbar sind und zugleich die Vertraulichkeit des persönlichen Gesprächs signalisiert wird“ (Großmaß 2014, S. 488).

Hinter dem Begriff des Beratungssettings verbergen sich demnach eine Vielzahl Fallstricke, die ihre Wirkung noch vor Beginn einer Beratung entfalten können. So beschreibt Großmaß (2014), dass die „Räumlichkeiten der Beratungsstelle, ihre institutionelle Verflechtung mit den sie umgebenden Organisationen sowie die Formen von Zeitplanung und Terminvergabe, die sich in einer Einrichtung etabliert haben“ (Großmaß 2014, S. 488), reflektiert werden sollten. Die Ansiedlung beispielsweise vieler Pflegestützpunkte in Hessen in den Verwaltungsgebäuden der Kommunen führt bei der Zielgruppe der (älteren) Migrant*innen zu Unsicherheiten aufgrund von oftmals

diskriminierenden Erfahrungen mit der öffentlichen Verwaltung (Engert und Zein 2023). Großmaß (2014) verweist darauf, dass innerhalb, wie in der Außendarstellung eine „institutionelle Atmosphäre“ entsteht, „die auf manche Personen einladend wirkt und andere ausschließt, in der manche Themen selbstverständlicher präsent sein können, als andere und in der manche Arbeitsmethoden leichter von der Hand gehen als andere“ (Großmaß 2014, S. 490).

Diese Hemmnisse vonseiten der Nutzer*innen wurden sowohl im Projekt AMIQUUS (May und Alisch 2013), als auch vom Projekt OPEN (May et al. 2017b) erforscht und insbesondere die zurückhaltende Inanspruchnahme durch Migrant*innen festgehalten (May und Zein 2018a, S. 37). Die Wirkung stereotyper Vorannahmen, aufgrund kultureller Unterschiede in der Beratung haben ebenfalls Wirkungen, insbesondere dann, wenn diese Unterschiede mit Machtdifferenzen verknüpft sind: „Sobald zwischen zwei Herkunftskulturen oder Milieus Machtungleichheit besteht, tragen Stereotype zur Verstärkung von Marginalisierung und Ausschluss der weniger mächtigen Gruppe bei.“ (Hays 1996 nach; Nestmann et al. 2012, S. 44). Schulze et al. (2018a) zeigen daher auf, dass die Herausforderung machtkritisch reflexiver Beratung darin besteht, „die sich unsichtbar manifestierenden Ausgrenzungsmechanismen wie Geschlecht, Alter, Generation, Zugehörigkeiten, Be- und Enthinderung und/oder sexuelle Orientierung in die Wahrnehmung zu bringen“ (Schulze et al. 2018a, S. 12).

Das Postulat der zentralen Orientierung an „Anerkennung und Akzeptanz von Vielfalt (...) für sozialpädagogische, psychosoziale und gesundheitsbezogene Beratung“ (Nestmann et al. 2012, S. 43) ist daher leicht gefordert, aber in der Betrachtung der Mechanismen von Setting, implizierten und expliziten Wissens und den Einflüssen gesellschaftlicher Diskurse auf die

Beratung und alle Beteiligten nur schwer in Gänze umzusetzen. Aber mit dieser Auseinandersetzung „stellt sich Beratung der Herausforderung komplexer Lebenslagen und gesellschaftlicher Veränderungen, ohne diese in ihrer Komplexität und Verschiedenartigkeit zu ignorieren.“ (Nestmann et al. 2012, S. 53). Die in diesem Kapitel aufgeführten Einflüsse sind sicher nicht als abgeschlossene Aufzählung zu verstehen, sondern dienen eher der Sensibilisierung. Neben den Gestaltungsmöglichkeiten von Pflegeberatung auf konzeptioneller Ebene der praktischen Beratungsarbeit, bietet es Ansätze, über politische Prozesse und Entscheidungen psychosozialer Beratungsarbeit nachzudenken und zu überlegen, wie sie strukturiert sind oder werden können (vgl. Großmaß 2014, S. 490).

3 Bedürfnisse und Bedarfe

Bei der Auseinandersetzung mit Bedürfnissen und Bedarfen zeigen sich unterschiedlichste theoretische Konzepte, Theorien und Modelle, die häufig Bezug zur Ökonomie (vgl. Trenkwalder-Egger 2010, S. 273) herstellen, teilweise als Kapitalismuskritik (u. a. Bierhoff 2016, S. 17; Gronemeyer 2009) gelesen werden können oder eher psychologischen Modellen (Maslow 1973) zuzuordnen sind.²⁴ Hierbei stellt sich auch heraus, dass verschiedene Begrifflichkeiten wie Motive, Wünsche, Interessen, Wohlbefinden und Zufriedenheit oder soziale Probleme (vgl. Geiser 2015, S. 55–57) teilweise angelehnt, teilweise sogar gleichgesetzt werden.²⁵

Vielfach allerdings wird der Begriff ‚Bedürfnis‘ weitgehend unbestimmt als Container stehen gelassen und impliziert als Wissen vorausgesetzt. „Das Spektrum der in der Literatur zu findenden Klassifizierungsarten des Begriffs und die Fülle der dort aufgelisteten Bedürfnis-Varianten zeugen von terminologischer Unschärfe und Mehrdeutigkeit.“ (Burmeister 2017, S. 84) Um dieser Unschärfe und Mehrdeutigkeit zu begegnen, soll darauf im Folgenden näher eingegangen werden.

²⁴ „Bedürfnisforschung wird insbesondere im Rahmen der Disziplinen Marketing, Psychologie, Soziologie, Philosophie und Anthropologie betrieben“ (Reitinger 2012, S. 44).

²⁵ Eine Übersicht zu Bedürfnis und verwandten Begriffe bietet u. a. Mägdefrau (2007, S. 18).

3.1. Bedürfnisse

Bereits die Philosophie hat sich neben der Ökonomie sehr früh unter verschiedenen Begriffen diesem Thema genähert²⁶. So setzt sich beispielsweise schon Marx (1964) mit Bedürfnissen auseinander und spricht hier von vergesellschafteten Bedürfnissen der Menschen:

„Wie der Wilde mit der Natur ringen muß, um seine Bedürfnisse zu befriedigen, um sein Leben zu erhalten und zu reproduzieren, so muß es der Zivilisierte, und er muß es in allen Gesellschaftsformen und unter allen möglichen Produktionsweisen“ (Marx 1964, S. 828).

Heller (1980) setzt sich mit der Bedürfnistheorie nach Marx sehr intensiv auseinander und beschreibt, dass er zwar den Begriff Bedürfnis zur Definition nutzt, aber keine Definition seines Bedürfnisbegriffs anbietet (vgl. Heller 1980, S. 9). Gleichzeitig betont Heller aber, „dass innerhalb der neuen ökonomischen Entdeckungen, die Marx als sein eigen bezeichnete, der Begriff des Bedürfnisses eine der Hauptrollen, wenn nicht gar die Hauptrolle spielt“ (Heller 1980, S. 11, [Herv. i.O.]). Voesgen (1987) beschreibt umfangreich verschiedene Ansätze zu Bedürfnissen, angefangen bei als anthropologisch angelegten Spannungszuständen, „die in der industriellen Epoche zu einer alltäglichen Bedingung des Handelns geworden sind“ (Voesgen 1987, Vorwort). Er zeichnet die Geschichte des Bedürfnisproblems nach und diskutiert die grundsätzlichen Zugänge zur Bedürfnisfrage (vgl. Voegen 1987: Vorwort). Er endet selbst mit einer Bedürfnisdefinition, welche er aus dem Triebdualismus und dem Widerspruch von Knappheit und Verschwendung entwickelt:

²⁶ Eine ausführliche Auseinandersetzung und Herleitung bietet Voegen (1987).

„Ein Begehren, das nicht weiß, ob es sich dem Augenblick hingeben oder für die Zukunft vorsorgen soll, und ein Wunsch, daß Augenblick und Dauer (z. B. Liebe und Ehe) einander nicht ausschließen, sondern vielleicht ergänzen“ (Voegen 1987, S. 177).

Die psychologischen Auseinandersetzungen mit Bedürfnissen im aktuelleren wissenschaftlichen Diskurs wurden besonders prominent durch den (Mit-)Begründer der Humanpsychologie Abraham Maslow (vgl. Trenkwalder-Egger 2010, S. 271). Dieser erstellte ein Modell, welches sich mit grundlegenden Bedürfnissen, Emotionen und Fähigkeiten befasste und mit der Art und Weise, wie diese befriedigt werden können (Maslow 1973). Dieses Modell stellt eine Grundlage vieler weiterer Ausführungen der Auseinandersetzung mit Bedürfnissen dar.²⁷ Damit setzte es auch die Verbindung zur Motivationspsychologie, die Elemente der anthropologischen Bedürfnistheorien enthält (vgl. Mägdefrau 2007, S. 29). In der empirischen Psychologie werden Bedürfnisse eng mit dem Begriff der Motivation in Zusammenhang gebracht. Hierbei stehen Fragen des Antriebs für eine Handlung häufig im Vordergrund (vgl. Hoffmann und Akbar 2019, S. 33–40). Ein weiterer psychologischer Ansatz, welcher auf Motivation basiert, wurde von Deci und Ryan (1993) entwickelt. Die Theorie der Selbstbestimmung fokussiert neben einer detaillierten Auseinandersetzung mit extrinsischer Handlungsmotivation (vgl. Deci und Ryan 1993, S. 227–228) auch drei angeborene psychologische Bedürfnisse: das Bedürfnis nach Kompetenz oder Wirksamkeit, das Bedürfnis nach Autonomie oder Selbstbestimmung und das Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit oder sozialer Zugehörigkeit (vgl. Deci und Ryan 1993, S. 229).

²⁷ Allerdings gibt es bereits seit einigen Jahren auch Kritik an dem Modell und insbesondere an der Hierarchisierung der Bedürfnisse (vgl. Mägdefrau 2007, S. 53–55; vgl. auch Obrecht 2005).

Weiterentwickelt wurde der auf Deci und Ryan (1980, 1993) basierende Ansatz vom Psychologen Grawe (2004, S. 187), der sich mit der Frage auseinandersetzt, ob es neben den biologischen Grundbedürfnissen noch „psychische Grundbedürfnisse [gibt A.Z.], solche, die alle Menschen gemein haben, die erfüllt sein müssen“ (Grawe 2004, S. 183). Weiter beschreibt er, dass auch in der Psychotherapie die Frage nach Grundbedürfnissen und deren psychischen Auswirkungen auf Verhalten und Wohlbefinden von Menschen sehr unterschiedlich beantwortet werden und dass schon „ganze Menschenbilder“ um die Beantwortung dieser Fragen aufgebaut wurden (vgl. Grawe 2004, S. 184). Er sieht neben den Grundbedürfnissen – dem Bindungsbedürfnis, dem Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, dem Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz – noch die Konsistenzregulation als wesentlich für die Befriedigung von Grundbedürfnissen an (Grawe 2004, Kapitel 4).

Auch viele Theoretiker*innen der Sozialwissenschaften haben sich bereits mit dem Thema (Grund-)Bedürfnisse²⁸ beschäftigt. Explizit wurde dies bei Ilse Arlt in ihrer Fürsorgetheorie (Frey 2005; Thole 2012, S. 36).²⁹ Sie beschreibt begrenzend dreizehn Bedürfnisklassen der menschlichen Existenz: 1. Ernährung, 2. Wohnung, 3. Körperpflege, 4. Kleidung, 5. Erholung, 6. Luft, 7. Erziehung, 8. Geistespflege, 9. Rechtspflege, 10. Familienleben, 11. ärztliche Hilfe und Krankenpflege, 12. Unfallverhütung und 13. Erziehung zu wirtschaftlicher Tüchtigkeit (vgl. Frey 2005, S. 76).

²⁸ Einen Überblick über die weiteren Arbeiten, die auf Ilse Arlt und ihrer Fürsorgetheorie folgen, gibt Staub-Bernasconi (2018, S. 83–103).

²⁹ Eine intensive Auseinandersetzung mit Bedürfnisforschung in verschiedenen Disziplinen sowie mit Bedürfnislisten oder Grundbedürfnissen findet sich u. a. bei Obrecht (2005) und bei Mägdefrau (2007, S. 27–63).

In der Sozialen Arbeit wird zwar auch auf die psychologische Ausrichtung von Motiv und Motivation verwiesen, häufiger stehen jedoch Fragen von Benachteiligung und Bewältigung im Fokus, wie es z. B. im Lebensbewältigungsansatz zu finden ist.

„Das Konzept Lebensbewältigung versteht sich als Theorie-Praxis-Modell. Es entwickelt und systematisiert Hypothesen zum Betroffensein und zu dem entsprechenden Bewältigungsverhalten von Menschen in kritischen Lebenskonstellationen, die ja den hauptsächlichen Adressatenkreis der Sozialen Arbeit bilden“ (Böhnisch 2016, S. 11).

Daneben beschäftigt sich auch die Systemtheorie nach Staub-Bernasconi und Obrecht mit Formen von Bedürfnissen, auf den Ebenen biologischer, biopsychischer und (biopsycho-)sozialer Bedürfnisse und aus ihnen entstehender Motivationen (vgl. Obrecht 2013, S. 56). Obrecht (2005) hat hierzu eine biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse entwickelt:

„Die biopsychosoziale TMB [Theorie menschlicher Bedürfnisse] wird diesem Problem dadurch Rechnung tragen, dass sie – in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Psychobiologie – psychische Prozesse als konkrete Prozesse im Gehirn auffasst und Bedürfnisse wie Wünsche als spezielle Formen solcher Prozesse versteht, die miteinander wechselwirken können“ (Obrecht 2005, S. 23).

Auch der Capability Approach nach u. a. Martha Nussbaum (u. a. 2015) setzt sich intensiv mit Bedürfnissen in Verbindung mit der Frage von Gerechtigkeit auseinander. Özdemir (2019) verweist darauf, dass sich im deutschsprachigen Raum verschiedene Wissenschaftler*innen im Diskurs um den

Capability Approach bewegen, insbesondere „Andrea Bührmann, Ortrud Leßmann, Christian Arndt, Jürgen Volkert, Hans-Uwe Otto, Holger Ziegler und Georg Auernheimer“ (Özdemir 2019, S. 177). Ergänzend hat sich auch Röh (2011, 2013) mit dem Capability Approach auseinandergesetzt und Wissenschaft sowie die Praxis der Sozialen Arbeit in den Fokus genommen (vgl. Röh 2013, S. 11). Die Übersetzungen des Ansatzes werden durch dessen deutsche Vertreter*innen unterschiedlich ausgedeutet (vgl. Özdemir 2019, S. 174). Der Capability Approach wurde in der Auseinandersetzung mit der Gerechtigkeitstheorie von John Rawls entwickelt (vgl. Altgeld und Bittlingmayer 2017, S. 1).

Auch in den pflege- und versorgungstheoretischen Auseinandersetzungen gibt es die Beschäftigung mit Bedürfnissen. So hat sich u. a. Dorothea Orem mit Grundbedürfnissen und dem Selbsthilfedefizit auseinandergesetzt (Orem 1997). Unter anderem Nancy Roper (Roper et al. 2009) entwickelte zwölf Lebensaktivitäten, auf welche Monika Krohwinkel mit der sogenannten ABEDL-Struktur aufbaute. Die Abkürzung steht für „Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens“. Wenn Pflege notwendig wird, soll das pflegerische Handeln dazu verhelfen, ABEDL zurückzuerlangen (vgl. Krohwinkel 2013).³⁰

Trenkwalder-Egger unterscheidet in einem Überblick über bedürfnistheoretische Auseinandersetzungen in der Sozialen Arbeit zwei verschiedene Herangehensweisen, und zwar erstens die sich auf ökonomische Theorien

³⁰ Auf eine weitere Auseinandersetzung mit den pflegewissenschaftlichen Verständnissen von Bedürfnissen wird verzichtet, da der Fokus auf der Perspektive der Sozialen Arbeit im Feld der Pflegeberatung liegt.

beziehende , die von unendlich vielen Bedürfnissen ausgeht, und zweitens die begrenzende Herangehensweise:

„Auffallend ist, dass TheoretikerInnen, die von unendlich vielen Bedürfnissen ausgehen, in ihren Aussagen keinen Unterschied zwischen Wünschen und Bedürfnissen machen. Während VertreterInnen der begrenzten Anzahl an Bedürfnissen sehr wohl diese Unterscheidung treffen“ (Trenkwalder-Egger 2010, S. 279).

Diese Unterscheidung zeigt sich in der Auseinandersetzung mit Bedürfnissen der Pflege bzw. in der Pflegeberatung als wesentlich. Von der Gleichsetzung ‚Wunsch entspricht Bedürfnis‘ bzw. von unendlichen Bedürfnissen auszugehen, würde bedeuten, die Soziale Arbeit und die Pflege zu Wunscherfüllerinnen der Adressaten*innen zu degradieren, ohne theoretische Bezüge und normative Leitlinien. Daher findet in der Sozialen Arbeit stärker die Auseinandersetzung mit den begrenzenden Theorien statt. Hierbei geht es vielfach um die normative Setzung und Aufzählung von Bedürfnissen im Sinne von basalen- oder Grundbedürfnissen, wie in der Fürsorgetheorie von Ilse Arlt, im Capability Approach oder in der biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse nach Werner Obrecht.

Auf eine Auseinandersetzung mit unendlichen Bedürfnissen aus der Perspektive der Sozialen Arbeit geht Trenkwalder-Egger ein, indem sie u. a. aufzeigt, dass die ökonomisch orientierten Bedürfnistheorien als Grundlage für die Soziale Arbeit aufgrund des Verweises auf die Tauschlogik wenig geeignet sind. Die Marktwirtschaft ist interessiert an der Auseinandersetzung mit Bedürfnissen, da sich aus erzeugten Bedürfnissen (unendlich viele) Profit ableiten lässt. Die Kritik nach Gronemeyer (2009) ist, dass die Befriedigung von

Bedürfnissen in der Gesellschaft zu weiteren, neuen Bedürfnissen führt, die künstlich erzeugt und daher von ihr als ‚falsche Bedürfnisse‘ identifiziert werden, welche die ‚wahren Bedürfnisse‘ überlagern. Die Unterscheidung zwischen beiden könne aber letztlich nur das Individuum treffen, welches unter dem Einfluss gesellschaftlich erzeugter Bedürfnisse steht (vgl. Gronemeyer 2009, S. 20–22). Die ökologisch-orientierten Theorien eignen sich daher wenig, um sich der Frage von Bedürfnissen bzw. Bedürfnisbefriedigung zu nähern. Auch wenn die Tauschlogik inzwischen Einzug in die Ausrichtungen der Hilfeleistungen gehalten haben, wie es der Leitsatz ‚Fördern durch Fordern‘ deutlich macht (vgl. Trenkwalder-Egger 2010, S. 273):

„Gerade für die Soziale Arbeit ist das Postulat des Tausches als alleiniges Prinzip zur Befriedigung menschlicher Bedürfnisse problematisch. Die Mehrheit der AdressatInnen der Sozialen Arbeit zeichnet sich ja gerade dadurch aus, dass sie keine attraktiven TauschpartnerInnen am Wohnungs-, Arbeits- oder einem sonstigen Markt sind“ (Trenkwalder-Egger 2010, S. 273).

Bezogen auf den Pflegemarkt zeigt sich zudem die Problematik, dass es sich um einen Pseudomarkt handelt, der Bedürfnisse vorinterpretiert, um diese in finanzierbare und verwaltbare Bedürfnisse zu übersetzen (vgl. Fraser 1994, S. 273), denn Pflege „bewegt sich zwischen Markt und regulierter Daseinsvorsorge“ (Kriesten 2017, S. 71). Bereits Habermas hat auf die „Verrechtlichung von Lebensrisiken“ (2016, S. 531) wie Alter oder Krankheit hingewiesen, die dazu führen, dass „individuelle Rechtsansprüche für genau spezifizierte allgemeine Tatbestände“ (2016, S. 531) umdefiniert werden müssen, welche ebenfalls die Tauschlogik aushebeln. Sehr viel stärker äußern sie sich in der Form von „Zwang zur administrativen Umdefinition von

Alltagssituationen“ (May 2010, S. 179), welche „umstrukturierenden Eingriffen in die Lebenswelt der Berechtigten“ (Habermas 2016, S. 531) zur Folge haben.

Thiersch (2015) weist darauf hin, dass es in der Altenarbeit nicht um isolierte und ganz auf unmittelbare Pflegebedürfnisse verarmte Situationen geht, sondern Fragen von Verlässlichkeiten in Raum, Zeit und Beziehungen, in Routinen und Pragmatismen strukturierten Lebenswelt betrachtet werden müssen:

„Die Menschen haben einen Anspruch auf eine Lebenswelt, in deren Pragmatik sie sich als zugehörig und – in einem, wie auch immer, eingeschränkten Maß – als nützlich und als eigene Person erfahren können; eine Lebenswelt, in der man Zeit füreinander hat, in der sie akzeptiert sind, in der sie etwas erleben, in der sie dabei sind und, wo es nötig ist, ausgehalten werden, der sie vertrauen können“ (Thiersch 2015, S. 253).

In diesen Ausführungen wird eine normative Rahmung der Pflegebedürftigkeit gesetzt, die sich nur im Familialen finden lässt. In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, zeigt sich eine abgemilderte Entsprechung von Thierschs Forderung:

„Sie [pflegebedürftige Menschen A.Z.] können erwarten, dass sich Ihre Pflege, Betreuung und Behandlung an Ihren Bedürfnissen, Erfahrungen, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen ausrichten. Dazu gehört auch, dass ihre Gewohnheiten berücksichtigt werden, etwa bei Ruhe- und Schlafenszeiten, der Körperhygiene oder der Bekleidung“

(Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit, S. 14).³¹

Wingenfeld verweist bereits 2003 auf die Schwierigkeit der Umsetzung in professionellen Settings, bei der Begegnung mit Bedürfnissen in der pflegerischen Versorgung: „Häufig ist die Versorgung auf ein vergleichsweise einfaches und oft genug somatisch verengtes Handlungsmodell festgelegt, das auf bestimmten Vorstellungen von Pflegebedarf (Patient X benötigt Hilfe bei ...) und daraus abgeleiteten Maßnahmen beruht“ (2003, S. 74). Hierfür scheint die Orientierung an der Nutzungsperspektive sinnvoll, diese wurde aber in der Pflege im Sinne von Zufriedenheitsbefragungen umgesetzt (vgl. Wingenfeld 2003, S. 5). Wingenfeld zielt hier auf ein weiteres Begriffspaar, welches sich sowohl in der Pflege als auch der Sozialen Arbeit als kritische Orientierungsmarke erweist. Wenn es um die Fragen nach Bedürfnissen geht, sind Zufriedenheit und Wohlbefinden der Betroffenen keine verlässliche Orientierungsgröße. Ziegler weist darauf hin, dass Zielsetzungen und Bedürfnisse von Menschen

„(...) keinesfalls einfach ›subjektiv‹, sondern zu den objektiven Chancen und sozialen Strukturen relationiert [sind], die die Lebensführungspraktiken der Betroffenen strukturieren. Je länger sozial und materiell deprivierende Situationen andauern, desto stärker tendieren die Betroffenen dazu, ihre Aspirationen und Neigungen dieser Situation anzugleichen“ (2011, S. 126).

³¹ Eine ähnliche Formulierung ist auch in der Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu finden (BIVA e.V. 2014 2010, S. 13 u. a).

So zeigt sich, dass neben der Frage der Fähigkeit von Bedürfnisäußerungen, im Sinne Negt und Kluge's „Ausdrucksvermögens“ (1992, S. 32) auch die Lebensumstände relativierend auf Bedürfnisse wirken. Rubin et al. zeigen in Ihrer Studie ebenfalls, dass geäußerte und interpretierte Bedürfnisse einer Gruppe ehrenamtlich aktiver Menschen, bei einer Konfrontation wieder relativiert werden. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf die gesellschaftstheoretische Perspektive, aus welcher diese Relativierung interpretiert werden muss (vgl. Rubin et al. 2019, S. 126). Die Forscher*innengruppe verweist ebenfalls auf das fehlende bzw. nicht geübte „Ausdrucksvermögen“ (Negt und Kluge 1992, S. 32) und das Spannungsfeld zwischen öffentlicher und privater Sphäre, denen Bedürfnisse zugeordnet werden. Sie arbeiten heraus, dass die Befragten darüber verhandeln, welche zuvor eigens geäußerte Bedürfnisse von öffentlichem Interesse sein könnten und welche wieder dem privaten Bereich zugeordnet werden sollten und schwächen somit ihre zuvor geäußerten Bedürfnisse (vgl. Rubin et al. 2019, S. 137).

Konkret nimmt Wingenfeld Bezug auf die besondere Situation pflegebedürftiger Menschen und hebt deren existenzielle Verunsicherung hervor, welche durch die Pflegebedürftigkeit und damit die Angewiesenheit auf Hilfe zusammenhängen (vgl. 2003, S. 15). Neben der Frage, wie Zufriedenheit definiert und welche Kriterien festgelegt werden, stehen die gängigen (standardisierten) Abfragen von Kundenzufriedenheit in Bezug auf pflegerische Leistungen, in Abhängigkeit ebendieser existenziellen Angewiesenheit auf Hilfe, die auf Zufriedenheitsbefragungen einwirken (vgl. Wingenfeld 2003) und dazu führen, „(...) dass das sog. Zufriedenheitsparadoxon zum Tragen kommt und Patienten Zufriedenheit äußern, obwohl sie allen Grund zu Kritik hätten“ (Wingenfeld 2003, S. 32).

3.2. Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit

In der sozialen Pflegeversicherung heißt es:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.“ (§ 4 SGB XI, Abs. 1)

Weitere Erklärungen dazu, was ein Bedarf bezogen auf Pflegebedürftigkeit ist, gibt es nicht. Wenn man weitere Sozialgesetze einbezieht, geht es häufig eher um „Regelbedarfe“ (§ 20 SGB II und § 27a SGB XII). Halfar weist darauf hin, dass Bedarf „im deutschen Sozialwesen eine zentrale Kategorie für die Bemessung von Art und Umfang sozialer Dienstleistungen und deren Organisation als Geld- und Sachleistungen“ (2017, S. 79) ist. Dies macht deutlich, dass Bedarfe und Bedürfnisse nicht gleichgesetzt oder verwechselt werden sollten. Im Fachlexikon der Sozialen Arbeit wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Bedarf und Bedürfnisse voneinander abzugrenzen sind. Bedarf wird hier als „beschaffungsbezogene Konkretisierung von Bedürfnissen“ (Halfar 2017, S. 80) definiert. Bedarfe entsprechen in diesem Sinne „subjektiven Mangeldefinitionen“ (Halfar 2017, S. 80), welche in „bedarfsbezogene Leistungskategorien übersetzt werden, die dann wiederum als Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen wirksam werden“ (Halfar 2017, S. 80).

Konkreter auf Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf bezogen, heißt das:

„Während Pflegebedürftigkeit Phänomene bezeichnet, die ausschließlich an die Person des Patienten geknüpft sind, verweist die Kategorie Pflegebedarf auf Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse, in denen professionelle Normen (abgeleitet aus dem aktuellen Wissensstand) ebenso wirksam werden wie soziale und kulturelle Wertvorstellungen oder die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen des Versorgungssystems, in dem pflegerische Leistungen erbracht werden“ (Wingenfeld 2014, S. 272).

Diese Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse verdeutlichen den normativen Charakter des Pflege- oder Hilfebedarfs, welcher aber in der Pflegeversicherung nicht transparent wird. Während der Pflegebedarf eine normativ geprägte Kategorie ist, die durch professionelle Perspektiven, Kriterien und Entscheidungen bestimmt wird, sind die Bedürfnisse ausschließlich der Individuen zuzuschreiben. Eine Verbindung zwischen diesen beiden Kategorien ergibt sich insofern, „(...)dass sich die Formulierung des Pflegebedarfs wesentlich am Erfordernis der Befriedigung von Grundbedürfnissen orientiert, (...)“ (Wingenfeld 2014, S. 273). Kriesten beschreibt es ähnlich und nimmt überdies auch Bezug auf die stigmatisierende Begriffsbelegung. Während Pflegebedürftigkeit inzwischen „im besten Falle ein personales Merkmal, welches negative Gefühle bewirkt“ (Kriesten 2017, S. 70) darstellt, verändert die Formulierung „Bedürfnis nach Pflege“ die Wahrnehmung deutlich, hin zur Selbstbestimmung (vgl. Kriesten 2017, S. 70).

In der Pflege wird der Begriff des Pflegebedarfs stärker mit pflegerisch relevanten Problemlagen verbunden und als Interventionen zur Bewältigung dieser Problemlagen gesehen, „also streng genommen kein Merkmal des Patienten, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und

Entscheidung, in den u. a. professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche Normen einfließen können“ (Wingenfeld 2014, S. 263, Herv. i.O.).

Das bedeutet, „Bedarf“ im Sozialbereich objektiviert Bedürfnisse nicht nur in organisierbare und bepreisbare Produkte, sondern der Bedarf „stellt auch normative, kulturelle, sozialpolitische und/oder sozialökologische Definitionen“ (Halfar 2017, S. 80) bereit, welche den involvierten Professionellen in diesen Arbeitsgebieten (insbesondere Soziale Arbeit aber auch Pflege, Medizin und Therapie) und damit auch pflegebedürftigen Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen machtvolle Kategorisierungen vorgibt. „Systematisch betrachtet existiert zwischen der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit des Patienten (Identifizierung von Pflegeproblemen) und der Einschätzung des Pflegebedarfs (die als erforderlich angesehenen Handlungen, Maßnahmen bzw. Leistungen) nur ein mittelbarer Zusammenhang“ (Wingenfeld 2014, S. 267). Hierbei wird auch noch einmal deutlich, dass Pflegebedürftigkeit eine rein deskriptive Kategorie ist, die im Allgemeinen auf eine eher somatisch orientierte Angewiesenheit auf pflegerische Hilfe verweist. (vgl. Wingenfeld 2014, S. 263). Diese Angewiesenheit auf Pflege – also die Pflegebedürftigkeit – wird über die Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen ermittelt. Daraus ergibt sich ein, insbesondere sozialpolitisches Dilemma:

„Es ging dem Gesetzgeber in erster Linie darum, die Versorgung Pflegebedürftiger durch Angehörige in der häuslichen Umgebung finanziell abzusichern. Hieraus erklärt sich auch der hohe Stellenwert, der dem Grundsatz der Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation beigemessen wird. Systematisch betrachtet kommt die Begutachtung jedoch nicht ohne Standards, nicht ohne ein Modell der Pflege als Bezugsrahmen zur Beurteilung des Hilfebedarfs aus. Darin liegt

der vielleicht weitreichendste innere Widerspruch: Solange die Beurteilung des Bedarfs im Mittelpunkt steht, braucht die Pflegeversicherung diesen Bezugsrahmen, und zugleich scheint sie ihn auszuschließen“ (Wingensfeld 2014, S. 283).

Trotz der anscheinend relevanten Unterscheidung wird Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung mit Pflegebedarf gleichgesetzt (vgl. Wingensfeld 2014, S. 277). Dies galt zumindest vor der Reformierung und Etablierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und für den Zeitraum, in welchem die empirischen Daten, dieses Projekts entstanden sind. Unter diesen Bedingungen haben die Pflegeberatungen stattgefunden. „Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist dementsprechend nicht der Grad der Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit des Versicherten, sondern der Umfang der Hilfeleistungen, die zur Sicherstellung elementarer Lebensaktivitäten als erforderlich gelten.“ (Wingensfeld 2014, S. 277–278)

Über den Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde seit der Einführung lange debattiert, und im Jahre 2017 wurde ein weniger verrichtungsbezogener Pflegebedürftigkeitsbegriff etabliert. „Darüber hinaus muss sicherlich auch unterschieden werden, zwischen einer **pflgewissenschaftlichen** Definition von Pflegebedürftigkeit und einer **leistungsauslösenden** Definition, beispielsweise im SGB XI [Herv. i.O.]“ (Wessels 2019, S. 96).

3.3. Interpretation von Bedürfnissen

Um diese komplexen Kategorisierungen und Interpretationen von Bedürfnissen durch das Sozialgesetzbuch, in Form von Standards zu begegnen und herauszustellen, an welchen Stellen ungleichheitsgenerierende

Interpretationen vorgenommen werden, mit Bezug auf Klassismen, Rassismen und Geschlechterdiskriminierungen, schließt eine Auseinandersetzung mit diesen Bedürfnisinterpretationen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI³² an. Das Konzept der Bedürfnisinterpretation nach Nancy Fraser (1994, S. 222–224) wird im Folgenden den Rahmen aufgreifen, in welchem sich sowohl die Pflegebedürftigen und ihre Zu- und Angehörigen bewegen, als auch den Rahmen der beratenden Personen, welche in diesem Arbeitsfeld beratend, unterstützend, und koordinierend tätig sind.

Das Konzept der Interpretation von Bedürfnissen durch das Recht ist nicht neu, und auch Habermas verweist darauf, dass „diese Verrechtlichung von Lebensrisiken einen bemerkenswerten Preis in Form von umstrukturierenden Eingriffen in die Lebenswelt der Berechtigten erfordert. Diese Kosten entstehen durch den bürokratischen Vollzug und die monetäre Einlösung der sozialrechtlichen Ansprüche. Aus der Struktur des bürgerlichen Rechts ergibt sich die Notwendigkeit, die sozialstaatlichen Verbürgungen als individuelle Rechtsansprüche für genau spezifizierte allgemeine Tatbestände zu formulieren“ (Habermas 2016, S. 531). Ausgangspunkt dieser individuellen Rechtsansprüche in Bezug auf die soziale Pflegeversicherung ist die physische, psychische und finanzielle Entlastung Betroffener. „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2 S. 1 SGB XI). Gleichzeitig werden in dem verankerten Leistungskatalog, wie oben beschrieben, auch „soziale und kulturelle Wertvorstellungen oder die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen des Versorgungssystems“ (Wingefeld 2014, S. 272) deutlich, welche dazu

³² Insbesondere in der Fassung nach dem zweiten Pflegestärkungsgesetz zwischen 2017 und (20.11.)2019

führen, dass ungleichheitsgenerierende Verhältnisse impliziert mit verankert werden. In Ihrer Veröffentlichung „Widerspenstige Praktiken Macht, Diskurs, Geschlecht“ geht Nancy Fraser u. a. auf eine „Politik der Bedürfnisinterpretation“ (Fraser 1994, S. 222) des sozialen Sicherungssystems der USA ein und beschreibt hier ungleichheitsgenerierende und ungleichheitsstabilisierende Verhältnisse (Fraser 1994, Kapitel 7). Sie schließt sich in Ihren Ausführungen Diana Pierce (1979 nach Fraser 1994, S. 222) an, die von einer „Feminisierung der Armut“ ausgeht, welche auf Bedingungen einer fiskalischen Krise des Wohlfahrtsstaates treffen (Fraser 1994, 222). Die Auseinandersetzung mit der Bedürfnisinterpretation in der sozialen Pflegeversicherung soll im Folgenden dazu beitragen, diese ungleichheitsgenerierenden Verhältnisse auch in der sozialen Pflegeversicherung sichtbar werden zu lassen, sodass sie auch für die folgende Empirie nutzbar gemacht werden kann.

3.3.1. Verwaltbare Bedürfnisse

Deutlich in der Auseinandersetzung mit der Bedürfnisinterpretation von Nancy Fraser ist, dass es sich bei der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland vor allem um Bedürfnisansprüche handelt. Diese besitzen „(...) eine relationale Struktur; impliziert oder explizit haben sie die Form ‚A benötigt x damit y‘“ (Fraser 1994, S. 251). Konkret auf die Pflege verweist Wingensfeld auf das somatisch verkürzte Handlungsmodell von Pflegebedarf, im Sinne von „Patient X benötigt Hilfe bei ...“ (2003, S. 74), um auf daraus abgeleiteten Maßnahmen zu verweisen.

„Diese [Bedürfnisse A.Z.] Ansprüche sind meist ineinander verschachtelt, tendieren dazu, in verzweigten Ketten von ‚um-zu‘ Relationen miteinander verbunden zu sein. (...) Wie solche Verkettungen [im

Laufe politischer Auseinandersetzungen A.Z.] genau aufgelöst werden, hängt davon ab, welche Hintergrundannahmen die Gesprächspartner teilen“ (Fraser 1994, S. 252).

Neben den Hintergrundannahmen sind auch Ziele und Interessen relevant, ebenso wie gesellschaftliche Normen und Werte. Auch diese sind in die Prozesse der Interpretation von Bedürfnissen eingelassen und wirken auf verschiedenen Ebenen, die geschichtlich gewachsenen Strukturen, wie die Rollenbilder von Männern und Frauen sowie deren Aufteilung der Arbeit. Ebenso beeinflussen auch politische Meinungsbildung und Kampagnen diesen Prozess. Da sich Gesellschaftsbildung in einem Prozess befindet und sich stetig verändert, werden auch hier Machtpotentiale verändert, Einflussmöglichkeiten neu geschaffen, verändert oder verwehrt.

Bedürfnisinterpretationen - auch in der sozialen Pflegeversicherung - sind demnach „Um-zu-Strukturen“, mit einem „kontextuellen und umstrittenen Charakter“. Bedeutsam ist es, diesen umstrittenen Charakter zu verdeutlichen und auf Interpretationen aufmerksam zu machen, die häufig naturalisiert werden und sich so der Diskussion um Bedürfnisansprüche entziehen. In der Pflegeversicherung gilt es demnach genauer darauf hinzuweisen, wo es um basale Bedürfnisse geht, zu denen jeder in den Konsens geht und deutlich zu machen, wann Interpretationen von Bedürfnissen durch Interessengruppen geprägt sind, bzw. Zielausrichtungen von Maßnahmen darstellen (vgl. Fraser 1994, S. 253). Denn es ist bereits ein Politikum, wem es gelingt, „(...) maßgebende dichte Definitionen menschlicher Bedürfnisse zu etablieren“ (Fraser 1994, S. 253).

Nancy Fraser analysiert einen Dualismus in den USA, der geschlechtlich geprägt ist und beschreibt hierbei einen „unterlegten Geschlechtertext“ oder „gender subtext“. Sie geht hierbei auf männlich konnotierte Subsysteme und weiblich konnotierte Subsysteme der sozialen Sicherung in den USA ein (vgl. Fraser 1994, S. 229). Im Weiteren wird keine Gesellschaftsanalyse, wie Fraser sie vorschlägt, nachgegangen. Vielmehr soll es um Übertragungen auf das deutsche Sicherungssystem, bzw. fokussiert um das Pflegeversicherungssystem gehen und wie dieser Einfluss auf die Pflegeberatung und die Gestaltung von Hilfe- und Pflegearrangements nimmt. Der von Fraser beschriebene gesellschaftlich-hinterlegte Dualismus wird dabei, im Sinne einer Übertragung, verstanden als eine von Abhängigkeit und Anerkennung. Das von Fraser beschriebene maskuline Subsystem entspricht hierbei einem hohen Grad an Anerkennung und einem geringen Grad der Abhängigkeit, immer auch verbunden mit der Stellung der Antragstellenden, die in diesem Subsystem eine wenig erniedrigende und nachweisende ist und eher dem Verständnis einer „Kundenstellung“ entspricht. Während das von Fraser, als feminin gekennzeichnete Subsystem entsprechend gegenteilige Ausprägungen zeigt, wie einem hohen Grad an Abhängigkeit, und wenig Anerkennung von Leistungen. Offenlegung finanzieller und privater Lebenssituationen und stärkerer Kontrollen. Die Stellung als „Kunde“ besteht hier nicht oder nur eingeschränkt, sie entspricht eher der von „Klienten“. Kunstreich beschreibt: „Die Prozedur der Trennung des würdigen vom unwürdigen Armen früher und die heutige Unterscheidung von Berechtigte und Nichtberechtigte weisen immer noch dieselbe systemische Struktur auf“ (Kunstreich 2006, S. 241).

Nancy Fraser legt zwar den Fokus auf den Dualismus feminin und maskulin, allerdings wird hierin eher eine Zuordnung im gerade beschriebenen Sinne verstanden. Auch wenn sich Frasers Ausführungen – wie in den Begrifflichkeiten „maskulines“ und „feminines“ Subsystem deutlich wird – häufig auf

die Ungleichbehandlung von Männern und Frauen beziehen, so erweitert sie selbst auch immer wieder die Perspektive um, insbesondere Rassismen und Klassismen (vgl. u. a. Fraser 1994, 236, 242, 278).

3.3.2. Bedürfnisinterpretation in der Sozialen Pflegeversicherung

Das Pflegeversicherungssystem selbst ist kursorisch betrachtet eher dem maskulinen Subsystem zuzuschreiben, da es keine Bedürftigkeitsprüfung enthält, wie es beispielsweise bei den Leistungen nach dem SGB II oder XII der Fall ist. Genauer betrachtet ist das Pflegeversicherungssystem aber gekoppelt an die Leistungen, die Nancy Fraser als feminines Subsystem klassifiziert. Hier schließen insbesondere zwei Koppelungen an das feminine Subsystem an:

Erstens ist das Recht auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zwar nicht abhängig von einer wirtschaftlichen Prüfung, wohl aber einer Prüfung, die der Frage nach einer bestehenden – und für den Bezug von Leistungen der Pflegekasse ausreichend hohen – Hilfebedürftigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit nachgeht (vgl. § 14 20.11.2019). Diese Prüfungen sind eher unter dem Aspekt zu verstehen, den Fraser dem femininen Subsystem zuordnet, welcher mit einem hohen Aufwand verbunden ist, einen Leistungsanspruch geltend zu machen und welcher mit einer Vielzahl Demütigungen einhergeht, die im Falle der Pflegeversicherung nicht vorrangig administrativer Natur sind, sondern sich in einem Prüfungsprocedere ausdrücken. Hierbei werden intime Fragen zur Alltagsbewältigung gestellt, die abqualifizierend und denunzierend beantwortet werden müssen, um einen Anspruch auf Leistung deutlich zu machen.

Bisher werden in diesen Begutachtungen durch die Gutachter und Gutachterinnen jede Alltagsaktivität der zu begutachtenden Person aufgesplittet und in, für die Betroffenen nicht nachvollziehbares Punktesystem umgerechnet. Hieran verdeutlicht sich auch, wie stark die individuellen Lebenssituationen der Betroffenen und deren jeweilige Bedürfnisse nach Unterstützung, in eine administrative Form der Interpretation „gepresst“ wird, die an den realen Lebenswelten der Menschen in vielen Fällen wenig, bis keine Anteile hat und kaum nachzuvollziehen sind.

Der zweite Punkt, an welchem ein Bruch zum maskulinen Subsystem deutlich wird, ist im Bereich der Kontrolle. Fraser beschreibt das maskuline Subsystem so, dass es bei und nach der Beantragung von Leistungen kaum zu Kontrollen und zur Überwachung kommt (vgl. Fraser 1994, S. 233). Kontrollen und Überwachungen sind im Bereich der Pflege deutlich vorzufinden, unter dem Merkmal der Qualitätssicherung beispielsweise. Insbesondere wenn die Pflege im privaten Bereich ausgeübt wird, sind halb- oder vierteljährliche Kontrollen der Pflegesituation vorgesehen (vgl. § 37 20.11.2019). Zwar sind diese als „Beratungseinsätze“ von qualifizierten Pflegekräften beschrieben, allerdings können diese Einsätze bei einem nicht zufriedenstellenden Ergebnis auch den Entzug des Pflegegeldes zur Folge haben. Faktisch findet also neben Anleitung und Beratung der Zu- und Angehörigen auch eine regelmäßige Kontrolle der Pflegesituation statt. Diese Beratungsbesuche „werden von Angehörigen vielmehr als ein Eingriff in ihre Autonomie und Kontrolle erlebt“ (Hoppe 2021, S. 53).

Weiter gibt es die Möglichkeit, einen Pflegegrad bei der Einstufung nur befristet zu vergeben. Hier werden konkrete Ablaufzeiten und geplante Neubegutachtungen zu Überprüfungen bereits bei der Bewilligung des Pflegegrades festgehalten. Wenn subjektiv eingeschätzte Verschlechterungen

eintreten, wird der Pflegegrad nicht automatisch angepasst oder dem subjektiven Erleben der Betroffenen und ihren Zu- und Angehörigen gefolgt. Hier besteht nur die Möglichkeit, einen erneuten Antrag zu stellen (Veränderungs- oder Verschlechterungsantrag), welcher dann eine erneute Begutachtung zur Folge hat, die unter Umständen auch dazu führen kann, dass eine Pflegebedürftigkeit nach (§ 14 20.11.2019) wieder aberkannt wird. Es ist dadurch eine erneute Auslieferung, im Sinne von Unsicherheiten, wie die Begutachtung erfolgt und welche Ergebnisse durch die Gutachtenden vorgeschlagen (und von den Mitarbeitenden der Pflegekasse festgelegt) werden.

Im professionellen Bereich werden die Kontrollen dann unter Begriffen wie Qualitätssicherung (§ 114 20.11.2019) und vor allem der Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung (§ 79 20.11.2019) oder eines Dienstes betrachtet.

Eine finanzielle Bedürftigkeitsprüfung findet nicht statt, dennoch liegt hier eine weitere Kopplung an das feminine Subsystem. Wer nach den Bewertungen des medizinischen Dienstes als „Pflegebedürftig“ eingestuft wird, erhält Leistungen unabhängig von Einkommen und Vermögen. Das liegt vor allem auch an der Konzeption des Pflegeversicherungssystems. Es ist nicht zur Kostendeckung konzipiert worden, sondern entspricht eher dem Prinzip einer Teilkaskoversicherung. Auch wenn eine Bedürftigkeitsprüfung unter dem finanziellen Aspekt nicht stattfindet, ist die Bewältigung der Lebenslage „Pflegebedürftigkeit“ stark von sowohl finanziellen wie personellen Ressourcen als auch von Wissen abhängig. Lebensqualität unter den Bedingungen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist demnach in hohem Maße an individuelle Ressourcen geknüpft. „Denn ob jemand im Bedarfsfall die Pflege- und Versorgungslücke im deutschen Pflegeversicherungssystem durch pflegende Angehörige des sozialen und räumlichen Nahbereichs und/oder durch in der Regel erhebliche einkommensunabhängige finanzielle Zuzahlungen

(Eigenleistungen) zu schließen vermag, dies liegt nicht immer, und vielleicht auch immer weniger, in der Macht der oder des Einzelnen“ (Dammert 2009, S. 17).

Hinzu kommt, dass auch das oben aufgeführte Moment von Wissen ein wesentliches Entscheidungskriterium darstellt, die individuelle Lebensqualität zu sichern. Einerseits in der Form, dass pflegebedürftige Personen oder Menschen, die in der Pflegeversicherung einen Antrag auf Leistungen gestellt haben sowie deren Angehörige und Laienpflegekräfte (§ 14 20.11.2019) zu den Gutachtern und Gutachterinnen in einer deutlichen Wissensasymmetrie stehen. Je stärker diese Asymmetrie ausgeprägt ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass in der Begutachtungssituation Fehlinterpretationen der Gutachter und Gutachterinnen vorliegen, die ggf. zu einer Ablehnung von Leistungsansprüchen durch die Pflegekassen führen. Fehlt also die Ressource Wissen oder kann diese nicht umgesetzt werden, kann dies in dem kommunikativen Prozess der Begutachtung zu Missverständnissen, Fehlinterpretationen und letztlich zur Ablehnung führen, obwohl die Voraussetzungen gegeben wären. Drastischer zeigt sich dieses Wissensmoment noch, wenn aufgrund bestehender Sprachbarrieren bei zugewanderten Menschen eine differenzierte Ausdrucksweise über Hilfeleistungen im Alltag kaum möglich ist, da es sich nicht um die Muttersprache handelt.

Die zweite Form, in der Wissen ein entscheidendes Moment darstellt, ist die Kenntnis der eigenen Rechte und das Wissen, wo diese eingelöst werden können, sowie auch das Wissen um Angebote (beispielsweise kostenlose Angebote, wenn finanzielle Mittel nicht zur Verfügung stehen) und das Wissen um Beratungsmöglichkeiten, wie es Pflegestützpunkte, Pflegekassen und andere Institutionen anbieten.

Hinzu kommt, dass sich die Zuordnung zum maskulinen Subsystem nach Fraser verändert, wenn es um Hilfe zur Pflege geht, z. B. bei nicht ausreichenden familiären Unterstützungsmöglichkeiten oder bei einem Einzug ins Pflegeheim, verbunden mit der Beantragung entsprechender Sozialhilfeleistungen – Hilfe zur Pflege (§§ 63ff SGB XII, 10.12.2019) wird auch die „weibliche Sphäre“ auf die Fraser hinweist deutlich: Durch häufig fehlende Rentenansprüche sind eher Frauen davon betroffen „Hilfe zur Pflege“, also Sozialhilfeleistungen beim Einzug in ein Pflegeheim zu beantragen. Im Jahr 2012 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 439 157 Menschen auf Hilfe zur Pflege angewiesen, davon waren 288 161 Frauen betroffen, was über 65 % entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt, 11.02.2014).

Hierbei wird auch die Unterteilung relevant, wie sie Fraser für die USA festgestellt hat: die Individualbemessung (maskulines Subsystem) und die Haushaltsbemessung (feminines Subsystem). Wenn die Pflegeversicherung kursorisch und isoliert betrachtet wird, kann sie eher wie eingangs beschrieben dem maskulinen Subsystem zugeordnet werden, zumindest unter der Perspektive, dass keine finanzielle Bedürftigkeitsprüfung stattfindet. Demzufolge findet hier auch eine Individualbemessung statt.

Der Sozialhilfereich – hier speziell die „Hilfe zur Pflege“ (nach § 61 SGB XII, 10.12.2019) – dagegen, ist sehr eindeutig dem femininen Subsystem mit Bedürftigkeitsprüfung, Offenlegung der finanziellen Verhältnisse und der Haushaltsbemessung zuzuordnen.

3.3.3. Kund*innen oder Klient*innen der Pflegeversicherung

Ein weiteres Indiz, welches Fraser für die Zuordnung zum femininen oder maskulinen Subsystem anbringt, ist die Stellung der Antragssteller*innen als „Käufer*innen“ oder „Klient*innen“. Sie beschreibt hier die Subjekt-Stellung im femininen Subsystem so:

„Diese Empfänger sind daher wesensmäßig Klienten; eine Subjekt-Position, die in den kapitalistischen Gesellschaften weitaus weniger Macht und Würde mit sich bringt, als die alternative Stellung des Käufers“ (Fraser 1994, S. 235).

Der Begriff des „Käufers“ ist im Dienstleistungssektor in der Bundesrepublik Deutschland weniger gebräuchlich. Hierfür hat sich eher die Begrifflichkeit der „Kunden“ durchgesetzt.

Im SGB XI wurde, wie in vielen anderen Bereichen, die Idee des „Kunden“ implementiert. Zwar wird dies nicht explizit geschrieben, aber man geht hier von der Souveränität aus, dass sich eine pflegebedürftige Person ihre Leistungen relativ frei wählen kann, indem sie selbstständig zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistungen wählt. Anschließend bleibt die Wahl von Zu- und Angehörigen oder aber die Wahl zwischen den Anbietern vor Ort, beispielsweise Pflegediensten. Allerdings sind beim Begriff des „Kunden“ schwere Einschnitte zu erkennen, wie es die Quasi-Markt-Situation bestätigt, die den „Kunden“ und seine Wahl bei der Nutzung von Leistungen stark einschränkt. Die Kritik am Kundenbegriff ist bereits vielfältig erwähnt und ausgearbeitet, weshalb an dieser Stelle nur die wesentlichsten Aspekte

aufgegriffen werden: „Allerdings fehlt ihm die für den Kunden konstituierende Einflußmöglichkeit (sic!) auf den Preis, auf den Leistungsinhalt und seine Qualität (...)“ (Klie 1997, S. 16). Wahlmöglichkeiten sind klar begrenzt durch Versorgungsverträge der Pflegekassen mit bestimmten Anbieter*innen.

Die Kritik an den Einflussmöglichkeiten der pflegebedürftigen Menschen schließt eine weitere Facette an. Das im (§ 2 20.11.2019) verankerte Recht auf Selbstbestimmung kann in diesem Sinne nicht unreflektiert angenommen werden. Die Möglichkeiten der Selbstbestimmung in Pflegesituationen sind begrenzt beispielsweise durch den Umstand, dass der Pflegebedarf durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt und demnach auch festgelegt wird, ob Hilfeleistungen nach dem SGB XI überhaupt gewährt werden und in welchem Umfang. Die subjektiven Deutungen der Betroffenen werden hierbei nur eingeschränkt berücksichtigt. Weitere Begrenzungen stellen sich nach der Feststellung des Pflegebedarfs und damit der Einordnung in eine Pflegestufe ein.

Thomas Klie stellt in diesem Zusammenhang fest, dass die meisten Selbstbestimmungsoptionen der Pflegebedürftigen im Wahlbereich zwischen Geldleistungen, Sachleistungen und Kombinationsleistungen liegen. Weiter beschreibt er, dass anschließend verschiedene Dienste und Institutionstypen in Anspruch genommen werden können, im Sinne ambulanter Dienste, teilstationäre oder stationäre Leistungen. Der Spielraum der Betroffenen ist allerdings durch fachliche Expertise stets begleitet und beschränkt (vgl. Klie 1997, S. 19). Die Auswahl bei der Leistungserbringung besteht zwar, wird aber durch die gesetzlichen Vorgaben eingeschränkt. „So kann der Pflegebedürftige lediglich zwischen Leistungserbringern, die einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen haben, wählen“ (Klie 1997, S. 20).

Der Zugang zu Einzelpersonen in der Pflege, wie ihn Klie (1997, S. 20–21) weiter kritisiert, hat sich allerdings durch Gesetzesnovellierungen verändert. Durch die Einführung des (§ 45 20.11.2019) können Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch anerkannte Dienste betreut werden, dies können sowohl Pflegedienste als auch private Personen, im Sinne des Ehrenamtes sein. Allerdings wurde relativ zeitnah durch die Landesverbände der Pflegekassen in beispielsweise Hessen Einschränkungen getroffen, welche im Schluss nur anerkannten Verbänden mit ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen die Möglichkeit der Betätigung in diesem Arbeitsfeld ließen.

Insgesamt wirkt hier auch die oben bereits erwähnte Quasi-Markt-Situation hinein, die im Bereich der Pflege eine wesentliche Rolle einnimmt (vgl. Fraser 1994, S. 233–234). Hierbei haben die „Konsumenten“ keine freie Wahl, es gibt hier eine Vorauswahl der Kassen. Diese Vorauswahl und Bindung an die Zulassungen der Kranken- und Pflegekassen können Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen nur umgehen, wenn sie sich statt für Pflegesachleistungen für Pflegegeld entscheiden, dann steht ihnen aber wesentlich weniger Leistung zur Verfügung. Die Verringerung der monetären Zuwendung bei der Entscheidung für Pflegegeld bedeutet finanzielle Einschränkungen für die Betroffenen. Das Pflegegeld fällt wesentlich niedriger aus als die zur Verfügung gestellten Mittel der Pflegesachleistungen (§§ 36, 37 20.11.2019). Hauck et al. beschreiben, dass das Pflegegeld schon seiner Höhe nach nicht die Kosten für die erforderlichen Hilfen abdecken kann und daher eher dem Charakter einer „materiellen Anerkennung“ entspricht, (Hauck et al. 2014, § 36 Rn. 9).

Weitere Tendenzen, die die Souveränität der Pflege-Kunden einschränken, sind die Nichtauszahlbarkeit der Leistungen für „Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“. Hier werden Leistungen vorgehalten, im

Sinne eines Budgets bei den Pflegekassen, welche auf Antrag für ausgewählte Dienste in Anspruch genommen werden können, die den oben erwähnten Einschränkungen des (§ 45 20.11.2019) entsprechen und den dazugehörigen Verordnungen der jeweiligen Landesbehörden zur Zulassung von Diensten. Die Ausführungen hierzu sind in den Bundesländern sehr unterschiedlich. In Hessen, eines der Bundesländer, auf das sich hier bezogen wird, strebt darüber insbesondere die Förderung des Ehrenamtes (und der Selbsthilfe) an. (vgl. Rahmenvereinbarung über die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe sowie zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte im Sinne von (§§ 45 c, d 20.11.2019)). Sowohl die Förderung von Selbsthilfe als insbesondere auch die explizite Förderung des Ehrenamtes verweist auf die kapitalistisch geprägten Gesellschaftsstrukturen. Neben der Auslagerung der Reproduktionsarbeit an Familien, wird auch über den Bereich „Ehrenamt“ eine möglichst kostengünstige, familienergänzende, Versorgungsstruktur geschaffen. Ebenfalls ein Arbeitsbereich, in welchem die Tätigkeit von Frauen dominiert.

Insgesamt zeigt sich:

„Pflegebedürftige dürfen nicht auf die Rolle des Kunden von Versorgungseinrichtungen reduziert werden. Diese Zuschreibung, die ursprünglich die Überwindung der schwachen Position von Patienten und Pflegebedürftigen fördern sollte, tendiert in gewisser Weise selbst dazu, ihre Bedürfnisse und Belange zu übergehen. Abgesehen davon, dass sich die meisten von ihnen nicht als Kunden verstehen und ihre Beziehung zu Leistungsanbietern anders definieren, verstellt sie den

Blick auf existentielle Anforderungen der Krankheitsbewältigung“ (Wingefeld 2003, S. 74).

3.3.4. Die Rolle der Frauen in der Pflegeversicherung

Die Rolle der Frau im sozialen Sicherungssystem der USA sieht Fraser mit der Feststellung verbunden, dass dieses Sicherungssystem ein „feminisiertes Terrain“ (1994, S. 226) ist, da erstens sowohl die Anzahl der Empfängerinnen deutlich höher ist, als der Empfänger und zweitens auch im sozialen Bereich ein überwiegender Anteil Arbeitnehmerinnen angestellt ist und drittens, durch den stärker werdenden Eingriff in die private Sphäre und Reproduktionsarbeit (Pflege, Versorgung von Kindern) und durch die Steigerung der Überwachung der in diesem Feld tätigen etabliert wird. Betroffen sind hierbei alle Bereiche, unabhängig davon, ob es sich in diesem Arbeitsfeld um tätige Laien, Ehrenamtliche oder Professionelle handelt (vgl. Fraser 1994, S. 225–226).

In diesen Beschreibungen finden sich Übertragungsmöglichkeiten auf deutsche Verhältnisse und das Pflegeversicherungssystem. Deutlich an den Darstellungen von Nancy Fraser wird, dass sich der Staat aus der Durchführungsverantwortung herauszieht und stärker die Funktion von Überwachung und Definition übernimmt. Das deutsche Pflegeversicherungssystem selbst ist ein angemessenes Beispiel hierfür: „Das heißt, in dem Maße, wie der Gesetzgeber aus Kostengründen die soziale Pflegeversicherung lediglich als familienergänzende Sozialversicherung konzipierte, avanciert seither, und geradezu zwangsläufig, das informelle Pflegepotential und dessen Bereitschaft

und Fähigkeit auch zukünftig informelle Pflege zu leisten, zur „Kalkulationsbasis der Pflegeversicherung“ (vgl. Simon 2003 zit. n. Dammert 2009, S. 15).

Es lassen sich aber auch Beispiele innerhalb der Pflegeversicherung finden: In den gesetzlich verankerten Regelungen der Pflegeversicherung sind es u. a. die Bewertung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK (§ 18 20.11.2019), die wiederkehrenden Überprüfungseinsätze von Pflegediensten bei privat Pflegenden (§ 38 Abs. 3 20.11.2019) sowie auch verankerte Kontrollen der Arbeitsweisen von professionell Pflegenden unter der Perspektive der Qualitätssicherung (insb. § 114 20.11.2019) oder der Wirtschaftlichkeit (§ 79 20.11.2019).

„Die Frauen sind also als Klienten, als bezahlte Beschäftigte in den sozialen Berufen und als unbezahlte Pflegekräfte die wichtigsten Subjekte des sozialen Sicherungssystems“ (Fraser 1994, S. 229). Ergänzend hierzu kommen die ehrenamtlichen Beschäftigungen, die in Deutschland in den vergangenen Jahren einen größer werdenden Bereich darstellen (Altenberichtskommission (BMFSFJ) 2010, S. 189).

In dem hier fokussierten Thema der Pflegeversicherung äußert es sich so, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen entweder in die private Sphäre abgegeben wird oder an den Markt. Im Bereich der professionellen Pflege wird in hochgradig regulierten kapitalistischen Strukturen gearbeitet, was damit einem „Quasi-Markt“ entspricht (Schmid 2002 zit. n. Dammert 2009, S. 48). Dammert führt aus, dass durch die Verbindlichkeiten von Vergütungssätzen in der professionellen Pflege der Preiswettbewerb eines freien Marktes ausgesetzt wird (2009, S. 48) und dieser Ansatz eher einer „kartellartigen Preisabsprache“ (Dietz 2002 zit. n. Dammert 2009, S. 48) gleicht.

In der privaten Sphäre sind durch die traditionellen Rollenbilder, die bezogen auf Pflege noch Bestand haben und von einer „Geschlechterpolarisierung“ (Hoppe 2021, S. 53) auszugehen ist, was auch, der sechste Altenbericht bestätigt: „Die Pflege bleibt im Wesentlichen weiblich: 90 Prozent der Pflegepersonen im Sinne des § 14 SGB XI (mindestens 14 Stunden wöchentlich Pflege Tätigkeit) sind Frauen“ (Drucksache 17/3815, 2010, p. 187). Deutlich wird, dass es sich auch beim deutschen sozialen Sicherungssystem um ein „feminisiertes Terrain“ (Fraser 1994, S. 226) handelt.

„Schließlich sind die Frauen in ihrer traditionellen Eigenschaft als unbezahlte Pflegekräfte Subjekte des sozialstaatlichen Systems und von diesem abhängig. Es ist bekannt, daß die gesellschaftliche Arbeitsteilung den Frauen die Hauptverantwortung für die Pflege derer zuweist, die nicht selbst für sich sorgen können. (...) Solche Verantwortlichkeiten umfassen selbstverständlich die Kinderpflege, aber auch die Pflege kranker und / oder älterer Verwandter, oft der Eltern.“ (Fraser 1994, S. 228)

Und ergänzend in vielen Fällen auch der Schwiegereltern. Dieses Rollenbild wurde und wird gefördert. Dammert spricht in diesem Zusammenhang davon, dass „(...) die Medien Recht und Geld zur Aktivierung informeller Pflegebereitschaften (...)“ (2009, S. 16) genutzt werden. Sie sollen auch die Arbeitskräfte, die dem Markt nicht zur Verfügung stehen, animieren, auf diese Weise das Versicherungssystem zu entlasten.

Zusätzlich bietet Nancy Fraser zwei Arten der Betrachtung und Kritik von Bedürfnisinterpretationen und setzt diese in ein Verhältnis zueinander.

Bei der ersten geht es um das Aufdecken von strukturellen Aspekten der Hegemonie in spätkapitalistischen wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaften, die die Bedingungen für die Reproduktion der Ungleichheiten schaffen und so die dualistische Systematik aufrechterhalten, wie in den Rollenbildern zur Pflegeverantwortung beschrieben. „In den männlich beherrschten, kapitalistischen Gesellschaften wird das, was ‚politisch‘ ist, normalerweise über den Gegensatz zu dem definiert, was ‚ökonomisch‘, ‚häuslich‘ oder ‚persönlich‘ ist“ (Fraser 1994, S. 259). Die gesellschaftlich gewachsenen und aus (politischen) Bedürfnissen und Bedürfnisinterpretationen hergeleiteten Normen und Werte werden so in gesellschaftliche Akzeptanz geführt und stabilisieren das dualistische System. Auf diese Weise werden die zwei Sphären von Zuhause (eher weiblich konnotiert Zuschreibungen) und Öffentlichkeit (eher männlich konnotierte Zuschreibungen) aufrechterhalten (vgl. Fraser 1994, S. 230).

3.3.5. Die politische Auseinandersetzung um Bedürfnisinterpretationen

In der ideologischen Problematik verweist Nancy Fraser auf die Herstellung und Festigung von Normen und Werten im gesellschaftlichen Rahmen, die als faktisch dargestellt und kommuniziert werden.

„Wichtiger ist aber, daß mit ihr [die Art der Formulierung durch das politische System, A.Z.] die Definition der fraglichen Bedürfnisse, um die es geht, als vorgegeben betrachtet wird, so als ob diese Bedürfnisse an sich evident und jeder Diskussion entzogen wären. Dadurch wird uns die Tatsache verstellt, daß die Interpretation der Bedürfnisse von Menschen selbst ein Gegenstand der politischen Auseinandersetzung ist, manchmal sogar ‚der‘ eigentliche Gegenstand“ (Fraser 1994, S. 223).

Bedürfnisse und Identitäten, die sich aus den sozialen Sicherungssystemen ergeben, sind interpretierte Bedürfnisse und Identitäten, die als solche nur nicht immer wahrgenommen oder zur Disposition gestellt werden. Neben der Festlegung der Interpretationen durch das politische System werden diese auch in den Alltagspraxen der Professionellen in den Arbeitsbereichen reproduziert. Beispielsweise im Pflege-Begutachtungsprozess. Mit der Begutachtung durch den MDK ist sogar strukturell eingeführt, dass Bedürfnisse nach Richtlinien-Vorgaben („Begutachtungsrichtlinien“) zu interpretieren sind und ebenfalls welche Bedürfnisse es rechtfertigen, Leistungen nach dem SGB XI zu erhalten und welche nicht.

Zudem ist die Begutachtungssituation eine kommunikative Situation, die über die Kommunikation mit den Betroffenen und den Zu- und Angehörigen zur Interpretation der Bedarfslage führt. Durch diesen Prozess können aufgrund der Informationsasymmetrie Benachteiligungen wirken, die in der Darstellung der Pflegebedürftigkeit begründet sind. Wenn dann auch kulturelle und sprachliche Kommunikationsherausforderungen greifen, verschlechtert es die Chancen auf Leistungen. Mit dem Ausgangspunkt der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten besteht die Möglichkeit flexibler und offener mit den Fragen nach Bedürfnissen umzugehen und diese nicht ausschließlich mit Blick auf die in die Pflegeversicherung überführten Interpretationen zu bearbeiten. Eine Frage ist auch, wie Beratende diese interpretierten Bedürfnisse wahrnehmen. Als interpretiert und änderbar oder als feststehende Ausgangspunkte, an denen die tatsächlichen Bedürfnisse, die in der Beratung kommuniziert werden, ausgerichtet werden müssen?

Nancy Fraser (1994, S. 225) schlägt eine „theoretische Charakterisierung“ von Bedürfnisinterpretationen im Sinne eines „juristisch-administrativ-therapeutischen Staatsapparates“ (JAT) vor. Auch hier soll in einigen Aspekten

Bezug auf das deutsche Pflegeversicherungssystem genommen werden. Das juristische Element ist, anders als in den USA, durch die allgemeine Versicherungspflicht in der deutschen Pflegeversicherung dahingehend geregelt, dass ein Anspruch auf Leistungen dieser Versicherung dem überwiegenden Teil der Bevölkerung zusteht. Nach (§ 33 20.11.2019, Abs. 2): „Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war.“ Für diejenigen, die keinen Anspruch haben, besteht weiter die Möglichkeit, über den Sozialhilfeträger nach dem zwölften Sozialgesetzbuch Leistungen zu erhalten.

Durch die Interpretation der individuellen Lebenssituation der Betroffenen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK-Gutachter*innen) können hier allerdings Fehlinterpretationen auftreten. Auch kann wieder auf die Kommunikationsfähigkeit und die entsprechenden Wissensasymmetrien hingewiesen werden, die in den jeweiligen Begutachtungssituationen und auch bei den Widersprüchen wirken.

Bedürfnisse werden durch das Pflegeversicherungsgesetz in eine solche Struktur gebracht, um sie zu verwalten und eine Selektion von unterstützungswürdigen Maßnahmen und Leistungen zu rechtfertigen. Im sechsten Altenbericht wird ebenfalls auf diese Selektion hingewiesen (Altenberichts-kommission (BMFSFJ) 2010, S. 182), die stark verrichtungsbezogen ist.

An diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen richten sich die möglichen Leistungen aus, die verbunden mit administrativen Vorgängen, der Beantragung verbunden sind. Auch hier gibt es eine Vielzahl an möglichen

Anträgen.³³ Weniger in den konkreten Anträgen, aber dafür sehr viel stärker in den Begutachtungssituationen zur Pflegeeinstufung, müssen die Antragstellenden eine bestimmte Haltung einnehmen. Von den Antragstellern wird gefordert „(...) ihre erlebten Situationen und ihre Lebensprobleme in verwaltbare Bedürfnisse zu übersetzen (...)“ (Fraser 1994, S. 238). In diesem Fall wird diese Erwartung nicht an die Antragstellenden direkt herangetragen, sondern an die Gutachter*innen, die genau für diesen Zweck durch die Kranken- und Pflegekassen beauftragt werden, entsprechende, verwaltbare Bedürfnisse (Bedarfe) nachzuweisen (Fraser 1994, S. 238). Anschließend werden Bescheide ausgestellt, sofern sie zugunsten der Antragstellenden ausfallen, mit der Festlegung einer Pflegestufe (bzw. seit 2017 eines Pflegegrades). Für diese verwaltbaren Bedürfnisse wurden zuerst drei Pflegestufen eingeführt, Anfang 2013 dann eine vierte Pflegestufe. Seit 2019 wurden die Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt. Über diese Pflegegrade (wie vorher über die Pflegestufen) werden die individuellen Bedürfnisse „(...) quantifiziert – zu Äquivalenten einer Geldsumme gemacht“ (Fraser 1994, S. 238).

Das (quasi) therapeutische Moment, welches Nancy Fraser unter dem Blickwinkel einer normalisierenden Funktion betrachtet, kann auf das deutsche Pflegeversicherungssystem nur bedingt übertragen werden, da hierbei eher nicht von pathologisiertem Sozialverhalten ausgegangen wird, wenn es um Pflege geht. Unter diesem Fokus kann man bedingt die Zu- und Angehörigen fassen. Sie geraten stärker in den Blick, da sie in den vergangenen Jahren verstärkt zur Wahrnehmung von Angeboten von Entlastungsmöglichkeiten aufgefordert werden. Diese wurden in verschiedenen Gesetzes-Novellierungen u. a. fokussiert ausgebaut und erweitert (beispielsweise der Ausbau

³³ Zum Beispiel Einstufungsantrag, Verschlechterungsantrag, Antrag auf Verhinderungspflege, Antrag auch Hilfsmittelversorgung, etc., auf welche teilweise bereits eingegangen wurde

der Tagespflegebetreuung, der Verhinderungspflege und der Anspruch auf Beratung). Hier ist die Bestrebung, durch Entlastungsmöglichkeiten, auf die familiären Pflegepotentiale längerfristig zugreifen zu können. Durch Angebote zur Entlastung soll eine Überforderung und somit ein Wegbrechen der privaten Pflegearrangements verhindert werden. Diese Angebote haben häufig auch therapeutischen Charakter, wie Selbsthilfegruppen, Beratungsangebote oder Seelsorgeangebote.

Nancy Fraser stellt in ihren Ausführungen aber auch klar, dass es Handlungsräume gibt, in denen Veränderungen von Bedürfnisinterpretationen stattfinden können. Diese „davongelaufenen Bedürfnisse“ werden dann im ‚Gesellschaftlichen‘ aufgefangen und treffen dort auf konflikthafte, rivalisierende Bedürfnisinterpretationen (vgl. Fraser 1994, S. 262)

„Um es zusammenzufassen: In den spätkapitalistischen Gesellschaften treten die davongelaufenen Bedürfnisse, die aus den Enklaven ausgebrochen sind, in den hybriden diskursiven Raum ein, den Arendt treffend ‚das Gesellschaftliche‘ nannte. Sie können dann zu Schwerpunkten der auf Krisenbewältigung ausgerichteten Staatsinterventionen werden. Diese Bedürfnisse sind also Kennzeichen größerer sozialstruktureller Verschiebungen der Grenzen, die das voneinander trennen, was als ‚politische‘, ‚ökonomische‘ und als ‚häusliche‘ Lebenssphäre klassifiziert wird“ (Fraser 1994, S. 264).

Fraser unterscheidet drei rivalisierende Interpretationsformen, die Einfluss nehmen auf Bedürfnisse, die in den Handlungsraum des Gesellschaftlichen gelangt sind: den oppositionellen Diskurs, den Expertendiskurs und den Reprivatisierungsdiskurs.

In der Übertragung auf die deutsche Pflegeversicherung bedeutet dies, dass im Rahmen des von Fraser in Anschluss an Arendt, als „das Gesellschaftliche“ definierte, die Kommunikation über Bedürfnisse in der Pflege oder auch von pflegenden Angehörigen stattfindet. Politische Veränderungen der Bedürfnisinterpretationen, können also nur stattfinden, wenn Bedürfnisse bzw. deren Interpretationsformen aus der privaten Sphäre in das Gesellschaftliche überführt werden. Allerdings besteht neben dem ausgebrochenen Bedürfnis Betroffener auch ein gewisser externer Druck, aus der ökonomischen Sphäre, um Bedürfnisse / Bedürfnisinterpretationen aus dem Gesellschaftlichen aufzugreifen. Im Fall der Pflege ist es die steigende Anzahl an Personen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen eingewiesen werden und die eigenen Kostenanteile nicht selbst bestreiten können. Durch eine stärkere Belastung der Pflegeversicherung - mit dementsprechend gedeckeltem Budget und der höheren Belastungen der Kommunen durch Hilfe zu Pflege, besteht ebenfalls ein Druck, diese Neuinterpretationen weiterhin die private Sphäre zu fokussieren.

Im oppositionellen Diskurs werden unterschiedliche Standpunkte vertreten, beispielsweise von Pflegekräften und pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen selbst bzw. deren Interessenvertretungen, Menschen mit Behinderungen, Vertretern pflegebedürftiger Kinder und vielen weiteren. „Die Interessenvertretung der Pflegebedürftigen nach § 118 SGB XI besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der sechs maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen. Dazu gehören neben der BAGSO der Verbraucherzentrale Bundesverband, die BAG Selbsthilfe e.V., die Interessensvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland e.V., der Sozialverband Deutschland e.V. und der Sozialverband VdK Deutschland e.V.“ (BAGSO -

Bundesarbeitsgemeinschaft der -Seniorenorganisationen e.V.). Weitere Interessenvertretungen³⁴ wären noch der BIVA Pflegeschutzbund³⁵ oder „Wir Pflegen E.V.“³⁶

Oppositionelle Formen der bedürfnisorientierten Rede treten auf, wenn Bedürfnisse von unten politisiert werden, sie tragen bei untergeordneten sozialen Gruppen zur „Kristallisierung neuer sozialer Identitäten bei“ (Fraser 1994, S. 264) und Betroffene haben dadurch die Möglichkeit, „(...) die ihnen bislang zugeschriebenen subalternen Identitäten und Rollen sowie traditionell verdinglichten und nachteiligen Bedürfnisinterpretationen anzufechten, die sie sich bisher zu eigen machten.“ (Fraser 1994, S. 265) Personen oder Personengruppen bestreiten damit die offiziellen Grenzen des „häuslichen“ oder „ökonomischen“ und der „persönlichen“ Zuschreibung und politisieren es, sie bringen gleichzeitig alternative Bedürfnisinterpretationen vor, die in veränderte / alternative Um-zu-Relationen eingelagert sind. Sie schaffen auch breitere oder neue Diskurs-Öffentlichkeiten, um (hegemoniale) Bedürfnisinterpretationen zur Disposition zu stellen und Alternativen aufzuzeigen.

Die bedürfniszentrierte Rede ist hierbei „(...) ein Moment in der Selbstkonstitution neuer kollektiver Akteure oder sozialer Bewegungen.“ (Fraser 1994, S. 265) Sie bilden hierbei neue Formen der Kommunikation und neues Vokabular, um Verhältnisse, Situationen und Bedürfnisse zu beschreiben und daran anschließende veränderte, neue oder erweiterte Bedürfnisinterpretationen zu liefern (Bsp.: Frauenbewegungen: Themen Vergewaltigung in der Ehe, Sexismus, Doppelbelastung u. ä.). Ein Beispiel für den Expertendiskurs

³⁴ Dies stellt nur eine Auswahl dar und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

³⁵ <https://www.biva.de/>

³⁶ <https://www.wir-pflegen.net/interessenvertretung/pflegende-eltern>

ist die Bestimmung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dieser wurde 2017 in die Gesetzgebung der Pflegeversicherung verankert. Zuvor allerdings wurde der seit 1995 gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff stark kritisiert, aufgrund seiner Verrichtungsbezogenheit und der Tatsache, dass nicht somatische Erkrankungen, wie Demenz, keine ausreichende Berücksichtigung erfahren. Expertendiskurse verknüpfen die Volksbewegungen mit dem Staat. Sie sind im Kontext sozialer Problemlösungstechniken, der Institutionsbildung und der Berufsgruppenbildung zu verstehen. Politisierte Bedürfnisse werden zu „Anwärtern auf staatlich organisierte Versorgungsmittel“ (Fraser 1994, S. 268). Neben den Diskursen, die direkt von der Politik aufgegriffen und dort über die benannte Expertenkommission bearbeitet werden, wird die mögliche Ausgestaltung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch in vielen anderen Bereichen diskutiert. „Diese Bedürfnisse werden folglich zum Gegenstand einer weiteren Gruppe von Diskursen: dem in verschiedenen ‚privaten‘, ‚halböffentlichen‘ und staatlichen Institutionen wurzelnden Komplex von ‚Expertendiskursen‘ über öffentliche politische Maßnahmen“ (Fraser 1994, S. 268). Hier gibt es Anknüpfungspunkte an die Sozialwissenschaften, worauf die vorliegende Arbeit hinweist, aber auch juristische Institutionen, Schulen, öffentliche Medien sowie administrative, therapeutische und medizinische Diskurse (vgl. Fraser 1994, S. 269). Häufig werden diese Diskurse aber nur auf spezialisierte Teilöffentlichkeiten beschränkt und zu sozialen „Problemlösungstechniken“ eingesetzt. Teilweise können hierbei das Vokabular und der Diskurs selbst aber auch in eine breitere Öffentlichkeit eintreten, so werden diese durchlässig oder sogar zu „Brücken-Diskursen“ (Fraser 1994, S. 269).

Ein Beispiel ist die mediale Präsenz des Themas Demenz, welche in den vergangenen Jahren stark zugenommen hat. (Beispielhaft die ARD-Themenwoche „Demenz“ 2009, der Dokumentarfilm „Vergiss mein nicht“ 2012 oder die Tragikomödie „Honig im Kopf“ 2014). Häufig dienen diese

Umschreibungsoperationen als Verfahren zur Übersetzung politisierter Bedürfnisse in verwaltbare Bedürfnisse, wie die eben beschriebene Expertenkommission zur Erstellung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Dadurch wird das politisierte Bedürfnis abstrakter und aus seinem Kontext heraus gelöst - zu einer Lage gemacht, in die jeder / jede kommen kann. Es führt dazu, dass Menschen in Passivität gedrängt - und zu „(...) potentiellen Adressaten vordefinierter Sozialleistungen (...)“ (Fraser 1994, S. 270) werden. Die Handlungsebene der Menschen, die diese Bedürfnisse aufzeigen oder für die Bedürfnisinterpretation gekämpft haben, gerät in den Hintergrund. Letztlich tendieren diese Expertendiskurse dazu, entpolitisiert zu wirken.

In den Reprivatisierungsdiskursen werden potenzielle Anhänger in ihrer gespaltenen Identität angesprochen. Vertreter der Wählerschaft versuchen, die aufgetretenen Probleme und den Widerstand gegen die interpretierten Bedürfnisse zurückzubringen in die jeweilige Sphäre.

Beispielhaft hierfür sind die Bedürfnisse von Demenzkranken bzw. deren Zu- und Angehörigen, die aufgrund der fehlenden somatischen Einschränkungen lange Zeit keinen (später nur einen eingeschränkten) Anspruch auf Leistungen hatten und dennoch im Bereich Betreuung hohe Aufwendungen haben. Das Ausbrechen der Bedürfnisse ist aus zahlreichen Überforderungssituationen entstanden, die in das Gesellschaftliche hineingetragen wurden. Die Politik greift diese – in Leistungsansprüchen interpretierten – Bedürfnisse auf und interpretiert sie neu. Bezogen auf das Beispiel werden Verbesserungen und Ausweitungen der Entlastung pflegender Angehöriger im Leistungskatalog implementiert. Wenn damit die Situation der pflegenden Zu- und Angehörigen ausreichend verbessert wird, kann das ausgebrochene Bedürfnis wieder ins System integriert und somit in die private Sphäre überführt

werden. Ist dies nicht der Fall, bleibt es im Gesellschaftlichen und hat so die Chance von der Politik neu bewertet zu werden.

Die regelmäßigen Anpassungen im SGB XI in den vergangenen Jahren, machen diesen Umstand deutlich, da die angebotenen Entlastungen³⁷ nicht ausreichend waren, um die interpretierten Bedürfnisse wieder in das System zu integrieren - also in die private Sphäre zu überführen.

Unter den Reprivatisierungsdiskursen kann man auch die Aktion von Daniel Bahr (Bundesminister für Gesundheit 2011-2013) „ich pflege, weil ...“ verstehen:

„Zur Teilnahme an der Aktion ‚Ich pflege, weil ...‘ des Bundesgesundheitsministeriums sind alle Pflegenden – ganz gleich, ob beruflich, ehrenamtlich oder in der Familie – eingeladen. Unter www.ich-pflege-weil.de können sie Statements und Fotos hochladen, um auf das gesellschaftlich so wichtige Thema Pflege aufmerksam zu machen und so zu Pflegebotschaftern zu werden“.

Indem diese Kampagne das Thema „Pflege“ öffentlich aufgreift, versucht es öffentlich immaterielle Anerkennung zu fördern. Dies passiert aber, ohne finanzielle Ressourcen für Pflegenden aufzuwenden und ohne an Änderungen von Bedürfnis-Interpretationen interessiert zu sein. Es ist daher als eine Kampagne zu verstehen, die auf ihre jeweiligen Sphären verweist und versucht, die Gegebenheiten in der Pflege zu stabilisieren, sogar über die Akquise von

³⁷ Hier als Gesamtbeschreibung verschiedener verabschiedeter Pakete zur Verbesserung der insbesondere häuslichen Pflegesituation zu verstehen.

„Pflegebotschaftern“ weitere Anhänger zu generieren, die die aktuellen Arrangements mittragen.

„Das Gesellschaftliche ist vielmehr der Sitz des Diskurses über die Bedürfnisse der Menschen, besonders über diejenigen Bedürfnisse, die aus der häuslichen und / oder der offiziellen ökonomischen Sphäre ausgebrochen sind, in denen sie zuvor als ‚private Angelegenheiten‘ eingeschlossen waren. Demzufolge ist das Gesellschaftliche ein Ort des Diskurses über problematische Bedürfnisse, die den anscheinend (aber nicht wirklich) selbstregulativen, häuslichen und offiziellen ökonomischen Institutionen der männlich beherrschten, kapitalistischen Gesellschaften überschritten haben“ (Fraser 1994, S. 241).

Deutlich wird, dass mit der aufgezeigten Kampagne eben genau diese von Fraser beschriebene Diskussion und ein entsprechender Ausbruch von Bedürfnissen nicht stattfinden. Mit diesen Aussagen und Handlungen wird sogar verhindert, dass problematische Themen und nicht befriedigte Bedürfnisse in der Pflege in „das Gesellschaftliche“ einmünden. Stattdessen werden die jeweiligen Pflegebotschafter ihren Sphären zugeordnet und es findet kein Diskurs über die Bedürfnisse statt. Reprivatisierungsdiskurse treten häufig als Reaktion auf die oppositionellen Diskurse auf, sie verdeutlichen die eingewurzelten Bedürfnisinterpretationen. Hierbei wird versucht, die Grenzen wieder zu schließen sowie Häusliches und Ökonomisches wieder in den vorgesehenen Ebenen einzulagern. „(...) [D]iskursiv betrachtet heißt das Entpolitisierung“ (Fraser 1994, S. 266), Argumente sind hier die Verweise auf die jeweiligen Sphären des Privaten oder der Ökonomie und die Abwehr einer politischen Diskussion bis hin zur Naturalisierung von Interpretationen. Bezogen auf das oben genannte Beispiel ist eine Tendenz zur Naturalisierung

zu erkennen, indem auf die Selbstverständlichkeit der Pflege in den jeweiligen Bereichen (private, ehrenamtliche oder berufliche Pflege) hingewiesen wird. Häufig werden hier Bedürfnisinterpretationen vermischt und durch das Aufgreifen sowohl alter als auch neuer Argumente, die Interpretationen erst als solche kenntlich gemacht und dadurch zur Disposition gestellt. Zusammen gesehen bilden diese drei rivalisierenden Reden die Achsen des Kampfes, um die Bedürfnisse in spätkapitalistischen Gesellschaften, zwischen Politisierung und Entpolitisierung.

Im Gesellschaftlichen können aber auch die „davongelaufenen Bedürfnisse“ in Forderungen nach staatlicher Versorgung übersetzt werden. So kommt auch sozialen Einrichtungen, die in den entsprechenden Bereichen aktiv arbeiten, eine gespaltene Rolle zu (vgl. Fraser 1994, S. 263):

„Sie versorgen auch Klienten und die gesamte Öffentlichkeit mit einer zwar stillschweigenden, aber dennoch machtvollen interpretativen Topografie normativ ausgezeichneter und unterschiedlich bewerteter Geschlechtsrollen und geschlechtlich bestimmter Bedürfnisse. Folgerichtig mischen auch die verschiedenen Zweige des Sozialstaats in der Politik der Bedürfnisinterpretation mit“ (Fraser 1994, S. 264).

Konkret bezogen auf die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten kann hieraus geschlossen werden, dass die beschriebenen hegemonialen und normativen Interpretationen auch in den konkreten Beratungssituationen wirken und Einfluss nehmen.

3.4. Bedürfnisse als konstruierte Bedürfnisse

In Kapitel 3 wurden verschiedene Bedürfnisverständnisse eingeführt und die Bedeutung von Bedürfnissen für die Pflegeberatung eingeordnet sowie eine Abgrenzung zu Bedarfen vorgenommen, insbesondere mit dem Bezug zur Pflegeversicherung. Anschließend folgte eine Auseinandersetzung mithilfe der Theorie der Bedürfnisinterpretation von Nancy Fraser, durch welche ungleichheitsgenerierenden Facetten der Interpretation von Bedürfnissen in Bedarfe des SGB XI und Bezüge zum SGB XII aufgezeigt wurden. Abschließend soll noch einmal die theoretische Auseinandersetzung mit Bedürfnissen zusammenfassend resümiert und die weitere Begriffsverwendung im Rahmen dieser Forschung fokussiert werden.

Ausgehend von den Erkenntnissen der vorherigen Kapitel werden zwei Tendenzen analytisch deutlich, an denen sich beratende Personen in Pflegestützpunkten in ihren Beratungen orientieren. Einerseits normative Ausrichtungen, die den beratenden Personen zur Verfügung stehen: die konkrete Orientierung an den Bedarfen, wie diese im SGB XI festgeschrieben sind oder in den Begutachtungsberichten des MDK. Diese sind, wie die Ausführungen nach Fraser zeigen konnten, in weiten Teilen ungleichheitsgenerierend und bringen Benachteiligungen für viele Zielgruppen, insbesondere auch für die hier fokussierte Personengruppe der Migrant*innen, mit sich. Zudem müssen sie zu den jeweiligen Verhältnissen in der Beratung relationiert werden, was unterschiedlich stark in den Beratungen umgesetzt wird. Das zeigt sich in der zweiten Orientierung, der Auseinandersetzung mit den Ratsuchenden, um sich innerhalb der Beratungen auf die konkreten Bedürfnisse und deren Bedürfnisbefriedigungen zu verständigen. Im empirischen Material werden

beide Orientierungen deutlich, wozu sich sowohl die beratenden Personen verhalten als auch die Ratsuchenden.

Im Forschungsprojekt OPEN, welches in Kapitel 1.1 konkreter ausgeführt ist, wurde sich den Strategien der beratenden Personen mithilfe einer Typisierung genähert, wurden diese Strategien unterschiedlichen Typen zugeordnet. Im OPEN-Projekt wurden idealtypisch rekonstruierte Beratungstypen erarbeitet, welche sich auf diese beiden Orientierungen beziehen. Es konnte als Grunddilemma beschrieben werden, dass „(...) die Spannung zwischen einerseits der Notwendigkeit, auf die Individualität und Einzigartigkeit der Lebensverhältnisse der Beratenen eine passgenaue Antwort zu finden, und auf der anderen Seite diese zugleich unter im SGB geregelte Anspruchsberechtigungen zu subsumieren, (...)“ (May und Zein 2018b, S. 130) eine wesentliche Anforderung der beratenden Personen im Prozess der Pflegeberatung darstellt. In der OPEN-Typisierung der beratenden Personen wurde dieses Dilemma unterschiedlich aufgelöst. Es gab hier verschiedene Nuancierungen, auf welche im Kapitel 1.1 näher eingegangen wurde.³⁸ Das Grunddilemma wurde in OPEN zwischen dem „SGB-orientierten Beratungstypus“ und dem „fallorientierten Beratungstypus“ (vgl. May und Zein 2018b, S. 131) beschrieben. Während der SGB-orientierte Beratungstypus grundsätzlich das Dilemma „zugunsten der gesetzlichen Vorgaben und formalen Strukturen aufzulösen“ (May und Zein 2018b, S. 131) versucht, überlässt der fallorientierte Beratungstypus „die Strukturierung und Themensetzung eher den Ratsuchenden, weil er sich stärker auf die psychosoziale Begleitung und Unterstützung der Ratsuchenden nah an deren Lebenswelt stützt“ (May und Zein 2018b, S. 131). Auch wenn hier Tendenzen in der Art der Auflösung des Grunddilemmas bei beratenden Personen bestehen, bleibt die Auflösung nicht

³⁸ Weitere Ausführungen zu den Typen: May und Zein 2018b, 2018a; May et al. 2017b

einseitig, sondern muss mit dem Gegenüber ausgehandelt werden, denn auch die Ratsuchenden kommen mit ihren Vorstellungen in die Beratungen, welche sie auch in Form von Fragen, Wünschen und Bedingungen einbringen. In allen in OPEN rekonstruierten Beratungstypen erfolgt die Aushandlung (je nach Typen mehr oder weniger, siehe Kapitel 1.1) dialogisch. Insbesondere der fallorientierte Typus zeigt eine stark dialogisch ausgerichtete Haltung gegenüber den Bedürfnissen der Ratsuchenden und den pflegebedürftigen Personen. Zusammenfassend wird also deutlich, dass auf der Mikro-Ebene der Pflegeberatung Bedürfnisse nicht einseitig festgelegt werden, sondern zwischen den an der Pflegeberatung beteiligten Parteien ausgehandelt werden. Die Chancen, wie diese Aushandlungen durch die Beteiligten gestaltet werden können, zeigt die Bedeutung einer machtsensiblen Perspektive aus, auf welche in Kapitel 6 näher eingegangen wird.

In der Analyse und Interpretation des vorliegenden empirischen Materials soll kein Versuch unternommen werden, die ‚wahren‘, individuellen Bedürfnisse der Beteiligten an der Pflegeberatung zu rekonstruieren. Mägdefrau (2007) verweist in diesem Sinne darauf, dass Bedürfnisse nicht direkt erhoben, sondern nur als hypothetische Konstrukte erforscht werden können, deren Rückschlüsse von Beobachtung zur Interpretation problematisch sind (vgl. Mägdefrau 2007, S. 93). Diese Problematik wurde in diesem letzten Kapitel aufgegriffen und es konnte gezeigt werden, dass die Äußerungen über Bedürfnisse zu den Verhältnissen der Lebenswelt und der Alltagsbewältigung relationiert (vgl. Ziegler 2011, S. 126) sind. Daher soll im weiteren Verlauf die Bezeichnung „konstruierte Bedürfnisse“ genutzt werden, um auf dieses hypothetische Konstrukt zu verweisen. Im Rahmen der hier betrachteten Aushandlung, innerhalb der Pflegeberatung, soll damit darauf verwiesen werden, dass dies in der Beratung hergestellt oder (ko-)konstruierte Bedürfnisse sind. Die Unterscheidung zwischen Bedürfnissen und konstruierten Bedürfnissen

ist aus meiner Sicht deshalb sinnvoll und notwendig, da in der Beratung in meinem empirischen Sample (siehe 4.3 Theoretical Sampling), die Beteiligung der betroffenen pflegebedürftigen Personen kaum bis gar nicht stattfindet. Somit können, wie die Auswertungen zeigen werden, auch keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Bedürfnisse diese Personengruppe in die Aushandlung einbringen würde. Aber auch die anwesenden Ratsuchenden sind im Sinne ihres „Ausdrucksvermögens“ (Negt und Kluge 1992, S. 32), wie bereits im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, eingeschränkt in der Äußerung von Bedürfnissen. Des Weiteren sind diese in der Regel mit den Bedürfnissen anderer Akteure verschleiert, beispielsweise mit den Bedürfnissen weiterer Angehöriger, dem Verhältnis zu den pflegebedürftigen Personen oder auch mit gesellschaftlichen Diskursen. Daher sind bereits die Bedürfnisäußerungen, mit denen die Ratsuchenden in der Beratung auftreten, aus meiner Sicht konstruierte Bedürfnisse, die sich aus den Anforderungen der individuellen Care-Konstellationen heraus ergeben. Dies wird vor allem darüber deutlich, wie Wunsch- und Bedürfnisäußerungen zur Care-Konstellation begründet werden, worauf die Auswertung Hinweise gibt. Über die Beratung werden Bedürfnisse der individuellen Care-Konstellation erarbeitet. Da diese neben der eben beschriebenen Verschleierung zusätzlich den Einflüssen des Erbringungskontextes sowie des Erbringungsverhältnisses (vgl. Schaar-schuch und Oelerich 2005, S. 13; May und Zein 2018a, S. 43) in der Pflegeberatung unterliegen, zu denen ich auch Machtverhältnisse zähle, die in der Beratung wirken, ist auch hier die Möglichkeit, individuelle Bedürfnisse der beteiligten Personen zu rekonstruieren, aus meiner Sicht nicht sinnvoll und für die Bearbeitung meiner Forschungsfragen auch nicht notwendig.

Mit Nancy Fraser habe ich aufgezeigt, dass individuelle Situationen und Herausforderungen „in verwaltbare Bedürfnisse übersetzt“ (Fraser 1994, S. 238) werden, für welche über einen Leistungskatalog (hier insbesondere

das SGB XI) Bedürfnisbefriedigungen vorgegeben sind. Anders ausgedrückt geht es um diese „monologischen, expertokratischen und/oder wohlfahrtsbürokratisch verordnenden Formen der Interpretation von Bedürfnissen der betroffenen Subjekte“ (Ziegler 2011, S. 121). Diese in Bedarfe übersetzten Bedürfnisse entsprechen aber überwiegend nicht den realen „erfahrenen Situationen“ und „Lebensproblemen“ (Fraser 1994, S. 238) der Ratsuchenden in der Pflegeberatung, oder denen der pflegebedürftigen Personen. Kritisch betrachtet bleiben in dem in 3.3 ausgeführten Modell von Nancy Fraser die moralischen und erkenntnistheoretischen Fragen nach einer „guten“ Interpretation von Bedürfnissen eher vage. Sie schlägt hierzu „(...) eine Theorie der Rechtfertigung von Interpretationen (...)“ (Fraser 1994, S. 281) vor, weist aber auch darauf hin, dass es keine objektiven Kriterien einer guten oder richtigen Rechtfertigung gibt.³⁹

Im Anschluss an Nancy Fraser wird für die vorliegende Forschungsarbeit kein feststehender Bedürfnisbegriff genutzt. Bedürfnisse sind polymorph und bieten einen Bezugspunkt zur Analyse dessen, was in der Versorgung und

³⁹ Fraser schlägt stattdessen vor Rechtfertigungen den sozialen Prozess betreffend - in welchem eine Interpretation entsteht - nach Kategorien zu bewerten wie inklusiv vs. exklusiv, hierarchisch vs. egalitär (bezogen auf die Beziehung unter den Gesprächspartnern). Interpretationen sollten demnach über einen kommunikativen Prozess erreicht werden und den „(...) Idealen von Demokratie, Gleichheit und Fairness möglichst nahe kommen“ (Fraser 1994, S. 281). Ebenso sollten nach Fraser die Folgen berücksichtigt werden, die alternativen, distributiven Ergebnisse rivalisierender Interpretationen vergleichend, unter Berücksichtigung der Deckung von Herrschaftsverhältnissen, Benachteiligung von Gruppen, von Rationierung, der Einhaltung der separaten Sphären und damit der Stützung von Ungleichheit. Eine Balance zwischen den Prozesskriterien und den Folgen sollte nach Fraser gegeben sein (vgl. Fraser 1994, S. 281-282). Fraser bezieht diese Rechtfertigungen zwar auf die politische Ebene der Bedürfnisinterpretation, dennoch bietet sie in ihren Ausführungen auch einige Hinweise dazu, wie auf der Mikroebene der Beratungen ein analytischer Fokus gesetzt werden kann.

Lebensgestaltung von pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen für die jeweiligen Situationen sinnvoll ist. Wenn das in Kapitel 3.3.5 beschriebene juristisch-administrativ-therapeutische System (JAT), wie aufgezeigt insbesondere dazu beiträgt, Bedürfnisse in Bedarfe zu übersetzen, um diese auf Verwaltbarkeit und auf bestehende und häufig vom Gesetz vorgegeben Bedürfnisbefriedigungen zuzuschneiden, können diese als monologisches Management der Bedürfnisbefriedigung im empirischen Material analysiert werden. Ebenso können Momente der dialogischen, partizipativen Prozesse der Bedürfnisinterpretation identifiziert und nachgezeichnet werden, wie diese in die Bedürfniskonstruktion in der Beratung einfließen. Eine analytische Perspektive auf diesen Prozess der Bedürfniskonstruktionen sowie deren Bedürfnisbefriedigungen bietet die Hinwendung zu einer Aushandlungsperspektive, die für die Auswertung fokussiert wird. Die methodologische Haltung, die dabei eingenommen wird, wird im nächsten Kapitel aufgezeigt und für das hier genutzte Verständnis von Aushandlung (von konstruierten Bedürfnissen) konkretisiert.

4 Methodologie und methodisches Vorgehen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen zur Situation der Pflegeberatung und den damit verbundenen Herausforderungen der Aus- handlung von Bedürfniskonstruktionen schlieÙe ich wissenschaftstheoretisch an das interpretative Paradigma und im Besonderen an den Pragmatismus⁴⁰ an. Individuen nehmen demnach in ständiger Wechselbeziehung gegenseitig Einfluss auf ihr Handeln und Denken.

„Der Pragmatismus ist eine Philosophie des Handelns, die sich dafür interessiert, wie Menschen im Handeln der Welt begegnen, wie sie die praktischen Probleme ihres Lebens angehen. Menschen entwickeln dabei Routinen des Deutens und Handelns, aber sie zeigen auch Kreativität, wenn sie Störungen oder Irritationen erfahren“ (Keller 2012, S. 33).

Dieser wie auch weitere Ansätze werden dem interpretativen Paradigma zugeordnet und gehen davon aus, dass soziale Realitäten und die darin statt- findenden Interaktionen durch interpretative Prozesse entstehen. Der Ansatz betont den aktiven und kreativen Gebrauch von Zeichen und Symbolen durch Menschen, das fortlaufende Zusammenspiel von Deutung und Handeln in konkreten Situationen sowie die interaktive Konstruktion sozialer

⁴⁰ „Als Hauptvertreter der Philosophie des Pragmatismus gelten Charles S. Peirce (1839– 1914), William James (1842–1910) und John Dewey (1859–1952) sowie (...) George Herbert Mead (1863– 1931)“ (Keller 2012, S. 32).

Ordnungen. Der Pragmatismus fokussiert sich auf das Handeln und die Begegnungen der Menschen (vgl. Keller 2012, S. 17).

Der symbolische Interaktionismus ermöglicht konkret eine Fokussierung von Interaktionen, um die es in der Beratungssituation der Pflegeberatung (und insbesondere mit meinem empirischen Material) geht. Er untersucht, wie soziale Phänomene durch Interaktionen entstehen und welche Rolle dabei die Deutungsprozesse der Beteiligten sowie die wechselseitige Abstimmung dieser Deutungsprozesse spielen. „Nicht der einzelne Akteur kann hier Angelpunkt der Überlegungen sein, sondern nur der Handelnde inmitten anderer Handelnder“ (Joas und Knöbl 2013, S. 190). Der Ansatz betont die Verflechtung von Denken und Handeln sowie die Bedeutung von Interaktions- und Kommunikationsprozessen vor dem individuellen Handeln (vgl. Keller 2012, S. 83–84). Die Bedeutung für meine Forschung wird in den nun folgenden Ausführungen hervorgehoben und näher beschrieben.

Der im letzten Kapitel dargestellte Umgang mit (konstruierten) Bedürfnissen verweist ebenfalls auf diese methodologische Haltung. Die polymorphen Bedürfnisse der ratsuchenden und pflegebedürftigen Personen werden im dialogischen Prozess der Pflegeberatung (neu) konstruiert und für die Frage von Bedürfnisbefriedigungen darüber zugänglich gemacht. Dabei geht es um die Aushandlung dessen, was in der Situation Pflegeberatung als Bedürfnis durch die Beteiligten interpretiert wird und wie diese Interpretationen sich im Beratungsprozess zeigen, durchsetzen aber auch verändern. Deutlich wird, dass der Begriff der „Aushandlung“ zentral ist. Er soll daher über zwei Wege hergeleitet werden: zum einen über den einleitend schon angeklungenen symbolischen Interaktionismus und zum anderen über eine machtsensible Perspektive, welche in Anlehnung an Norbert Elias' relationalen Machtbegriff ausgedeutet wird.

Daran schließt eine Konkretisierung der Datengrundlage auf der Basis des Praxisforschungsprojektes OPEN an, in welchem die Datenerhebung stattgefunden hat. Um hier Redundanzen zu vermeiden, konzentriere ich mich auf das theoretical Sampling aus den durch das Projekt entstandenen empirischen Daten.

Es folgt dann eine Auseinandersetzung mit der Situationsanalyse, diese nähert sich einem Begriff von Situation und wendet sich dann dem praktischen und reflexiven Vorgehen in der Durchführung der Forschung zu. Neben der Beschreibung der drei Mappingstrategien sowie dem reflexiven Vorgehen und Nutzen dieser Methode wird über dieses Kapitel auch forschungspraktisch der im Begriff der Aushandlung eingeführte Machtbegriff in Anlehnung an Norbert Elias zu einer relationalen Machtanalyse mit der Situationsanalyse verbunden.

4.1. Aushandlung

Wie bereits in der Einleitung und in den bisherigen Ausführungen deutlich wurde, nimmt der Begriff der Aushandlung einen zentralen Platz in der Rekonstruktion der Abstimmung über die Bedürfnisse der an der Pflegeberatung Beteiligten ein. Aushandlungen allgemein finden in verschiedenen sozialen Kontexten statt, sei es in persönlichen Gesprächen, in Gruppen oder in größeren gesellschaftlichen Zusammenhängen. Während des Aushandlungsprozesses verhandeln Individuen miteinander über die Bedeutung von sozialen Regeln, Normen und Werten. Diese „determinieren nicht das Verhalten von Menschen, weil sie von den Menschen erst interpretiert werden müssen. Das heißt, eine Norm kann von Situation zu Situation völlig unterschiedlich auf den Handelnden ‚einwirken‘, weil es sich erst in der Situation entscheidet,

wie die Handelnden diese Norm tatsächlich ausdeuten“ (Joas und Knöbl 2013, S. 196).

Diese jeweiligen Deutungen fließen in den Prozess der Aushandlung ein. Verhandlungen sind daher dynamisch und können von vielen Faktoren beeinflusst werden, insbesondere durch persönliche Erfahrungen, soziale Strukturen und kulturelle Hintergründe. Der symbolische Interaktionismus, auf den hier konkret eingegangen wird, betont die aktive Rolle der Individuen bei der Konstruktion sozialer Realität durch die Aushandlung von Bedeutungen. Diese Aushandlungen sind entscheidend für die Bildung von Identitäten, sozialen Normen und kulturellen Mustern in einer Gesellschaft. „Es ist der soziale Prozeß des Zusammenlebens, der die Regeln schafft und aufrechterhält, und es sind nicht umgekehrt die Regeln, die das Zusammenleben schaffen und erhalten“ (Blumer 2004, S. 340). In der konkreten Pflegeberatung werden durch und über diese Aushandlungen Bedürfnisse kommuniziert. Diese Bedürfnisse sind, wie die Ausführungen im Kapitel 3 aufzeigen, hochgradig abhängig von den persönlichen Erfahrungen, den sozialen Strukturen und den kulturellen Hintergründen. Neben diesen drei Abhängigkeiten zeigt sich im empirischen Material, wie auch theoretisch in Beratungsbezügen, eine machtsensible Perspektive als relevant. Diese Perspektive und die konkrete Rekonstruktion von Machtprozessen in dem empirischen Material – den aufgezeichneten Pflegeberatungen – werden mit Nibert Elias‘ relationalem Machtbegriff gefasst. Elias‘ Perspektive auf den Begriff der Aushandlung ist in seinen Ausführungen eher auf langfristige Prozesse ausgelegt, da er als Prozesssoziologe und Menschenwissenschaftler stärker diese Perspektive betont. Wie aber die Ausführungen zeigen werden, ist sein relationaler Machtbegriff auf Interaktionen – wie die der Pflegeberatung – anwendbar und in der konkreten Analyse der Machtprozesse auf der Mikroebene fruchtbar.

4.1.1. Symbolischer Interaktionismus

Aus dem Pragmatismus hervorgegangen ist der Symbolische Interaktionismus. Er ist eine bedeutende Teilströmung des Interpretativen Paradigmas der Soziologie.

„Es war schließlich auch Blumer, der 1938 den Begriff des ‚Symbolischen Interaktionismus‘ in einem Artikel zur Sozialpsychologie prägte. Diese zusammengesetzte Begrifflichkeit gilt es zu erklären. ‚Interaktion‘ verweist auf die Wechselseitigkeit des Handelns, die Verschränktheit des Handelns mehrerer, wobei ‚Interaktion‘ ursprünglich wohl die Übersetzung des Simmelschen Begriffs der ‚Wechselwirkung‘ war“ (Joas und Knöbl 2013, S. 193).

Der Ansatz hebt die Bedeutung der Situation im Forschungsprozess hervor und stellt das menschliche Zusammenleben und Verhalten in den Mittelpunkt der Forschung. Seine theoretischen Grundlagen beruhen auf drei zentralen Prämissen:

„Die erste Prämisse besagt, daß Menschen ›Dingen‹ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen handeln, die diese Dinge für sie besitzen. Unter ›Dingen‹ wird hier alles gefaßt, was der Mensch in seiner Welt wahrzunehmen vermag – physische Gegenstände, wie Bäume oder Stühle; andere Menschen, wie eine Mutter oder einen Verkäufer; Kategorien von Menschen, wie Freunde oder Feinde; Institutionen, wie eine Schule oder eine Regierung; Leitideale, wie individuelle Unabhängigkeit oder Ehrlichkeit; Handlungen anderer Personen, wie ihre Befehle oder Wünsche; und solche Situationen, wie sie dem

Individuum in seinem täglichen Leben begegnen. Die zweite Prämisse besagt, daß die Bedeutung solcher Dinge aus der sozialen Interaktion, die man mit seinen Mitmenschen eingeht, abgeleitet ist oder aus ihr entsteht. Die dritte Prämisse besagt, daß diese Bedeutungen in einem interpretativen Prozeß, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, gehandhabt und abgeändert werden“ (Blumer 2004, S. 322 Herv. i. O.).

Der Begriff der Aushandlung bezieht sich also einerseits auf die Prämissen des symbolischen Interaktionismus. In dem Sinne, dass Menschen Dingen gegenüber auf der Grundlage handeln, die diese für sie besitzen, hat der Aushandlungsbegriff eine besondere Bedeutung. Er zeigt auf, dass sich alles, was in der Pflegeberatung zwischen den Beteiligten der Beratung entwickelt, interpretiert wird und dies sowohl relational als auch prozesshaft zu verstehen ist. Die jeweiligen Situationsdeutungen sind den anderen an der Beratung allerdings nicht bekannt. Diese interpretierten Bedeutungen können sich im iterativen Prozess der Pflegeberatungen verändern und angepasst werden. „Für den symbolischen Interaktionismus sind Bedeutungen daher soziale Produkte, sie sind Schöpfungen, die in den und durch die definierenden Aktivitäten miteinander interagierender Personen hervorgebracht werden“ (Blumer 2004, S. 325). Die dritte Prämisse enthält das wesentliche Element der Reflexion, in dem Sinne, „daß der Gebrauch von Bedeutungen durch den Handelnden in einem Interpretationsprozeß erfolgt“ (Blumer 2004, S. 325). Diese Interpretation beschreibt Blumer als Kommunikationsprozess mit sich selbst (vgl. Blumer 2004, 325–326). May und Müller (2023) haben hierzu treffend formuliert:

„Die ihnen vorgängigen objektiven Relevanzstrukturen folgen gesellschaftlich historischen Problemkonstellationen, wie sie für die Reproduktion einer bestimmten Gesellschaftsformation charakteristisch sind. Vorgegeben sind damit zugleich situativ im Rahmen der individuellen Reproduktion zu bewältigende Situationsbedingungen, die gemäß der jeweiligen subjektiven Relevanzstrukturen ganz unterschiedlich als Problem symbolisiert werden können“ (May und Müller 2023, S. 179).

In den empirischen Daten – den aufgezeichneten Pflegeberatungen – zeigen sich neben den subjektiven Relevanzstrukturen auch Verschiebungen von Relevanz und Bedeutungszuschreibungen im Beratungsprozess, auf, welche in Kapitel 6 eingegangen wird.

Ein weiterer Aspekt, der für die vorliegende Forschung relevant ist, ist der pragmatistische Umgang mit Normen und Werten. Eine Grundannahme besagt, dass das Handeln der Menschen die Realität beeinflusst und Denken und Handeln in einem gesellschaftlichen Symbolsystem stattfinden. Es grenzt sich somit auch vom normativen Paradigma ab. Normen und Werte werden nach dem normativen Paradigma in Rollenerwartungen eingelassen, deren Einhaltung belohnt und deren Nichteinhaltungen sanktioniert werden (vgl. Keller 2012, S. 13). Das interpretative Paradigma geht dagegen davon aus, „daß Normen und Werte in der konkreten Handlungssituation erst spezifiziert und damit interpretiert werden müßten“ (Joas und Knöbl 2013, S. 183). Es besteht demnach eine „Interpretationsabhängigkeit von Werten und Normen“ (Joas und Knöbl 2013, S. 183 Herv. i. O.). Dies führt zu der wesentlichen Unterscheidung der „aktiven Rollenübernahme“, im Gegensatz zur „Annahme des passiven Rollenvollzugs“ (Keller 2012, S. 13). Die vorgenannten Annahmen geben Anlass zu der Überlegung, wie Rollenerwartungen zu deuten sind und mit

welchen Bedürfnissen sie auch normativ verknüpft werden. Die aktive Rollenübernahme sowie auch die Ablehnung dieser oder der Wechsel von Rollen manifestiert sich in den empirischen Daten und kann durch diese rekonstruiert werden.

4.1.2. Machtsensible Perspektive

Ein weiterer wesentlicher Einfluss auf den Aushandlungsbegriff, der hier verwendet wird, wird aus dem relationalen Machtverständnis von Norbert Elias hergeleitet. Norbert Elias ist als Prozesssoziologe bekannt, der sich insbesondere mit seinen Arbeiten zu langfristigen sozialen Entwicklungen und historischen Gesellschaftsentwicklungen verdient gemacht hat (u. a. Elias 1969, 1977; Elias und Scotson 1990).

Auch wenn Elias sich überwiegend mit der Perspektive auf längerfristige, gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen befasst hat, so sind seine figurationssoziologischen Annahmen auf Interaktionen – die Mikroebene – übertragbar. Er beschreibt, dass viele einzelne „(...) Menschen, die Kraft ihrer elementaren Ausgerichtetheit, ihrer Angewiesenheit aufeinander und ihrer Abhängigkeit voneinander auf die verschiedenste Weise aneinandergelunden sind und demgemäß miteinander Interdependenzgeflechte oder Figurationen mit mehr oder weniger labilen Machtbalancen verschiedenster Art bilden (...)“ (Elias 2009, S. 12). In seiner Figurationssoziologie hat Norbert Elias einen Machtbegriff entwickelt, welcher auch auf der Mikroebene anwendbar ist.⁴¹ Der Machtbegriff eignet sich, um die Relevanzstrukturen der an den Pflegeberatungen beteiligten nachzuzeichnen, daher bildet das Machtverständnis einen weiteren Bezugspunkt, zum Aushandlungsbegriff. Macht

⁴¹ Dies konnte u. a. Wolf (1999) eindrucksvoll und aktueller Stadel (2021) zeigen.

deutet Elias strikt relational, als Beziehungsbegriff aus (vgl. Elias 2009, S. 142) und wählt hierfür die Bezeichnung Balance, da diese „dem, was man tatsächlich beobachten kann, wenn man menschliche Beziehungen, menschliche Interdependenzen und Funktionszusammenhänge untersucht, weit angemessener [begegnet A.Z.], als die an ruhenden Objekten modellierten Begriffe die bei der Erschließung solcher Phänomene noch weitgehend vorherrschen“ (Elias 2009, S. 78).

Macht ist, Elias folgend, demnach als einen Bestandteil aller menschlichen Beziehungen. Sie ist damit konstitutiv für soziale Beziehungen und bezeichnet in erster Linie ein soziales Verhältnis, „denn niemand kann für sich allein Macht haben oder mächtig sein“ (Imbusch 2013, S. 172). Oder, wie Elias es selbst ausgedrückt hat: „Macht (...) ist eine Struktureigentümlichkeit menschlicher Beziehungen – aller menschlicher Beziehungen“ (Elias 2009, S. 77). Daher spricht Elias im Zusammenhang mit Macht auch von Machtbalancen. Er zielt damit nicht normativ auf ein zu erreichendes Gleichgewicht, sondern ermöglicht die Perspektive, Macht als Prozess zu verstehen, die immer wieder neu ausbalanciert wird. „Angetrieben“ sieht Elias diese Prozesse durch die unterschiedlichen Motive dieser Individuen, deren Beziehungen zueinander als Verbündete und Gegner sich immer wieder neu (re-)konstellieren“ (May 2012, S. 60). Dieser Prozess kann in den Beziehungen während der aufgezeichneten Pflegeberatungen im empirischen Material nachgezeichnet werden. Einen wesentlichen Bezugspunkt des relativen Machtbegriffes stellen Interdependenzen dar, die Menschen sozial aneinanderbinden. Elias beschreibt, „daß das Streben eines Menschen nach Befriedigung von vornherein auf andere Menschen gerichtet ist und daß die Befriedigung selbst nicht allein vom eigenen Körper, sondern in sehr hohem Maße auch von anderen Menschen abhängig ist“ (Elias 2009, S. 147). Diese Abhängigkeitsperspektive

zeigt sich in den Pflegeberatungen besonders deutlich zwischen den beratenden Personen, den Ratsuchenden und den Pflegebedürftigen.

Dahlmanns (2008) ordnet Elias der erkenntnistheoretischen Position des Repräsentationalismus und des Realismus zu (vgl. Dahlmanns 2008, S. 172). „Für ihn [Elias A.Z.] besitzt die Welt, sowohl die natürliche wie die gesellschaftliche, eine geordnete Struktur, die vom Menschen prinzipiell erkannt und dargestellt werden kann, indem er sie symbolisch repräsentiert“ (Dahlmanns 2008, S. 172). Während der symbolische Interaktionismus, wie eben beschrieben die Sinn- und Bedeutungskonstruktion rein aus der Interaktion definiert, lehnt Elias zwar den Wahrheitsbegriff ab, ist aber der Ansicht, dass die Menschen zu einem immer wirklichkeitgerechteren Wissen gelangen (vgl. Dahlmanns 2008, S. 173–174; vgl. Elias und Schröter 2003, S. 31).

Sowohl der symbolische Interaktionismus als auch Elias' Ansatz eines „wirklichkeitgerechteren Wissens über die Welt“ betonen die Konstruktion von Bedeutungen in der sozialen Wirklichkeit. Während der symbolische Interaktionismus sich auf die Mikroebene der Interaktionen und der Bedeutungskonstruktion konzentriert, ist die Idee von Norbert Elias ursprünglich darauf ausgerichtet, die langfristigen Prozesse und Veränderungen, insbesondere wie sich gesellschaftliche Normen und Werte über die Zeit entwickeln, zu betrachten. Beide Ansätze erkennen die Interdependenz und Wechselwirkungen zwischen verschiedenen sozialen Elementen an. Auch Elias' Symboltheorie hat einen anderen Schwerpunkt, der vom Verständnis her nicht mit dem symbolischen Interaktionismus gleichzusetzen ist. Seine Perspektive sind vordergründig die makrosoziologischen Dynamiken und die Veränderungen von Symbolen und symbolischen Codes im Kontext von sozialem und historischem Wandel. Diese Theorie ist eng verbunden mit seiner Zivilisationstheorie. Der symbolische Interaktionismus betont tendenziell also die

Interaktionen zwischen Individuen, während Elias die wechselseitigen Abhängigkeiten und das Zusammenwirken von verschiedenen sozialen Institutionen und Prozessen in den Blick nimmt.

Die Perspektive, und insbesondere das relationale Machtverständnis von Norbert Elias sind – und das haben schon verschiedene Forscher*innen⁴² gezeigt – auch auf der Interaktionsebene fruchtbar. Aushandlungen beinhalten, interaktionistisch gesprochen, den Versuch bestimmte Definitionen der Situation vorzuschlagen (vgl. Joas und Knöbl 2013, S. 201), die von den jeweiligen an der Pflegeberatung Beteiligten akzeptiert, abgelehnt oder ergänzt – eben ausgehandelt werden muss. Über den Machtbegriff von Norbert Elias werden die Chancen der Situationsdefinition und die Abhängigkeiten der Beteiligten fokussiert und können analytisch gefasst werden. Dies ermöglicht es, die Figurationen der Beteiligten offenzulegen und sich auch deren Relevanzstrukturen zu nähern.

4.2. Datenauswahl und Auswertung

Die empirischen Daten und sensibilisierenden Konzepte (Glaser und Strauss 2008; vgl. Strauss 2004, S. 440) werden im Folgenden beschrieben. Hierzu zählen Daten, die im Rahmen des Forschungsprojektes OPEN entstanden sind, als empirische Grundlage, wie auch sensibilisierende Konzepte, die im Laufe des Forschungsprozesses und durch praktische, berufliche Arbeit im Feld der Pflegeberatung (2011–2014) entstanden sind. Der Forschungsprozess bezieht sich neben der aktiven Arbeit an den empirischen

⁴² Eine wesentliche Kritik am symbolischen Interaktionismus ist, dass diese rein auf der Mikroebene ansetzt und dadurch gesellschaftliche Machtbeziehungen sowie ökonomische Aspekte ignoriert (vgl. Joas und Knöbl 2013, S. 217).

Daten im Projekt als wissenschaftliche Mitarbeiterin des Praxisforschungsprojektes OPEN auch auf die intensive Auseinandersetzung mit SGB XI.⁴³ Diese Vielzahl an Eindrücken hat meinen Forschungsprozess sowie die Erarbeitung der Ergebnisse beeinflusst, wenn auch nur ein Teil der Informationen in dieser Arbeit in Form von Belegen einfließt. Dies soll im Sinne eines reflexiven Umgangs mit den eigenen Forschungsaktivitäten und dem iterativen Prozess hier offengelegt werden. „Erhöhte Reflexivität der Forschenden im Sinne einer reflektierten Subjektivität“ (Offenberger 2019, S. 10) wird als ein wesentliches Merkmal der Situationsanalyse angesehen. Dem gerecht zu werden ist in der facettenreichen Auseinandersetzung mit dem Feld und der langen Zeit der Auseinandersetzung in dieser Forschungsarbeit eine Herausforderung und wurde in verschiedenen Kontexten, wie Kolloquien, auf Tagungen und in diversen kollegialen Austauschen sowie auch in Gesprächen mit Betreuenden und Beratenden reflektiert und vertieft.

Die empirische Grundlage stellt das Projekt OPEN dar, welches die Arbeit von Pflegestützpunkten in Hessen und Rheinland-Pfalz untersuchte, „um forschungsbasiert älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die bisher von der Beratung zur Pflegeversicherung kaum erreicht wurden, Zugänge zu dieser zu eröffnen“ (May et al. 2017b, S. 2). Für das Forschungsprojekt wurde ein Ethikgutachten eingeholt, an welches mein Umgang mit den im Projekt erhobenen Daten anschließt. Ebenso orientiere ich mich an den Ausführungen des DGSA-Ethikkodexes (DGSA - Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit 2020).

⁴³ In der Fassung, die zum Zeitpunkt der Datenerfassung gegolten hat

Ausgewählte Kooperationspartner aus den beiden benannten Bundesländern unterstützten das Projekt aktiv als Wissenschaft-Praxis-Partner (WPK-Partner), insbesondere dadurch, dass sie ihre Beratungstätigkeiten mit Migrant*innen aufzeichneten und zur Analyse zur Verfügung stellten.⁴⁴ Im Rahmen des Praxisforschungsprojekts konnten zwanzig Beratungen auf diese Weise aufgezeichnet werden. Das Projekt verfolgte einerseits eine tiefergehende Analyse dieser Beratungsgespräche, indem im Nachgang Telefoninterviews mit den Berater*innen und den Ratsuchenden getrennt voneinander konzipiert wurden und darin das jeweilige „Outcome“ dieser Gruppen aus ihrer Perspektive evaluiert wurde (vgl. May et al. 2017b, S. 6). Dieses anspruchsvolle Design konnte allerdings nicht stringent durchgeführt werden, da einige der Ratsuchenden im Nachgang nicht dazu bereit waren oder nicht mehr erreichbar waren, um diese Nachfragegespräche durchzuführen. Durch den fehlenden Kontakt mit den Ratsuchenden (die Forscher*innen waren bei der Datenerhebung – den Beratungsgesprächen – nicht anwesend), fehlte auch ein entsprechendes Vertrauen, um aussagekräftige Gespräche im Nachgang zu ermöglichen.

Andererseits konzipierte das Projekt die Beratungsanalysen, als praxisbegleitende Untersuchung. Diese war „als eine Art forschersich gestützte Supervision angelegt, welche die beteiligten Professionellen aus den Pflegestützpunkten aktiv in die Forschung mit einbindet“ (May et al. 2017b, S. 2). Ziel des Projektes war es, dass „verallgemeinerbare Beratungs- und Case-Management-Ansätze entwickelt werden, die den differenzierten Lebenslagen und

⁴⁴ Der Feldzugang sowie die Datenerhebung sind im Praxisforschungsprojekt OPEN umfassend beschrieben (May et al. 2013; May et al. 2017b). Auf Spezifika des Feldes bin ich umfassend in Kapitel 2 eingegangen, weitere Auseinandersetzungen mit den zugrundeliegenden empirischen Daten finden sich im Kapitel 4.3 beim theoretical Sampling.

Lebensweisen dieser Zielgruppe gerecht werden und im Hinblick darauf informelle und institutionalisierte professionelle Sorgearrangements miteinander zu vermitteln suchen“ (May et al. 2017b, S. 2).

Durch die wissenschaftliche Mitarbeit in dem Projekt, insbesondere auch in der Zuständigkeit für den Arbeitsschwerpunkt „Pflegerberatung“ konnte eine gute Orientierung innerhalb der Daten hergestellt werden. Gleichzeitig wurde dieser Arbeitsschwerpunkt auch von anderen Forscher*innen im Projekt bearbeitet und Kodierungen nach der Grounded Theory (Glaser und Strauss 2008) von verschiedenen Mitarbeitenden erstellt. Diese wurden innerhalb des Projektes gemeinsam reflektiert und interpretiert.

Die Auswertung des Arbeitsschwerpunktes „Pflegerberatung“ erfolgte auf Basis von Grounded Theory „u.a. im Hinblick auf Formen wechselseitiger Abstimmung und Koproduktion“ (May et al. 2017b, S. 6), was meine nachgelagerte Feinanalyse der ausgewählten Beratungsgespräche für die vorliegende Forschungsarbeit zugutekam, denn die Arbeit mit der Situationsanalyse, erfordert, dass „Forscher mit den Daten recht vertraut sind und sich geistig in bzw. mit ihnen relativ frei bewegen können. Kodierte Daten – auch wenn das Kodieren nur vorläufig und erst zum Teil erfolgt ist – sind daher viel besser geeignet“ (Clarke 2012, S. 122).

4.3. Theoretical Sampling

Um in eine tiefere Analyse der Materialien, die bereits im Forschungsprojekt OPEN bearbeitet, analysiert und interpretiert wurden, zu ermöglichen und auch einen neuen Schwerpunkt dieser Forschung darauf legen zu können, lege ich meinen Fokus auf die aufgezeichneten Beratungsgespräche. Im

Sinne des theoretical Sampling wurde unter den 22 iterativ eine Auswahl von sechs aufgezeichneten Beratungsgesprächen getroffen. Dies erfolgte im Hinblick auf

- Orte der Pflegestützpunkte,
- beratende Personen,
- Beratungsthemen,
- Orte der Beratung und
- Beteiligte an der Pflegeberatung.

Auf jeden dieser Punkte werde ich im Folgenden konkret eingehen.

4.3.1. Orte der Pflegestützpunkte⁴⁵

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, sind die Beratungssettings sehr heterogen organisiert. In Hessen und Rheinland-Pfalz wurde die Pflegestützpunktarbeit unterschiedlich etabliert. Um die jeweiligen Bedingungen in der Beratung zu berücksichtigen, wurde dies im theoretical Sampling Merkmal aufgenommen. Die Pflegestützpunkte in Hessen sind mit drei Stützpunkten im Sample vertreten. Für das Sample wurden zwei Pflegestützpunkte in Flächenlandkreisen (PS01 und PS03) und ein Pflegestützpunkt in einer kreisfreien Stadt (PS02) gewählt. In Hessen ist die Zuordnung zu ländlichen, oder städtischen Strukturen insofern schwierig, als Pflegestützpunkte (zum Zeitpunkt der Datenaufnahme) für einen gesamten Landkreis bzw. eine kreisfreie Stadt zuständig waren. Je nach Größe der Landkreise differierten die Vollzeitäquivalente

⁴⁵ Um die Anonymität zu wahren, wird hier nicht konkret benannt, um welche Pflegestützpunkte und Orte es sich handelt.

leicht in den Pflegestützpunkten, aber die Zuständigkeit für Landkreise bzw. kreisfreie Städte bedeutet, dass kaum nach eher städtisch strukturierten und eher ländlich strukturierten Zuständigkeiten unterschieden werden kann. Auch im Datenmaterial wurden keine strukturierten Daten der Ratsuchenden erhoben, die Rückschlüsse darauf geben können. Lediglich in den Beratungen finden sich vereinzelt Hinweise darauf.

Die Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz sind, wie im Kapitel 2.1.1 beschrieben, flächendeckend und mit einer wesentlich höheren Äquivalenz zur Einwohnerzahl angelegt worden und konnte auf ein bereits bestehendes Netz aus etablierten Beratungsstellen aufbauen, diese sind mit zwei Beratungsstellen im Sample vertreten. Einer eher ländlich gelegenen Beratungsstelle (PS 05) und einer eher städtischen (PS 04).

Das sechste Beratungsgespräch wurde aus einer Beratungsstelle in einer Großstadt in Hessen (PS 10) ausgewählt, die sich aufgrund der Beratungsstrukturen eher denen in Rheinland-Pfalz glich. Hier konnte die Stadt, ähnlich, wie in Rheinland-Pfalz auf bestehende Beratungsstrukturen aufbauen, die sich nicht als Pflegestützpunkt bezeichneten, aber bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte diesen Beratungsauftrag mit übernahmen.

4.3.2. Beratende Personen

Die beratenden Personen, also die Beraterinnen und Berater in den Pflegestützpunkten, haben unterschiedliche Voraussetzungen für ihre Beratungstätigkeit. Es wurde bei der Bildung des Samples darauf geachtet, dass beide Geschlechter in der Beratung vertreten sind. Die Grundlage durch das Material in OPEN war stärker durch Beraterinnen geprägt und dies zeigt sich auch

im daraus gebildeten Sample. Es wurden zwei Gespräche mit Beratern und vier Gespräche mit Beraterinnen ausgewählt.

Die Qualifikationen der beratenden Personen wurden über einen gesondert erstellten Fragebogen erfasst. Hierüber wird deutlich, dass teilweise auch mehr als ein Studium qualifizierend für die Tätigkeit ist. Drei der sechs beratenden Personen haben ein Studium der Sozialen Arbeit absolviert, drei studierten im Bereich Pflege, eine Person war neben der Qualifikation als Sozialarbeiter*in auch Theologe*in und eine Person studierte einen Master zu den Themen Sozialrecht und Beratung. Drei der beratenden Personen hatten eine Case-Management-Zusatzqualifikation, drei eine Zusatzqualifikation als Pflegeberater*in, wobei zwei der drei die Kombination von Case Management und Pflegeberatungsfortbildung absolviert haben.

Insgesamt waren die Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte in dem Sample eher lange bereits in der Beratung tätig. Vier von ihnen hatten mehr als zehn Jahre Beratungserfahrung. Zwei hatten mehr als fünf Jahre Beratungserfahrung. Die Zuordnung zu den jeweiligen Trägern der Kommune oder einer Krankenkasse wurde nicht im Fragebogen erfasst.

Insgesamt zeigt die kurze Darstellung der Zusammensetzungen, die Vielfalt der Qualifikationen, die in diesem Arbeitsfeld anzutreffen sind. Es ist zu vermuten, dass nur ein kleiner Teil der Qualifikationen in diesem Sample und auch im OPEN-Sample abgebildet wird. Auffällig ist, dass nicht nur in dem hier gewählten Sample, sondern auch im OPEN-Sample keine Sozialversicherungsfachangestellten vertreten sind, obwohl diese Ausbildung für die Pflegestützpunktarbeit qualifiziert (siehe Kapitel 2.1.2). Grund hierfür kann entweder sein, dass diese Ausbildung nicht angegeben wurde, wenn danach ein Studium in der Pflege oder der Sozialen Arbeit aufgenommen wurde oder das

Forschungsprojekt OPEN mit seiner Fragestellung weniger Mitarbeiter*innen mit dieser Qualifikation ansprach, sodass die Beteiligung an dem OPEN-Forschungsprojekt eher durch studierte Mitarbeiter*innen der jeweiligen Stützpunkte stattfand.

4.3.3. Beratungsthemen

Die Vielfältigkeit der Beratungsthemen spiegelt sich in verschiedenen Beratungen wider und hat Einfluss auf die Aushandlung der Bedürfnisse im Verlauf der Beratungsgespräche. In einigen dieser Beratungen ging es eher, um die Frage der Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI, in anderen wurden vielfältigen Themen angesprochen, die mit der Versorgung eines Pflegebedürftigen zu tun haben und teilweise auch darüber hinaus gingen. Es zeigte sich im Material insbesondere bei den Pflegestützpunkten in Hessen, dass hier eher weniger Themen neben der konkreten Pflege und Versorgung in der Beratung thematisiert wurden, während in Rheinland-Pfalz und der ähnlich arbeitenden Beratungsstelle einer Großstadt in Hessen, vielfältiger Themen in der Beratung aufgenommen wurden. Diese Vielfältigkeit der Themen in den Beratungen zeigt sich als relevant für die Beratungstätigkeit. Hier werden auch die im Forschungsprojekt OPEN erarbeiteten Typen bedeutsam, die darauf hindeuten, dass sich einige beratende Personen stärker auf die alltagsweltlichen Erzählungen der Ratsuchenden einlassen („Typ Fallorientiert“) und andere eher an formalen Rahmungen orientieren („Typ SGB-orientiert“), wie die Durcharbeit eines Pflegegutachtens.⁴⁶

Für das Sample wurden beiden Formen der Beratung einbezogen. Eine klare Abgrenzung von gesamten Beratungsgesprächen, für die eine oder

⁴⁶ Siehe u. a. May et al. 2017b; May und Zein 2018a, 2018b.

andere Orientierung, ist hier nicht konsistent gegeben, da, wie im Forschungsprojekt OPEN aufgezeigt wurde, ein Wechsel im Modus der Beratung stattfinden kann (May et al. 2017b, S. 25). Die Vielfalt der Beratungsthemen, die in das Sample einbezogen wurden, war ein wesentliches Auswahlkriterium, um ein möglichst breites Spektrum an Arbeitsweisen mit Themen in der Bedürfnisaushandlung zu berücksichtigen.

4.3.4. Orte der Beratung

Pflegeberatungen, die durch Pflegestützpunkte angeboten werden, können in den Räumen der Organisation, in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen oder Angehörigen oder auch an anderen Orten, wie in stationären Einrichtungen, Krankenhäusern etc. stattfinden. Diese Settings haben jeweils Einfluss auf die stattfindenden Beratungen und insbesondere den Zugang der Ratsuchenden zu diesen Beratungen (vgl. Pohlmann 2013, S. 86–87).

Im Forschungsprojekt OPEN wurden ausschließlich Hausbesuche und Beratungen in den Räumen der Pflegestützpunkte aufgezeichnet. Hausbesuche stellen nach der IGES-Studie von 2020 auch die häufigsten Erstberatungen dar. Da diese Studie nicht auf Pflegestützpunkte allein rekurriert, sondern Pflegeberatung insgesamt untersucht und evaluiert hat, sind daneben auch die Räumlichkeiten der Pflegekassen, telefonische Beratungen und sonstige Beratungsstellen aufgenommen (vgl. Dehl et al. 2020, S. 138–139).

Im vorliegenden Sample wurden vier Gespräche in der Beratungsstelle und zwei in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen berücksichtigt. Dieses Verhältnis entspricht nicht denen der Evaluation, gibt aber die Verhältnisse der Aufzeichnungen von Beratungen im Rahmen des

Forschungsprojektes OPEN wieder. Reflektierend hat hier voraussichtlich der leichtere Zugang der beratenden Personen zu den Aufnahmen dazu geführt, dass prozentual mehr Gespräche in den Beratungsstellen aufgezeichnet wurden als Beratungen bei Hausbesuchen. Telefonische Beratungen wurden nicht berücksichtigt.

4.3.5. Beteiligte an der Pflegeberatung

In den Beratungsgesprächen war die Zusammensetzung der beteiligten Personen sehr unterschiedlich. Insgesamt wurde durch die teilweise Notwendigkeit von Übersetzungen Familienangehörige stärker beteiligt und so einige Beratungen mit mehreren Personen durchgeführt.

Obwohl dies in einigen Pflegestützpunkten genutzt werden kann, sind im Forschungsprojekt OPEN keine Gespräche aufgezeichnet worden, die mit fachlicher Übersetzungsunterstützung gearbeitet haben. Übersetzer*innen oder auch ehrenamtliche Lots*innen, die gerade im städtischen Bereich häufiger anzutreffen sind, haben an keinem der aufgezeichneten Gespräche teilgenommen. Wenn Übersetzer*innen notwendig waren, wurde dies in allen Fällen von Familienangehörigen oder Verwandten vorgenommen oder diese kamen direkt ohne die nicht-deutsch-sprechenden Verwandten zur Beratung. In wenigen Fällen konnten auch die Berater*innen in der jeweiligen Muttersprache die Beratung durchführen. Diese Gespräche waren auch im Forschungsprojekt OPEN die Ausnahme und wurden nicht im Sample aufgenommen.

Beteiligte waren Pflegebedürftige (waren in zwei Beratungen anwesend) und pflegende Angehörige (Ehefrauen, Töchter, Söhne). Weitere Personen

waren ein Kleinkind (Enkel) und eine Bekannte, die zur Beaufsichtigung des Kleinkindes mitgenommen wurde. In einem Gespräch kam zur Beratungszeit im Hausbesuch auch ein Pflegedienst und wurde ebenfalls kurzzeitig für Informationen in das Gespräch einbezogen.

4.4. Situationsanalyse (SitA)⁴⁷

Methodisch wurden die eben ausgeführten sechs Beratungsgespräche mit der Situationsanalyse nach Clarke (2012) und Clarke et al. (2018) ausgewertet. Die Ziele der Methode beschreibt Clarke selbst als „darauf ausgerichtet, empirische Forschungsansätze zu schaffen, die Verschiedenheit(en), Macht, Kontingenz und Vielfalt Rechnung tragen“ (Clarke 2012, S. 53). In ihren Publikationen fokussiert sie auf eine postmoderne Erweiterung der Grounded Theory Methodologie (GTM) und definiert diese als „Theorie-Methoden-Bündel“ (Clarke 2012, S. 25), die tief in pragmatistischem und symbolisch-interaktionistischem Denken verwurzelt ist. In der neueren Auflage von Clarke et al. (2018) verweisen die Autorinnen auf eine interpretative (statt postmoderne) Wende. 2012 beschrieb Clarke ihre Postmodernisierung⁴⁸ der Grounded Theory in eine Situationsanalyse, insbesondere durch

⁴⁷ Die Abkürzung der Situationsanalyse im deutschsprachigen Raum: „SitA“, dies wurde im Rahmen der Arbeit der deutschen AG Situationsanalyse festgelegt; siehe auch <https://situationsanalyse.jimdofree.com/> (vgl. Gauditz et al. 2023b, S. VI).

⁴⁸ Im 2023a erschienen Sammelband zeichnen Gauditz et al. nach, dass der Begriff „postmodern“, welchen Clarke in ihrem ersten Band 2012 verwendet, nicht an den europäischen Diskurs anschließt, sondern in den USA verortet werden muss (vgl. Gauditz et al. 2023a, S. 7–8). „Die Postmoderne stehe dabei als Kategorie für eine der Moderne folgenden Epoche, die vor allem durch vielfältige Möglichkeitsräume statt einheitlicher Erzählstränge geprägt sei. Postmoderne Perspektiven bedeuten für die SitA vor allem, die vervielfältigte Komplexität unserer

- die Annahme und Anerkennung der „Verkörperung“ (Embodiment) und Situiertheit aller Wissensproduzent*innen sowie die Annahme der simultanen „Wahrheiten“ multiplen Wissens;
- die Verwendung der Situation des Untersuchungsphänomens zur analytischen Verankerung;
- die Ablösung von Annahmen und Abbildungsstrategien simplifizierender Normativität und Homogenität durch Komplexität, Verschiedenheiten und Heterogenität.
- die Geltendmachung der analytischen Hinlänglichkeit sensibilisierender Konzepte und theoretisch integrierter Analytik anstelle der Entwicklung einer formalen Theorie;
- die Durchführung von Situationsanalysen im gesamten Forschungsprozess, einschließlich der Situationsmaps, Maps von sozialen Welten/ Arenen und Positionsmaps sowie
- die Hinwendung zu narrativen, visuellen und historischen Diskursen, um die in der Grounded Theory-Forschung berücksichtigten Bereiche des sozialen Lebens zu erweitern (vgl. Clarke 2012, S. 62).

Ausgehend von Anselm Strauß' Theorie Sozialer Welten (vgl. Clarke 2019, S. 13) vollzieht die Situationsanalyse einen Perspektivwechsel vom basic social process zur Situation als analytische Einheit. „Die Mapping-Ansätze richten den Fokus stattdessen auf die Schlüsselemente, Materialitäten, Diskurse, Strukturen und Bedingungen, welche die erforschte Situation

Welt anzunehmen und dies als Prämisse in SitA-Projekten zu verankern“ (Gauditz et al. 2023a, 9).

charakterisieren“ (Clarke 2012, S. 24). Des Weiteren betont sie die Relevanz des „theorizing“ anstelle der Konzeption einer formalen Theorie (vgl. Clarke 2012, S. 24–32).

Die Situationsanalyse bietet mit ihren Mapping-Strategien die Möglichkeit, die Pflegeberatungsgespräche mit ihrer Komplexität zu berücksichtigen und ermöglicht so, eine Perspektiverweiterung zu den Analyseergebnissen aus dem Forschungsprojekt OPEN, welche die empirische Grundlage der hier vorliegenden Forschungsarbeit darstellt.

Die Ziele der Situationsanalyse „sind darauf ausgerichtet, empirische Forschungsansätze zu schaffen, die Verschiedenheit(en), Macht, Kontingenz und Vielfalt Rechnung tragen“ (Clarke 2012, S. 53). Die SitA stellt einen methodischen Ansatz dar, der die Situiertheit der Phänomene und ihre sozialen Beziehungen und Verstrickungen hervorhebt (vgl. Clarke et al. 2018, S. 16–17). In der Auseinandersetzung mit der Aushandlung von konstruierten Bedürfnissen in der Pflegeberatung zeigt sie sich fruchtbar, da die Komplexität und Verwobenheit der Pflege- und Versorgungssituationen in die „empirische Konstruktion der Forschungssituation“ (Clarke 2012, S. 24) Eingang finden und so der Analyse zugänglich werden. Auf forschungspraktischer Ebene findet hier die Erweiterung der Situationsanalyse, um die Machtanalyse, wie oben beschrieben, statt. In der Situationsanalyse werden Macht- und Herrschaftsstrukturen über Diskurse, angelehnt an Foucault, aufgenommen: „Dominante Diskurse werden durch vorhandene institutionelle Systeme des Rechts, der Medien, Medizin, Bildung, und so weiter verstärkt. Diskurse werden in Disziplinierungspraktiken wirksam“ (Clarke 2012, S. 95). Neben diesem in der Methode eingelassenen Umgang mit Diskursen, wird ergänzend das Machtkonzept von Elias genutzt, welches die Interdependenzen hervorhebt und daher in der relationalen Analyse der SitA verortet werden kann. Neben

den Diskursen, welchen in der SitA Macht zugeschrieben wird (vgl. Clarke 2012, S. 212), ermöglicht es die konkrete Analyse der Beziehung, der an der Pflegeberatung Beteiligten, mit ihren jeweiligen Relevanzstrukturen. Dies ist für die Aushandlung von Bedürfnissen innerhalb der Beratung eine sinnvolle und notwendige Ergänzung.

4.4.1. Situation

Der Begriff der Situation ist in der Situationsanalyse ein wichtiger Bezugspunkt und bedingt die Ablehnung der mit dem Kontext-Begriff verbundenen Hierarchisierung von Situationsbedingungen, denn die „bedingten Elemente der Situation müssen in der Analyse der Situation selbst spezifiziert werden, da sie für diese konstitutiv sind und sie nicht etwa nur umgeben, umrahmen oder etwas zur Situation beitragen. Sie sind die Situation. Unabhängig, davon, ob man sie nun als lokal oder global, intern oder extern, zentral, peripher oder sonst etwas konstruiert (...)“ (Clarke 2012, S. 112). Keller (2023) verweist auf den Grundgedanken, dass der Einbezug von Komplexität „nicht als Zwiebelmodell um die Situation herum, sondern als Verbindung, die unmittelbar in die Situation hinein reicht und in ihr wirkend ist“ (Keller 2023, S. 69), zu verstehen ist. Dies bedeutet, die Komplexität der Situiertheit von Situationen mit ihren Wirkbeziehungen zu fokussieren (vgl. Keller 2023, S. 69; Clarke und Keller 2014). Clarke et al. (2018) beschreiben die Situation:

„In SA [SitA AZ], a situation is not merely a moment in time, a narrow spatial or temporal unit or a brief encounter or event (or at least rarely so). Rather it usually involves a somewhat enduring arrangement of relations among many different kinds and categories of elements that has its own ecology. It usually includes a number of events over at least

a short period of time, and can endure considerably longer (...). Thus, SA[SitA AZ] is distinctively relational and ecologically minded“ Clarke et al. (2018, S. 17).

Keller (2023) setzt sich theoretisch mit dem Situationsbegriff der SitA auseinander und verweist auf Deweys Bezeichnung des „contextual whole“, als dem „kontextuellen Gesamten“ (Keller 2023, S. 79). In diesem Sinne nähere ich mich der Pflegeberatung als Situation forschend und die Situationsanalyse ermöglicht eine „unbestimmte Situation in eine bestimmte Situation zu überführen – und zwar dadurch, dass die Präsenz dessen, was zuvor als Kontext galt, nunmehr in Situationen „gerechtfertigt behauptet“⁴⁹ werden kann“ (Keller 2023, S. 80). Clarke et al. (2018) weisen darauf hin, dass die Frage, wo die Situation beginnt und wo sie endet, während des gesamten Forschungsverlaufs eine empirische Frage bleibt (vgl. Clarke et al. 2018, S. 118).

Die Mappingstrategien der SitA dienen zur Erkundung der „unbestimmten Situation“ Pflegeberatung – hier wird (sofern möglich) beschreibend den Begriff „Mapping“ genutzt, um sich auf diesen Prozess zu beziehen. Die hier überwiegend einfließenden Abbildungen stellen allerdings die erarbeitete „bestimmte Situation“ Pflegeberatung – nach der Analyse – dar, die zur Darstellung und Ergebnispräsentation dienen, diese werden mit dem Begriff „Maps“ konkretisiert, um die als bestimmte Situation erarbeiteten Ergebnisse darzustellen und eine Unterscheidung zum Mapping als Analysehandlung zu treffen.

⁴⁹ Keller 2023 stützt sich hier auch Dewey 2008, der statt der Bezeichnungen Überzeugung oder Erkenntnis „gerechtfertigte Behauptbarkeit [warranted assertibility]“ (Dewey 2008, S. 19–20) als Begriff vorzieht.

Die hier als „bestimmte Situation der Pflegeberatung“ aufgezeigten Maps sind allerdings nicht als Endpunkt zu verstehen, denn es sind sich wandelnde Prozesse der gesellschaftlichen Entwicklung, die keinen Endpunkt haben. Es bleibt eine „prinzipielle Unabschließbarkeit“ (Keller 2023, S. 79), die sich hier nicht auf einen universellen Gesamtzusammenhang, sondern auf ein „kontextuelles Ganzes“ (Dewey 2008, S. 87) bezieht, das „aufgrund seiner spezifisch relevanten Relationierung beforschbar und dadurch relational bestimmbar“ (Keller 2023, S. 79) wird. Pflegeberatung ist über den hier als bestimmte Situation gerahmten relationalen Zusammenhang, demnach prozesshaft zu verstehen, denn (gesellschaftliche, rechtliche etc.) Bedingungen der Pflegeberatung ändern sich und nehmen demnach auch Einfluss auf die hier als „bestimmte Situation“ dargestellte Pflegeberatung, sodass diese Bestimmtheit auch nur relativ sein kann und eng mit dem empirischen Material sowie den (insbesondere gesellschaftlichen und rechtlichen) Bedingungen der Zeit, in dem das empirische Material erarbeitet wurde, verbunden ist.

Die Basis der Auswertung bezieht sich auf die bereits mit der Grounded Theory kodierten Beratungen aus dem Forschungsprojekt OPEN. Aus den zwanzig aufgezeichneten Beratungsgesprächen wurde, wie ausgeführt nach dem theoretical Sampling sechs Beratungsgespräche ausgewählt, um diese mit der Situationsanalyse in der Erweiterung, um die relationale Machtanalyse (in Anlehnung an die Machtbegriffe von Nobert Elias) auszuwerten, siehe Abbildung 2, um von der unbestimmten Situation Pflegeberatung, als Ausgangsbasis, sich einer bestimmten Situation der Pflegeberatung zu nähern, denn „where your situation begins and ends remains an empirical question throughout your research trajectory“ (Clarke et al. 2018, S. 118).

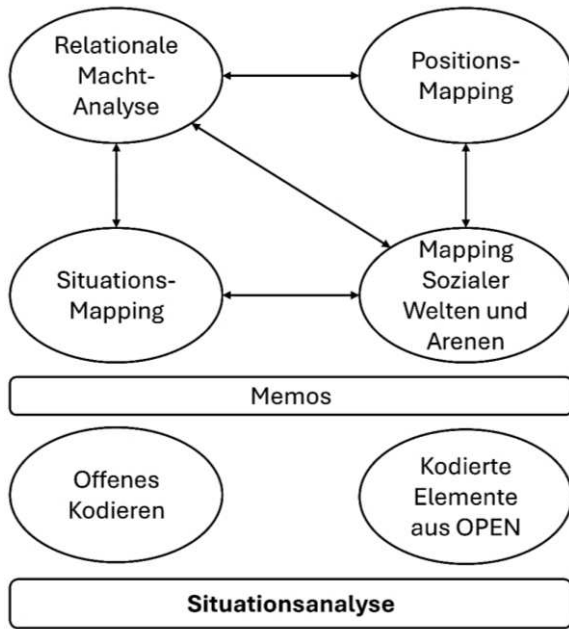


Abbildung 1: Analyseverfahren (eigene Darstellung)

Auf die einzelnen Schritte im Mapping, wie mit der Situationsanalyse und der Erweiterung um eine relationale Machtanalyse (angelehnt an die Machtbegriffe von Norbert Elias) umgegangen wurde, wird im Folgenden konkretisiert.

4.4.2. Situationsmapping

Der erste methodische Schritt der Situationsanalyse und der, mit dem auch ich die Auswertung begonnen habe, ist das Situationsmapping mit verschiedenen Versionen „abstrakter Situations-Maps“ (Clarke 2012, S. 125) bzw. „messy maps“ (Clarke et al. 2018, S. 128). Eine umfassende Situations-Map muss alle relevanten analytischen Elemente – sowohl menschliche als auch nichtmenschliche, materielle und symbolische oder diskursive – einer spezifischen Situation umfassen, bzw. „all the major elements“ (Clarke et al. 2018, S. 104). Diese Elemente werden sowohl von den Beteiligten in der Situation als auch von der Analytikerin definiert. Die Identifizierung der menschlichen Komponenten wie Individuen, Gruppen, Organisationen, Institutionen und Subkulturen gestaltet sich in der Regel als unkompliziert. Wesentlich ist, dass im Forschungsprozess nicht alle Elemente von fortwährendem Interesse bleiben, dennoch sollten sie vollständig erfasst werden (vgl. Clarke 2012, S. 125). „Nichtmenschliche Akteure /Aktanten konditionieren Interaktionen in der Situation strukturell und ihre spezielle Handlungsmacht, Eigenschaften und Erfordernisse - also die Anforderungen, welche sie an Menschen richten, die mit ihnen interagieren wollen oder müssen.“ (Clarke 2012, S. 125). Ihre Einflussnahme sowie potenzielle Widerstände müssen von anderen Akteuren berücksichtigt werden.

In diesem ersten Schritt sollte das Vorgehen möglichst deskriptiv sein, um die relevanten Elemente der Situation aufzunehmen. Hier ergab sich im Situationsmapping aus dem im Forschungsprojekt OPEN entstandenen empirischen Material eine erste Hürde. Die Kodierungen des empirischen Materials, die im Projekt entstanden sind, ermöglichten zwar wie oben beschrieben, die Daten gut zu kennen und sich dadurch darin relativ frei zu bewegen (vgl.

Clarke 2012, S. 122), gleichzeitig behinderten sie das eher deskriptive Vorgehen und die Vermeidung von Konzepten auf der Map. Hierbei half mir das Memoschreiben, da durch die Verschriftlichung, die Konzepte als solche deutlich wurden und die Annahme, die hinter ihnen stehen, aufgedeckt werden konnten.

Die wesentlichen Fragen, die Clarke für die Erstellung der ungeordneten oder abstrakten Situationsmaps vorsieht, haben auch mich in der Erstellung der ersten abstrakten Maps geleitet:

- Wer und was befindet sich in der Situation?
- Wer/was zählt in der Situation?
- Welche Elemente sind von ausschlaggebender Bedeutung?
(vgl. Clarke 2012, S. 124).

Ein weiterer Schritt bestand darin, mit den aufgezeichneten Beratungsgesprächen komparativ vorzugehen, um zu ermitteln, welche Elemente in der Situation wiederkehrend und damit für die Situation konstitutiv sind. Das komparative Mapping, bei dem ich für jedes Beratungsgespräch eine eigene abstrakte Situationsmap erstellt habe, hebt Clarke insbesondere für die Kombination von Grounded Theory und Situationsanalyse hervor (vgl. Clarke 2012, S. 214). Das komparative Vorgehen mit den erstellten Maps stützte auch die Sampleauswahl, da hierüber die verschiedenen Konstellationen und die wesentlichen Bedingungen erarbeitet werden konnten, die in den folgenden fünf Merkmalen deutlich werden:

- Orte der Pflegestützpunkte,
- beratende Personen,
- Beratungsthemen,
- Orte der Beratung und
- Beteiligte an der Pflegeberatung.

Im Anschluss erfolgte eine Listung dieser Elemente in einer geordneten Map (vgl. Clarke 2012, S. 127). Der Versuch diese mit eigenen Begriffen, der Pflegeberatung zu belegen, führte zu einer deutlichen Abstrahierung und damit zu einer konzeptualisierten Darstellung. Diese Darstellung verhinderte das Aufbrechen der Daten und wurde daher wieder verworfen.

„In a way, situational maps operate like Blumer's sensitizing coricepts-telling you directions in which to look and how you might think about relationalities among the varied elements,, (Clarke et al. 2018, S. 131). Die durch das Situationsmapping aufgezeigte Richtung bildete zum einen die Grundlage für die Erarbeitung der Elemente des Sozialen Welten- und Arenen-Mappings und diente zum anderen als Basis für die relationale Analyse.

4.4.3. Relationale (Macht-)Analyse

„Methoden sind reine Instrumente, die entworfen wurden, um den eigensinnigen Charakter der empirischen Welt zu bestimmen und zu analysieren, und als solche besteht, ihr Wert nur in ihrer Eignung, die Erfüllung dieser Aufgabe zu ermöglichen“ (Blumer 2004, S. 350).

In diesem Sinne wird die SitA als Werkzeugkoffer genutzt und durch den oben bereits erwähnten Machtbegriff von Norbert Elias erweitert, um die relationale Analyse, konkreter auf die Machtbalancen hin, durchzuführen und über die Begrifflichkeiten, als Analysewerkzeuge, konkreter zu beschreiben. Denn die Maps stellen „Werkzeuge der reflektierten, **begründbaren Konstruktion von Situationen als Gegenstand in den Situationen der Forschung** (Keller 2023, S. 80 Herv. i. O.) dar. Die Analyse der relativen Macht zwischen den Beteiligten an der Pflegeberatung stellt ein weiteres Werkzeug zur begründbaren Konstruktion von Bedürfnisaushandlungen in der Situation der Pflegeberatung dar und fügt sich in die relationale Analyse der SitA. Clarke et al. (2018) beschreiben zum Nutzen des ersten Analyseschritts, dass „Relational maps thus help the analyst to decide which stories about your situation – which relations-to pursue“ (Clarke et al. 2018, S. 135). Der Fokus in der Aushandlung von Bedürfnissen, auf die beschriebene Machtbeziehung zwischen den Beteiligten an den Beratungsgesprächen ist wesentlich, da sie im Sinne der von Elias beschriebenen Balance sich innerhalb der Beratungen verändert.

Um diese Änderungen und deren Bedeutung für die Aushandlung von Bedürfnissen adäquat rekonstruieren zu können, entschied ich mich, den Werkzeugkoffer der SitA dahingehend zu erweitern. „Der Reiz einer solchen figurationssoziologischen Interpretation liegt auch in ihrer Reichweite: Sie kann intrapsychische Prozesse, solche auf der Interaktionsebene und gesellschaftliche Makroprozesse einbeziehen und ihre Interdependenz berücksichtigen“ (Wolf 1999, S. 376). Diese Beschreibung trifft aus meiner Sicht den Kern meiner Überlegungen und eröffnet eine Einpassung. Gleichzeitig ermöglicht sie auch der Kritik am interpretativen Paradigma (vgl. Joas und Knöbl 2013, S. 217) zu begegnen und neben der Interaktionsebene auch

beschreibend die Meso- und Makrosoziologischen Ebenen in der Analyse einen größeren Raum zu eröffnen.

Durch das relative Machtverständnis von Norbert Elias passt sich diese Ergänzung im Rahmen der relationalen Analyse des Situationsmappings ein und bietet konkrete Begrifflichkeiten zur Beschreibung an. Macht ist wertfrei zu verstehen und entsteht durch Figurationen. Sie ändert sich, wenn sich die Verhältnisse der Beteiligten an der Machtbalance ändern.

„Er [Norbert Elias A.Z.] versteht Macht als Relation zwischen interdependenten Menschen: Wer weniger auf den anderen angewiesen ist als dieser auf ihn, der hat in dieser Beziehung Macht. So kann man in Beziehungen neben den Machtquellen der Stärkeren auch die der Schwächeren untersuchen, langfristige und kurzfristige Machtverschiebungen und ihre Folgen analysieren und Machtdifferentiale und Machtverschiebungen in der einen Beziehung mit anderen in anderen Beziehungen im Zusammenhang betrachten. Es entsteht ein komplexes und dynamisches Modell von Machtprozessen“ (Wolf 1999, S. 125).

Elias selbst beschreibt, dass durch seine Ausführungen zur Macht nicht das Problem mit der Macht als solcher gelöst wird, sondern, dass es dadurch aus der Versenkung geholt werden kann und ein Zugang zur Macht eröffnet wird (vgl. Elias 2009, S. 97).

Ich orientiere mich hier an der ausgearbeiteten Machtanalyse von Wolf (1999), der mithilfe von Norbert Elias eine umfangreiche Analyse der Machtverhältnisse in der Heimerziehung vorgenommen hat (vgl. insbes. Wolf 1999, S. 20). Die Übertragbarkeit seiner Annahmen beschreibt er selbst: „Da Macht als eine Struktureigenschaft aller menschlichen Beziehungen angesehen

wird, ist eine solche Analyse nicht nur für die von mir untersuchte Heimgruppe möglich, sondern grundsätzlich für alle Figurationen“ (Wolf 1999, S. 373). Eine Auseinandersetzung in dem von Wolf vorgenommenen Umfang ist nicht vorgesehen. Dennoch dient das von ihm entwickelte Konzept als sensibilisierender Ansatz, um die Prozesshaftigkeit in der Interaktion und deren Wandel im Rahmen einer Analyse der Beratungssituation zu beschreiben. In der konkreten Umsetzung habe ich das Material mithilfe der Software MaxQDA analysiert und die Begriffe zur Machtanalyse, als Codebaum angelegt. In dieser Phase analysierte ich jedes der sechs Beratungsgespräche intensiv durch und nutzte dafür die Transkripte in Verbindung mit den Audio-Dateien, um die relationale Analyse zu erarbeiten. Hierzu habe ich an der jeweiligen Stelle im Transkript die Codes gesetzt und ein Memo angehängt, in welchem ich die Beziehung beschrieben habe. Dieses Vorgehen ermöglicht die Abstrahierung vom einzelnen Beratungsgespräch hin zu Phänomenen der Beratungsbeziehung.

Die Begriffe, die ich in Anlehnung an Norbert Elias rahme und analytisch für das empirische Material verwende, sind insbesondere: Machtdifferential, Macht- und Ohnmachtquellen, Machtmittel sowie Machtproben, auf deren Bedeutung ich im Folgenden näher beschrieben werden. Der Analyserahmen, der sich durch die Anlehnung an die strikt relationalen Machtbegriffe von Norbert Elias ergibt, ermöglicht es, die Dynamik der Pflegeberatung dahingehend zu rekonstruieren, „die begriffliche Erfassung von Schattierungen und Abstufungen in der Verteilung der Machtgewichte“ (Elias und Schröter 1997, S. 127) nachzuzeichnen. Er vermeidet darüber simple Polaritäten und ermöglicht eine komplexere Annäherung durch sein Machtkonzept, in ein mehr oder weniger (vgl. Elias und Schröter 1997, S. 127). Elias beschreibt, das Ausmaß der Abhängigkeit von Menschen – sei es auf der Makroebene der wechselseitigen Abhängigkeit von Gesellschaften oder auf der Ebene von

großen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft sowie auf der individuellen Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen – mit dem Begriff des Machtdifferentials (vgl. Elias 2009, S. 83; vgl. Wolf 1999, S. 125). Macht als Aspekt menschlicher Beziehungen „bezieht sich auf politische und ökonomische Macht, aber etwa auch auf die Abhängigkeiten zwischen Liebenden, umfaßt die realisierte Machtausübung, aber auch das Potential, unabhängig davon, ob die Menschen es tatsächlich nutzen oder nutzen wollen“ (Bogner 1989, S. 36–37; zitiert nach Wolf 1999, S. 125). Aus diesem Zusammenspiel ergibt sich, das Machtdifferential, welches Macht- und Ohnmachtquellen beinhaltet, aber auch die konkrete Nutzung (bzw. Nichtnutzung) von Machtmitteln. Machtquellen haben Elias zufolge einen „polymorphen Charakter“ (Elias 2009, S. 97). Diese Bestimmung von Machtquellen hat in der Analyse des empirischen Materials zu einem vielfältigen Pool an Machtquellen geführt, die in den jeweiligen Interaktionen deutlich wurden. Diese in Kategorien, wie ökonomische, militärische oder politische Macht zu abstrahieren, hat keinen Nutzen für die Auswertung gebracht, sodass ich darauf verzichte und hier näher am Material, der Interaktionsebene bleibe und diese beschreibe und interpretiere. Dennoch kann über dieses Verständnis auch der Bezug zur Makroebene, wie den gesetzlichen Bedingungen einbezogen werden, die in der konkreten Situation, als Aktanten auftreten (z. B. Bescheide zur Pflegestufe), deren Bedeutung für die Pflegeberatung ich auch schon in Kapitel 3.3 diskutiert habe. Dies kann auch als ein Versuch gelesen werden, mit dem „Relationalierungs-Problem“ (May und Müller 2023, S. 174) der Situationsanalyse umzugehen, welchem ich mit dem von den Autor*innen benannten zweiten Lösungsweg, „mit zusätzlichen theoretischen Bezügen“ (May und Müller 2023, S. 174) begegnet bin.

Machtmittel beschreiben konkreter, was in der Situation eingesetzt wird, welche Argumente oder Symbole genutzt werden, um zu überzeugen. Nach

Dahlmann besteht die Funktionsweise von Symbolen bei Elias in drei Feldern: Sprache, Denken und Wissen, diese stehen in einem gegenseitigen Wechselverhältnis. Neues Wissen schließt immer an bestehendem an und wird in symbolischer Form abgespeichert. Um dieses weiterzuentwickeln, muss das Wissen erst kommuniziert werden, um es dann als Orientierungsmittel in der Welt nutzen zu können (vgl. Elias 2001, S. 104–108; vgl. Dahlmanns 2008, S. 177). Diese Weiterentwicklung findet auch in der Beratungsinteraktion statt. Es werden Informationen ausgetauscht, die zur Weiterentwicklung der Frage- und Problemstellungen genutzt und z. B. in Form von Situationsdeutungen dem jeweiligen Gegenüber vorgeschlagen werden.

Neben den wahrgenommenen Machtquellen und Machtmitteln, soll analytisch auch die Abhängigkeiten, im Sinne von Ohnmachtsquellen einbezogen werden. Elias (2009) beschreibt treffend:

„Die zunehmende Undurchschaubarkeit, die wachsende Komplexität der Verflechtungen, die offensichtlich verringerte Möglichkeit irgendeines einzelnen, selbst des nominell mächtigsten Menschen, für sich allein und unabhängig von anderen Entscheidungen zu treffen, das ständige Hervorgehen von Entscheidungen im Zuge von mehr oder weniger regulierten Machtproben und Machtkämpfen vieler Menschen und Gruppen, alle diese Erfahrungen bringen den Menschen stärker zum Bewusstsein, dass es anderer, unpersönlicherer Denkmittel bedarf, um diese wenig transparenten gesellschaftlichen Zusammenhänge zu begreifen oder gar zu kontrollieren“ (Elias 2009, S. 74).

Diese Abhängigkeiten in der komplexen Situation Pflegeberatung werden in der relationalen Analyse beschrieben, aber auch anhand der Maps von Sozialen Welten und Arenen verdeutlicht. Aus diesen Ausführungen ergibt sich meine Nutzung der oben eingeführten Begrifflichkeiten:

- **Machtdifferential:** Als Machtdifferential verstehe ich die grundlegende Abhängigkeit von Menschen – auf verschiedenen Ebenen, die in der Interaktion sichtbar werden. Das Machtdifferential in der Beratung lässt sich über das Balanceverständnis nachvollziehen.
- **Macht- und Ohnmachtquellen:** Das Machtdifferential entsteht aus diesen Quellen, welche sich in Formen von Ressourcen und Abhängigkeiten beschreiben lassen. Die Unterscheidung zwischen Machtquellen und Machtmitteln ist nicht trennscharf und situationsabhängig.
- **Machtmittel:** Als Machtmittel beschreibe ich das jeweils konkrete Mittel, welches in der Beratung eingesetzt wird, um die eigenen Interessen oder auch Bedürfnisse durchzusetzen. Wobei auch die Zuschreibung eines Machtmittels und der dahinterliegenden Machtquelle ausreicht, um machtrelevant zu sein. Umgekehrt ist eine nicht wahrgenommene Abhängigkeit (vorerst) nicht machtrelevant (vgl. Wolf 1999, S. 130).
- **Machtproben:** Machtproben verstehe ich in Bezug auf mein empirisches Material, als Versuche eigene Interessen durchzusetzen, (z. B. Situationsdeutungen), obwohl sich in der konkreten Phase des Gespräches eine stärkere Abhängigkeit rekonstruieren lässt.

4.4.4. Mapping Sozialer Welten und Arenen

„This kind of big picture analysis of social action is rarely done in qualitative inquiry and is a special feature of SA [SitA A.Z.]“ (Clarke et al. 2018, S. 150). In der Situationsanalyse stellen das Mapping von sozialen Welten bzw. Arenen einen charakteristischen interaktionistischen Ansatz dar, um die kollektive Strukturierung und das Handeln in der Situation zu analysieren.

„Es wird von der Existenz mehrerer kollektiver Akteure (sozialer Welten) ausgegangen, welche innerhalb einer umfassenden substanziellen Arena in alle möglichen Arten von Aushandlungen und Konflikten involviert sind. Diese Anlässe haben für alle beteiligten sozialen Welten und Akteure ein ausreichendes Maß an Wichtigkeit, um Handeln sowie die Produktion von Diskursen über die Belange der Arena zu provozieren“ (Clarke 2012, S. 77).

Inspiziert ist das Mapping von Sozialen Welten und Arenen von der Theorie Sozialer Welten Anselm Strauss‘ (vgl. Clarke 2012, 77, 86). Die Karten der sozialen Welten und Arenen legen den Schwerpunkt auf das soziale Handeln, das nicht als Aggregat von Individuen betrachtet wird, sondern als bewusstes und engagiertes Kollektiv. Individuen übernehmen Verpflichtungen gegenüber spezifischen sozialen Welten, und ihre Teilnahme an den Aktivitäten dieser Welten wird zu einem integralen Bestandteil ihrer sozialen Identität. Soziale Welten gestalten zudem ihre eigenen unverwechselbaren kollektiven Identitäten. Alle in einer bestimmten Arena des Handelns engagierten sozialen Welten haben unterschiedliche Identitäten und verschiedene Handlungspläne für diese Arena (vgl. Clarke et al. 2018, S. 140). Die Vorbereitung dieses Mappings, durch die Erarbeitung der Situationsmaps war sehr hilfreich, da

über diese, gemeinsame Verpflichtungen, Abhängigkeiten und Aushandlungserfordernisse verdeutlicht wurden.

Die Schwierigkeit in der Erstellung war eher die verschiedenen Überschneidungen abzubilden und gemeinsam Interessen, wie auch Aushandlungen in Verhältnisse zu setzen. Clarke (2012) beschreibt, dass man bei diesem Mapping „permanent damit beschäftigt [ist A.Z.], Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Grenzziehungen hin und her zu jonglieren und Kompromisse zu finden sowie die widersprüchlichen Perspektiven der Untersuchungsgruppe zu verhandeln“ (Clarke 2012, S. 150). Bei der Aufzeichnung Sozialer Welten und Arenen, können Menschen in verschiedenen Welten verhaftet sein, bezogen auf die Pflegeberatungssituation bedeutet dies beispielhaft, dass eine demenzerkrankte Frau vornehmlich nur noch die Soziale Welt ihres Zuhauses hat (ggf. neben der Beteiligung an institutionellen Welten) und in der Abhängigkeit Ihrer Versorgungssituation steht. Dagegen hat die sorgende Tochter in diesem Beispiel noch eine eigene Familie, einen Freundeskreis, eine Berufstätigkeit und weitere Beziehungen (ggf. Schule, Kita, Freizeit etc.), in denen sie eingebunden ist. Die Offenlegung solcher Zusammenhänge und der Komplexität von Versorgungssituationen, die in der Bedürfnisaushandlung einfließen, zeigt sich besonders gut über diese Mappingstrategie. „Obgleich einige Akteure (Individuen, Kollektive und sogar Welten) vielleicht lieber nicht an einer bestimmten Arena teilnehmen würden, erzwingen deren Abhängigkeiten (in der Regel, aber nicht immer von Ressourcen) oftmals ihre Teilnahme“ (Clarke 2012, S. 148). Die Abhängigkeiten, die hierüber deutlich werden, können anhand des Mappings aufgebrochen und beschrieben werden. Zu- und Angehörige in der Pflege sind in der Regel nicht freiwillig Teil dieser Arena und würden sich (zumindest zeitweise) gerne von diversen Verpflichtungen befreien, sind aber an die „sinngebenden Kollektive“ (Clarke 2012, S. 149) gebunden und befinden sich daher in einer starken Abhängigkeit

zu dieser Arena. Daher sollten Forscher*innen sich bemühen, „Verschiedenheit(en) und Variation(en) aller Art innerhalb der Welten sowie zwischen den Welten zu bestimmen“ (Clarke 2012, S. 150).

Über dieses Mapping werden auch die „implicated Actors“ deutlich, die ich in meinen Analysen ebenfalls ausführe. Implizierte Akteure und Aktanten sind (nichtmenschliche) Akteure, die zum Schweigen gebracht werden oder nur diskursiv an der Situation beteiligt sind - konstruiert von anderen für die Zwecke anderer. Clarke's (2012) Konzept von implicated Actors konzentriert sich auf die Situiertheit von weniger mächtigen Akteuren in einer Situation und die Folgen der Handlungen anderer für sie und es wirft wichtige Fragen zu diskursiven Konstruktionen von Akteuren und Aktanten sowie deren Folgen für Akteure auf (vgl. Clarke et al. 2018, S. 76). Es gibt zwei Arten von implizierten Akteuren:

- Erstens diejenigen, die physisch anwesend sind, aber im Allgemeinen von den Machthabern in der sozialen Welt oder Arena zum Schweigen gebracht/ignoriert/unsichtbar gemacht werden.
- Zweitens gibt es diejenigen, die in einer bestimmten sozialen Welt oder Arena nicht physisch anwesend sind, sondern von anderen innerhalb dieser Welt oder Arena lediglich diskursiv konstruiert werden. Sie werden durch die Arbeit dieser anderen konzipiert, repräsentiert und vielleicht angesprochen und sind daher diskursiv präsent.

Keine der beiden Kategorien implizierter Akteure ist aktiv an den tatsächlichen Verhandlungen über die Selbstdarstellung in der sozialen Welt oder Arena beteiligt, noch werden ihre Gedanken, Meinungen oder Identitäten von anderen Akteuren durch eine offen empirische Untersuchung (z. B.

durch Fragen an sie) erforscht oder gesucht. Sie werden von den Mächtigen weder eingeladen, sich zu beteiligen, noch sich selbst zu ihren Bedingungen zu vertreten. Wenn sie physisch anwesend sind, werden sie weitgehend ignoriert und/oder zum Schweigen gebracht. Der Unterschied zwischen diesen beiden Typen besteht in der Frage ihrer physischen Anwesenheit (vgl. Clarke 2012, S. 87–88; vgl. Clarke et al. 2018, S. 76).

Die Erarbeitung der implizierten Akteure in meinem empirischen Material der Pflegeberatung zeigte sich erhellend im Hinblick auf die Situiertheit des Beratungsprozesses und die Bedeutung der relationalen Machtanalyse. In der Analyse werden punktuelle Versuche, die sich auch im Hinblick auf die relationale Machtanalyse als „Machtprobe“ beschreiben lassen, der implizierten Akteure deutlich, ihre Position zu verändern oder an der Aushandlung beteiligt zu werden. Diese lassen sich anhand des Materials durch bestimmte Erzählungen (re)konstruieren. Durch die Perspektive der relationalen Macht im Sinne Norbert Elias, welche ich daher auch in den machtanalytischen Beschreibungen von dem methodischen Vorgehen der SitA ab, welche die Rekonstruktion diskursiver Konstruktionen fokussiert:

„The concepts of implicated actors and actants can be particularly useful in analyzing power in social worlds and arenas. However, there are generally multiple discursive constructions of both the human and nonhuman actors in any given situation in circulation, complicating such analyses“ (Clarke et al. 2018, S. 77).

Meine Perspektive nimmt hier stärker Bezug auf die Beziehung innerhalb der Beratungssituation (Ratsuchende – Beratende), als auch über die Beschreibung der Alltagsgestaltung zwischen den Ratsuchenden und den

pflegebedürftigen Personen über den machtanalytischen Bezug in Anlehnung an Norbert Elias.

„Die bestehenden kartografischen Analysetools der Situationsanalyse insbesondere in der Frage zu implicated actors und ihrer relationalen Sichtbarmachung zu erweitern, birgt demnach ein analytisches Entwicklungspotenzial des Theorie-Methoden-Pakets Adele Clarkes zu machtvollen sozialen Ungleichheitsdimensionen, das es in empirischen Studien weiter auszuloten gilt“ (Marr und Zein 2023, S. 238).

Der Bezug zur machtanalytischen Perspektive, steht im Sinne des Versuchs der Erweiterung, in der Arbeit mit den implizierten Akteuren in der Pflegeberatungssituation. Das ist der Grund, warum das Ergebnis dieses Analyseschrittes zu implizierten Akteuren sowie die komplexe Darstellung von Abhängigkeiten und Verpflichtungen, auch nicht direkt an das Mapping Sozialer Welten und Arenen anschließt, sondern einen stärkeren Bezug zur relationalen Machtanalyse im Anschluss an das Situationsmapping hat und im zweiten Auswertungsteil diskutiert wird.

Das analytische Moment der Map von Sozialen Welten und Arenen nutze ich in der Ergebnisdarstellung, um die Situation Pflegeberatung in ihrer Komplexität darzulegen und mich dieser, im Sinne Kellers (2023) als reflektierte, begründbare Konstruktion der „bestimmten Situation“ (vgl. Keller 2023, S. 80) Pflegeberatung zu nähern, also die Aushandlung der Bedürfnisse darüber zu rahmen. Hierfür ist mir die Map der sozialen Welten und Arenen ein sehr hilfreiches Werkzeug und bietet auch den Lesern eine Einführung sowie einen tieferen Einblick in die Komplexität der Pflegeberatungssituation, wie ich sie vorgefunden habe.

4.4.5. Positionsmapping

Ein weiteres Werkzeug in der Situationsanalyse, stellt das Positionsmapping dar, welches auf das diskursive Material in der untersuchten Situation angewendet wird. Dieses Material kann durch verschiedene Forschungsmethoden wie Feldforschung, teilnehmende Beobachtung, Interviews, aber auch die Sammlung von Dokumenten, Websites etc. gewonnen werden. Positionsmapping ermöglicht eine umfassende Analyse der Diskurse in der Untersuchungssituation (vgl. Clarke et al. 2018, S. 165).

Das Hauptziel des Positionsmappings besteht darin, die zentralen Positionen zu den relevanten Themen der Situation darzustellen. Diese Themen stehen im Fokus, sind von Bedeutung und werden in der Regel, kontrovers diskutiert. Auch das Fehlen von Positionen an erwarteten Stellen (Orte des diskursiven Schweigens) sowie Unterschiede in den Diskursen, die für die untersuchte Situation von zentraler Bedeutung sind werden erschlossen (vgl. Clarke et al. 2018, S. 165). „Das Ziel ist, die eingenommenen Positionen zu ihren eigenen Bedingungen, in ihren eigenen Worten und Perspektiven darzustellen („articulated on their own terms““ (Clarke 2012, S. 165). Ein zentraler Aspekt beim Positionsmapping in der Situationsanalyse besteht darin, dass Positionen nicht mit individuellen Personen, Gruppen oder Institutionen in Verbindung gebracht oder assoziiert werden. Auf Positionskarten repräsentieren Positionen die unterschiedlichen Standpunkte, die in den Diskursen eingenommen werden. Einzelne Personen und Gruppen können vielfältige und mitunter widersprüchliche Positionen zu ein und demselben Thema einnehmen, was über das Positionsmapping dargestellt werden kann. Ihr Ziel ist es, diese Vielfalt der Positionen abzubilden, ohne sie auf bestimmte Akteure zu reduzieren (vgl. Clarke et al. 2018, S. 166).

Die Umsetzung dieser Mappingstrategie hat sich für mich als herausfordernd erwiesen. Über längere Zeit habe ich verschiedene Positionsmapping-Entwürfe in der Peergruppe zur Arbeit mit der Situationsanalyse (SitA-Gruppe) diskutiert und weiterentwickelt, bis sich mir, ihr Nutzen für meine Forschung erschloss. Die Positionsmapping ermöglichen es mir, die konstruierten Bedürfnisse in ihren vielfältigen Positionen aufzunehmen und in diesen Maps darzulegen. Damit haben Sie in der Darstellung der Ergebnisse eine wichtige Rolle erhalten und es werden im Kapitel 7 zwei Maps genutzt, um die Analyseergebnisse zu den konstruierten Bedürfnissen und die verschiedenen Positionen aufzuzeigen.

„Um Positionsmapping zu erstellen, versucht man zunächst mithilfe der Daten zu klären, was in der erforschten Situation die grundlegenden (und oftmals, aber durchaus nicht immer umstrittenen) Fragen sind, über welche es unterschiedliche Positionen gibt, und diese dann in irgendeiner Weise räumlich anzuordnen“ (Clarke 2012, S. 167).

Der hier beschriebene Schritt empfiehlt sich für die Bedürfnisse, die im Rahmen der Beratungen identifiziert werden, um darauf aufbauend die verschiedenen Positionen und Formen der Konstruktionen sowie deren Relevanz zu analysieren. Dies erfolgt unabhängig von der konkreten Beratungssituation. Die Trennung der konstruierten Bedürfnisse von der Aushandlung hat den Vorteil, dass eine abstrahierende Betrachtung des Einzel(-beratungs)falls der Pflegeberatung möglich ist. „More modest and partial but serious, useful, and provocative grounded analyses, sensitizing concepts, analytics, and theorizing are adequate. (...) The possibility of analytic extension of theorizing into other parallel or related situations certainly remains“ (Clarke et al. 2018, S. 114).

4.5. Eine machtsensible Aushandlung in der Situation Pflegeberatung

Die Konstruktionen und Aushandlungen von Bedürfnissen zwischen Beratenden und Ratsuchenden, zeigen sich in der Beratungssituation besonders deutlich, mit einer machtsensiblen Perspektive (vgl. Schulze et al. 2018b, S. 13). Die Entstehung und Definition von sozialen Problemen sowie auch die Durchsetzung bestimmter Bewältigungsformen sind abhängig von den gesellschaftlichen Machtbalancen, und -beziehungen. (vgl. Sagebiel und Panhofer 2015, S. 13). Was also in der Situation der Pflegeberatung als Problem und als mögliche Lösungen in den Prozess der Aushandlung gelangt, ist abhängig davon, was gesellschaftlich (Makroebene) über Diskurse, organisational (Mesoebene) vermittelt durch die Beratenden und Ratsuchenden auf der Interaktionsebene (Mikroebene) in die Beratung eingebracht wird. „Beratung ist immer auch gesellschaftliche und kulturelle Praxis mit sozialem Herstellungscharakter, in dem Machtverhältnisse, Wissenshierarchien, Zugehörigkeitsdefinitionen und soziale Positionszuweisungen verhandelt werden“ (Schulze et al. 2018b, S. 13).

Der Fokus auf die Machtbeziehungen in der Pflegeberatung ist aus meiner Sicht eine Schlüsselperspektive. Macht in ihrer figurativen Bedingtheit hat einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf von Beratungen und sie bestimmt maßgeblich mit, was in der Pflegeberatung als Problem definiert wird und welche Möglichkeiten der Lösungsstrategien in Betracht gezogen und im Prozess etabliert werden. Der von Elias entfaltete Analyserahmen erlaubt nicht nur Dynamiken zu rekonstruieren, die mehr als die Summe ihrer Einzelaktivitäten sind. Er bezieht ebenso die emotionalen Bindungen von Menschen mit ein, die für Elias keine geringere Bedeutung haben und symbolisch

repräsentiert sein können (vgl. Elias 2009, S. 146–150; vgl. May und Schütte-Bäumner 2018, S. 525).

So kann zusammenfassend aus den beiden verbundenen Ansätzen: der Situationsanalyse und der Machtanalyse, in Anlehnung an Norbert Elias, ein hilfreiches Konstrukt zur Untersuchung der Pflegeberatung abgeleitet werden. Es ermöglicht neben dem Fokus auf die (Macht-)Beziehung zwischen Beratenden und Ratsuchenden, auch die Analyse der Konstruktion von Bedürfnissen im Prozess der Pflegeberatung. Auf dieser Grundlage lässt sich machtsensibel ein relationaler Begriff von „Aushandlung“ fassen, der über die erweiterte Auswertungsmethode der Situationsanalyse nach Adele Clarke (2012; 2018), auch situationsgestaltende Elemente fasst, diese sichtbar macht und machtvollen Diskurse (Clarke 2012, S. 93–96) einbezieht, die den Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten mit den jeweiligen Bedürfnissen mitgestalten.

B – DIE AUSHANDLUNG VON KONSTRUIERTEN BEDÜRFNISSEN IN DER INTERKULTURELLEN PFLEGEBERATUNG IN PFLEGESTÜTZPUNKTEN

Einführend zu den folgenden auswertenden Kapiteln wird eine Übersicht über die Situation der vorliegenden Forschung, die interkulturelle Pflegeberatung in Pflegestützpunkten, gegeben. Wie im Kapitel 4.4.1 deutlich wurde, ist die Bestimmung der Situation wesentlich. Diese Bestimmung findet anhand einer Soziale-Welten- und Arenen-Map statt und ermöglicht einführend einen übergeordneten Blick auf die Arena der Pflegeberatung. In diesem Kapitel werden auch bereits Machtaspekte beleuchtet, die in Bezug zu den beteiligten Sozialen Welten stehen.

Daran schließt eine Auseinandersetzung mit den Machtprozessen innerhalb der Pflegeberatungsgespräche an. Differenziert beleuchtet werden hierbei im Sinne der relationalen Machtanalyse (u. a. Elias und Scotson 1990; Elias 2009) insbesondere die Beziehungen der an der Aushandlung (nicht) Beteiligten. In diesem Zusammenhang werden hier zuerst die einzelnen Beratungsgespräche und ihr Verlauf machtsensibel in den Blick genommen. Anschließend werden dann übergreifende Aspekte betrachtet und die implizierten Akteure der Situation erarbeitet.

Im dritten Auswertungsteil folgt die Auseinandersetzung mit den konstruierten Bedürfnissen, die – mit der Bezeichnung Bedürfnisfelder – als Positionsmaps dargestellt werden. Die Positionierung der Akteure zu zwei zentralen Themen, zu denen (fast) alle Anforderungen der Care-Situation relationiert werden, wird erarbeitet und begründet.

Die folgende Grafik zeigt die Dreiteilung der folgenden Auswertungskapitel:

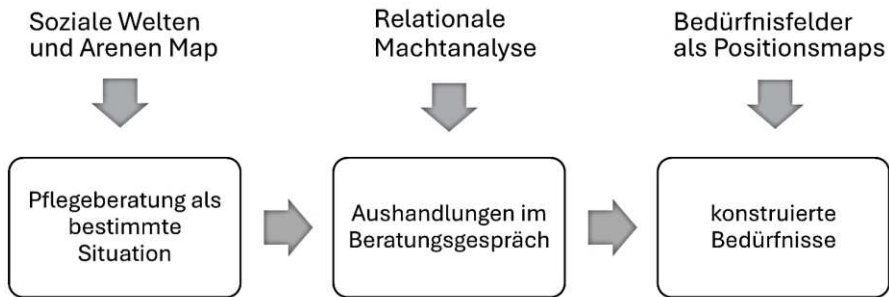


Abbildung 2: Übersicht über die Ergebnisteile (eigene Darstellung)

Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und ihre Bedeutung für die Disziplin und Profession der sozialen Arbeit im Feld der Pflegeberatung dargelegt sowie die Grenzen dieser Arbeit aufgezeigt und auf weitere Forschungsdesiderate hingewiesen.

5 Die Komplexität der Pflegeberatung als Situation

In diesem ersten Auswertungskapitel findet eine Annäherung an die Situation Pflegeberatung anhand der Map von Sozialen Welten und Arenen statt. Sie ermöglicht die Sichtbarmachung der in der Forschungssituation relevanten kollektiven Diskurse, Beziehung und Verpflichtungen (vgl. Clarke et al. 2018, S. 156). In der ersten Ergebnisdarstellung (Kapitel 5) geht es darum, die komplexe Situation der Pflegeberatung mit den kollektiven Akteuren vorzustellen, in Form der Map „Arena der Pflegeberatung“. Die Abbildung 4 stellt insbesondere einen Bezug zwischen den beiden sozialen Welten, der „familiären Alltagswelt der Ratsuchenden“ sowie der „beratenden Personen“ dar, die im weiteren Verlauf im Fokus der Ergebnisse stehen. Nach der Map-Abbildung werden die verschiedenen Sozialen Welten näher beleuchtet und ihre Bedeutung für die Arena der Pflegeberatung herausgearbeitet, dabei werden auch machtvolle Akteure in der Arena diskutiert und aufgezeigt, welche machtvolle Wirkung diese sozialen Welten auf die beteiligten Akteure haben. Die Darstellungen der Sozialen Welten dienen insbesondere der Vorstellung der verschiedenen kollektiven Akteure im Material sowie der empirischen Einordnung ihrer einflussnehmenden Bedeutung in der Pflegeberatung. Dabei wird jeweils auf die Aufgabe der Sozialen Welt in Bezug zur Arena verwiesen und beschrieben, wie diese im empirischen Material vorkommen. Zudem wird Bezug genommen auf die Bedeutung und Gewichtung der jeweiligen Sozialen Welt sowie auf ihren Einfluss auf die an der Beratung beteiligten Akteure.

Die Abbildung 3, „Arena der Pflegeberatung“, zeigt die relevanten kollektiven Akteure als Soziale Welten, welche in den Beratungen thematisiert und in der Beratungsarena somit wirksam werden⁵⁰. Maps von Sozialen Welten und Arenen veranschaulichen kollektive Akteure, nichtmenschliche Elemente und die Arenen deren Wirkens. Die Arena der Pflegeberatung zeigt die Einbindungen in Diskurse und Aushandlungen (vom Zwang bis zum Verhandeln) auf. Auch können soziokulturelle, sozial-organisationale sowie institutionelle Dimensionen darüber dargestellt werden. „Diskurse per se sind in Maps von Sozialen Welten/ Arenen nicht explizit abgebildet“ (Clarke 2012, S. 152). Das liegt nicht daran, dass sie in Welten und Arenen nicht vorhanden sind. Soziale Welten werden durch Diskurse konstituiert und in Arenen wie derjenigen der Pflegeberatung aufrechterhalten, wobei der Fokus ihrer Darstellung auf kollektivem sozialen Handeln liegt (vgl. Clarke 2012, S. 152). Beim Mapping von sozialen Welten und Arenen liegt der analytische Fokus auf Engagement für kollektives Handeln statt auf der Funktion des Handelns oder der Verortung. Auf diese Weise kann der analytische Fokus auf das Handeln als Prozess gerichtet werden, also auf die sozialen Welten, die in der Arena der Pflegeberatung vorhanden sind. Die Bedeutungen der Handlungen in der Arena sind durch die Entwicklung eines dichten Verständnisses der Perspektiven zu verstehen, die von allen an dieser Arena beteiligten Sozialen Welten eingenommen werden (vgl. Clarke et al. 2018, S. 150). Begründend eingeführt wird daher über die Abbildung 3 in mein Forschungsfeld zur Pflegeberatung in Pflegestützpunkten. Hierzu werden die Sozialen Welten, wie sie in der Bearbeitung der Forschungssituation vorgefunden wurden, in der Abbildung

⁵⁰ Legende: durchgezogene ovale Linie: Soziale Welt; durchgezogene eckige Linie: Organisation; gestrichelte Linie: Arena

dargelegt und mit dem empirischen Material belegt. Anschließend findet eine Einordnung in die Arena der Pflegeberatung statt.

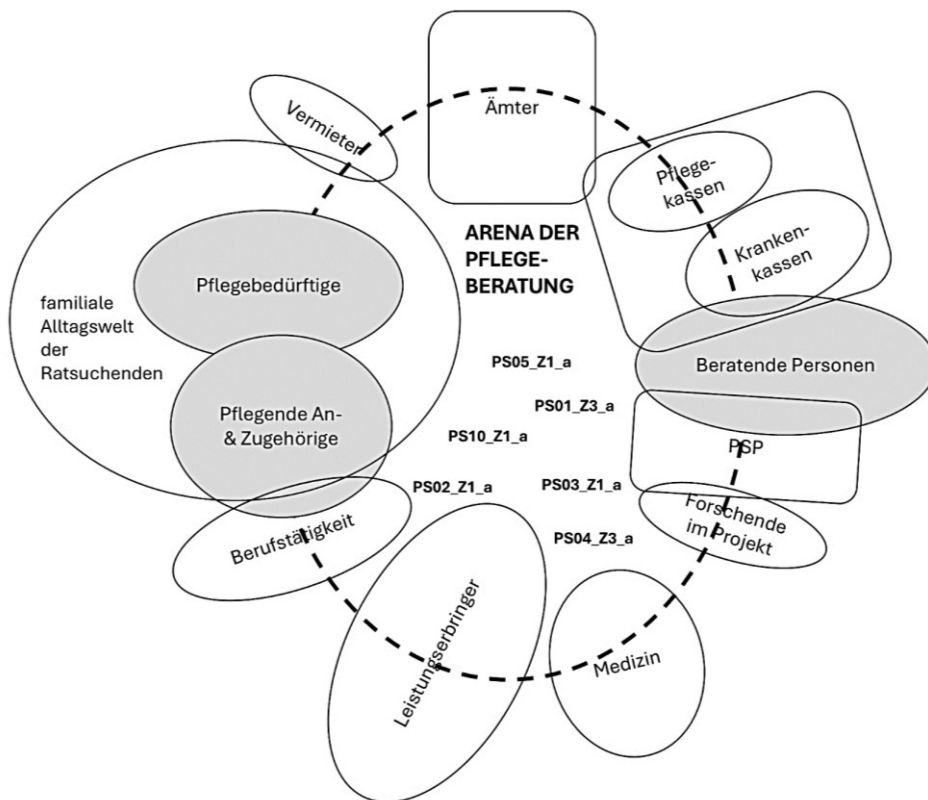


Abbildung 3: Arena der Pflegeberatung (eigene Darstellung in Anlehnung an Clarke et al. 2018, S. 152-163)

5.1. Soziale Welt der Kranken- und Pflegeversicherung

Die Soziale Welt der Kranken- und Pflegekassen mit ihrer spezifischen Aufgabe der An- und Aberkennung von Pflege- und Versorgungsleistungen nach dem SGB XI wurde bereits in den Kapiteln 2 und 3 kritisch diskutiert, sie werden als Institutionen im empirischen Material sichtbar. Die beratenden Personen verweisen zeitweise auf die unterschiedlichen Aufträge der beiden Sozialen Welten, der Krankenkassen und der Pflegekassen (PS02_Z1_a, u. a. Pos. 136). Aber häufiger werden diese beiden Sozialen Welten synonyme Bedeutung beigemessen, bzw. im Aufgabenspektrum nicht unterschieden (PS01_Z3_a, u. a. Pos. 245).

Die Pflegekassen entscheiden und verwalten die Anträge auf Pflegeleistungen. Das zentrale Anliegen dieser sozialen Welt ist die Entscheidung über Leistungen auf der Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Sie agiert üblicherweise über Bescheide und verlässt sich in ihren Bezügen, insbesondere auf den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Der MDK wird durch die Pflegekassen zur Begutachtung der antragstellenden pflegebedürftigen Person beauftragt, mit der Feststellung des Hilfebedarfs (Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2024), im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriffes § 14 SGB XI. Das Gutachten des MDK stellt die Entscheidungsgrundlage für die Pflegekasse dar und wird als Artefakt in einigen Pflegeberatungen bedeutsam.

Die beiden sozialen Welten nehmen in der Arena eine wichtige Rolle ein, die als machtvoll und diskursbestimmend wahrgenommen wird. Als zentraler kollektiver Akteur sind die Kranken- und Pflegekassen in jeder

Pflegeberatung des empirischen Materials diskursiv oder über Artefakte vertreten. Deutlich wird die machtvolle Position der sozialen Welt im Material u. a. daran, dass in PS03_Z1_a das Beratungsgespräch unterbrochen wird, da die Beraterin die Ratsuchende bittet, das aktuelle Gutachten des MDK von der Pflegekasse vor Ort zu besorgen (PS03_Z1_a, Pos. 38-113). In diesem langen Ausschnitt versucht die beratende Person noch telefonisch das Gutachten zu organisieren, was aber aufgrund von Datenschutzvorgaben der Kasse nicht gelingt, sodass die Ratsuchende zur Geschäftsstelle der Kranken- und Pflegekasse geht, um das Gutachten abzuholen. Erst nach der Rückkehr der Ratsuchenden wird das Beratungsgespräch fortgesetzt.

In PS01_Z3_a hat die Mutter, um die es in diesem Beratungsgespräch geht, die Pflegestufe 0 mit Betreuungsbedarf aufgrund einer Demenzerkrankung. Hier wird an vielen Stellen eher im Vorgriff von möglichen Leistungsansprüchen gesprochen, wenn ein Pflegebedarf mit Pflegestufe hinzukommt (PS01_Z3_a, u. a. Pos. 245).

Im Pflegeberatungsgespräch PS02_Z1_a werden die Ratsuchenden über weiten Strecken über die Leistungen der Pflegekasse informiert und die Möglichkeit einer 24h-Haushaltshilfe in Bezug auf Leistungen der Pflegekasse ausgelotet (PS02_Z1_a, Pos. 53-55). In verschiedenen Beispielrechnungen und Szenarien werden Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse (oft auch mit Bezug zum Sozialhilfeträger) und Auswahlkriterien sowie Bedingungen besprochen, unter denen eine „Osteuropäische Haushaltshilfe“ (PS02_Z1_a, Pos. 402) in Anspruch genommen werden kann.

In PSo4_Z3_a werden die Leistungen der Kasse ebenfalls erläutert. Hier stehen die Angehörigen noch vor der ersten Beantragung einer Pflegestufe und möchten auch Informationen dazu, wie ein Antrag gestellt wird und was dann passiert (PSo4_Z3_a, Pos. 37).

In PSo5_Z1_a besteht eine Pflegebedürftigkeit und es geht um Leistungen der Kasse, die aufgrund von Umstellungen in der Pflegesituation: Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung, als die Kurzzeitpflege ausgelaufen ist, für wenige Tage auf Dauerpflege umgestellt wird. Zur Zeit der Pflegeberatung ist die pflegebedürftige Person im häuslichen Umfeld und wird dort versorgt. Die komplexen Berechnungen und Vertragsbedingungen werden von der beratenden Person an verschiedenen Stellen erläutert, (u. a. hier PSo5_Z1_a, Pos. 615).

Im Beratungsgespräch PSo10_Z1_a geht es insbesondere um die Wohnsituation der pflegebedürftigen Personen. Die Mutter der Ratsuchenden hat eine Pflegestufe und sitzt im Rollstuhl, der Vater ist dement. Die Wohnsituation ist eine finanzielle Belastung und übersteigt das Einkommen der pflegebedürftigen Personen, sodass das Pflegegeld zur Finanzierung der Wohnung eingesetzt wird (PSo10_Z1_a, Pos. 475-477). Über die Leistungen der Pflegekasse wird insofern gesprochen, als die Ratsuchende Entlastungen in ihrem Alltag benötigt, und diese versucht wird über Angebote aus dem sozialen Nahraum, aber auch über Leistungen der Pflegekasse zu eruieren. Des Weiteren geht es in diesem Gespräch auch um Leistungen der Krankenkasse, im Sinne einer Kur oder psychotherapeutischer Maßnahmen zur Entlastung.

5.2. Soziale Welt der Ämter

Eng an die Kranken- und Pflegekassen anschließend, werden auch weitere Ämter als Institutionen in der Arena wirksam. Die Soziale Welt der Ämter ist in der Bezeichnung etwas offener gehalten. Grund ist, dass es in den Beratungen immer wieder Verweise auf einzelne Ämter gibt, die aber variieren und deren thematische Gewichtung im Einzelnen nicht den Beratungsdiskurs maßgeblich beeinflusst. Die Aufgabe dieser Sozialen Welt ist es, die bürokratischen Anforderungen an Leistungsbezieher zu organisieren und über diese zu entscheiden. Sie stellen in Form von Artefakten dieser sozialen Welt Anforderungen, an die Aushandlung der Beteiligten. Erwähnt werden hierüber insbesondere die Bearbeitung von Anträgen, die Erfahrungen mit gestellten Anträgen oder die Konsequenzen von Bescheiden, die von Ämtern ausgestellt werden. Über Anträge der Kranken- und Pflegekassen wird in den Beratungen bewusst gesprochen, diese Anträge haben in den Beratungen einen anderen Stellenwert als andere Anträge, sodass diese nicht in die Soziale Welt der Ämter rekonstruiert wurden, sondern in einer eigenen (in 5.1 ausgeführten) sozialen Welt. Die Bearbeitung von Anträgen auf Pflegeleistungen wird in den Beratungen selbstverständlicher als Teil der Beratungsleistung konstruiert, u. a. (PS04_Z3_a, Pos. 358-360; PS02_Z1_a, Pos. 394), oder sie werden von der beratenden Person gerahmt als: „So, jetzt kommen die NORMALEN Unterlagen“ (PS04_Z3_a, Pos. 312).

Das Teilkasko-Prinzip der Pflegeversicherung (Dammert 2009, S. 17) bedingt häufig eine Abhängigkeit von Finanzierungen und dadurch Verknüpfungen mit dem Thema Sozialhilfe (vgl. u. a. PS05_Z1_a). Das verflochtene System zur Beantragung sowie zur Abrechnung zwischen Leistungserbringer (wie Pflegediensten oder stationäre Pflegeeinrichtungen), Pflegekasse und

Sozialamt stellt komplexe Anforderungen an Ratsuchende, welche durch die Beratung offengelegt und erläutert werden können.

Ein anderer Bezug zur Sozialhilfe, wird in Form von Abgrenzungen aus der familiären Alltagswelt der Ratsuchenden hergeleitet und die Leistungsmöglichkeit aufgrund der Bedingungen, unter welchen sie gewährt werden, abgelehnt. Der Verweis darauf, dass das soziale Sicherungssystem in Deutschland kompliziert ist und im Verhältnis zum System in der Türkei als hürdenreich empfunden wird, wird konkret in der Beratung versprachlicht. Hierbei wird insbesondere auf die Frage der Antragstellung auf Sozialhilfe verwiesen, was die ratsuchende Angehörige mit folgender Begründung ablehnt:

I: //Genau//, das wird ja nicht mit einkalkuliert und die SOZIALHILFE muss ja jedes Einkommen, Vermögen und das wollen wir nicht. Das wollen wir, wir haben gesagt nein, wollen wir nicht es ist viel zu viel Prozedur (PS04_Z3_a, Pos. 249).

Die Ratsuchenden haben hier den Weg der Rente in der Türkei gewählt und werten über dies die bürokratisierte Unterstützung der Freistellung von Medikamentenzuzahlungen sowie die Antragsstellung mit ihren Offenlegungen der persönlichen, finanziellen Verhältnisse in Deutschland ab. Sie können sich darüber von einigen bürokratischen Zwängen dieser sozialen Welt befreien und betonen dies auch im Sinne einer Machtquelle:

I: [...] ja, ich muss nicht hier zum Krankenkasse gehen und Bescheinigung holen und dann mich später mit der Krankenkasse zusammenschlagen, hier so viel habe ich in der Türkei ausgegeben, damit ich dann mein Geld bekomme mache ich das dann nicht mehr. Meinen Eltern wird alles bezahlt. (PS04_Z3_a, Pos. 251).

Die Aussage, dass in der Türkei alle Medikamente bezahlt werden und sich die Familie nicht mit Bescheinigungen für das deutsche System der Zuzahlungsbefreiung befassen muss, lässt sich als Reduzierung der Abhängigkeit lesen.

Eng verbunden sind die kommunal organisierten Leitungen für „Hilfe zur Pflege“. In einigen Beratungen ist dieser kommunale Träger der Hilfe zur Pflege (SGB XII) – als Sozialamt – einbezogen und die Übernahme der Leistung ist entweder, durch bereits geprüfte Ansprüche geklärt (PS05_Z1_a, Pos. 640), oder es wird darauf verwiesen, dass nicht alle Leistungen klar geregelt sind, sondern auf der Ebene Ermessensspielräume bestehen, ob Leistungsanbieter anerkannt werden oder nicht:

B: Und es unterliegt dann ihrem Verhandlungsgeschick sozusagen den Sozialhilfeträger vielleicht dazu zu bringen, dass er einen der anderen Anbieter, wahrscheinlich wird es noch am ehesten funktionieren wenn sie mit Pflegedienst Z. (PS02_Z1_a, Pos. 425)

Der Verweis der beratenden Person, auf Verhandlungsgeschick verdeutlicht die Abhängigkeit vom Wohlwollen des Amtes und von eigenen Kompetenzen in der Verhandlung, um die Leistungen, ohne zu thematisieren, was das konkret bedeutet und wie diese Kompetenzen erlangt oder ausgeglichen werden können.

Die mächtige Position dieser Ämter wird in Bezug auf Antragstellungen besonders deutlich. Wenn das Leisten einer Unterschrift als Machtmittel angesehen wird, welche gegeben werden, kann, oder auch nicht – im Sinne einer persönlichen Entscheidung, wird diese in Bezug auf die Antragstellungen eher zum Zwang, denn zu einer mächtigeren Position:

B: So siehe Mietbescheinigung, Anlage. So und da auch

I: auch unterschr-

B: auch unterschreiben von ihnen beiden, ja?

I: Genau, genau.

B: (...) Genau das sind die, das sind die Kinder, genau Angehörigen (...) Ah, das ist komplett alles noch zu unterschreiben, die kompletten Anlagen, ja? (.) So das auch.

I: Das sind jetzt die Kopien (..) unten

B: Ok, das ist alles, das ist alles da

I: Ausweis.

B: Das ist eigentlich so beim anderen Antrag, Betreuerausweis.

I: Die ganzen

B: Sehr gut, sehr gut. (PS05_Z1_a, Pos. 964-974)

Die eigentlich als mächtige Möglichkeit der Unterschrift im Sinne einer Zustimmung, zeigt sich in dem Ausschnitt ausgehebelt, denn es wird dieser Unterschrift in der Rolle gesetzlicher Betreuer kein Einfluss zugestanden, obwohl diese Unterschrift mächtig sein könnte.

In einem so klaren Machtdifferential zugunsten der Ämter zeigt sich eine Unterschrift als Machtmittel eher als Mittel des Zwangs und nicht der Zustimmung. Mächtiger Aktant sind hier die Formulare, bei denen Antragstellenden nicht klar ist, was von wem unterschrieben werden darf oder muss, um notwendige (Pflege-)Leistungen zu erhalten. Dahinter steht die mächtige Soziale Welt der Ämter, welche die sozialen Sicherungsleistungen des Staates verwalten. Der Sohn, als gesetzlicher Betreuer des pflegebedürftigen Vaters wirkt in seiner Rolle als gesetzlicher Vertreter eher funktionalisiert im System der Reglementierungen ohne wirkliche eigene Stimme. Diese Koppelung an das feminine Subsystem (vgl. Fraser 1994, S. 263), wurde in Kapitel 3.3.2 ausgeführt und bestätigt sich im empirischen Material, insbesondere in Bezug auf Leistungen der Sozialhilfe, wie „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII).

Weitere Ämter, die als Subwelten in der Arena der Beratungssituation vertreten sind, verhandeln über die Themen Grundsicherung und Wohngeld (PS02_Z1_a, Pos. 499) sowie Rente (PS01_Z2_a, Pos. 543), einen Nachteilsausgleich durch Behinderung, im Sinne des Schwerbehindertenausweises (PS03_Z1_a, Pos. 316-317) und gesetzliche Betreuung (PS05_Z1_a, Pos. 954).

Insbesondere werden die Anliegen der Ämter in der Beratungsarena unter der Perspektive von Finanzierung thematisiert. Fragen von Anspruchsvoraussetzungen, formaler Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen, die als Artefakte in der Beratung vorliegen, sowie die Entscheidungen über Leistungen – als Bescheide (ebenfalls Artefakte in der Beratung) –, werden innerhalb der

Beratungen sichtbar. Daher können diese Subwelten, trotz unterschiedlicher thematischer Aufgaben mit ähnlichen Anliegen in der Beratungsarena, als eine Soziale Welt konstruiert werden.

5.3. Soziale Welt der Medizin

Einen weiteren kollektiven Akteur in der Arena der Pflegeberatung, der als Soziale Welt gefasst wird, ist die Medizin. Auch sie hat eine diskursbestimmende Bedeutung in der Arena. Subwelten, die ich hier unterordne und die durch Ihre Handlungen die Soziale Welt prägen, sind Haus- und Fachärzte in Arztpraxen oder Kliniken. Die Aufgabe dieser sozialen Welt ist die Behandlung von Krankheiten und Symptomen. Sie kommunizieren mit der Arena und mit anderen Sozialen Welten über das Schreiben von Berichten und Arztbriefen, zu Diagnosen, in der Erstellung von Therapieplänen sowie über Verschreibungen (insbesondere Medikamente, Hilfsmittel). Diese Artefakte sowie die hierarchische Kommunikation in Interaktionen mit der Sozialen Welt der Ratsuchenden, reproduziert ihre machtvolle Stellung im Diskurs. Durch die Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung in der Versorgung und Pflege steht jede pflegebedürftige Person und damit in der Regel auch die An- und Zugehörigen in Abhängigkeit mit diesen machtvollen kollektiven Handlungen. In den Beratungen zeigen sich diese Abhängigkeiten in Form von Artefakten, wie Arztbriefen oder Atteste: „dann sind ja hier verschiedene Facharzt Atteste vorgelegt worden,“ (PS03_Z1_a, Pos. 19), in Form von Diagnosen: „Ja finde ich schon, weil auch der Arzt gesagt hat das ist so eine Depression bedingte Geschichte ja“ (PS01_Z3_a, Pos. 460) oder auch als konkret erlebte Abhängigkeit in der Versorgung: „Nur die brauchen diese, von Hausarzt diese Verordnung, oder zum Transport. Das war nicht irgendwie geklärt“ (PS05_Z1_a, Pos. 16).

In einem Ausschnitt aus der Beratung PSo3_Z1_a, (Pos. 199-208) zeigt die Ratsuchende Unsicherheit darüber auf, wie sie mit den Veränderungen bei ihrem Lebensgefährten umgehen soll. Sie berichtet über ein fehlendes Gefühl in den Beinen und über Medikamente, die sie in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen nicht einschätzen kann und als ein „Und Essen viel mehr“ (PSo3_Z1_a, Pos. 197) beschreibt. Die Reaktion der beratenden Person ist der Verweis auf die Soziale Welt der Medizin und die Adressierung an Ärzte. Zugeschrieben wird dieser sozialen Welt die Hoheit über akzeptable Beschwerden, Einschränkungen sowie (Neben-)Wirkungen und der Möglichkeit etwas dagegen zu tun. Dass diese machtvolle Position von beiden in der Beratung akzeptiert wird, machen die Reaktionen deutlich: „Er hat gesagt, ja ist so“ (PSo3_Z1_a, Pos. 203) durch die Ratsuchenden und das „Okay“ (PSo3_Z1_a, Pos. 204) der beratenden Person als Reaktion darauf. Direkt im Anschluss wird das Thema wieder gewechselt.

Diese machtvolle Position in der Arena wird auch in PSo4_Z3_a aufgezeigt, indem Behandlungsmethoden bei Diagnosen, hier Parkinson in der Beratung thematisiert werden:

I: Das ist schnell wieder, genau. Und dann war mein Vater monatelang in Windeln, in Beuteln. Und dann haben wir erst, wie wir hier wieder nach Deutschland gekommen sind haben wir dann erfahren, dass Personen mit Parkinson Operationen einfach nicht empfohlen wird. Er hat Kanalverengung, was die Nerven angeht zu seinen Bandscheiben, Kanalverengung, eigentlich ist eine OP gedacht ABER ein Arzt hat gesagt, er soll wir können es, es soll operiert werden aber alle anderen Ärzte, die Orthopäden waren, plus die Neurologinnen haben gesagt NEIN. Er nicht, deswegen läuft er auch so gebückt, weil er halt

Kanalverengung hat, deswegen mit diesem Schlauch und so weiter es ist ok ich kann das mal den Neurologen mal mal fragen aber ich glaube, sie wird es nicht empfehlen. Weil er halt Parkinson krank ist und und OPs (PS04_Z3_a, Pos. 88).

Die Verhandlung von Diagnosen und die verschiedenen Positionen zu Erkrankungen, Beschwerden und deren Behandlungsmöglichkeiten variieren stark und sind nicht als einheitliche Aussagen⁵¹ zu fassen. In dem hier vorliegenden empirischen Material stellt diese Widersprüchlichkeit allerdings eher die Ausnahme dar und daher wurde diese als Soziale Welt gefasst, so erscheint sie im Material und ist diskursbestimmend in Bezug auf die Arena der Pflegeberatung.

5.4. Soziale Welt der Leistungserbringer

Die Soziale Welt der Leistungserbringer hat diverse Subwelten, die sich mit verschiedenen Akteursgruppen und unterschiedlichen – auf die Gesundheit bezogenen – Aufträgen in der Arena der Pflegeberatung zeigen. Dazu gehören Therapeut*innen (Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik), Pflegedienste und Sanitätshäuser. Trotz der inhaltlich unterschiedlichen Aufträge dieses kollektiven Akteurs ist das Auftreten innerhalb der Beratungsarena mit ähnlichen Anliegen an die Ratsuchenden und pflegebedürftigen Personen verbunden. Sie stellen Anforderungen an die familiäre Alltagswelt der Ratsuchenden in Bezug auf Kooperation innerhalb der Maßnahmen und es geht um Terminfindung und Bedingungen der Arbeit, die mit der familialen

⁵¹ Gleichzeitig verweist dieser Ausschnitt darauf, dass auch die Soziale Welt der Medizin, wie ich diese umrissen habe, eine eigene Arena darstellen kann und bei einer Fragestellung mit anderem Fokus wäre eine Ausdifferenzierung sinnvoll.

Alltagswelt der Ratsuchenden abgestimmt werden müssen (PS04_Z3_a, Pos. 25-27).

Zudem geht es in Bezug auf die Kranken- und Pflegekasse um die Abrechnung der erbrachten Leistungen (PS01_Z3_a, Pos. 245). Weiter zeigen sich wieder die machtvollen Positionen der sozialen Welt der Medizin, mit der Möglichkeit, eine Verschreibung von z.B. Hilfsmitteln, Physiotherapie u.ä. vorzunehmen oder diese zu unterlassen (PS04_Z3_a, Pos. 189). Die Soziale Welt der Leistungserbringer als kollektiver Akteur ist also stärker in Abhängigkeiten der Arbeitsweise eingebunden. So zeigt sich auch die machtvolle Position der Kranken- und Pflegekassen mit der Anerkennung von Leistungen und deren Finanzierung oder auch der Verwehrung von Finanzierung in dieser sozialen Welt (PS04_Z3_a, Pos. 191). Im empirischen Material wird deutlich, dass die Leistungserbringer ebenfalls von der sozialen Welt der Medizin abhängig sind, insbesondere ob eine Verordnung von einem Arzt erstellt wird oder nicht, was in der Beratungsarena thematisiert wird.

Gleichzeitig stellen sie durch ihre Qualifikation in der sozialen Alltagswelt der Ratsuchenden Anforderungen an Bedingungen ihrer Arbeit. Im empirischen Material wurde dies einerseits über die zeitlichen Ressourcen deutlich. In einem längeren Ausschnitt (PS05_Z1_a, Pos. 148-166) dokumentiert sich ein Versuch der zeitlichen Klärung zwischen der pflegenden Ehefrau (I₂), dem anwesenden Sohn (I) und der beratenden Person (B). Der Pflegedienst hat (vermutlich in Absprache mit den pflegenden Angehörigen) die Zeiten der Versorgung mehrfach geändert, gesprochen wird hier über „Ausnahme“ und das war „gestern“ und „das war am Anfang“ so. Es wird darüber deutlich, dass die hauptpflegeverantwortliche Person (I₂) mit den zeitlichen Änderungen überfordert ist und den Überblick oder auch die Sinnhaftigkeit der veränderten Zeiten nicht nachvollziehen kann. Eine Deutung der aufgezeigten

Situation ist, dass die Änderungen nicht aufgrund der Pflege vor Ort, sondern aufgrund der Tourenplanung und der Organisation des Pflegedienstes passiert.

5.5. Soziale Welt der Forschenden im Projekt

Eine weitere Soziale Welt, die Einfluss auf die Beratungen nimmt, ist die Soziale Welt der Forschenden im Forschungsprojekt OPEN, welche die beratenden Personen konkret auffordert, neben der Platzierung der Aufzeichnungsgeräte, auch das Einwilligen in ein solches Projekt zu organisieren, welches auch an mehreren Stellen im empirischen Material mit dokumentiert wird:

B: Jetzt nimmt es auf, ich lass es hier einfach stehen, ich schenke ihnen jetzt erstmal etwas zu trinken ein

Klient: Erste mal gesehen diese Geräte

B: Ja das sieht ganz neu aus, so das gebe ich ihnen mit das können sie in Ruhe nochmal durchlesen und dann unterschreiben ja und mir dann zu schicken

Klient: Ja alles klar

B: Oder sie unterschreiben sie nach dem Gespräch wie sie möchten, so was kann ich jetzt für sie tun? (PS03_Z1_a, Pos. 1-5)

Die bewusste Thematisierung, macht einerseits deutlich, dass den Ratsuchenden gegenüber transparent gemacht wurde, dass die Beteiligung an dem Forschungsprojekt stattfindet. Aber auch hierüber werden Anforderungen an die Ratsuchenden und die beratenden Personen deutlich, dass etwas noch einmal durchgelesen und dann unterschrieben werden soll, so wie eine beratende Person am Anfang der Beratung darauf hinweist: „Ja, es sind zwei Blätter die sie unterschreiben müssen.“ (PS04_Z3_a, Pos. 5), verdeutlicht den Mehraufwand und damit die Anforderung an die beratenden Personen, dies zu erklären und die Beteiligung am Projekt zu erläutern. Auf der Seite der Ratsuchenden stellt es die Anforderungen, dass zusätzlich zu den anderen Artefakten aus den sozialen Welten der Ämter, der Kranken- und Pflegekassen, der Medizin und der Leistungserbringer weiteres Informationsmaterial verstanden werden muss.

In einem Gespräch weist die beratende Person darauf hin, dass die Zustimmung zur Beteiligung im Projekt erst zu einem späteren Zeitpunkt gegeben wurde: „[...] Bislang, hatte die Familie nicht so gewünscht, insbesondere die Ehefrau, dass das Gespräch aufgezeichnet wurde, aber heute ist das Einverständnis gegeben [...]“ (PS05_Z1_a, Pos. 4). Über die Begründung, warum in den ersten beiden Gesprächen das Einverständnis nicht gegeben war und für dieses dritte Gespräch dann doch, wird zu keiner Zeit im Material thematisiert, es deutet sich hier aber ein Prozess des Verhältnisses zum Berater an, auf den in Kapitel 6.1.5 näher eingegangen wird.

In einigen Fällen wird auch auf konkrete Forscherinnen und Forscher und auf den folgenden Telefonanruf im Rahmen des Forschungsprojekts OPEN verwiesen:

B: Ja ob sie das gut gefunden haben und so einmal und das ist das Forschungszentrum von wie nennt sich das warten sie mal wer würde da anrufen eine Kollegin die das eben auswertet das werden sie dann schon erfahren ich weiß jetzt nicht wie die heißt (PS01_Z3_a, Pos. 653)

Auch innerhalb der Beratungsgespräche gibt es Verweise darauf, dass die Aufnahmegeräte oder das Forschungsprojekt nicht vergessen wurden, sondern präsent bleiben:

B: Das wir sagen hier im Landkreis möchten wir gerne auch noch mehr solche muttersprachlichen und kultursensiblen Möglichkeiten schaffen das ist unser Anliegen, deswegen ist zum Beispiel diese Forschungsprojekt

K: Schön, dass es so was gibt. (PS01_Z3_a, Pos. 109-110)

Deutlicher wird es noch in der Beratung PS05_Z1_a, Pos. 4. Die beratende Person führt bereits mit einem Monolog an das Aufnahmegerät bzw. die forschende Person, die sich diese anhören wird, ein und erklärt die Situation. Auch später im Gespräch nimmt die beratende Person immer wieder über das Aufnahmegerät Kontakt mit der Forschergruppe auf und bezieht diese ins Gespräch ein: „Vielleicht eine Information fürs Band die Frau S. ist vom Versorger“ (PS05_Z1_a, Pos. 264) oder auch „Die Frau H. ist Sozialarbeiterin von der Betreuungsbehörde, sage ich jetzt gerade mal für's Band“ (PS05_Z1_a, Pos. 558). Hier wird deutlich, wie präsent die beratende Person die Aufzeichnung während des gesamten Gespräches hat und sie spricht den Aktanten „Aufnahmegerät“, im Sinne der SitA, ähnlich einer weiteren Person im Beratungsgespräch, an.

5.6. Familiäre Alltagswelt der Ratsuchenden und sich überschneidende Welten

Die familiäre Alltagswelt der Ratsuchenden besteht aus der Subwelt, den pflegebedürftigen Personen und der An- und Zugehörigen. Die Aufgabe dieses kollektiven Akteurs ist es, den Alltag mit der Versorgung zu vereinbaren. Die Teilnahme an der Arena der Beratungssituation ist in der Regel ein Zeichen dafür, dass Probleme entstanden sind oder Abläufe im Alltag mit der Versorgung nicht (mehr) zufriedenstellend integriert werden können. Die pflegebedürftigen Personen sind hierbei Menschen, die auf Unterstützung zur Alltagsbewältigung und in fünf von sechs Beratungen des Samples auch auf Pflege angewiesen sind.

Die An- und Zugehörigen können als Familie auftreten und unterschiedlich groß sein, was im vorliegenden Sample in allen sechs Beratungsgesprächen der Fall ist. In einem Gespräch wird noch eine Bekannte als Unterstützung der Familie angegeben, die in der Wohnung mit lebt (PS03_Z1_a, Pos. 213-215), deren Beziehung zur Ratsuchenden nicht näher erläutert wird. Die Familienkonstellationen der Sorge sind allerdings unterschiedlich und haben Konflikt- (PS01_Z3_a, Pos. 114) sowie Unterstützungspotential (PS10_Z1_a, Pos. 273, 409), auf welche im Kapitel 6 näher eingegangen wird.

Ein weiterer Aspekt, welcher in der familiären Alltagswelt der Ratsuchenden relevant wird, ist die Soziale Welt der Berufstätigkeit, welche Anforderungen ihrerseits an die pflegenden An- und Zugehörigen stellt, insbesondere in Bezug auf die Ressourcen der Durchführung und die zeitliche Planung. In PS10_Z1_a wird beispielsweise auf die eigenen, wie auch auf die Berufstätigkeit in Vollzeit des Bruders verwiesen (PS10_Z1_a, Pos. 211-213).

Auch in PS03_Z1_a wird auf die selbstverständlichen Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit hingewiesen, in einem Telefonat zwischen der beratenden Person mit der Pflegekasse, als es darum geht, das aktuelle Gutachten kurzfristig zu organisieren:

B: [...] Weil sie hat sich jetzt extra einen Tag freigenommen von der Arbeit, um den Termin heute wahrnehmen zu können und wenn wir jetzt einen neuen Termin machen, dann muss sie wieder einen Tag freinehmen und sie wissen ja, wie das dann ist. [...] (PS03_Z1_a, Pos. 84)

In PS01_Z3_a berichtet die Ratsuchende ausführlich über ihre Alltagsgestaltung und auch über eine weitere Angehörige, die aus ihrer Sicht nicht ausreichend die Pflegesituation unterstützt (PS01_Z3_a, Pos. 498), dabei wird auch Bezug zur Berufstätigkeit hergestellt. Gerade in Bezug auf die in der Pflegeberatung relevanten Fragen von Be- und Entlastungen wird Berufstätigkeit zwar nicht inhaltlich thematisch, aber in den Konsequenzen für die Sorgesituation wirksam:

B: [...] das Gleichgewicht, wenn ich zu viel auf die eine Waagschale lege dann habe ich auf der anderen nichts ja? (.) Bei ihnen ist es keine work-life-balance, sondern das ist work-family-life-balance irgendwie ja das heißt Familie und Arbeit auf der einen Seite und auf der anderen Seite sie selbst ja (.) und, dass das Gleichgewicht das muss wieder irgendwie hergestellt werden und daran zu arbeiten das wäre ihre Aufgabe dann können sie auch viel mehr für die Eltern tun [...]. (PS10_Z1_a, Pos. 394)

Ähnlich zeigt es sich auch in den Beratungen, wenn es um Verpflichtungen gegenüber eigenen Kindern, dem Haushalt und einer Partnerschaft geht. Diese Sorgearbeit konkurriert mit der Sorgearbeit um pflegebedürftige Personen in der Familie und verknüpft sich mit weiteren Themen. Eine sorgende Angehörige beschreibt, „[...] zum Glück habe ich keine Familie in dem Sinne keine eigenen Kinder von daher (PS10_Z1_a, Pos. 291). Und weiter berichtet sie, dass ihre Ehe aufgrund der Situation mit den pflegebedürftigen Eltern „[...] den Bach runtergegangen“ (PS10_Z1_a, Pos. 201) ist. Die Belastung durch die Sorgeorganisation zeigt sich bei der sorgenden Tochter als sehr hoch, dennoch ist sie ursprünglich nicht wegen der Belastung in die Beratung gekommen, sondern aufgrund von Mietrückständen und einer drohenden Kündigung der Wohnung der pflegebedürftigen Eltern (PS10_Z1_a, Pos. 466).

Dies zeigt auch einen weiteren kollektiven Akteur, der sich im empirischen Material als wichtig erweist: Vermieter. Die Aufgabe der Sozialen Welt der Vermieter ist es, Wohnraum bereitzustellen und zu verwalten. Dieser kollektive Akteur wird im empirischen Material einerseits als Verwalter von Mieteinnahmen sichtbar, wenn diese nicht (ausreichend) gezahlt wurden (PS10_Z1_a, Pos. 463-481), wie in der oben aufgezeigten Beratung. Andererseits tritt er auch als Entscheider für Wohnraumanpassungen, im Sinne des behindertengerechten Wohnens (PS04_Z3_a, Pos. 308) in Erscheinung und entfaltet in beiden Fällen große Abhängigkeiten, die einschneidende Veränderungen bewirken können, denn für die Mieter*innen kann dies zur Notwendigkeit eines Umzuges führen.

Bisher waren in den Ausführungen insbesondere die pflegenden An- und Zugehörigen dieser sozialen Welt thematisch, was primär daran liegt, dass diese sich sprechend in den Beratungen zeigen. Pflegebedürftige Personen, die sich in der familialen Welt der Ratsuchenden befinden, sind in zwei

Beratungen physisch anwesend gewesen, die jeweils in der Häuslichkeit der Ratsuchenden stattgefunden haben. In den beiden Beratungsgesprächen PS04_Z3_a und PS05_Z1_a waren auf den Audioaufnahmen Geräusche der Personen zu hören: Geräusche der Pflege (PS05_Z1_a) oder auch nicht deutschsprachiges Sprechen im Hintergrund (PS04_Z3_a). In beiden Interviews wurden die Pflegebedürftigen nicht aktiv in die Beratung einbezogen. Allerdings wurden durch die Angehörigen Wünsche in Bezug auf die Versorgung eingebracht. Auf diese Aushandlung, auch über die Nichtbeteiligung, wird im Kapitel 6 näher eingegangen. Die Soziale Welt der pflegebedürftigen Personen ist in der Arena vertreten, allerdings eher in Form von implizierten Akteuren. Sie stehen in großer Abhängigkeit von der Versorgungssituation und tragen jeweils die Konsequenzen der in der Arena ausgehandelten Verhältnisse auf der Mikroebene.

5.7. Soziale Welt der beratenden Personen und die Institution Pflegestützpunkt

Die Soziale Welt der beratenden Personen bezieht sich auf die Arbeit in der Institution Pflegestützpunkt, weshalb hier in Abbildung 4 auch eine Überschneidung konstruiert wurde. Hier gibt es auch Kolleg*innen im Pflegestützpunkt, auf die verwiesen wird: PS02_Z1_a, Pos. 527, PS04_Z3_a, Pos. 359. Eine weitere Überschneidung der Sozialen Welt der beratenden Personen findet sich zu den Kranken- und Pflegekassen. Hierzu lassen sich im Material wenig Hinweise finden (angedeutet hier: PS02_Z1_a, Pos. 548-550), allerdings ist die Besetzung der Pflegestützpunkte in Hessen und Rheinland-Pfalz, wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben, durch kommunale Mitarbeiter*innen und Mitarbeiter*innen der Kranken- und Pflegekassen vorgesehen, wobei diese zweigeteilte Beschäftigung keinen Rückschluss auf die Qualifikation zulässt.

Die Aufgabe dieser Sozialen Welt ist insbesondere die Pflegeberatung nach §7a SGB XII, auf welche bereits in Kapitel 2 zur Pflegeberatung eingegangen wurde. Auch die psychosoziale Beratung wird als Teil ihrer Aufgaben wahrgenommen, welche sich in den Beratungen unterschiedlich ausgeprägt zeigen. Stärker werden psychosoziale Beratungsaspekte in den Beratungen PS10_Z1_a, PS01_Z3_a und PS04_Z3_a thematisiert.

Die Soziale Welt der beratenden Personen beschreibt sich selbst im Wesentlichen aus der Unterstützung von Ratsuchenden, die sich über Pflege und Versorgung informieren möchten und/oder konkrete Hilfen wünschen. Eine Hauptaufgabe wird darin gesehen, die gesetzlichen Leistungen des SGB XI für die Ratsuchenden nutzbar zu machen. Im empirischen Material wird dies insbesondere darüber deutlich, dass Beispiele und Erklärungen zu gesetzlichen Leistungen gegeben werden (PS04_Z3_a, Pos. 328, PS02_Z1_a, Pos. 66). Die Übersetzung der sozialrechtlich verankerten Bedarfe findet sich an vielen Stellen im empirischen Material je nach Beratungsfokus unterschiedlich häufig.

Auch die Vermittlung und Information über weiterführende Hilfen werden von dieser sozialen Welt als Auftrag gesehen. Hierbei geht es zum Beispiel um Informationsmaterial, welches auf die Sprache angepasst wurde und das eigene Angebot beinhaltet (PS04_Z3_a, Pos. 157), oder es geht um Informationen zu bestimmten Themen (wie Haushaltshilfen, Wohnberatung, Schwerbehinderung etc.), über die beraten und schriftliche Informationen mitgegeben werden (beispielhaft: PS02_Z1_a, Pos. 410).

Die Bedeutung, die der Information und Aufklärung von Ratsuchenden zuerkannt wird, wird in dem folgenden Auszug ausgedrückt:

B: Kein Wunder (..) kein Wunder (..) ich sage mal das Wort hätte ist ja irgendwie scheiße ja, aber wenn sie früh genug Informationen haben //über (..) Entlastungsmöglichkeiten// (PS10_Z1_a, Pos. 202)

Diese Aussage bezieht die beratende Person darauf, dass die Ehe der Ratsuchenden gescheitert ist, und deutet damit an, dass diese Ehe nicht so belastet gewesen wäre, wenn frühzeitiger Informationen über Entlastungsmöglichkeiten zur Versorgung der pflegebedürftigen Eltern vorgelegen hätten. Der Information über Leistungen der Pflegekasse, aber auch sonstigen Entlastungsmöglichkeiten wird also ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Auch therapeutische Angebote wurden in zwei der sechs Beratungsgespräche thematisiert: PS10_Z1_a, Pos. 324-334 und PSo4_Z3_a, Pos. 163-176. Ein Verweis auf Beratungsangebote von Ämtern findet ebenso statt, zum Beispiel zum Thema Wohngeld: PSo2_Z1_a, Pos. 471.

Die konkrete Aushandlung zwischen der Sozialen Welt der beratenden Personen und der familialen Alltagswelt der Ratsuchenden wird im Folgenden ausgeführt. Die Ergebnisse der relationalen Machtanalyse in Anlehnung an Norbert Elias zeigen die Machtpositionierungen und Abhängigkeiten der Beratungsfigurationen auf.

6 Die Arena der Pflegeberatung als Aushandlungsort

Die Sozialen Welten der Arena der Beratungssituation (Abbildung 4), die auch gleichzeitig die Forschungssituation darstellt, ist sehr vielfältig und es werden in ihr viele Anforderungen an die Akteure in der Beratungssituation gestellt.

Insbesondere die familiäre Alltagswelt der Ratsuchenden mit ihren Subwelten der pflegebedürftigen Personen und der An- und Zugehörigen, die mit weiteren Sozialen Welten wie der Sozialen Welt der Berufstätigkeit und der Sozialen Welt der Vermieter verbunden sind, zeigt ein empfindliches Gefüge. In einem Beratungsgespräch wurde durch die beratende Person das Bild des Mobiles genutzt:

B: [In Kinder-]Zimmern, wenn sie an einem dieser Mobilestücke was machen ja also wenn sie daran ziehen dann bewegt sich alles andere mit das ist einfach so und sie können aber nur bei sich selbst anfangen und nicht bei den anderen sie können das ist vergebliche Energie wenn sie glauben das sie ihre Schwester ändern können, vergebliche Energie wenn sie ihren Mann ihr Umfeld verändern wollen, das geht nicht das ist also wenn sie sagen ich möchte mehr Zeit dann nehmen sie dann gucken sie wo können sie für sich mehr Zeit irgendwie frei räumen oder Entlastung schaffen und dann nehmen sie sich das, das ist leicht gesagt aber dann werden sie merken, dann motzt vielleicht ihr Mann

oder ihre Kinder oder sonst was aber dann wird sich vielleicht dann was bewegen (PS01_Z3_a, Pos. 513-515)

Die beratende Person rekurriert in dem Gespräch darauf, dass sich die in der Pflege hauptsächlich verantwortliche Tochter mehr Unterstützung wünscht in der Versorgung und auch die Verantwortung für Entscheidungen der Versorgung der demenzerkrankten Mutter gerne teilen möchte.

Pflege und Versorgung stellen in der Alltagswelt der Betroffenen eine oft sehr komplexe Situation dar, welche sich aus vielen kleinen und großen Herausforderungen im Alltag zusammensetzt, häufig verbunden mit Handlungsdruck der an der Pflege Beteiligten. Pflegeberater*innen haben in einem ersten Schritt oft die Aufgabe, diese komplexe Situation mit den individuellen Bedingungen der Ratsuchenden zu rekonstruieren. Sie selbst werden durch die Beratung aber ebenfalls Teil der Arena, die sich im Aushandlungsprozess befindet, und stellen Anforderungen an die Ratsuchenden, wie Termine einzuhalten oder Unterlagen mitzubringen. Die Unterstützung der Ratsuchenden bei der Entwicklung möglicher Entlastungen und Hilfen für die Alltagsbewältigung ist hierbei zentral. Wie das Forschungsprojekt OPEN zeigen konnte, gehen die beratenden Personen hier sehr unterschiedlich vor und orientieren sich verkürzt ausgedrückt entweder an dem, was die Ratsuchenden aus ihren jeweiligen Lebenszusammenhängen berichten, oder an den Vorgaben der Sozialgesetzgebung (in Form beispielsweise eines Begutachtungsberichtes).⁵²

Wenn diese komplexen Sozialen Welten Eingang in die Aushandlung der Bedürfnisse in der Pflegeberatung finden, stellt dies hohe Ansprüche an die

⁵² Differenzierter u. a. bei May und Zein (2018, S. 130-133)

Berater*innen in diesem Feld. Anforderungen an die Pflegebedürftigen und deren Zu- und Angehörigen können aus jeder der aufgezeigten Sozialen Welten in die Beratungsarena hineingetragen werden oder sich auch auf mehrere Welten beziehen. Während die Sozialen Welten ihrerseits Anforderungen an die familiäre Alltagswelt der Ratsuchenden stellen oder sich mit diesen zu bestimmten Fragen in Aushandlungen befinden, haben die beratenden Personen hierbei eine Lots*innenfunktion, um zwischen den Anforderungen der Sozialen Welten, die in der Arena beteiligt sind, und den Bedürfnissen der familiären Alltagswelt der Ratsuchenden zu vermitteln. Da aber auch die familiäre Alltagswelt der Ratsuchenden keine homogenen Bedürfnisse hervorbringt, sondern diese individuell zu den jeweiligen Individuen der Sorgesituation relationiert ist, soll dieses Verhältnis unter Berücksichtigung von Macht konkreter in den Blick genommen werden.

Im Pflegeberatungsprozess werden Macht und Abhängigkeiten in der Interaktion zwischen beratenden Personen und den Ratsuchenden sichtbar. Diese findet jedoch nicht nur zwischen den Anwesenden und aktiv an der Beratung Beteiligten statt, sondern schließt auch die Personen ein, die in der Situationsanalyse als implizierte Akteure (anwesend oder abwesend) erfasst werden. In beiden Formen sind die Machtasymmetrien deutlicher ausgeprägt und die Repräsentation der eigenen Bedingungen dieser Akteure sind besonders unsichtbar oder werden verschleiert (vgl. Clarke 2012, S. 87). Da die Rekonstruktion von Bedingungen dieser Akteure nur an wenigen Stellen im Material möglich ist, soll in diesem Kapitel die Machtbeziehung zwischen den Beteiligten an der Pflegeberatung fokussiert werden. Dieser Fokus verdeutlicht die Abhängigkeiten und Ressourcen, auf welche durch die Beteiligten zugegriffen werden kann, um die eigenen Deutungen der Situation einzubringen und den Prozess der Bedürfniskonstruktion zu beeinflussen. Das beinhaltet, dass die Bedürfniskonstruktionen selbst in den Gesprächen

verhandelt und erst im Beratungsprozess hergestellt werden. Wenn Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen oder deren An- und Zugehöriger konstruiert werden, wird gleichzeitig auch die Befriedigung dieser Bedürfnisse verhandelt oder monologisch festgelegt. Dieser Prozess kann als zyklisch und sich wiederholend angesehen werden und entspricht keiner linearen Abfolge in den Beratungen, sondern eher Annäherungen, die stellenweise über Angebote zur Bedürfnisbefriedigung konkretisiert werden. Abbildung 4, „Aushandlungsdreieck“, veranschaulicht dieses Beratungsverhältnis:

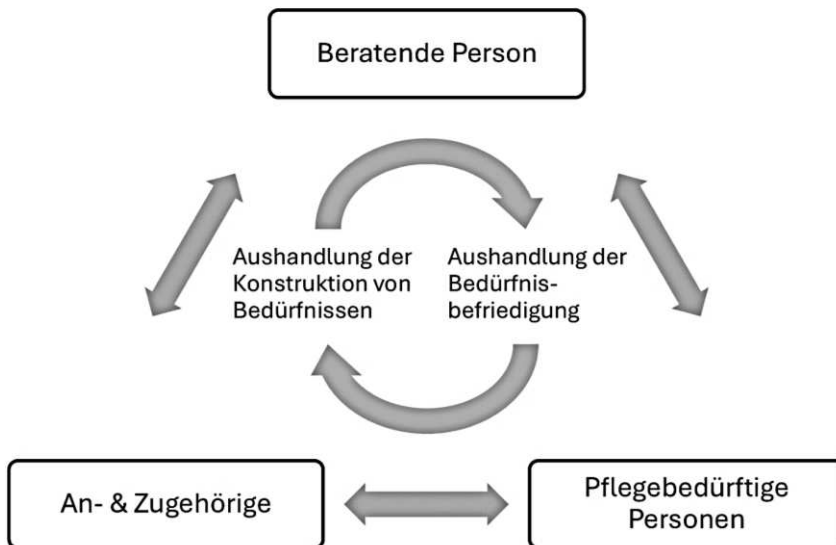


Abbildung 4: Aushandlungsdreieck (eigene Darstellung)

Im Folgenden werden die relationalen Machtbeziehungen zwischen der Sozialen Welt der beratenden Personen und der familialen Alltagswelt der Ratsuchenden fokussiert und die Bedingungen des Beratungsverhältnisses in Abbildung 5 sowie die Einordnung von implizierten Akteuren in der Beratungssituation beschrieben. Die analytische Betrachtung der drei Beziehungen zwischen An- und Zugehörigen und beratenden Personen, zwischen pflegebedürftige Person(en) und beratenden Personen sowie pflegebedürftigen Person(en) und An- und Zugehörigen ist zwar möglich, aber angesichts der Verwobenheit der Situation als nicht sinnvoll erachtet worden, denn es geht im Folgenden um genau diese Macht- und Abhängigkeitsbeziehungen im Sinne Elias' (2009), wie in Kapitel 4 ausgeführt. Die Aushandlungen und Konstruktionen sind im empirischen Material verschränkt und häufig nicht eindeutig einem bestimmten Beziehungsverhältnis zuzuordnen, daher wird im Folgenden zuerst über den Verlauf der sechs Beratungen auf die Machtbeziehungen insgesamt eingegangen. Im Anschluss werden übergreifende Aspekte beleuchtet, die in mehreren Beratungen auftreten, und dargestellt, in welchen Beratungen Machtdifferenziale stärker ausfallen. Abschließend wird der Fokus auf die implizierten Akteure gelegt, die sich über die Beratungsanalyse rekonstruieren lassen.


6.1. Beratungsverläufe mit der Perspektive auf Macht

Im Folgenden werden mit Blick auf den Verlauf der Beratung die Machtbeziehungen der Pflegeberatung, subjektiv nachgezeichnet. Um ein möglichst umfassendes Bild der komplexen Situation, wie sie sich in den einzelnen Beratungsgesprächen darstellt, zu erhalten, wird jedes Beratungsgespräch einzeln betrachtet und sowohl grafisch dargestellt als auch

beschreibend darauf Bezug genommen. Die Grafiken sind subjektive Maps, die lediglich meinen forscherschen Eindrücken der Beratungssituationen entsprechen, sie wurden, nicht quantifiziert. Damit dienen die Maps eher einem Gesamteindruck, wie ich das Machtgefüge innerhalb der Beratungen rekonstruiere. Die Beschreibungen dazu sind in dieser Hinsicht ausführlicher und werden mit Auszügen aus dem Material zu markanten Stellen belegt.

Ziel ist insbesondere die Veränderung der Machtverhältnisse im Verlauf der Gespräche unter den Beteiligten und nicht beteiligten pflegebedürftigen Menschen darzustellen. Um dies zu ermöglichen, sollen hier folgende Piktogramme genutzt werden, die für verschiedene Ereignisse und für die Thematisierung sozialer Welten stehen. Da es als Legende zu umfangreich ist, sollen diese Piktogramme hier separat dargestellt werden:

Symbole Bedeutung


 Wendepunkte in der Beratung

 Machtprobe

Bezug in der Beratung zu Sozialen Welten

 Soziale Welt der Ämter

 Soziale Welt der Kranken- und Pflegekassen

 Soziale Welt der Leistungserbringer

 Soziale Welt der Medizin

 Soziale Welt der Berufstätigkeit

 Soziale Welt der Vermieter

Die jeweiligen präsenten Beteiligten an der Beratung werden in die Grafik aufgenommen und das Machtdifferential zueinander nachgezeichnet. Pflegebedürftige, die entweder anwesend oder abwesend sein können, werden in der Grafik über die graue Fläche mit ihrer Repräsentation in der Beratung dargestellt. Da in keinem der Beratungsgespräche eine aktive Beteiligung der pflegebedürftigen Personen stattfand, soll diese Übersicht aufzeigen, an welchen Punkten in den Beratungen Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen konstruiert werden.

Weitere relevante Personen, über die in der Beratung gesprochen wird, werden nicht in der Grafik aufgenommen, um eine Übersichtlichkeit in der Darstellung zu erhalten, werden aber in der Beschreibung zur Grafik ausgeführt.

Die grundsätzlich beteiligten Sozialen Welten der pflegenden An- und Zugehörigen und der pflegebedürftigen Personen sowie der beratenden Personen werden nicht als Piktogramme aufgenommen, da deren Beteiligung am Gespräch über die Abkürzungen ersichtlich und jeweils in einer Legende als Fußnote ausgeschrieben werden.⁵³

⁵³ Die Variation der Abkürzungen bei den An- und Zugehörigen ergibt sich daraus, dass im Forschungsprojekt OPEN verschiedene Personen Transkripte der Beratungsaufzeichnungen angefertigt haben, diese Bezeichnungen wurden nachträglich nicht mehr vereinheitlicht.

6.1.1. Pflegeberatung PS01_Z3_a⁵⁴

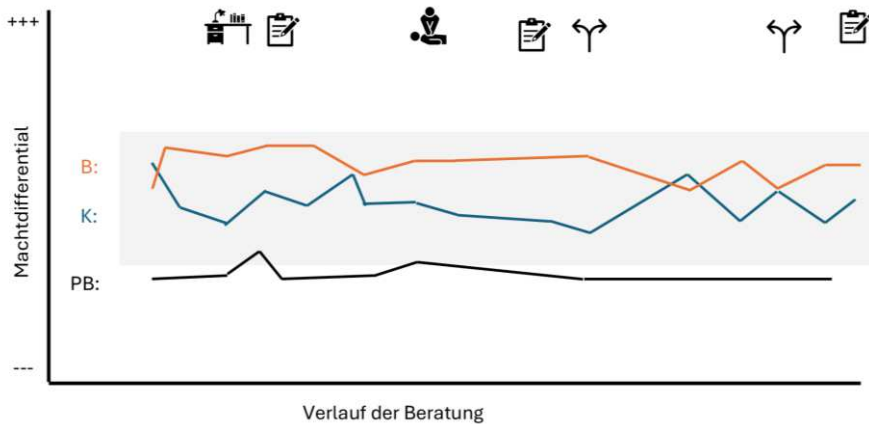


Abbildung 5: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS01_Z3_a (eigene Darstellung)

Die Beratung PS01_Z3_a findet in den Büroräumen des Pflegestützpunktes statt und ist kein Erstgespräch. Die beratende Person beginnt das Gespräch mit der Einholung des aktuellen Standes, seit dem letzten Austausch. Die Stimme der beratenden Person wirkt beruhigend, wenn diese eher monologisch auf verschiedene Themen, wie die emotionale Belastung der ratsuchenden und sorgenden Tochter (K) und die Akzeptanz und dem Umgang mit der Krankheit (Demenz) der Mutter (PB) eingeht. Das Machtdifferential ist im gesamten Gespräch nicht stark ausgeprägt. Die beratende Person

⁵⁴ Legende: B = beratende Person, K = ratsuchende Tochter (anwesend), PB = pflegebedürftige Person (abwesend)

beginnt mit der Gesprächsführung und leitet durch das gesamte Gespräch. Sie verhält sich zugewandt zur Ratsuchenden, verdeutlicht aber auch das Mehr an Wissen sowie die Distanz zur Situation. Darüber ordnet die beratende Person immer wieder Aspekte der individuellen Erzählungen der Ratsuchenden in einen überindividuellen Zusammenhang ein und regt Perspektivwechsel an.

Die Unsicherheit der Ratsuchenden in Bezug auf die mit der Erkrankung der Mutter verbundene Veränderung wird im Austausch offenkundig und das schlechte Gewissen der Ratsuchenden, nicht „rund um die Uhr“ für die Mutter verfügbar sein zu können, in den Fokus gerückt:

K: Aber gut, das löst, glaube ich, mein Grundproblem nicht, mein Grundproblem ich, dass ich einfach nicht weiß, was ich mit ihr machen soll. Ich kann sie nicht aufnehmen, weil ich nicht rund um die Uhr auf sie aufpassen kann, ja und ich kann es auch nicht meiner Familie zumuten, weil einfach kein abgeschlossener Raum dafür da ist, wo sie sich austoben könnte (PS01_Z3_a, Pos. 26)

Es wird mit den ersten Ausführungen der Ratsuchenden ihre große Abhängigkeit zur Versorgung der Mutter deutlich. Ihr eigener Anspruch an die Gewährleistung der Versorgung und die Ansprechbarkeit prägen das Beratungsgespräch. Wobei es hierbei nur an sehr vereinzelt Punkten um die Pflegebedürftige selbst geht, sie bleibt in dem Beratungsgespräch impliziert. Die emotionale Belastung der ratsuchenden Tochter ist groß und wird in der Beratung sehr umfangreich aufgegriffen, um eine Entlastung der Verantwortlichkeit und praktischen Versorgung im Alltag herzustellen.

Es zeigen sich Tendenzen der Trauer um die Mutter als Mensch, die durch die Erkrankung, viele Momente und Orte bzw. Ereignisse vergisst und auch mit Veränderungen der Persönlichkeit einhergeht. Die beratende Person gibt Hinweise für Zeichen der Überforderung und die Bedeutung der Emotionalität in der fortschreitenden Erkrankung sowie Aufklärung zum Fortschreiten.

B: [...] dann wird sie sich gut fühlen dann wird sie sich aufgehoben fühlen und dann geht es ihr dann weiß sie es vielleicht nicht immer versteht es vielleicht nicht, aber vom Gefühl her geht es ihr gut und das ist das Wichtigste, wenn sie ihr das Gefühl vermitteln sie ist hier gut aufgehoben und auch mit ihrer Wohnung ist es das gleiche. [...] (PS01_Z3_a, Pos. 57)

Der gekürzte Auszug verdeutlicht, den Ansatz der beratenden Person zum Umgang mit dem Überforderungsgefühl. Diese hält weiterhin die professionelle Rolle bei und stellt über diese dennoch Nähe zu den Aussagen der Ratsuchenden her. Das Machtdifferential ist weiterhin nicht stark ausgeprägt, aber vorhanden, da die beratende Person sich professionell positioniert, indem sie ihr Fachwissen präsentiert sowie erste Angebote in die Beratung einfließen lässt und mit der individuellen Situation der Ratsuchenden zu verknüpfen sucht.

Es zeigt sich eine Suchbewegung über Angebote im sozialen Nahraum, aber auch bezogen auf die Angebote des SGB XI, welche die beratende Person einführt. Über diese ersten Angebote zur Entlastung der individuellen Care-Konstellation zeigt sich die ratsuchende Tochter eher skeptisch, wenn diese

nicht auf die türkische Kultur beziehen. Besonders deutlich zeigt sie dies bei der Überlegung zur vollstationären Versorgung:

K: Also es wäre so weit und ich sage, ich muss sie jetzt in ein Heim geben, das ist unmöglich, ich kann sie nicht irgendwo hingeben, wo man noch nicht mal ihre Sprache versteht, ihre Religion nicht versteht, verstehen sie, das ist unmöglich wie soll ich nachts noch schlafen. (PS01_Z3_a, Pos. 74)

Neben der kulturspezifischen Frage, die die Tochter hier aufwirft, zeigt sich ein Verantwortungsgefühl, dass die Ratsuchende oft in Form von schlechtem Gewissen ausdrückt, wie hier: „[...] wie soll ich nachts noch schlafen.“ Die Abhängigkeit wird hier besonders gravierend durch die Tochter beschrieben. Im weiteren Verlauf zeigt sie selbst auch eine andere mögliche Lesart auf, als die hier als notwendig zu beachtende kulturelle Versorgung, indem sie darauf verweist, dass es der Mutter in dem Moment der Versorgung, aufgrund der Demenzerkrankung „[...] dann Wurst ist, wenn sie mich nicht manchmal mehr erkennt oder ihre Wohnung, in welchem Raum sie ist [...] es wäre ihr wahrscheinlich auch egal [...]“ (PS01_Z3_a, Pos. 76). Die Widersprüchlichkeit, die die Ratsuchende in diesem Satz äußert, verdeutlicht die Abhängigkeit, insbesondere, weil sie damit schließt, welchen Bezugspunkt sie für Ihre Handlungen wählt: „[...] aber nicht der Frau, die sie war, der war das nicht egal“ (PS01_Z3_a, Pos. 76). Hier lässt sich interpretieren, dass die Ratsuchende den Bedürfnissen ihrer Mutter, also der pflegebedürftigen Frau, gerecht werden möchte und ihre Bedingungen in gewisser Hinsicht in die Beratung hineinholt. Die pflegebedürftige Frau tritt über diese Aussage etwas aus dem Implizierten heraus und wird in der Beratung etwas präsenter. Gleichzeitig wird mit dieser Sichtbarkeit eine starke Belastung der

Ratsuchenden deutlich, diesen konstruierten Bedürfnissen gerecht zu werden. Die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Mutter, die an dieser Stelle im Beratungsgespräch konstruiert werden, werden von der ratsuchenden Tochter auch als Ohnmachtsquelle für sich selbst konstruiert. Die beratende Person zeigt darüber auf, dass es geeignete Angebote gibt, die „kultursensibel“ arbeiten und diese Wünsche berücksichtigen. Sie spiegelt der Ratsuchenden, dass es „ihre Befürchtung und ihre Angst (PS01_Z3_a, Pos. 79) ist, dass diese Wünsche nicht eingehalten werden könnten von Anbietern.

Im weiteren Verlauf der Beratung verweist die beratende Person darauf, was in der Region möglich ist und welche kultursensiblen Angebote es gibt. Dabei ermutigt die Ratsuchende auch Angebote, die nicht auf den türkischen Kulturkreis ausgerichtet sind anzunehmen und diese auszuprobieren. Hier wird der Versuch deutlich, überzeugen zu wollen, Angebote auszuprobieren und nicht auf negative Vorannahmen zu reduzieren. Allerdings immer mit dem Hinweis, „irgendwann“ und dass es als Angebote zu verstehen ist. Es wird deutlich, dass die beratende Person versucht, Druck auf die Ratsuchende zu vermeiden, auch indem Sie wie hier eine verbindende Formulierung (ich, als Tochter) wählt:

B: Und Befürchtungen, ich kann das wirklich auch als Tochter gut nachvollziehen, weil ich entdecke mich in bestimmten Situationen auch so, aber trotzdem müssen sie irgendwann mal auch gucken das sie sich vielleicht dadurch trotzdem Entlastung holen können, verstehen sie, vielleicht sind sie jetzt noch nicht so weit, aber irgendwann würde ich schon sagen könnten sie es vielleicht einfach mal ausprobieren vielleicht ist es gar nicht so schlimm. (PS01_Z3_a, Pos. 330)

Die Ratsuchende zeigt in diesem Zeitraum, dass ein Vertrauensverhältnis aufgebaut ist, und spricht in meiner Interpretation offen über die Belastungen organisatorischer und emotionaler Art. Es besteht die Überlegung, ihre pflegebedürftige Mutter zu sich ins Haus zu holen. Daran anschließend versucht die beratende Person, die Ressourcen der Familie abzufragen und welche Unterstützung durch den Ehemann und die (teilweise schon erwachsenen) Kinder bestehen. Die Ratsuchende gibt an, dass sie allein die Verantwortung für die Versorgung der pflegebedürftigen Mutter trägt. Daraufhin wird das Thema weiter ausgearbeitet und die Tochter danach gefragt, welche Aufgabenverteilung möglich ist. Auch die Frage der Verantwortung für Entscheidungen wird thematisiert und führt zur Frage der beratenden Person nach der Belastungsgrenze der Ratsuchenden. Die pflegebedürftige Mutter bleibt in diesem Teil des Gespräches impliziert und wird nur für die Bedingungen konstruiert, die sie als Belastung oder Ohnmachtsquelle der Tochter darstellt und den Konflikt, der darüber mit der Familie (insbesondere der Schwester aber auch den sich nicht kümmernden Ehemann und die Kinder). Die beratende Person stellt an dieser Stelle provokativere Fragen, die eher Druck aufbauen und die Ratsuchende drängen, sich zu positionieren und ihre Perspektive zu verändern:

B: Ja das ist schon klar, aber sie verändern das ja jetzt nicht plötzlich, aber wenn es irgendwie halt sein muss dann müssen sie halt gucken und sie müssen auch bei sich bleiben und sie müssen auch nach sich gucken, weil wenn sie es nicht mehr können, wenn sie nämlich dann nur noch rotieren (PS01_Z3_a, Pos. 430)

Auch in den Formulierungen, des häufigen Gebrauchs des Wortes „müssen“ zeigt sich eine eher druck erzeugende Haltung der beratenden Person in

diesem Teil der Beratung, was auch die Machtdifferenz in meiner Interpretation etwas verstärkt. Die beratende Person wendet die Beratung der Frage nach alternativen Betreuungsmöglichkeiten zu, sollte die Ratsuchende für die Versorgung nicht zur Verfügung stehen. Die Beraterin zeigt sich sehr nah und vermittelnd, gerade in Bezug auf die Schwester. Auch hier wird durch die beratende Person auf Verantwortung hingewiesen und dass diese eingefordert werden kann, um so eine gemeinsame Grundlage zu schaffen und andere in die Versorgung einzubeziehen.

Ab dieser Stelle zeigt sich die Ratsuchende in einer anderen Emotion als der vorhergehenden. Die Ratsuchende deutet Wut, sowohl auf die Schwester als auch auf die Mutter an:

B: Gut, aber sie können auch nichts daran ändern, dass ihre Mutter krank geworden ist. Sie können nichts zu ihrer Krankheit. Sie können nichts da dazu, dass ihre Mutter diese Krankheit bekommen hat, keiner kann etwas dafür weder ihre Mutter noch

K: Doch eigentlich ist sie schon Schuld daran, finde ich schon

B: Das sie Demenz

K: Ja

B: Das sie Demenz geworden ist?

K: Ja, finde ich schon, weil auch der Arzt gesagt hat das ist so eine Depression bedingte Geschichte ja

B: Mhm

K: Sie war schon immer negativ und das hat mich sowieso schon immer genervt ja und sie hat sich nie weitergebildet die ist einfach ohh ich bin so wütend darauf verstehen sie sie hat immer alles abgegeben ja das machst du also man hat ja ihr Leben organisiert man hat ihr Leben alles das

B: Mhm (PS01_Z3_a, Pos. 455-463)

Die beratende Person fragt zweimal nach, der Wechsel der Emotion, hin zur Wut (wie die Ratsuchende es in dem Auszug auch äußert), recht unvermittelt kommt. Hier markiere ich einen Wendepunkt in der Beratung, auf welchen sich die beratende Person einstellt. Die Ratsuchende bietet die Situationsdeutung an, dass ihre Mutter Schuld an der Erkrankung trägt und verweist darüber auf Wissen und Dynamiken aus der Familiengeschichte. Die beratende Person stimmt dieser Deutung nicht zu, sondern lässt sich darauf ein, Näheres über die Einschätzung und Deutung der Situation zu erfahren. Anschließend geht die beratende Person auf das Gefühl dahinter, die Wut ein:

B: Also ise ist natürlich kann es verstehen das sie wütend darauf sind

K: Ich bin sauer darauf

B: Das sie für ihr Leben keine Verantwortung übernommen hat das höre ich jetzt raus ja sie sagen

K: Jetzt bin wieder ich diejenige. (PS01_Z3_a, Pos. 465-468)

Die beratende Person rahmt die Äußerungen der Ratsuchenden, um sie einzuordnen, und spiegelt ihr, was sie aus den Erzählungen wahrnimmt. Die eigene Situationsdeutung lässt die beratende Person nicht deutlich werden oder stellt sie als Alternative der Ratsuchenden entgegen. Der Fokus bleibt auf der Emotion. Es geht auch in den nächsten Abschnitten nicht wie bisher darum, Angebote zu unterbreiten oder Entlastungsmöglichkeiten zu eruieren. Hier werden durch die beratende Person nur die Gefühle der Ratsuchenden in den Blick genommen, eingeordnet, gestärkt und alternative Deutungen angeboten, was einem anderen Modus in der Beratung entspricht, der sich deutlich vom Rest der Beratung unterscheidet. Den Wechsel zurück leitet die beratende Person über eine Frage ein:

B: Und deswegen müssen sie wirklich jetzt gucken was wollen sie und also ich habe schon gehört jetzt nochmal ganz konkret was würde ihnen helfen? (PS01_Z3_a, Pos. 521)

Hier zeigt sich weiterhin eine Zugewandtheit, aber mit der Perspektive auf konkrete Unterstützung. Zusammenfassend und fokussierend auf die Hilfen wird das Gespräch noch einmal abgerundet, was die Ratsuchende im ersten Schritt zur Entlastung benötigt. Diese möchte einen Austausch als Entlastung mit Türkinnen. Sie fühlt sich nicht verstanden, wenn sie mit deutschen Freundinnen spricht oder auch ihren Kindern, das sei kulturell bedingt. Die beratende Person nimmt dies an und versucht, Möglichkeiten aufzuzeigen, die bereits besprochen wurden. Zum Ende des Gespräches beschreibt die Ratsuchende noch ihre Möglichkeit, auf Erfahrungswissen zurückzugreifen, da sie bereits ihren sterbenden Vater mit einer Krebserkrankung begleitet hat (PS01_Z3_a, Pos. 574-576). Kurz darauf weint die ratsuchende und sorgende Tochter, die Beraterin äußert Verständnis und fasst nach einer kurzen Pause

aufmunternd zusammen, was festgehalten und in der Beratung erarbeitet wurde, bevor das Gespräch damit endet. Das Machtdifferential verstärkt sich durch diese Situation zuerst, durch die professionelle Positionierung der beratenden Person. Der Ratsuchenden wird dann verstärkend zugesprochen und auf diese Weise das Machtdifferential wieder reduziert.

6.1.2. Pflegeberatung PS02_Z1_a⁵⁵

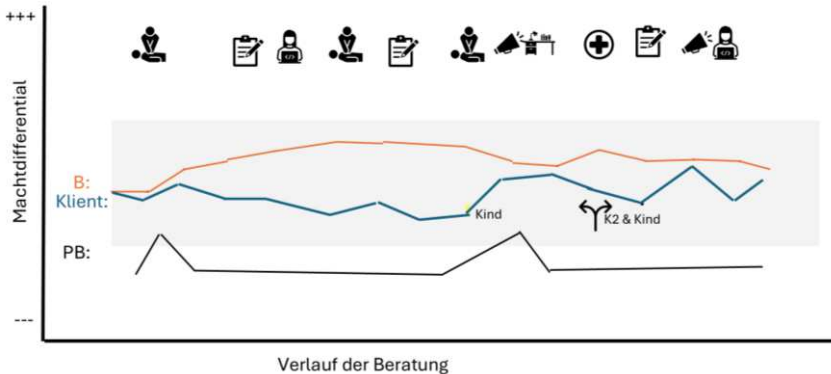


Abbildung 6: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS02_Z1_a (eigene Darstellung)

Das Beratungsgespräch ist eine Erstberatung in den Räumen des Pflegestützpunktes. Neben der Ratsuchenden (Klient) sind auch noch eine weitere Person (K₂) sowie ein kleines Kind (Kind) anwesend. Beide K₂ und Kind

⁵⁵ Legende: B = beratende Person, Klient = ratsuchende Tochter (anwesend), PB = pflegebedürftiger Vater (abwesend), K₂ = weitere Angehörige und Kind (anwesend)

nehmen kaum aktiv am Gespräch teil. Man hört gelegentlich das Kind im Hintergrund und vereinzelt wirft auch K₂ einen Kommentar zur Situation ein oder spricht mit dem Kind. In einer Sequenz wird ein Bild durch das Kind umgestoßen (in der Verlaufsdarstellung mit „Kind“ markiert), was eine begrenzte Veränderung im Gespräch hervorruft. Beim eingezeichneten Wendepunkt verlassen K₂ und das Kind den Raum, als das Kind vorher im Hintergrund quengelte.

Einführend werden Stühle gerückt, damit alle Personen im Raum Platz bekommen. Das Kind und die betreuende Person (K₂) sind im Hintergrund zu hören, nachdem die Platzfragen geklärt sind, hört man im Hintergrund das Kind.

Die beratende Person fragt einfürend nach dem Grund für die Beratung und spricht dabei zugewandt. Die ratsuchende Tochter (Klient) erzählt prägnant und eher defizitorientiert, dass sie und ihre Geschwister keinen Platz und keine zeitlichen Kapazitäten haben, die Versorgung des Vaters selbst zu übernehmen, welcher derzeit im Krankenhaus liegt. Die Bedingungen des pflegebedürftigen Vaters werden an dieser Stelle kurz einbezogen und gleichzeitig kulturalisiert:

Klient: Ja, mein Vater ist jetzt ich habe Angst das er bettlägerig wird ja überhaupt

[...]

Klient: Bei Russland-Deutsche was das Problem ist an Russland-Deutsche wenige wollen ins Heim

B: Mhm

Klient: Ja, und wie gesagt aber von uns Kindern kann ihn niemand betreuen aus welchen auch Gründen (PS02_Z1_a, Pos. 6-12)

Die Ratsuchende begründet weiter, dass es keine räumlichen Kapazitäten gibt, da keine der Kinder ein Haus oder ausreichend Platz hat und dass sowohl die Versorgung eigener Kinder als auch Berufstätigkeit der Versorgung des Vaters entgegenstehen. Die Ratsuchende äußert, dass sie die Bedingungen der 24h-Pflegekräfte und insbesondere die Übernahme von Kosten für die Versorgung des Vaters zu Hause wissen möchte.

Daraufhin fasst die beratende Person zusammen, was sie gehört hat, und hebt die Perspektive des pflegebedürftigen Vaters hervor, dass dieser keine stationäre Pflege wünscht. Es folgt darauf ein längerer monologischer Vortrag mit vielen Fachbegriffen der beratenden Person. Dieser Beratungsstil wird über nahezu das gesamte Beratungsgespräch fortgesetzt, mit einzelnen Nachfragen der Ratsuchenden, werden insbesondere rechtliche, wie finanzielle Hinweise (mit Bezug zum SGB XI und SGB XII) zu Präsenzpflegekräften gegeben und der Vergleich zur stationären Pflege zeitweise hergestellt.

Die Ratsuchende verweist auch wie hier darauf, dass sie etwas nicht verstanden, hat:

Klient: Ja beantragen oder wie ist es das habe ich nicht ganz

B: Nein

Klient: Oder von Z.?

B: Es wären zwei Anträge zu stellen, erstmal müssen sie natürlich sich mit en Z handelseinig werden, ja der Herr Z. muss sich das Angucken und sie müssen sagen ja das ist der richtige Pflegedienst für mich den möchte ich nehmen und der Herr Z. muss auch sagen der guckt sich das zu Hause an das funktioniert, ja (PS02_Z1_a, Pos. 150-153)

„Z“ ist ein Pflegedienst, über welchen hier ganz konkret gesprochen wird. Deutlich wird, dass das Machtdifferential in diesem Gespräch relativ hoch ist, obwohl keine Abhängigkeiten bestehen, aufgrund der Ausdrucksweise und der vielen Fachbegriffe, die die beratende Person in den Ausführungen nutzt.

Beim Thema Rehabilitation wird deutlich, dass die Ratsuchende das Versorgungssystem nicht verstanden hat. Sie beschreibt, dass der Vater diese ablehnen wird und die beratende Person erklärt, dass es sich dabei nicht um eine Pflegeeinrichtung handelt, „[...] das ist im Prinzip nichts anderes als auch ein Krankenhaus.“ (PS02_Z1_a, Pos. 179). Gleichzeitig drängt die beratende Person hier, die Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen bzw. die Ärzte danach zu fragen:

B: Bitte sprechen sie mit den Ärzten unbedingt, ob es eine Möglichkeit gibt, dass er noch eine geriatrische Rehabilitation macht. (PS02_Z1_a, Pos. 171)

Deutlich wird der Druck dahinter insbesondere dadurch, dass die beratende Person das erste Mal auffordert, sich etwas dazu zu notieren und als

diese darauf mit einer Gegenfrage antwortet, schreibt die beratende Person es selbst auf.

Eine kurze Veränderung in der Beratung ergibt sich durch die eingangs bereits beschriebene Situation, in welcher das anwesende Kind in der Beratung ein Bild hinunterwirft. Die ratsuchende Tochter nutzt die Gelegenheit und positioniert sich in der Rolle einer Interessierten über die Situation der beratenden Person. Die beratende Person antwortet kurz auf die Frage, mit dem Hinweis, dass das Kind auf dem Bild bereits älter ist, kehrt aber schnell wieder in den distanzierteren Beratungsmodus zurück. Die beratende Person lenkt das Gespräch auf die Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus und fordert auf, neben der Rehabilitationsmaßnahme, auch nach Hilfsmitteln zu fragen. Dann zeigt die beratende Person auf, dass rechtzeitig vorgeplant werden muss. Als die beratende Person das Thema Kurzzeitpflege für den Übergang anspricht, beteiligt sich auch die betreuende Frau (K₂) am Gespräch und unterstützt die Ratsuchende in der Darstellung des Vaters als problematisch:

B: Häufig empfehlen die Krankenhäuser, wenn keine Rehabilitationsmaßnahme erfolgen soll, dass man zunächst in eine Kurzzeitpflege geht in ein Pflegeheim, d. h. zeitlich befristet

Kind spricht im Hintergrund

K₂: Ja war er schon vor

Klient: War er schon, vor zwei Jahren war er schon

B: Ja, da kenne sie das schon

Klient: Ganz ganz schlecht war es, ganz schlimm war es mit ihm

B: Ja ich wollte gerade sagen man verspricht sich dann oft das in diesen 4 Wochen sich dann nochmal etwas zum Positiven tut, aber meistens ist eher das Gegenteil der Fall

K2: Er wollte nicht bleiben, er hat rebelliert und das war, ohh das war auch nicht schön für uns auch und wir müssten ihn früher aus dem Pflegeheim holen (PS02_Z1_a, Pos. 223-230)

Die Deutlichkeit, in welcher der Vater hier als Problem konstruiert wird, in Ablehnung einer Pflegeeinrichtung, ist sehr markant in der Beratung und zeigt in der Deutlichkeit eine Bedingung des pflegebedürftigen Vaters für die Versorgungssituation. Die beratende Person geht hier ein wenig näher auf die Aussage ein und rahmt sie mit einer generellen Aussage zur Akzeptanz dieser Versorgungsform.

Kurz darauf geht es um die zukünftigen Möglichkeiten der Versorgung in der Häuslichkeit. Hier hebt die Ratsuchenden noch einmal hervor, dass eine Versorgung in ihrer Wohnung nicht möglich ist:

Klient: Ich wohne auf die Miete und dann kann ich nicht er erlebt es wie einem Gefängnis er kann gar nicht raus er kann mit Rollstuhl nicht raus. (PS02_Z1_a, Pos. 267)

Die Frage, wie sich der pflegebedürftige Vater die zukünftige Versorgung vorstellt, wird nicht thematisch und in der Art der Erzählungen darüber, wurde auch innerhalb der Familie die Frage nicht geklärt, bis auf die Haltung des Vaters zur vollstationären Versorgung. Kurz darauf leitet die beratende Person dazu über, zusammenzufassen, was aus ihrer Sicht besprochen wurde. Im Hintergrund ist das Kind quengelnd zu hören und daraufhin verlassen das Kind und die betreuende Person (K₂) den Raum.

In dieser Zusammenfassung wird auch eine eher emotionale Äußerung der Ratsuchenden getätigt, die im bisherigen Beratungsverlauf nicht vorkam. Die beratende Person reagiert darauf, ähnlich wie zuvor schon auf die Situation, in welcher das Bild vom Kind vom Tisch geworfen wurde. Es gibt eine kurze zugewandte Reaktion darauf, bevor wieder auf eine sachliche Ebene gewechselt wird. Die Ratsuchende nimmt diese Bestätigung auf und stellt dann eine provokativere Frage:

Klient: [...] ich habe gehört in Deutschland bevorzugt man in letzter Zeit, dass die älteren Leute zu Hause betreut werden

B: Ja

Klient: Nicht in ein Heim

B: Ja es gibt ein Grundsatz ambulant vor stationärer Pflege [...] (PS02_Z1_a, Pos. 468-471)

Die Umsetzung der Pflege in der Häuslichkeit ist ihr wichtig und sie versucht hier über die Frage nach dem Vorrang von ambulanter Versorgung die

Bestätigung zu erhalten, ein Recht auf diese Versorgungsform zu haben, welche ich als Machtprobe interpretiere. Die beratende Person antwortet im bisherigen Beratungsmodus und geht nur kurz darauf ein, indem die Fachbegriffe „ambulant vor stationär“ als Grundsatz formuliert werden, aber gibt dieser Frage keinen weiteren Raum, was dazu führt, dass die Ratsuchende mit Blick auf das Machtdifferential keinen Zugewinn erhält. Die Ratsuchende verstärkt aber diese Frage noch einmal und formuliert diese anders:

Klient: Nee ich meinte, wenn es jetzt ja pflegebedürftig ist und statt ich habe immer so gedacht Heim kostet so viel

B: Mhm

Klient: Und zu Hause wird es weniger kosten ja und ich denke dann Stadt wird

B: Ja

Klient: Irgendwie unterstützen das auch

B: Ja das ist ja ihre Argumentation

Klient: Ja meine

B: Gegenüber dem Sozialhilfeträger, ne

Klient: Ja

B: Also es ist tatsächlich so es gibt den Grundsatz ambulant vor stationär, das steht auch eindeutig im Sozialhilferecht drin, dieser Grundsatz ist nur dann quasi ausgenommen, wenn die häusliche Pflege viel teurer als ein Pflegeheim, das werden wir hier aber nicht haben (PS02_Z1_a, Pos. 484-493)

Der Machtgewinn, denn die Bestätigung und das eigentliche Stärken der Angehörigen hier bewirken könnte, wird dadurch relativiert, dass die beratende Person eine komplizierte und sehr fachliche Ausdrucksweise wählt und die Situation komplex beschreibt. Die beratende Person rechnet dann eher monologisch die Finanzierung einer Präsenzkraft unter Einbezug von Hilfe zur Pflege (SGB XII) durch und gibt am Ende Broschüren mit, in welchen diese und weitere Informationen zu finden sind, da die beratende Person die ratsuchende Angehörige nicht überfordern will, weil es so viele Informationen sind. Die Reaktion der Ratsuchenden auf die Äußerung zeigt, dass diese von den bisherigen Ausführungen bereits überfordert ist, „Überfordern (lacht) genau“ (PS02_Z1_a, Pos. 527).

Abschließend werden noch formale Fragen zum Forschungsprojekt und zur Datenerfassung thematisiert und dann die Aufzeichnung beendet.

6.1.3. Pflegeberatung PS03_Z1_a⁵⁶

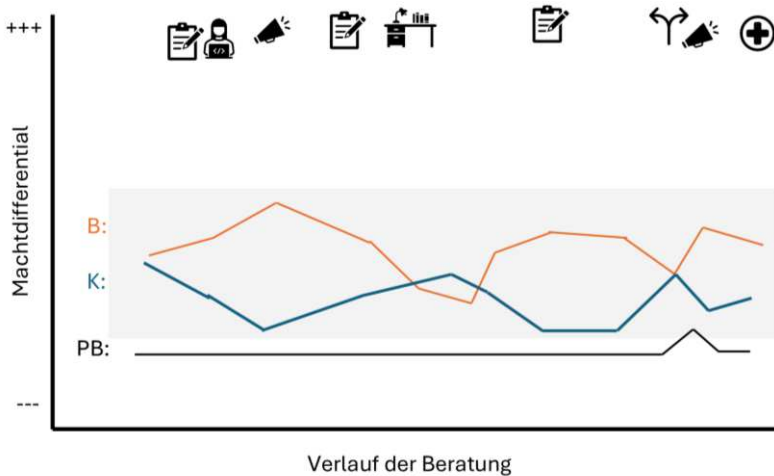


Abbildung 7: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS03_Z1_a (eigene Darstellung)

Das Beratungsgespräch PS03_Z1_a ist kein Erstgespräch und findet im Büro des Pflegestützpunktes statt. Es beginnt mit dem Einschalten des Gerätes und der Aussage der beratenden Person, der ratsuchenden Ehefrau (K) etwas zu trinken einzuschenken. Die Ratsuchende kommentiert das Aufnahmegerät, was die beratende Person erwidert und dann auf die Formalien zum

⁵⁶ Legende: B = beratende Person, K = ratsuchende Ehefrau (anwesend), PB = pflegebedürftiger Mann (abwesend)

Forschungsprojekt zu sprechen kommt. Dann verweist die ratsuchende Ehefrau darauf, dass sie nun für ihren pflegebedürftigen Ehemann (PB) die Pflegestufe eins erhalten habe, woraufhin die beratende Person feststellt, dass im gemeinsam bearbeiteten Pflegetagebuch sie einen höheren Hilfebedarf festgestellt haben und erklärt, was aus ihrer Sicht der Beratungsauftrag ist:

B: Ja, deswegen wir sind auf einen wesentlich höheren Hilfebedarf gekommen, wir hatten ungefähr überlegt 140 Min könnte der Hilfebedarf in etwa sein. Das würde aber einer Pflegestufe 2 entsprechen, wenn sie sagen im Gutachten hat er jetzt nur die Pflegestufe 1 bekommen, dann würden wir uns jetzt das Gutachten nochmal zusammen anschauen und würden gucken, ob alles berücksichtigt wurde oder ob etwas fehlt und ob wir ggf. Widerspruch einlegen können, dass er doch die Pflegestufe 2 bekommt (PS03_Z1_a, Pos. 15)

Die Ratsuchende verweist daraufhin auf die festgestellte Schwerbehinderung ihres Mannes, was die beratende Person mit „das ist jetzt was anderes“ (PS03_Z1_a, Pos. 17) kommentiert und kurz darauf eingeht, dass dieses Thema später noch bearbeitet werden kann. Insgesamt wirkt der Einstieg in das Gespräch zugewandt, aber sehr formal. Dann besprechen beide die Unterlagen, die die Ratsuchende mitgebracht hat und stellen fest, dass nur ein Gutachten vorliegt, in welchem eine Pflegestufe abgelehnt wurde, und das veraltet ist. Das Machtdifferential ist in dieser Phase zugunsten der beratenden Person ausgelegt, die eine interessierte, aber auch distanzierte und sachliche Haltung zeigt. Das Sortieren und Heften der Unterlagen der Ratsuchenden führt dazu, dass dieses Machtdifferential noch deutlich hervortritt und die Position der beratenden Person sich stärker distanziiert, da diese mit der Aussage: „[...] ich tacker ihnen das gerade Mal zusammen, dann geht es nicht mehr

durcheinander“ (PS03_Z1_a, Pos. 29) bewertet, dass die Ratsuchende selbst keine Ordnung in ihren Unterlagen hält und für sie bestimmt, dass diese Papiere geheftet gehören, denn die beratende Person formuliert dies nicht als Frage, sondern als Feststellung. In der Beratungssequenz interpretiere ich die Feststellung der beratenden Person, dass es das falsche Gutachten ist, als Machtprobe, da sie in der Reaktion der Ratsuchenden als solche wahrgenommen wird. Die leisere und erklärende Stimme der Ratsuchenden erkennt die Überlegenheit der beratenden Person an.

Daraufhin ruft die beratende Person, während der laufenden Beratung, bei der Kranken- und Pflegekasse an, um das aktuelle Gutachten zu organisieren, und begründet vor der Mitarbeiterin am Telefon, dass sich die Ratsuchende sonst zusätzlich einen weiteren Tag mehr freinehmen muss. Das Dokument darf jedoch vonseiten der Kranken- und Pflegekasse nur zugeschickt und nicht gefaxt werden. Die beratende Person fasst das Telefonat für die Ratsuchende kurz zusammen. Die Ratsuchende bietet daraufhin an, zur örtlichen Stelle der Kranken- und Pflegekasse zu gehen und es dort abzuholen. Dies verändert die Machtbalance in der Beratung deutlich. Die beratende Person zeigt sich überrascht von diesem Vorschlag und bewertet diesen deutlich als sehr funktional, was dazu führt, dass die Ratsuchende sich mächtiger positioniert. Die Beraterin klärt dann telefonisch mit der Kranken- und Pflegekasse ab, ob das Gutachten ausgehändigt werden kann und die Beratung unterbrochen wird.

Als das Gespräch wieder aufgenommen wird, beginnt die beratende Person das aktuelle Gutachten mit den Dokumentationen der Ratsuchenden im Pfl egetagebuch zu vergleichen und empfiehlt erklärend, keinen Widerspruch einzulegen, aufgrund der hohen Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Gutachter*in und dem Pfl egetagebuch. Hier wurde nur knapp die

Pflegestufe 1 vergeben. Nachdem dieser formale Punkt geklärt ist, erzählt die Ratsuchende von der Erkrankung ihres Mannes und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten im Alltag. Die Beraterin zeigt kurz Anteilnahme, wechselt aber schnell wieder in einen förmlichen Beratungsmodus. Ich interpretiere diesen Versuch der Ratsuchenden, als Machtprobe von der beratenden Person emotionale Unterstützung zu erhalten und sie versucht es auch direkt ein weiteres Mal. Die Belastung der Ratsuchenden bestätigt die beratende Person wieder nur knapp und verweist dann auf den Leistungskatalog aus dem SGB XI:

Klient: Auge andere Seite Mund

B: Ohh Gott, sowas ist schlimm. Was ich jetzt nochmal hier habe für sie das ist eine Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung

Klient: Mhmm

B: Nee, und nochmal die einzelnen Leistungen die sie jetzt mit der Pflegestufe haben. (PS03_Z1_a, Pos. 256-259)

Deutlich in dem Auszug wird der schnelle Wechsel von Anteilnahme zur Leistungsvorstellung oder an einer anderen Stelle auch zur sozialen Welt der Medizin: „Das müssen sie dann nochmal mit dem Hausarzt besprechen oder mit dem Facharzt. Das ist nicht mein Spezialgebiet“ (PS03_Z1_a, Pos. 293). Die versachlichende und verweisende Kommunikation führt zu einer stärker ausgeprägten Machtdifferenz zuungunsten der Ratsuchenden, die daraufhin leiser spricht und auch auf die anschließende Ansprache der beratenden Person zu weiteren Themen oder Fragen in Bezug auf die Pflegestufe,

verneinend reagiert. Zum Schluss bietet die beratende Person der Ratsuchenden an, sich bei weiteren Fragen bei ihr zu melden.

6.1.4. Pflegeberatung PS04_Z3_a⁵⁷

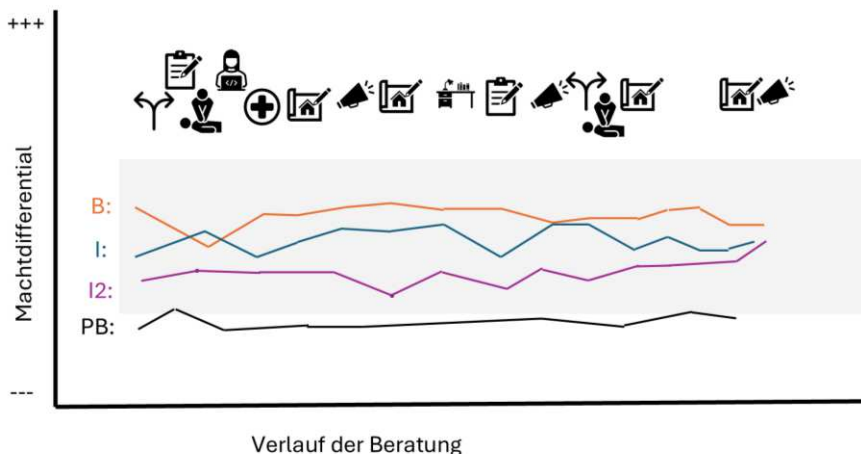


Abbildung 8: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS04_Z3_a (eigene Darstellung)

Das Beratungsgespräch ist ein Hausbesuch und eine Erstberatung. Die Familie hat bislang noch keinen Antrag auf Pflegeeinstufung gestellt. Anwesend ist die ratsuchende Tochter (I), die sorgende Ehefrau (I₂) und auch die

⁵⁷ Legende: B = beratende Person, I = Ratsuchende Tochter(anwesend), I₂ = sorgende Ehefrau (anwesend), PB = pflegebedürftige Person (abwesend)

pflegebedürftige Person (PB) ist im Hintergrund zu hören, wird aber zu keiner Zeit aktiv in das Gespräch einbezogen.

Die Aufnahme beginnt mit den Formalien des Forschungsprojektes. Die beratende Person fragt mit anerkennender Stimme nach dem angereicherten Mokka und zeigt Interesse und Unwissenheit an dem Getränk:

B Ja, und das andere Blatt auf der Rückseite ist glaube ich noch (5 Sek.)
Ah, ist der gut. (trinkt türkischen Kaffee)

I Ja?

B Ja! (.) Aber ich wusste nicht, dass es unterschiedliche Mocca - Sorten gibt.

I Es gibt immer Unterschiede, das ist mehr mit (unv.) der ist ziemlich gut, der ist nicht so bitter wie die anderen.

B Ja, das ist schön. (PS04_Z3_a, Pos. 7-11)

Diese anerkennende Haltung zu mehr Wissen der ratsuchenden Tochter und der sorgenden Ehefrau führt zu einem Machtdifferential, welches zugunsten der Ratsuchenden ausgerichtet ist. Die beratende Person positioniert sich nach der Abhandlung der Formalien zurückhaltend als Gast und ermöglicht so der ratsuchenden Tochter und der sorgenden Ehefrau, mit ihrem Wissen im Vordergrund zu stehen und die Position als Gastgeberinnen in ihrem Haus einzunehmen. Dann stellt sich aber ein Wechsel ein und die beratende Person positioniert sich präsenter in der Beraterrolle. Der Kontakt zur

ratsuchenden Tochter ist über einen Vortrag der beratenden Person entstanden und führte so zu einem Termin, den die beratende Person an dieser Stelle noch einmal ins Gespräch holt. Adressiert wird dabei die sorgende Ehefrau (Mutter der ratsuchenden Tochter), wobei diese Informationen auch für das Forschungsprojekt wiederholt sein könnten, das wird an dieser Stelle nicht eindeutig. Den Beratungsauftrag formuliert die beratende Person aus den Vorgesprächen mit der Tochter: „Ich bin ja hier, um sie zu beraten um was es geht, wie wir ihrem Mann besser helfen können [...]“ (PS04_Z3_a, Pos. 13).

Die Beratung wendet sich einer konkreten Situationsbeschreibung zu, welche die beratende Person von der Familie einholt. Die ratsuchende Tochter erklärt, dass sie für ihre Mutter übersetzen muss, und beginnt auch mit einer Übersetzung, antwortet der beratenden Person aber ohne auf eine Antwort ihrer Mutter zu warten und bringt ihre Situationsdeutung ein. Die beratende Person hört zu, zeigt Anteilnahme an der Belastung der sorgenden Ehefrau: „Das ist hart“ (PS04_Z3_a, Pos. 23), die ebenfalls Einschränkungen hat und gibt Informationen über Antragstellung und Begutachtung an die ratsuchende Tochter weiter.

Der ratsuchenden Tochter sind in der Versorgungsbeschreibung viele medizinische Details wichtig, die mit der Parkinson-Erkrankung des pflegebedürftigen Vaters zu tun haben, ebenso erwähnt sie mehrfach, mit welchen Ärzt*innen (spezialisierte Professor*in (vgl. PS04_Z3_a, Pos. 64) für Parkinson) sie im Kontakt steht. Der pflegebedürftige Vater wird hier objektiviert und als Belastung für die sorgende Ehefrau beschrieben. Die beratende Person fragt hier konkret die sorgende Ehefrau nach Versorgungsaufgaben. Die ratsuchende Tochter übersetzt und bringt die Äußerungen ihrer Mutter ein, dass ein Pflegedienst vom pflegebedürftigen Vater abgelehnt würde. Kurz darauf wird der pflegebedürftige Vater von der ratsuchenden Tochter noch

einmal sichtbarer im Gespräch, was die beratende Person allerdings nur kurz als „normal“ rahmt und dann wieder auf die sorgende Ehefrau eingeht:

I: aber er kann sich körperlich nicht mehr tätigen und das ist dann wiederum, was er dann moralisch dann unten ist.

B: Ja das ist klar, dass das drückt, dann kommt ja noch das Alter dazu, ja das das ist ganz normal. (.) Es gibt natürlich auch Gruppen für pflegende Angehörige, wo ihre Mutter hingehen kann. [...] (PS04_Z3_a, Pos. 52-53)

Auch die Tochter geht daraufhin wieder auf die Situation der Mutter ein und beschreibt, dass „[...] auf Dauer kann meine Mutter das nicht machen, weil meine Mutter auch körperlich angeschlagen ist, [...]“ (PS04_Z3_a, Pos. 54). Die Tochter beschreibt daraufhin verschiedene körperliche Einschränkungen und Situationen, in denen deutlich wird, welche Einschränkungen mit der Versorgung des Ehemanns einhergehen. Auffallend ist, dass die Mutter, um die es hier konkret geht und die anwesend ist, nicht einbezogen wird. Es wird nicht danach gefragt, wie sich die sorgende Ehefrau die weitere Zukunft vorstellt oder welche Wünsche sie diesbezüglich hat. Ihre Situationsdeutung wird nicht eingeholt. Dann kehrt das Gespräch wieder zu den Bedingungen und Einschränkungen des Vaters zurück, der hier insbesondere als Belastung der Mutter konstruiert wird.

Von der ratsuchenden Tochter wird plötzlich und ohne ersichtlichen Zusammenhang von dem vorher besprochenen zum Thema Wohnen gewechselt. Die Familie möchte nicht umziehen. Die Tochter gibt hierzu viele Gründe an, als ob sie diese Entscheidung rechtfertigen wollte, vor der

beratenden Person. Diese bestätigt viele der Argumente und zeigt nicht den Versuch, zu einem Umzug zu überreden.

Die beratende Person wechselt nach einiger Zeit wieder zu den Einschränkungen des pflegebedürftigen Vaters. Die ratsuchende Tochter folgt dem Wechsel und es wird sehr ausführlich das Thema Inkontinenz bearbeitet sowie immer wieder Bezüge zu weiteren Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten hergestellt, ausschließlich mit der Tochter, die sorgende Ehefrau wird hier weiterhin nicht am Gespräch beteiligt. Die beratende Person wird hier sehr stark medizinisch-pflegerisch von der ratsuchenden Tochter adressiert und die Erwartung an die Beratung wird hochgehalten.

I: Weil sie ist hier mittlerweile eingeschränkt, was Parkinson angeht und deswegen hab ich auch auf sie gewartet, gewartet ob da wirklich eine Reha gibt, wenn ja was muss ich machen das ist kein Problem [...] (PSo4_Z3_a, Pos. 124)

Die beratende Person lenkt die Aufmerksamkeit auf eine ambulante Rehabilitationsmöglichkeit in der Nähe und verweist darauf, dass so auch die sorgende Ehefrau entlastet, würde: „[...] Weil ich möchte ihrer Mutter auch was Gutes tun [...]“ (PSo4_Z3_a, Pos. 127). Die sorgende Ehefrau wird dabei weiterhin nicht direkt angesprochen oder in Überlegungen einbezogen. Als die beratende Person dann den Begriff „Heim“ (gemeint ist hierbei eine vollstationäre Pflegeeinrichtung) erwähnt, reagiert die ratsuchende Tochter vehement und verneint eine solche Versorgungsform auf für die Zukunft. Ich interpretiere diese Vehemenz, mit der die Tochter diese Versorgungsform ablehnt, als Machtprobe. Die beratende Person versucht darüber dann eine Normalisierung der Versorgungsform herzustellen und argumentiert:

B: Bis wir eventuell tatsächlich den den Punkt erreicht, wo es auch mit familiär und mit Unterstützung von außen nicht mehr machbar ist, auch (unv.) man kommt nicht immer an den Punkt dran.

I: Nein. (unv.) (PS04_Z3_a, Pos. 133-134)

Die Reaktion der ratsuchenden Tochter ist eindeutig und wiederholend ablehnend, sie verweist dann auf die Wohnung und den Wunsch, das Bad zu begutachten, welches hier deutlich wird, dass eines der Hauptanliegen der ratsuchenden Tochter darstellt. Die Machtprobe war aus meiner Sicht hier nicht erfolgreich und wird umgelenkt. Die beratende Person lehnt ab und verweist auf später, da sie vorerst weitere Punkte besprechen und zu Leistungen beraten möchte. Thematisch geht es dann um die Mietwohnung und das Bad und um den Antrag auf Pflegeeinstufung. Die beratende Person informiert über den Ablauf eines Antrages auf Pflegeeinstufung und setzt bei der Frage, wofür die Leistungen der Pflegekasse eingesetzt werden könnten, den Fokus auf die Entlastung der sorgenden Ehefrau. Dies bestätigt die ratsuchende Tochter und es werden verschiedene Entlastungsmöglichkeiten aufgegriffen. Länger verweilt das Gespräch bei der Frage nach einem Therapeuten, auf welche die ratsuchende Tochter eingeht, und die Schwierigkeit der türkischen Sprache aufbringt. Den Bedarf sieht die ratsuchende Tochter, da die Eltern ein großes Erdbeben überlebt haben, und führt hierzu weiter aus. Die sorgende Ehefrau wird auch hier nicht beteiligt oder aufgefordert, die Situation aus ihrer Sicht einzuschätzen. Sie wird, insbesondere von der ratsuchenden Tochter, als ohnmächtig und als Opfer dieser Erfahrung konstruiert.

Die beratende Person fährt fort, verschiedene Themen der Pflegeversicherung auszuführen, dabei streifen sei auch kurz die Frage der Belastung der

ratsuchenden Tochter und des Bruders, die beide die Versorgung des pflegebedürftigen Vaters unterstützen und dies mit Verpflichtungen der Berufstätigkeit vereinbaren. Weiter werden Hilfsmittel und die Frage der finanziellen Beteiligung der Pflegekassen an Umbaumaßnahmen, insbesondere im Bad zur leichteren Versorgung des Vaters, thematisiert. Weitere Themen sind Aufenthalte in der Türkei und der Schwerbehindertenausweis. Über den Schwerbehindertenausweis wird auch der Vater im Gespräch mit seiner Entscheidung, nicht mehr selbst Auto zu fahren, in der Beratung kurzzeitig sichtbarer.

Anschließend wendet sich die Beratung der Frage nach den Anspruchsvoraussetzungen und Bedingungen von Sozialhilfeleistungen zu. Ähnlich wie bei der Frage der stationären Versorgung zeigt sich die ratsuchende Tochter deutlich ablehnend und verweist auf Rentenansprüche der sorgenden Ehefrau aus der Türkei. Das Offenlegen der Einkommen und Vermögen der Familie lehnt die ratsuchende Tochter ab: „[...] Das wollen wir, wir haben gesagt nein, wollen wir nicht es ist viel zu viel Prozedur“ (PS04_Z3_a, Pos. 249). Auch dieses deutlich ablehnende Auftreten der ratsuchenden Tochter, interpretiere ich als Machtprobe, welcher aber an dieser Stelle durch die beratende Person akzeptiert wird:

B // Ok // das sind halt Dinge die ich nicht so weiß ja, da sind sie (.) //
(unv.) // (PS04_Z3_a, Pos. 250)

Diese Klarheit in der Entscheidung ist für die ratsuchende Tochter eine Machtquelle. Sie leitet dann über zur Frage der finanziellen Konsequenzen für die Pflegeversicherung, wenn die Eltern einen längeren Urlaub in der Türkei machen, was die beratende Person nutzt, um erst über das Thema, dann

über weitere Möglichkeiten mit einer bestehenden Pflegestufe zu informieren. Dann bringt auch die ratsuchende Tochter weitere Details zur Biografie der Eltern ein und führt Bedingungen der Versorgung weiter aus, an manchen Stellen fügt die beratende Person Informationen zu Leistungsansprüchen aus.

Danach führt die beratende Person noch ein paar Informationen zusammen und bietet Leistungen des Pflegestützpunktes, wie eine „Notfallkarte“ (PS04_Z3_a, Pos. 316) an und gibt Broschüren zur Information über die Pflegeversicherung und deren Leistungen weiter. An diesem Punkt wird die sorgende Ehefrau in das Gespräch wieder einbezogen und für sie durch die ratsuchende Tochter übersetzt. Dadurch verändert sich auch der Beratungsmodus der beratenden Person. Sie spricht langsamer, deutlicher und fasst besprochene Elemente noch einmal zusammen und verweist auch auf einen türkischen Pflegedienst, was dann noch einmal ausführlicher besprochen wird. Die sorgende Ehefrau bringt sich daraufhin ins Gespräch, ein „viel Papier“ (PS04_Z3_a, Pos. 354), was darauf hindeutet, dass diese mit der Flut an Informationen überfordert ist. Beratende Person und ratsuchende Tochter kommentieren das wohlwollend mit einer Bestätigung und dass es „in RUHE“ (PS04_Z3_a, Pos. 356) durchgearbeitet werden muss. Dann nehmen beide wieder die Zusammenfassung des Gesprächs und die nächsten Schritte in den Blick. Anschließend gehen die ratsuchende Tochter, die sorgende Ehefrau und die beratende Person noch einmal in der Wohnung herum und schauen sich die Bedingungen, insbesondere des Badezimmers, aber auch des Schlafzimmers an und kommentieren, welche Hilfsmittel und Umbaumaßnahmen sinnvoll sein könnten. Die beratende Person verweist dabei immer wieder auf die schon im Gespräch erwähnten Fachstellen, für Inkontinenzberatung und für Wohnumbaumaßnahmen.

In der Verabschiedung ergibt sich noch die Situation, in welcher auch die sorgende Ehefrau eine erneute Positionierung als Gastgeberin herstellt, indem sie der beratenden Person Datteln schenkt:

I Das ist Dattel.

B Wo ich doch so ein Süßes bin.

I (lachend)

I₂ (spricht Türkisch)

B Wirklich lecker.

I So damit sie wissen von wo, welche das sind Sorten, können sie gleich mitnehmen

B (lachend) Ich kann ihne die doch nicht wegnehmen.

I Doch, doch. Wir haben sehr viele davon. Dann wissen sie welche das sind, dann haben sie es.

B Dann bedanke ich mich recht herzlich, vielen Dank. Ja.
(PSo4_Z3_a, Pos. 479-487)

Zwar wird nicht deutlich, was die sorgende Ehefrau hier auf Türkisch eingebracht hat, aber sie positioniert sich über das Geschenk ein zweites Mal als

Gastgeberin und nimmt so aktiv an der Situationsgestaltung teil. Gleichzeitig kann die Familie darüber ihren Dank ausdrücken und so eine Reziprozität herstellen. Die beratende Person nimmt diese zugewiesene Position als Gast erneut an, akzeptiert auch das Geschenk und lobt zum Schluss die Umsicht der Familie, sich so frühzeitig zu melden:

B Ja, also vieles kann jetzt in Ruhe parallel laufen und das ist das Schöne, weil sie vorher kommen, dann ist genug Zeit.“ (PS04_Z3-a, Pos. 491)

Mit einem Dank von jeder Seite wird das Gespräch beendet.

6.1.5. Pflegeberatung PS05_Z1_a⁵⁸

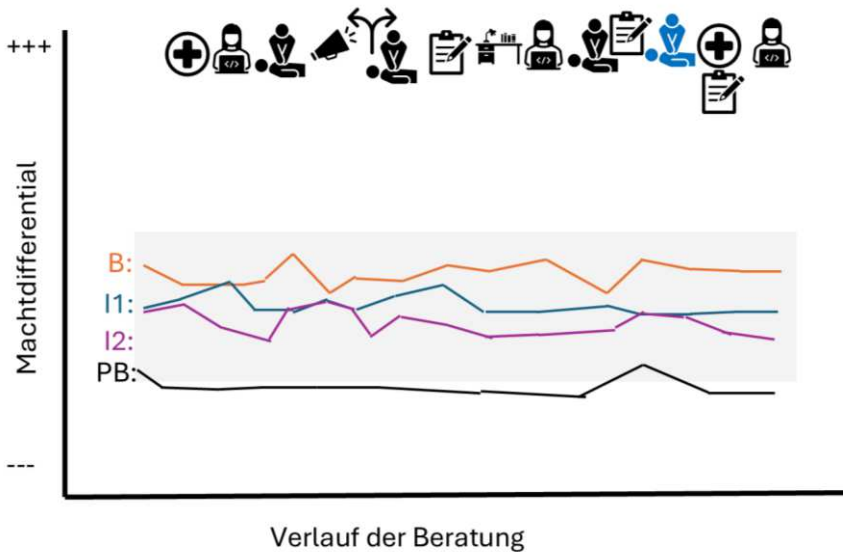


Abbildung 9: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS05_Z1_a (eigene Darstellung)

Das Beratungsgespräch beginnt mit einer Adressierung an das Forschungsprojekt bzw. die Forschenden des Projektes und ist eine Zusammenfassung der beratenden Person über die bisherigen Kontakte mit der Familie

⁵⁸ Legende: B = beratende Person, I1 = ratsuchender Sohn (anwesend), I2 = sorgende Ehefrau (anwesend), PB = pflegebedürftige Person (anwesend), blaues Icon für die Anwesenheit des Pflegedienstes

und der Versorgungsgeschichte. Auch erwähnt die beratende Person, die Zusammensetzung der heutigen Beratung. Es handelt sich um einen Hausbesuch, bei dem neben dem pflegebedürftigen Mann (PB), der sich in einem Stuhl bzw. Bett im Raum befindet, die sorgende Ehefrau (I₂), der ratsuchende Sohn (I₁), der die rechtliche Betreuung des Vaters innehat. Erwähnt wird hierbei auch, das Einverständnis der Familie sowie die Ziele des Beratungstermins, aus Sicht der beratenden Person:

B: [...] Bisläng, hatte die Familie nicht so gewünscht, insbesondere die Ehefrau, dass das Gespräch aufgezeichnet wurde, aber heute ist das Einverständnis gegeben und das Ziel ist heute zu gucken, wie die Versorgungssituation sich gestaltet zu Hause, also eine Auswertung der geplanten, der geplanten Maßnahmen, und insbesondere auch im Blick auf Finanzierung, Antragsstellung Hilfe zur Pflege, Grundsicherung und so weiter. [...] (PS05_Z1_a, Pos. 4)

Deutlich zeigt sich hier an dem monologischen Ausschnitt, der sich an die Hörenden der Aufzeichnung richtet, dass die Familie zuerst keine Einwilligung gegeben hat. Warum es so war und was zur Meinungsänderung bewogen hat, wird nicht deutlich und auch im weiteren Verlauf des Gespräches nicht thematisiert. Eine mögliche Interpretation ist, dass die Ratsuchenden in der Beratung darauf abzielen, die beratende Person davon zu überzeugen, dass die häusliche Pflege akkurat funktioniert und verlässlich ist. Dies könnte aus meiner Sicht dazu geführt haben, dass dem Wunsch der beratenden Person nach Aufzeichnung nachgegeben wurde, um eine gute Stimmung zu erzeugen und seitens der Familie eine gute Ausgangslage für die ‚Verhandlung‘ um die Versorgung herzustellen.

Der Monolog, indem die Eingangssequenz gestaltet wird, ist auch eine Machtdemonstration der beratenden Person, indem sehr prägnant und präzise seine Situationsdeutung platziert wird und auch die Ziele der Beratung einseitig festgelegt werden, der ratsuchende Sohn und die sorgende Ehefrau sind anwesend und hören dies mit, werden aber nicht einbezogen oder gefragt. Die Festlegung erfolgt einseitig. Ebenso wird an mehreren Stellen in der Beratung auf den durch die beratende Person verfassten Sozialbericht verwiesen. Der Inhalt dieses Berichtes wird nicht aufgegriffen, aber in der Art, wie dieser in der Beratung eingesetzt wird und die Reaktionen darauf, deuten auf eine Art Gutachten hin, die die Einschätzungen der beratenden Person zur Versorgungssituation enthält. Daher interpretiere ich diesen Sozialbericht als ein Machtmittel des Beraters, wobei hier nicht klar und für diese Beratung auch unwesentlich ist, welche Macht dieses Dokument tatsächlich haben könnte. Die Bedeutung der Macht erschließt sich aus der Bedeutung, die die Anwesenden in der Beratung konstruieren.

Die beratende Person leitet nach dem Monolog auf eine konkrete Frage zum Übergang der Versorgung (aus der vollstationären Vollzeitpflege nach Hause), diese Frage richtet er an die sorgende Ehefrau und bittet darum, dass der Sohn dies erläutert. Die beratende Person erwähnt zwar die Anwesenheit des pflegebedürftigen Vaters, er wird aber in die Beratung nicht einbezogen. Die Atmung des pflegebedürftigen Vaters ist in der Aufzeichnung fast durchgehend, als Hintergrund zu hören.

Der ratsuchende Sohn beschreibt die Übergangssituation und nimmt schnell Bezug zur Schwierigkeit einer fehlenden Verordnung, die dann spontan organisiert wurde. Die beratende Person unterbricht förmlich, erklärt, dass diese nicht notwendig war, und geht auf die Finanzierung durch Hilfe zur Pflege und die damit verbundene Zuständigkeit der Kreisverwaltung ein.

Der Sohn berichtet weiter über den organisatorischen Ablauf der Verlegung nach Hause. Die beratende Person scheint sich um eine Auflockerung der Stimmung zu bemühen, über Kommentierungen dessen, was der ratsuchende Sohn berichtet. Als der Pflegedienst, welcher nach der Verlegung in die Häuslichkeit der Familie kommen sollte, viel zu früh kam, deutet die beratende Person eine Frage zum Pflegedienst an, zur abgesprochenen Häufigkeit der Besuche und stellt dann fest:

B: ich hab jetzt auch mit dem Pflegedienst noch nicht gesprochen, weil ich gestern das erste Mal wieder da war. Wir hatten ja geplant, dass der Pflegedienst drei Mal am Tag kommt. (PS05_Z1_a, Pos. 67)

Das ist der erste von mehreren Ausschnitten, in welchen die beratende Person auf die Abstimmung mit dem Pflegedienst verweist. Im Anschluss bittet sie die sorgende Ehefrau, zu berichten, wie es mit dem Pflegedienst läuft. Diese beteuert, in häufiger Wiederholung, dass es gut bzw. sehr gut läuft. Die beratende Person fragt konkreter nach Zeiten der Pflegedienstbesuche und was dieser für Maßnahmen durchführt. Die sorgende Ehefrau berichtet mit einfachen, deutschen Worten, was der Pflegedienst getan hat. Zwischendrin bewertet die ratsuchende Person:

B: Ich hab, ich hab wenn ich gerade mal einflechte, ich habe auch den Eindruck, das ihr Mann heute wacher ist, als ich ihn damals im Altenheim erlebt habe.

I: Ja, ja, genau.

B: Also der Zustand, ist, ist so nach meinem ersten Augenschein, verbessert so, AH. (PS05_Z1_a, Pos. 103-105)

Die sorgende Ehefrau und auch der ratsuchende Sohn bestätigen die Verbesserung, woraufhin die beratende Person noch einmal nach der Verständigung der sorgenden Ehefrau mit dem Pflegedienst fragt. Die sorgende Ehefrau gibt an, dass dies kein Problem ist, woraufhin der Sohn unterbrechen möchte:

I: darf ich?

B: Ich wollte gerade mal ihre Mutter sagen lassen ja (PS05_Z1_a, Pos. 115-116)

Hier, wie an weiteren Stellen wird die Dominanz der beratenden Person über den Gesprächsverlauf deutlich. Das Machtdifferential ist deutlich zugunsten der beratenden Person ausgerichtet. Diese entscheidet nicht nur über die Themen, unterbricht Ausführungen, wann sie es für sinnvoll hält, sondern legt ebenfalls fest, wer welche Frage zu beantworten hat. Ebenso bewertet die beratende Person den Zustand des pflegebedürftigen Vaters, wie im Auszug oben deutlich wurde und bewertet auch die Versorgungsleistung und Verständigung der sorgenden Ehefrau:

B: Ja, sie verstehen?

I₂: Ja verstehen, verstehen ja.

B: Gut.

I₂: (lacht)

B: Ah sehr schön. Ahja das gefällt mir. (lacht) (PS05_Z1_a, Pos. 132-136)

Der ratsuchende Sohn hält sich weitergehend zurück und lässt seine Mutter berichten, bis diese eine falsche Zeit für den nächsten Hausbesuch des Pflegedienstes angibt. Die Berichtigung seiner Mutter erfolgt in sehr ruhiger, leiser Stimmlage. Nachdem die sorgende Ehefrau nun schon einige Minuten von der beratenden Person zu diesem Thema befragt wird und in meiner Interpretation versucht, die beratende Person davon zu überzeugen, dass sie die Pflegesituation bewältigen kann, deute ich diese leise Unterbrechung und Korrektur der Uhrzeit durch den ratsuchenden Sohn als Resignation, da das Bild der verlässlichen häuslichen Pflege, das versucht wird aufzubauen, Risse bekommt. Die beratende Person scheint dies jedoch kaum wahrzunehmen und fährt mit Fragen und Kommentaren fort:

B: Das heißt, das muss sich erst so einspielen. Das heißt die kommen jetzt gleich und setzen ihren Vater dann wieder ins Bett.

I: Genau, ja. (PS05_Z1_a, Pos. 165-166)

Die Antwort des ratsuchenden Sohnes ist in der Stimmlage und Lautstärke wieder deutlich kräftiger, er scheint, so interpretiere ich diese Situation, erleichtert darüber, dass diese falsche Uhrzeit nicht als Fehler angesehen wird. Weiter wird die sorgende Ehefrau nach der Umsetzung der Versorgung und ihren Möglichkeiten gefragt. An der Stelle, an der es um die Frage nach nächtlichen Einsätzen geht, bei denen die sorgende Ehefrau ihrem

pflegebedürftigen Mann auf die Toilette hilft, bittet die beratende Person den ratsuchenden Sohn zu übersetzen. Hier zeigt die beratende Person Engagement und wirkt in der Beratung deutlich zurückhaltender, sie formuliert die Themen eher als Sorge:

B: Ja, wobei es ja auch, das würde ich ihnen gerne zu überlegen mal sagen, es wär, oder es ist, es ist ja sinnvoll oder wichtig, dass ihre Mutter, das sie schlafen nachts. (PS05_Z1_a, Pos. 215)

Die beratende Person wiederholt diese Aussage und verstärkt sie noch: „[...] Weil wenn sie alle zwei Stunden aufstehen müssen, fehlt ihnen irgendwann die Kraft.“ (PS05_Z1_a, Pos. 219)

Die Familie kann dies als Rat kaum aufnehmen und scheint hierin eher eine Anweisung zu verstehen, sie stimmen beide den Vorschlägen der beratenden Person zu. Dann stellt die beratende Person ihre Interpretation der Versorgungssituation in den Raum:

B: Also sie sind sehr zufrieden hab ich den Eindruck. Machen auch so einen sehr glücklichen Eindruck, ja. Ah ok gut.

I₂: Ja, ja.

B: Ich guck mir jetzt ihren Sohn an, ist das so, würden sie das auch so sehen, ist das gut, läuft gut?

I: Lläuft gut, das läuft gut. Es läuft gut.

B: Schön, schön.

I: Es sind auch, so, kann man weiter gehen?

B: Ja sicher. Ich will mir das nur gerade kurz notieren, von von ihm.
(PS05_Z1_a, Pos. 234-240)

Die Reaktion der Familie ist wieder klar bejahend und der ratsuchende Sohn versucht dann auch eine Antwort auf die bisher unausgesprochene Frage zu erhalten, die aus meiner Sicht das Anliegen der Familie für das Gespräch ist, neben den Punkten, die formal besprochen und geklärt werden müssen, nämlich, ob die Versorgungssituation so fortbestehen darf. Die beratende Person antwortet mit „Ja sicher.“ Was verdeutlicht, dass sie die Wichtigkeit des Anliegens für die Familie stark unterschätzt.

Der ratsuchende Sohn ergreift kurz darauf die Initiative, welche ich als Machtprobe interpretiere, um eigene Anliegen in das Beratungsgespräch einzubringen. Die Antwort der beratenden Person ist erst positiv, als sie aber merkt, welches Thema durch den ratsuchenden Sohn aufgebracht wird, lehnt sie ab und stellt das Thema zurück. Eine konkrete Antwort des Sohnes, auf die als Frage formulierte Zurückstellung des eingebrachten Themas, kommt es nicht mehr, denn ein Gerät im Zimmer beginnt zu piepen. Daraufhin entschuldigt sich die sorgende Ehefrau, um sich darum zu kümmern. Die beratende Person stellt daraufhin den sicheren Umgang mit der Nahrungssonde fest. An den ratsuchenden Sohn gewandt, formuliert die beratende Person:

B: Das macht ihre Mutter, das macht ihre Mutter schon richtig gut. Ist auch für sie eine Beruhigung, dass sie so gut damit klarkommt, oder?

I: Genau, genau.

B: Sie müssen nicht immer die ganze Zeit da so auf die Situation gucken. (PS05_Z1_a, Pos. 269-271)

Hier bewertet die ratsuchende Person wieder die Fähigkeiten der sorgenden Ehefrau zur Versorgung ihres Mannes und holt sich eine Bestätigung seiner Einschätzung beim Sohn. Es geht hier also weiter um die Frage, ob eine Versorgung zu Hause fortgesetzt werden darf oder nicht. Diese Frage bleibt, bis auf die Äußerung des ratsuchenden Sohnes dazu, aber keine offen ausgesprochene Thematik in der Beratung.

Danach wird weiter über Fragen von Hilfsmitteln, Medikamente und unterstützende Institutionen gesprochen. Währenddessen ist die sorgende Ehefrau weiterhin mit der Sonde befasst, da das Gerät nicht einwandfrei funktioniert. Die sorgende Ehefrau kann hierüber ihre Positionierung in der Beratung verändern, was auch Auswirkungen auf das Machtdifferential hat. Sie kann hier ihr Alltagswissen als Expertin in der Routine der Versorgung präsentieren und die beratende Person nimmt dies an, hält sich zurück und gibt Zeit. Der ratsuchende Sohn erläutert der beratenden Person, was die sorgende Ehefrau gerade macht.

Der Berater verweist hierzu noch einmal an das Sanitätshaus und die Ansprechpartnerin für die Familie, der Sohn bestätigt dies und äußert Anerkennung für den sicheren Umgang mit dem Gerät. Darüber werden auch seine

Prioritäten in dem Gespräch deutlich, was bisher unausgesprochen geblieben ist: „[...] Das Wichtigste ist die Versorgung, dass ihre Mutter damit klar kommt, und das war am Anfang für mich nicht so ganz klar, ob das so funktioniert.“ (PS05_Z1_a, Pos. 354), anschließend bewertet er das Gehörte und Gesehene mit „[...] ich muss sagen, das läuft sehr sehr gut“ (PS05_Z1_a, Pos. 356). Im Zuge der nächsten Gesprächsminuten zeigt sich auch eine Veränderung in der Gesamtstimmung der Beratung. Ich interpretiere dies so, dass die unterschwellige Frage, ob die Versorgung des pflegebedürftigen Vaters weiterhin zu Hause stattfinden darf, nun geklärt wurde und eine Zustimmung der beratenden Person vorliegt. Im weiteren Verlauf der Beratung werden schließlich auch die Themen angesprochen, die der ratsuchende Sohn mehrfach einzubringen versucht hat. Hierbei geht es auch um seine Aufgaben als gesetzlicher Betreuer seines Vaters und der ratsuchende Sohn äußert mit dieser Rolle Unsicherheit. Die beratende Person hat weiterhin eine Machtposition in der Beratung, nutzt dies aber in dieser Phase der Beratung eher bestärkend und spricht dem ratsuchenden Sohn Mut zu, was aus meiner Sicht die Beziehung zwischen den beiden verändert und sich auch auf die Stimmung im gesamten Beratungsgespräch auswirkt. Ab diesem Zeitpunkt werden die Fragen der beratenden Person weniger fordernd und offener.

Die sorgende Ehefrau positioniert sich zwischenzeitlich auch als Gastgeberin und bietet ein Getränk an, welches die beratende Person annimmt. Es werden weiter verschiedene unterstützende Maßnahmen der Versorgung besprochen und Fragen von Abrechnungen thematisiert. Zwischenzeitlich telefoniert die beratende Person mit der Apotheke, um Zuzahlungsfragen von Medikamenten zu klären. Danach werden Formalitäten bearbeitet und der ratsuchende Sohn, wieder stärker als gesetzlicher Betreuer adressiert. Hierbei geht es auch darum, dass nach der vorläufigen Übernahme dieser Tätigkeit, der Sohn diese Aufgabe längerfristig übernehmen wird.

Als der Pflegedienst (PD⁵⁹) kommt, wird dieser von der beratenden Person direkt einbezogen, um die Einschätzung bestätigen zu lassen:

B: Ja, ich habe schon gehört, dass es gut läuft, hier ja, hat sich gut eingespielt.

PD: Genau, ich war jetzt auch das erste Mal hier und eigentlich schon so einen fitten Eindruck, ja (.)

B: Ja, ja.

PD: Hat sich auf jeden Fall verbessert.

B: Das hab ich auch, ich hab, ich hatte damals mit dem Herrn S. einen Besuch gehabt im Altenheim und ich bin heute das erste Mal wieder da, so im häuslichen Umfeld und ich muss sagen, Situation also er macht einen besseren Eindruck als damals. Ja, ja. Das ist schon ganz gut. Und die Ehefrau macht auch einen besseren Eindruck.

(lacht)

B: Sie können ruhig tätig werden. Weil ich bin hier zusammen, zum Hausbesuch um ein paar Formalitäten abzuklären. Dann kriege ich das auch mal live mit. [...] (PS05_Z1_a, Pos. 735-741)

⁵⁹ In der Abbildung wird der präsenste Besuch eines Pflegedienstmitarbeitenden als blaues Icon dargestellt.

Danach widmet sich die beratende Person wieder den Themen der Beratung mit dem ratsuchenden Sohn. Die sorgende Ehefrau unterstützt den Pflegedienst und in dieser Zeit und nimmt nicht mehr aktiv an der Pflegeberatung teil, bis sich der Pflegedienst nach kurzer Zeit wieder verabschiedet. Danach schließt die sorgende Ehefrau nicht wieder dem Beratungsgespräch an, sondern man hört sie im Hintergrund in der Küche. Der ratsuchende Sohn und die beratende Person besprechen weiter „Papierkram“ (PS05_Z1_a, Pos. 353) und füllen Unterlagen aus und formulieren ein Kündigungsschreiben für die Gewerkschaft des pflegebedürftigen Vaters. Am Ende verweist die beratende Person darauf, dass sie nun einen Sozialbericht für die Gemeinde verfassen wird, indem auch darauf hingewiesen wird, dass die sorgende Ehefrau keine Einnahmen mehr hat, da sie die Versorgung des pflegebedürftigen Mannes übernimmt.

Am Ende der Beratung stellt die beratende Person noch fest, die „[...] Mutter ist gerade am Kochen, das hat ihr jetzt zu lange gedauert [...]“ (PS05_Z1_a, Pos. 1021) und verweist darauf, dass Zeit braucht, bis alles so wirklich geklärt ist, dann wird die Aufzeichnung beendet, eine Verabschiedung ist nicht mit aufgezeichnet.

6.1.6. Pflegeberatung PS10_Z1_a⁶⁰

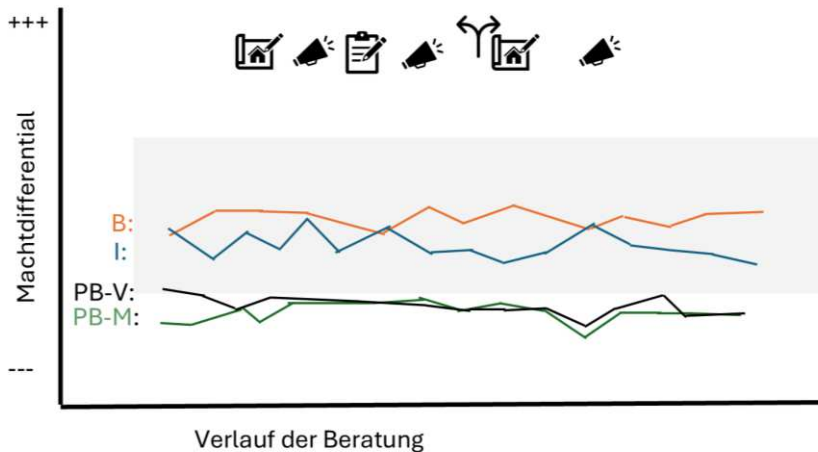


Abbildung 10: Machtverlauf des Beratungsgesprächs Pflegeberatung PS10_Z1_a (eigene Darstellung)

Die beratende Person beginnt das Beratungsgespräch, welches, in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle darstellt, ohne Aufzeichnungsgerät: Spontan wird in der Anfangssequenz dann die Zustimmung geklärt und das Aufzeichnungsgerät organisiert. So beginnt die Aufzeichnung der Beratung direkt mit einer Aussage der beratenden Person:

⁶⁰ Legende: B = beratende Person, I = Ratsuchende (anwesend), PB-V = pflegebedürftiger Vater (abwesend); PB-M = pflegebedürftige Mutter (abwesend)

B: Ja (seufzt) (unv.) ich hätte mir bessere Bedingungen gewünscht als jetzt in Vertretung dieses Paket (unv.) müssen weil ich (.) kenne weder ihre Eltern (.) die Problematik muss ich mir jetzt hier //(lacht)//
(PS10_Z1_a, Pos. 4)

Hier wird nicht deutlich, worum es geht, oder was in der Zeit vor dem Start des Aufzeichnungsgerätes besprochen wurde. Auch wird nicht eindeutig geklärt, ob die Beratung eine Erstberatung ist oder die ratsuchende Tochter (I) bereits mit jemandem aus der Beratungsstelle gesprochen hat. Die ratsuchende Tochter erklärt, dass es ihr um das Wohl ihrer Eltern geht. In der einleitenden Beschreibung ihres Dilemmas geht sie insbesondere auf die Situation ihres demenzerkrankten Vaters (PB-V) ein, für den ein Umzug deutliche Konsequenzen aufgrund der dann fehlenden Orientierung hätte. Die beratende Person folgert direkt:

B: Dann (räuspern) also ich (.) gucke mir des gerne nochmal vor Ort an damit ich weiß um wen es geht (.) das muss ich einfach //(unv.)//
(PS10_Z1_a, Pos. 18)

Die ratsuchende Tochter geht direkt darauf ein, dass eine vollstationäre Einrichtung aus ihrer Sicht für die Eltern bisher nicht infrage kommt, was die beratende Person auch direkt bestätigt. In den ersten Äußerungen deutet es sich nur an, später wird konkreter, dass die Beratung zustande komme, weil es Mietrückstände für die Wohnung der Eltern gibt und eine Kündigung droht. Die Ratsuchende ist also bei der Beratungsstelle, um eine Bestätigung zu erwirken, dass die Mietrückstände über ein Darlehen gestundet werden können. Die beratende Person fasst erst zusammen und beschreibt dann ein

neues Problem, welches sich in den bisherigen Ausführungen nicht angedeutet hat:

B: Ja (..) gut (.) wie (unv.) also das eine ist ja der Umzug das andere ist die Versorgung (..) das sind ja zwei (.) Pakete (.) und die Frage ist die andere wer von beiden zuerst stirbt (..) weil dann wird es wirklich hart wenn ihre Mama zuerst stirbt dann ist es was, was unwahrscheinlich ist oder? (.) Ist ihr Vater älter? (..) //Kränker?// (PS10_Z1_a, Pos. 24)

Nach der strukturgebenden Zusammenfassung von zwei Aufgabenteilen, wirft die beratende Person die Frage nach dem Versterben eines der Elternteile auf, was die Beratungssituation sehr viel komplexer werden lässt und die Tochter zu einer Einschätzung nötigt, die rein fiktiv ist. Der beratenden Person scheint hier klar zu werden, dass sie die Frage nicht planend einbinden kann, und sie verwirft sie. Sie fragt nach dem aktuellen Zustand der pflegebedürftigen Mutter (PB-M), die im Rollstuhl sitzt und die Wohnung aufgrund von Treppen nicht mehr selbstständig verlassen kann. Sie kritisiert die Entscheidung der Tochter vor zwei Jahren, die dazu geführt hat, dass die Eltern in eine Wohnung ohne Aufzug gezogen sind. Die Beraterin fragt eine Weile, welche Möglichkeiten die ratsuchende Tochter vor zwei Jahren ausgelotet und welche Schritte sie unternommen hat, um eine Sozialwohnung mit Aufzug zu bekommen. Sie stellt dabei direkte Fragen. Die ratsuchende Tochter verteidigt, dass zu der Zeit keine Sozialwohnungen mit Fahrstuhl verfügbar waren:

I: Wissen sie wie oft (unv.)? Wie gesagt ich war auch bei zwei Abgeordnete, weil //damals//

B: //(lacht) die// können ja auch nichts machen

I: Nein es war wohl vor zwei Jahren war das so dass sich wohl jemand darum gekümmert hat wie es älteren Menschen geht keine Ahnung da war irgendwie sowas und dann bin ich auch hingegangen und hab Fragen gestellt und dann hat man mir gesagt ja dann kommen sie wir helfen ihnen (.) wie gesagt es hat sich aber nie was getan //und dann//

B: //Sind sie// zu den Wohnungsgesellschaften gegangen und haben //nachgefragt? (unv.)//

I: //Nein nein// nicht ich bin nicht zu den //Wohnungsgesellschaften//

B: //Sehen sie// (PS10_Z1_a, Pos. 55-60)

Der Ausschnitt verdeutlicht, dass die ratsuchende Tochter eine verteidigende Haltung einnimmt und ihr aktives, sogar politisches Bemühen um eine geeignete Wohnung gezeigt hat, welches von der beratenden Person nicht wertgeschätzt, sondern als falsche Adressierung gespiegelt wird. Das Machtdifferential ist bereits aufgrund der Ausgangssituation der Beratung sehr deutlich zugunsten der beratenden Person ausgerichtet. Die Kommunikationswege der beratenden Person zeigen hier noch eine Verstärkung dieses Machtdifferentials, indem vergangene Entscheidungen negativ bewertet werden.

Da sich aber auch nach der Rückschau die Frage nicht abschließend klären lässt, warum es damals nicht zu einer geeigneteren Wohnung für die Eltern gekommen ist, beschreibt die ratsuchende Tochter, dass sie diese Beratung nicht freiwillig in Anspruch nimmt:

I: //Ja gut ich glaub da// haben wir jetzt nicht in die Zukunft gedacht sagen wir //mal so (.) also da habe ich gar nicht dran gedacht (unv.) es ist so//

B: //Ja (..) das das war ja (.) das war das was ich (unv.)// ja (.) das machen wir hier ständig weil wir sehen ja wozu es führt wenn Leute denken das schaffe ich irgendwie und dann stimmt die Rechnung nicht dann ist man vom Amt abhängig (.) dann kriegt man das //Gefühl oh Gott oh Gott//

I: //Also ich hätte das auch nie// gemacht, wenn ich jetzt die Problematik nicht gehabt hätte, muss ich ihnen ganz //ehrlich sagen//

B: //Ja//

I: weil bis jetzt kamen wir eigentlich sehr gut zurecht und wir kamen sehr lange zurecht //also// (PS10_Z1_a, Pos. 81-85)

Die ratsuchende Tochter beschreibt deutlich, dass sie nur aufgrund der finanziellen Situation der Eltern die Beratung in Anspruch nimmt und macht in meiner Interpretation damit deutlich, dass dies ihr Anliegen ist, dabei hebt sie darauf ab, dass sie in allen anderen Fragen zurechtkommen. Die beratende Person entgegnet, dass sie in der Berechnung der Kosten das Pflegegeld

eingerechnet hat und so finanzieller Raum bereits in der Konzipierung der Versorgung für die Eltern, die beide Pflegestufe zwei haben, fehlt:

B: [...] aber, wenn ich weiß (.) ich habe ein Problem und das finanzielle (.) würde mich überfordern, wenn die Wohnung zu teuer ist es bleibt zu wenig zum Leben über dann kann ich sicher hoffen dass von irgendwo der Geldsegen kommt in dem Fall war das das Pflegegeld (.) aber (.) bei einem Umzug in eine Wohnanlage hätt'mer zum Beispiel mit dem Pflegegeld oder könnte immer noch (.) Hilfen installieren [...]
(PS10_Z1_a, Pos. 108)

Weiter werden Hilfsmittel und mögliche Unterstützungen thematisiert, die die Sorge der ratsuchenden Tochter, dass „[...] jemand da ist für sie, wenn irgendwas ist“ (PS10_Z1_a, Pos. 103) aufgreifen. Hierbei kommt die beratende Person auch auf den Notrufknopf, zu dem die ratsuchende Tochter einschätzt, dass ihre pflegebedürftige Mutter diesen nicht bekommen soll, da sie ihn aufgrund ihrer Depression zu häufig benutzen würde. Die beratende Person schließt daraus:

B: Ich (.) genau das ist nämlich auch das, was mich beschäftigt eine Frau, die im Rollstuhl sitzt, die Wohnung nicht mehr verlassen kann, weil sie ohne Aufzug dort gefangen ist (..) aber der Ehemann (.) der ist wichtiger es ist ihr Vater, der ist dement er darf für den wird //gesorgt und getan// (PS10_Z1_a, Pos. 130)

Wieder geht die ratsuchende Tochter daraufhin in eine Verteidigungsposition und bekräftigt, dass ihr demenzerkrankter Vater die Mutter in ihrem Rollstuhl aus dem Haus bewegen kann. Auf die wiederholende Frage „Ja, wie

denn?“ (PS10_Z1_a, Pos. 132) der beratenen Person antwortet die ratsuchende Tochter nur, dass er den Rollstuhl herunterbekommt. Die beratende Person reagiert daraufhin überrascht und lenkt mit weiteren Fragen wieder auf die Depression der pflegebedürftigen Mutter. Die ratsuchende berichtet von verschiedenen Tabletten, die der Mutter verschrieben wurden und auch, dass sie diese inzwischen abgesetzt hat, da die pflegebedürftige Mutter daraufhin „den ganzen Tag benommen“ (PS10_Z1_a, Pos. 153) war. Die beratende Person führt direktiv aus, dass das Verhalten der Tochter falsch war und sie die verordneten Tabletten nicht absetzen darf: „[...] sie tun ihrer Mutter keinen Gefallen, wenn sie was (.) verändern (.) wozu sie eigentlich überhaupt nicht (.) ja //ausgebildet sind//“ (PS10_Z1_a, Pos. 154). Die Beraterin reagiert sehr direktiv und zeigt besonders in der Tonart, dass sie das Vorgehen der Ratsuchenden missbilligt, und klärt sie zeitgleich über aus ihrer Sicht besseres Handeln auf. Sie hält das Machtdifferential aufrecht, indem sie eine Defizitperspektive auf die Situation legt und direktiv Rat gibt.

Dann wendet sich die Beratung der Frage nach einer möglichen Anbindung der Mutter an Tagespflegeeinrichtung oder die italienische Gemeinde zu. Die Tagespflege wird sofort aufgrund der Sprachbarriere verworfen und Anschluss an die italienische Gemeinde hat die Familie auch nicht, da viele Bekannte bereits verstorben sind: „Die machen sowieso nicht mehr viel und wie gesagt in ihrem Alter (.) ist fast keiner mehr da“ (PS10_Z1_a, Pos. 193). Daraufhin äußert die beratende Person eine Einschätzung über die Gesamtsituation und die Belastungen der ratsuchenden Tochter:

B: Boah ist das bitter (..) oh oh oh es sind so viel Baustellen (..) und das sehe ich ihnen auch an dass das auch an ihnen hängen bleibt sie sehen richtig erschöpft aus

I: (weint) //(unv.)// (PS10_Z1_a, Pos. 194-195)

Daraufhin beginnt diese zu weinen und das Gespräch wendet sich der Frage der Belastung und Entlastungsmöglichkeiten der ratsuchenden Tochter zu. Die ratsuchende Tochter gibt an, dass ihre Ehe aufgrund der Situation mit den Eltern „den Bach runtergegangen“ (PS10_Z1_a, Pos. 201) ist. Dabei entwickelt vorrangig die beratende Person Ideen und zeigt Möglichkeiten auf. Die Ideen und Äußerungen der ratsuchenden Tochter werden kaum aufgegriffen.

B: Mh (...) aber es ist auch eine Chance für sie einfach nochmal zu überlegen wie kann ich mir Unterstützung holen (..) und wir sollen (unv.) wir sollten ja den Druck nicht verstärken, sondern überlegen, was HILFT ihnen und den Eltern (..) deswegen gucke ich mir die Situation //nochmal an//

I: //Ja also (unv.)//

B: //vielleicht// habe ich auch noch ein paar Ideen dazu aber kein Leben ist wie das andere deswegen gibt es keine //glatte Lösung (.) das wäre gelogen (.) ja// (PS10_Z1_a, Pos. 226-228)

In diesem Auszug verdeutlicht die beratende Person noch einmal, dass es um ihre Ideen geht, die gefunden werden können, so formuliert sie erst zurückhaltender, „[...] würde ich mir wünschen, dass sie sich einen Therapeuten suchen [...]“ (PS10_Z1_a, Pos. 206), bevor diese dann wieder stärker Druck ausübt: „[...] weil glauben sie nicht, dass das ohne Spuren da in ihrem Leben bleibt (.) das bleibt es nicht“ (PS10_Z1_a, Pos. 206). Die Redeanteile, in denen die beratende Person ihre Wahrnehmungen und Situationsdeutungen schildert, sind in diesem Teil des Beratungsgesprächs groß. Die ratsuchende Tochter wird immer wieder angesprochen und gibt kurze Informationen, z. B., dass sie und ihr Bruder Vollzeit arbeiten, die in die Ausführungen der beratenden Person einfließen. Sie schließt damit:

B: Das ist (.) ist leider so (...) ich mach gerne einen Besuch bei ihren Eltern ich mache auch gerne eine Stellungnahme, dass sie da bleiben können ich muss es mir vor Ort angucken (.) aber eine Zukunftslösung für sie und die Eltern kann es dann auch nicht sein (.) ja (.) das wird vorübergehend sein so lange wie die wie der Vater lebt oder weiß der Himmel was sich noch tut (PS10_Z1_a, Pos. 216)

Sie deutet hier ein Entgegenkommen an, an welches die beratende Person aber auch die Bedingung knüpft, dass dies nur eine vorübergehende Lösung sein darf. Wieder verweist sie im Sinne eines ‚Worst-Case-Szenarios‘ auf das Versterben eines der Elternteile. Die ratsuchende Tochter reagiert darauf, indem sie das Verantwortungsgefühl für Ihre Eltern aufgreift und diesen ein Leben so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung ermöglichen möchte. Sie verstärkt noch einmal, dass sie nur aufgrund der finanziellen Fragen in die Beratung gekommen ist:

I: //Wir wollen dass es// so bleibt wie es ist und wie gesagt die Hilfe haben wir nur im Moment haben wir das Problem mit der Wohnung (unv.) diese Rückzahlung ja

B: //Ja ja (unv.) (..) genau//

I: //weil wenn wir die nicht hätten// ganz ehrlich muss ich ihnen wirklich sagen (..) wäre ich nirgendwo hingegangen (PS10_Z1_a, Pos. 223-225)

Diese Äußerung trifft die ratsuchende Tochter bereits das zweite Mal in der Beratung, was die beratende Person übergeht und als eine durch die beratende Person ermöglichte Chance beschreibt. Daraufhin gibt die ratsuchende Tochter nach und willigt ein, weitere Wohnungsbauanbieter von Sozialwohnungen mit Fahrstuhl anzusprechen und nach freien Wohnungen zu fragen:

I: //Ja klar (.) nein nein um Gottes Willen also// (.) ich (.) wie gesagt, wenn sie sagen ok ich soll jetzt wer ist für das P. [Gebäude] ich kann mich informieren und kann dann dahingehen ja //(unv.)// (PS10_Z1_a, Pos. 229)

Die Resignation in dem Ausdruck „um Gottes Willen“ und auch die ‚Sollkann-Formulierung‘ der ratsuchenden Tochter zeigt aus meiner Sicht die Resignation gegenüber der beratenden Person, von der eigenen Situationsdeutung überzeugen zu können. Ich habe diese Aussage auch als Wendepunkt in der Beratung markiert, es gibt zwar noch einen weiteren Versuch der ratsuchenden Tochter von einer eher ressourcenorientierten Situationsdeutung zu

überzeugen, allerdings zeigt sich dazwischen die Antworten der ratsuchenden Tochter sehr kurz und einsilbig. Im Anschluss an diese Aussage geht es in der Beratung um Listen und um konkrete Wohngebäude, bei denen die beratende Person eine Anfrage empfiehlt. Dann geht es auch um eine Terminvereinbarung für den Hausbesuch der beratenden Person, über die gesprochen wurde. In diesem Zusammenhang berichtet die ratsuchende Tochter von einer Gastritis, woraufhin die beratende Person die ratsuchende Tochter über die Zusammenhänge belehrt: „Sie wissen schon, dass Psyche und Gastritis miteinander zusammenhängen“ (PS10_Z1_a, Pos. 252). Die ratsuchende Tochter bestätigt, dass sie das weiß, und die Beratung wendet sich wieder der Frage nach einer Therapie oder Rehabilitationsmaßnahme bzw. Kur für die ratsuchende Tochter zu. Als die beratende Person den Druck über eine Verschlimmerung der Gastritis hin zu einem Magengeschwür vorzeichnet, widerspricht die Ratsuchende, was ich als Machtprobe auffasse:

I: Nein das nicht gerade (.) also wir waren (unv.) wir sind eigentlich stark in der Hinsicht also ich kann jetzt nicht sagen, dass ich mich schnell umbiege für irgendwas nur ich will halt eine Lösung, dass ich will dass es denen auch natürlich gut geht (PS10_Z1_a, Pos. 307)

Die beratende Person belehrt daraufhin wieder, welche Folgen Abhängigkeiten haben und welche Schritte aus ihrer Sicht als Nächstes getan werden sollten, nämlich mit dem Hausarzt über eine Kur sprechen und sich eine Therapeutin suchen. Auch hier zeigt sich ratsuchende Widerstand, dass sie kein Interesse an einer Therapie hat: „[...] ob das, was hilft, meine Probleme sind ja trotzdem noch da“ (PS10_Z1_a, Pos. 313). Die beratende Person versucht von diesem Lösungsweg zu überzeugen. Sie nutzt ein persönliches Beispiel, im Sinne eines erneuten Worst-Case-Szenarios, in welchen die ratsuchende

Tochter einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall bekommen könnte. Daraufhin schwenkt sie ratsuchende Tochter zu Angeboten um, was sie gerne mit ihren Eltern unternehmen könnte, worauf die beratende Person sofort anspricht: „Ja Musik für meine Ohren das sind alles Dinge damit kann ich sie [unterstützen]“ (PS10_Z1_a, Pos. 350). In besserer Stimmung werden verschiedene Angebote der Region besprochen und Unterlagen sowie Kontakte weitergegeben. Bis die beratende Person wieder persönliche Eindrücke einwirft, was ihre Erfahrungen mit Burn-out und Kuren sind. Die ratsuchende schildert daraufhin, dass sie zwar von der Belastung erschöpft ist und wenig Energie hat, um für sich etwas zu tun, aber „[...] ich habe vorher ausgelebt sagen wir mal so also (..) bin sehr sehr viel weggegangen, das heißt, ich vermisse in dem Sinne nichts“ (PS10_Z1_a, Pos. 391). Die Reaktion der beratenden Person darauf ist die Diagnose einer Depression bei der ratsuchenden Tochter: „eine Depression haben sie trotzdem, weil sie können, ja nicht auf Vorrat Lebensfreude anschaffeln [...]“ (PS10_Z1_a, Pos. 394). In den weiteren Ausführungen geht die beratende Person auf ein Gleichgewicht ein, welches sie für notwendig hält. Sie bestärkt die ratsuchende Tochter darin, dass sie etwas an der Situation verändern kann. Die ratsuchende Tochter nimmt die Wahrnehmung an, da auch Aussagen einer Freundin ihr gegenüber diese bestätigen. Weiterhin hat die beratende Person die größeren Redeanteile in der Beratung und gibt die Richtungswechsel und Themen vor, insbesondere die emotionalen Themen werden durch sie eingebracht und die ratsuchende Tochter wird u. a. über das ‚Neinsagen‘ belehrt.

Zum Ende des Gespräches wird noch über den Mieterschutz gesprochen und festgehalten, dass nun ein neuer Weg beschritten werden kann. Die ratsuchende Tochter bringt noch einmal das Thema des Darlehens ein und hebt hervor, dass sie kein Geld geschenkt bekommen möchte. Es wird zusammenfassend noch einmal über den anstehenden Hausbesuchstermin gesprochen

und den offenen Betrag, die beratende Person kommentiert dies mit „Boa (.) schon eine Menge“ (PS10_Z1_a, Pos. 448) und bietet der ratsuchenden Tochter Tee an, diese lehnt ab. Weiter werden Themen der Rückzahlungsmöglichkeit erörtert und die Anmietung der Wohnung als „riesen Fehler“ (PS10_Z1_a, Pos. 474) durch die beratende Person gerahmt. Wieder geht die ratsuchende Tochter in die Verteidigungshaltung, was die beratende Person mit „es ist Gemurkse“ (PS10_Z1_a, Pos. 478) kommentiert. Die beratende Person fragt abschließend noch nach dem sozialen Netz der ratsuchenden Tochter, die bestätigt, dass sie eine enge Freundin hat, mit der sie die Themen besprechen kann. Am Ende der Aufzeichnung bedankt sich die ratsuchende Tochter fürs Zuhören und es folgt eine Verabschiedung.

6.2. Übergreifende Aspekte der Machtbeziehungen

Die Beziehung zwischen den An- und Zugehörigen und den beratenden Personen entfaltet sich im Material umfangreich, da es diese Personengruppe ist, welche als Ratsuchende in den Beratungen in Erscheinung treten. Daneben werden auch „sorgende An- und Zugehörige“ beschrieben, die an der Beratung beteiligt sind und sich zeitweise äußern. Für die An- und Zugehörigen ist eine differenzierte Betrachtungsweise daher notwendig.

Es gibt die Gruppe An- und Zugehörige, die aktiv die Beratungsstelle aufsuchen oder diese anfragen, weil sie eine Problem- oder Fragestellung bearbeiten möchten. Dies ist hauptsächlich in den Beratungen PS01_Z3_a, PS02_Z1_a, PS03_Z1_a und PS04_Z3_a der Fall. In diesen Beratungen entfaltet sich ein mäßig ausgeprägtes Machtdifferential und die Beratungen finden als Optionen statt, die ein mehr an Wissen und Handlungssicherheit generieren sollen. Wie bereits in der sozialen Welt der beratenden Personen

aufgezeigt und auch in den Verlaufsbeschreibungen deutlich wurde, steht das Thema der Wissensvermittlung, im Sinne von Information und Aufklärung, insbesondere über Leistungsmöglichkeiten und Anspruchsvoraussetzung in Bezug auf das Sozialgesetzbuch XI im Vordergrund.

Je nachdem, wie die beratenden Personen sich in der Beratung positionieren, werden die Ratsuchenden mehr oder weniger aufgefordert, ihre Situation aus der familialen Alltagswelt zu beschreiben. Ob nun eine engere Verknüpfung mit der Lebenswelt der Ratsuchenden oder eher eine Anbindung an den Leistungskatalog des SGB XI stattfindet, Wissen stellt in allen Beratungen eine Machtquelle dar. Hier kann einerseits das Wissen der beratenden Personen über die Leistungen gesehen werden. Die beratenden Personen entscheiden aus einem Pool an Informationen, welche sie an die Ratsuchenden weitergeben und welche nicht. Die mächtige Position gegenüber den Ratsuchenden bringt die Verantwortung mit, auszuwählen, um die Ratsuchenden nicht zu überfordern und gleichzeitig alle notwendigen Informationen weiterzugeben, die die Ratsuchenden handlungsfähig(er) machen. Versucht wird dies vielfältig über Beispiele und konkrete Situationsdeutungen:

B: Das wäre, sie müssten nur mit dem zugelassenen Pflegedienst einen Versorge- und einen Pflegevertrag abschließen und müssten bei der Kasse bei der Kranken- und Pflegekasse ihres Vaters die Leistungen von Pflegegeld umstellen auf die sog. Sachleistungen und dann kann der Pflegedienst einen höheren Betrag als das Pflegegeld abrechnen (PS02_Z1_a, Pos. 138).

Deutlich wird aus der eher monologischen Information über Leistungen, die an dieser Stelle ein Beispiel von weiteren im empirischen Material darstellt, dass Sprache ein wesentliches Machtmittel ist, welches insbesondere bei Menschen mit Migrationsgeschichte und Menschen, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen, ein größeres Machtdifferential verursacht. Im Material zeigt sich vielfältig, dass Informationen oder der Bezug zu den Informationen nicht verstanden wurden. Durch die zusätzlichen Fachbegriffe und Bezeichnungen, die auf die Bedarfe im Leistungsumfang des SGB XI abgestimmt sind, erschwert es die Verständigung und die Weitergabe von Informationen erheblich, was sich im Material zeigt, wie hier:

B: Gibt es jetzt noch Fragen, die sie haben, bezogen auf die Pflegestufe?

Klient: Was meinst du jetzt?

B: Haben sie noch Fragen wegen der Pflegestufe?

Klient: Nee (PS03_Z1_a, Pos. 295-297)

Oder auch in diesem Ausschnitt:

B: Weiß ich aber nicht genau, ich würde ihnen empfehlen, ruhig mit mehreren dieser Anbieter zu sprechen

Klient: Ja ja und das man anhört was jeder

B: Und sich auch mal ein Vertragsangebot geben zu lassen

Klient: Mhm

B: Das sie auch Kosten vergleichen können

Klient: Mhm

B: Und dann können sie auch unter Umständen auch mehrere dieser Angebote dem Sozialhilfeträger zeigen und sagen, hier wir sind bereit uns auf den günstigsten auch einzulassen, ja

Klient: Mhm

B: Das ist glaube ich vom verhandlungstaktischen gegenüber dem Sozialhilfeträger nicht schlecht

Klient: Ich hätte gedacht so sowas

B: Bitte

Klient: Ich hätte nicht gedacht dass sowas auf mich zukommt

B: Ja (PS02_Z1_a, Pos. 428-441)

Was besonders in dem zweiten Ausschnitt deutlich wird, ist die Reaktion der Ratsuchenden, wenn sich eine Überforderung interpretieren lässt, in dem Sinne, dass Teile des Gesagten nicht verstanden wurden oder die Umsetzung unklar erscheint. Im empirischen Material sind an diesen Punkten häufig

bestätigende Geräusche (hier ein wiederholtes „Mhm“) festzustellen. Wenn die beratende Person die Informationsweitergabe unterbricht, sind Reaktionen darauf häufig, wie hier emotional, mit einem Bericht aus dem Alltag oder dem Äußern von Sorge gekoppelt. Dies interpretiere ich, als Versuch auf einer anderen Ebene wieder Anschluss an die beratende Person herzustellen und die Verständigung zu verbessern.

In dem oberen Beratungsausschnitt (PS03_Z1_a) wird diese Reaktion der Ratsuchenden nicht deutlich, da das Gespräch kurze Zeit später beendet wird. Allerdings treten diese eher emotionalen Reaktionen an früheren Stellen in der Beratung auf:

B: Nur für den Fall, dass sich der Hilfebedarf vermehrt, dass er mehr Hilfebedarf braucht, dann würde ich

Klient: Mhmm

B: Ihnen empfehlen einen Höherstufungsantrag zu stellen.

Klient: Ich will das er gesund

B: Dass er gesund wird, das hoffen wir auch und deswegen

Klient: Für mich ist nix einfach (PS03_Z1_a, Pos. 188-193)

Da sich die beratende Person auf die emotionale Ebene in der Beratung wenig einlässt und eher versachlicht, indem sie auf den Leistungskatalog des SGB XI verweist, hier „Tagespflege“ (PS03_Z1_a, Pos. 210), wurde wohl im

oberen Ausschnitt gegen Ende der Beratung kein erneuter Versuch unternommen, die Verständigung auf dieser Ebene abzugleichen.

In Beratungen, in denen sich beratende Personen stärker auf die lebensweltlichen Äußerungen einlassen, wird das (Erfahrungs-)Wissen aus dem Alltag der Ratsuchenden stärker berücksichtigt und erhält darüber Anerkennung, was das Machtdifferential reduziert. In der Beratung PS01_Z3_a kann die Ratsuchenden hier sogar das Mehr an Fachinformationen über die Erkrankung ihrer Mutter einordnen und verhält sich bewusst dazu, aufgrund der Erfahrungen mit ihrem bereits verstorbenen Vater:

K: Nee nee ich nehme es mit, aber ich habe auch mal also mein Vater hatte Krebs und da hatte ich mich erst eingedeckt mit allem möglichen und habe gelesen und dann bin ich zu Vorträgen von Ärzten gegangen und habe mich in so Privatkliniken geschafft damit ich ja, und irgendwann musst ich einsehen ich kann es ja doch nicht ändern und dieses permanente Angst davor wie wird es zu Ende gehen

B: Mhm

K: Das von vornherein schon zu haben und dann zu wissen, wie es tatsächlich endet verstehen sie? Er kann auch morgen tot umfallen dann hat er das erst gar nicht erlebt ja, also dann habe ich angefangen zu sagen heute ist ein guter Tag. Das war so diese Motto und dann kam Tag heute ist ein blöder Tag ja und dann kam das so Tag für Tag. (PS01_Z3_a, Pos. 574-576)

Die beratende Person geht in diesem Abschnitt eher allgemein auf Veränderungen bei Menschen mit Demenzerkrankungen ein und versucht, an das anzuknüpfen, was ihr von der Ratsuchenden aus der Alltagswelt berichtet wurde. Der Bezug zur Komplexität des Krankheitsbildes Demenz wird hier eröffnet und gleichzeitig durch das Angebot an Informationsmaterialien, die mit nach Hause genommen werden können, zu reduzieren versucht.

Die Krankheit selbst, zeigt sich für die Tochter in der Beziehung zur Mutter als Ohnmachtsquelle, weil ein verlässliches Verhalten und die Beziehung nicht mehr von der Mutter aufrechterhalten werden, können und dadurch unberechenbar werden. Dieser Umstand wird von der sorgenden Tochter vorwiegend darüber gerahmt, dass es für sie schwer auszuhalten ist und sie sich wenig unterstützt und mit der Verantwortung alleingelassen fühlt:

K: Sehr schwere Situation, es ist auch jeden Tag fühlt man sich auch anders, also ich habe jedes Tag ein andres Gefühl, bei einem Tag denke ach Gott dann ist das halt so und dann denke ich um Gottes Willen, letzten habe ich zu meinen Kindern gesagt ich bringe die einfach hierher und wohnt die einfach hier ist das klar und das ist mein Haus und ihr akzeptiert das alle, ich meine die sagen ja nicht tue das nicht, die sagen nur wenn du es machst, machst du es alleine ja (PS01_Z3_a, Pos. 395).

Das Thema der hohen und belastenden Verantwortung zeigt sich auch in anderen Beratungen und kann vorrangig in der Beziehung zwischen den sorgenden An- und Zugehörigen und den pflegebedürftigen Menschen verortet werden, was als ein Kernergebnis im nächsten Kapitel weiter ausgeführt wird.

Eine weitere Ohnmachtsquelle kann die ‚nicht deutsche Herkunft‘ darstellen, einerseits, wenn Ratsuchende diese im Sinne einer Selbst-Kulturalisierung thematisieren, und andererseits, wenn durch beratende Personen Vorurteile und Kulturalisierungen deutlich werden. Über das Machtmittel Sprache wird die Ohnmachtsquelle dann im Beratungsgespräch als Situationsdeutung eingebracht. Besonders deutlich wird das in der Beratung PS10_Z1_a an mehreren Stellen, wie hier:

B: [...] aus irgendeinem Grund müssen die oder muss die Mutter umziehen (.) das geht das machen ja deutsche Familien auch das ist ja kein Sprachproblem

I: Nein das hat ja damit auch nichts zu tun. (PS10_Z1_a, Pos. 108-109)

In diesem Ausschnitt unterstellt die beratende Person der Ratsuchenden, dass die Kalkulation für die Wohnung durch die Familie nicht stimmig ist, da Pflegegeld als Einkommen zur Sicherung des Lebensunterhaltes eingesetzt wird. Die beratende Person unterstellt ein Sprach- und Kulturproblem und unternimmt damit eine kulturalisierende Interpretation dieser Situation. Es lässt sich dadurch ein Vorwurf, im Sinne einer Ausrede interpretieren, wogegen sich die Ratsuchende, wie in Pos. 109 deutlich wird, wehrt. Sie zeigt im Ton nachdrücklich, dass ihr diese Zuschreibung nicht gefällt und sie ihre vorherigen Ausführungen so nicht verstanden wissen will.

Die eben unter dem Bezug von Wissen, als Machtmittel gerahmte Sprache, kann für sich selbst gesehen auch zu einer Ohnmachtsquelle werden. Wenn Sprache, die in der Mehrheitsbevölkerung gesprochen wird, aufgrund von Erkrankungen (Demenz) oder weil die Sprache nicht (ausreichend)

gelernt wurde, Kommunikation insgesamt erschwert oder verhindert. Die Situationsdeutungen und Rahmungen der beratenden Personen fallen hierzu sehr unterschiedlich aus. In der Beratung PS10_Z1_a rahmt die beratende Person:

B: (unv.) spricht sie Deutsch?

I: Nein

B: (stöhnt) (...) das bringt ja gar nichts, oder? Wenn sie dann nur unter Deutschen ist (..) macht ihr keinen Spaß (..) wo war denn ihre Mutter früher tagsüber? (PS10_Z1_a, Pos. 186-188)

Die beratende Person deutet die Sprache als so relevant, dass das Nichtverstehen der deutschen Sprache zu einer Ablehnung des Angebotes führt. Hierbei wird deutlich, dass sie eine Antwort der ratsuchenden Tochter auf die Frage „das bringt ja gar nichts, oder?“ provoziert, aber durch die direkt anschließende Kommentierung und Frage, wird deutlich, dass diese erste Frage nicht auf eine Beantwortung durch die Tochter abzielt. Im weiteren Verlauf wird auch nicht mehr zu dieser Frage zurückgekehrt und die Einschätzung der Tochter eingeholt.

In dem Beratungsgespräch PS01_Z3_a zeigt sich dagegen eine andere Rahmung der Situation, bei einem regulären Angebot in der Nachbarschaft:

B: Und trotzdem ist es so, dass sie ja an gewissen ich meinen Spaßmoment haben ein Erlebnis haben also unter Menschen zu sein zu gucken andere lächeln mit einem und man bekommt halt sage ich jetzt mal

auch Zuwendung und ja vielleicht gibt es da auch irgendetwas wo man wirklich auch Spaß daran hat ich verstehe das natürlich das wäre vertrauter für sie, wenn sie in einer Runde wäre, wenn die Frauen ähnlich angezogen sind

K: Ja

B: Vielleicht vertraute Sprache auch gesprochen wird (PS01_Z3_a, Pos. 322-324)

Die beratende Person in diesem Gespräch rahmt im Verhältnis positiver, indem sie auf „lächeln“ oder „Zuwendung“ verweist und das Angebot weniger verkürzt auf die verbale Verständigung in der gleichen Sprache thematisiert. Sie ermuntert auch die Angebote auszuprobieren, die vor Ort gegeben und nicht als kulturspezifische Angebote ausgewiesen sind. Die sorgende Tochter ist hier Bedenkenträgerin, dass es der dementen Mutter aufgrund der Sprachbarrieren und fehlender kulturspezifischer Deutung nicht angenehm ist.

Beide beratenden Personen in diesen zwei Auszügen sprechen in den Beratungen über solche nachbarschaftlichen Angebote und rahmen diese in der Darstellung sehr unterschiedlich. Im letzten Beispiel findet eher eine Stärkung der ratsuchenden Tochter statt, etwas auszuprobieren und neuen Situationen eine Chance zu geben. Im ersten Auszug findet eher eine Verengung auf die Sprache statt und darüber eine negative Deutung, auch in der nicht versprachlichten Reaktion, wie dem Tonfall und dem im Transkript zu lesenden stöhnen. In beiden Beratungen findet darüber keine Veränderung im Machtdifferential statt, diese Äußerungen stehen im Verhältnis zum vorangegangenen Beratungsmodus in den Beratungen.

6.3. Beratungen in Abhängigkeit

In den Beratungen PS05_Z1_a und PS10_Z1_a gibt es ebenfalls Anliegen an die beratenden Personen, allerdings dokumentiert sich in beiden Gesprächen ein stärkerer Druck von außerhalb ihrer sozialen Welt. Im Beratungsgespräch PS05_Z1_a ist eine umfangreiche Versorgung der pflegebedürftigen Person notwendig, in welcher die dauerhafte Versorgung in der Häuslichkeit der Familie thematisch wird. Die beratende Person kommentiert diese Situation mit: „[...] Aber dann spreche ich nochmal mit dem Pflegedienst und frage, die dann nochmal, wie deren Einschätzung ist, aber das ist so, ich habe den Eindruck das läuft gut“ (PS05_Z1_a, Pos. 187). In der Beratung geht es daher über lange Zeit eher um eine Darstellung, dass die Aufgabe der Versorgung verlässlich bewältigt werden kann, denn um eine Beratung, die erfasst, was zur Unterstützung gebraucht wird.

Im Beratungsgespräch PS10_Z1_a beschreibt die Ratsuchende eine drohende Kündigung der Wohnung der pflegebedürftigen Personen, sodass es auch um eine „Stellungnahme“ (PS10_Z1_a, Pos. 216) der beratenden Person zur Wohnsituation geht, um eine Finanzierung entstandener Mietrückstände abzufedern.

Das Machtdifferential ist in den beiden zuletzt genannten Beratungen, durch die höhere Abhängigkeit von der Beratung, daher besonders hoch und zwingt beratende Personen in eine Doppelrolle, die eine offene und unterstützende Beratung stark erschwert. Die pflegenden Angehörigen in der Beratung sind in Ihren Äußerungen eher zurückhaltend. Sie nehmen eine eher rechtfertigende, als eine fragende Haltung ein und äußern Wünsche in der Beratung eher selten. Der Versuch der Überzeugung, dass die Pflege „gut

läuft“ zeigt sich in der Beratung PS05_Z1_a an mehreren Stellen über einen langen Zeitraum der Beratung hinweg, wie hier:

B: Also sie sind sehr zufrieden hab ich den Eindruck. Machen auch so einen sehr glücklichen Eindruck, ja. Ah ok gut.

I₂: Ja, ja.

B: Ich guck mir jetzt ihren Sohn an, ist das so, würden sie das auch so sehen, ist das gut, läuft gut?

I: Lläuft gut, das läuft gut. Es läuft gut. (PS05_Z1_a, Pos. 234-237)

Die beratende Person fragt erst die sorgende Ehefrau und formuliert dies als Einschätzung über den Zustand. Dann lässt sie sich diese Einschätzung, welche die sorgende Ehefrau bestätigt hat, von dem gesetzlich betreuenden Sohn bestätigen und fordert auch weiter noch die Bestätigung, dass alles in Ordnung ist, vom Pflegedienst ein. Erst kündigt die beratende Person es an:

B: Aber das war klar, das war noch unklar, wie sich das Einspielen wird, ja. Aber dann spreche ich nochmal mit dem Pflegedienst und frage die dann nochmal, wie deren Einschätzung ist, aber das ist so, ich habe den Eindruck, das läuft gut. (PS05_Z1_a, Pos. 187)

Und dann ist der Pflegedienst (PD) vor Ort und wird indirekt mit dieser Frage angesprochen:

B: Ja, ich habe schon gehört, dass es gut läuft, hier ja, hat sich gut eingespielt.

PD: Genau, ich war jetzt auch das erste Mal hier und eigentlich schon so einen fitten Eindruck, ja (.) (PS05_Z1_a, Pos. 735-736)

Auch bewertet die beratende Person die Handlungen der sorgenden Ehefrau, als es beispielsweise um die PEG-Versorgung⁶¹ geht:

B: Aber sie bleiben bei alledem sehr gelassen Frau M.. Sie bleiben ruhig und fröhlich und freundlich (PS05_Z1_a, Pos. 342)

Die Rückversicherung der beratenden Person ist vielfältig und zeigt den Abhängigkeitskontext der Familie. Die Frage, was passieren würde, wenn etwas nicht „gut läuft“ wird nicht offenkundig, da diese Aussage nicht fällt, dadurch scheint es für die pflegenden Angehörigen schwierig zu sein die Konsequenzen einzuschätzen, was Unsicherheiten auslöst und dazu führt, dass sie eher präsentieren, als sich Unterstützung durch die Beratung zu holen. Über lange Strecken hinweg, wird in der Beratung dieses Präsentieren und Zeigen, dass die Pflege zu Hause bewältigt werden kann, in den Fokus gestellt, sodass kaum wirkliche Probleme oder Sorgen in der Beratung thematisiert werden. Auch wenn die tatsächliche Möglichkeit der beratenden Person nicht sicher gegeben ist, darüber zu entscheiden, ob die Pflege zu Hause durchgeführt werden darf, so wird diese doch in der Beratung so wahrgenommen und die Handelnden der Beratung verhalten sich so. Das Machtdifferential ist

⁶¹ PEG-Versorgung steht für die Versorgung mit einer perkutanen Sonde, durch welche Menschen über eine kleine Öffnung der Bauchdecke mit Nahrung versorgt werden können, wenn die Fähigkeit zu Essen eingeschränkt oder nicht (mehr) vorhanden ist.

aufgrund dieser Unterstellung in der Beratung besonders hoch, da die Ratsuchenden eine Erlaubnis von der beratenden Person wünschen, die Pflege zu Hause fortzuführen. Die Machtquelle der beratenden Person ist ihre für die Familie unklare Rolle in Bezug auf die Entscheidung über die Pflege. Das Machtmittel, welches er auch in der Beratung erwähnt, ist der Sozialbericht:

B: Ah, dann gebe ich ihnen das nochmal. Das ist der Sozialbericht an die Kreisverwaltung, da hatte ich das nochmal formuliert, den Hilfebedarf und habe dann auch so geschrieben, wie die Versorgung geplant ist. Ja? (PS05_Z1_a, Pos. 592)

Da dies nicht das erste Gespräch mit der Familie ist, wird in der Beratung auch nicht deutlich, ob die beratende Person die Funktion und Reichweite des Sozialberichtes erläutert hat. Die Vermutung aufgrund der Handlungen in der Beratung deuten eher darauf hin, dass die konkrete Wirkmächtigkeit und der Einfluss, den die beratene Person mit ihrem Sozialbericht in Bezug auf die Pflegesituation der Familie hat, nicht verdeutlicht wurde.

In PS 10_Z1_a wird ein Beratungsauftrag zur Verbesserung der Versorgungssituation durch die beratende Person oktroyiert. Die ratsuchende und sorgende Tochter muss sich aufgrund der finanziellen Abhängigkeit zur Klärung der Wohnsituation auf diese Fragen einlassen. Sie wiederholt mehrfach, dass sie nur in der Beratung ist, weil die finanzielle Situation sie dazu zwingt:

I: //Also ich hätte das auch nie// gemacht, wenn ich jetzt die Problematik nicht gehabt hätte, muss ich ihnen ganz //ehrlich sagen// (PS10_Z1_a, Pos. 83)

Die beratende Person zeigt ihr immer wieder die aus ihrer Sicht notwendige Auseinandersetzung mit den Fragen der Belastung in der Versorgung auf und übt Druck über Worst-Case-Szenarien, wie das Versterben eines Elternteils, aus. Erst am Ende des Gespräches werden weitere Details zu den Fragen gestellt, derentwegen die ratsuchende Tochter die Beratung aufgesucht hat. Hier wird auch der Zwangskontext noch einmal sichtbar, da die beratende Person zu einem Hausbesuch verpflichtet ist und eine Stellungnahme zur Einschätzung der Situation verfassen soll. Die Einschätzung, ob die beratende Person ein Darlehen befürwortet, ist für die ratsuchende Tochter existenziell, da für die Mietwohnung bereits eine drohende Kündigung durch die Vermieter ausgesprochen wurde. An verschiedenen Stellen in der Beratung versucht die ratsuchende Tochter, sich und die Familie ressourcenorientiert darzustellen:

I: [...] also wir waren (unv.) wir sind eigentlich stark in der Hinsicht, also ich kann jetzt nicht sagen, dass ich mich schnell umbiege für irgendwas, nur ich will halt eine Lösung, dass ich will, dass es denen auch natürlich gut geht (PS10_Z1_a, Pos. 301)

Mit „denen“ spricht sie vom Wohlergehen der Eltern, die aus ihrer Sicht immer wieder in den Mittelpunkt gerückt werden. Die beratende Person wirkt über weite Teile der Beratung provokativ. Sie stellt hier mehrfach dagegen, dass die ratsuchende und sorgende Tochter überbelastet, bis krank durch die Versorgungssituation ist und nutzt ihre mächtigere Position, um ihre eigene Situationsdeutung, bis hin zur Diagnose einer Depression bei der Tochter einzubringen: „eine Depression haben sie trotzdem [...]“ (PS10_Z1_a, Pos. 394). Wie aus der Nachzeichnung des Beratungsverlaufes deutlich geworden ist, wehrt sich die ratsuchende und sorgende Tochter an vielen Stellen gegen

eine defizitorientierte Situationsdeutung, gibt aber später in der Beratung nach und wird einsilbiger in den Antworten.

Besonders in diesen beiden Beratungen, in denen die Abhängigkeit groß ist und welche Elemente des Zwangs beinhalten, wird eine eigentliche Beratung stark erschwert. Die (zugeschriebene) Macht über Entscheidungen, führt zu keinem offenen Austausch und der Freiheit, Sorgen und Schwierigkeiten thematisieren zu können. In der Beratung PS05_Z1_a wird an einem Wendepunkt, als die Ratsuchenden vermuten, dass eine Bestätigung durch die beratende Person gegeben ist, dass die Versorgung in der Familie weitergehen darf, eine etwas offenere Stimmung möglich und der ratsuchende Sohn, wird offensiver darin, eigene Themen einzubringen und Schwierigkeiten mit den Papieren zu äußern sowie eigene Meinungen gegenüber der beratenden Person zu vertreten. Zeitweise interpretiere ich, dass die beratende Person die Stimmung im Vorfeld wahrnimmt und über Kommentierungen und Lachen innerhalb der Beratung versucht, die Stimmung aufzulockern, wie es auch im Verlauf beschrieben ist. Das gelingt aber erst, als die Ratsuchenden hören, dass die Versorgung zu Hause ‚erlaubt‘ wird. Die Fragen, die im Vorfeld durch die beratende Person gestellt werden, deuten aus meiner Sicht darauf hin, dass diese tatsächlich die Familie in der Versorgung zu Hause unterstützen möchte und daher gezielt nach Schwierigkeiten fragt. Eine ehrliche Antwort kann diese aber aufgrund der zugeschriebenen Entscheidungsgewalt über die Versorgungssituation nicht erhalten.

In der Beratung PS10_Z1_a gibt es einen derartigen Wendepunkt nicht so deutlich. Zwar äußert auch die beratende Person hier an einer Stelle, dass sie die sorgende und ratsuchende Tochter unterstützen möchte: „[...] ich mach gerne einen Besuch bei ihren Eltern ich mache auch gerne eine Stellungnahme, dass sie da bleiben können ich muss es mir vor Ort angucken (.) [...]“

(PS10_Z1_a, Pos. 216), aber sie schränkt diese Aussage direkt wieder damit ein, dass es keine „Zukunftslösung für sie und die Eltern“ (PS10_Z1_a, Pos. 216) sein kann. Eine Offenheit entsteht bei der ratsuchenden und sorgenden Tochter dadurch nicht.

6.4. Implizierte Akteure

Die Methode der Situationsanalyse schließt die Analyse implizierter Akteure ein. Wie in Kapitel 4.4.4 ausgeführt, gibt es zwei Arten implizierter Akteure, die im Material sichtbar werden können, die anwesenden Akteure und die diskursiv konstruierten Akteure. Beide sind in den Beratungsgesprächen aufgetreten und ich habe in den Verläufen der Beratung darauf hingewiesen.

In der Analyse konnten zwei Personengruppen herausgearbeitet werden, auf welche ich im Folgenden näher eingehen werde: Die pflegebedürftigen Personen als implizierte Akteure und die sorgenden Angehörigen als implizierte Akteure.

6.4.1. Pflegebedürftige Personen als implizierte Akteure⁶²

Die Gruppe, die in den Analysen am deutlichsten als implizierte Akteure hervortreten, sind die pflegebedürftigen Menschen selbst. Da Beratungsgespräche häufig ohne Beteiligung der Betroffenen geführt werden, sondern sich An- und Zugehörige als Ratsuchende an Pflegestützpunkte wenden, sind

⁶² Ein Teil dieses Textes wurde in einer kürzeren Version bereits veröffentlicht (Marr und Zein 2023).

die pflegebedürftigen Menschen in vielen Beratungsgesprächen nur diskursiv anwesend. Bei zwei Beratungen, die als Hausbesuche stattfinden (PS04_Z3_a und PS05_Z1_a), sind pflegebedürftige Menschen physisch anwesend, aber diese äußern sich nicht, werden nicht angesprochen innerhalb der Beratungen und bringen sich auch von sich aus nicht in das Beratungsgespräch ein. Auch wurden in keinem der beiden Beratungen Maßnahmen in Erwägung gezogen oder ergriffen, die die pflegebedürftigen Menschen ermöglicht hätte, sich an dem Gespräch zu beteiligen. In den Beratungen in den Pflegestützpunkt Büroräumen, waren pflegebedürftige Personen nicht anwesend, hier wurde Betroffene nur über diskursive Konstruktionen ersichtlich. In beiden Fällen werden (physisch anwesende und diskursiv konstruierte) pflegebedürftige Menschen nicht zur Teilnahme an der Beratung und Aushandlung ihrer Bedürfnisse zu ihren eigenen Bedingungen aufgefordert, obwohl sie in der Beratung fokussiert werden. Hier werden sie fast ausschließlich als Pflegebedürftige adressiert und insbesondere als sehr vulnerabel dargestellt: „[...] dann die Angst mein Vater da wieder rauszunehmen, wo er es sich einigermaßen eingelebt hat [...]“ (PS10_Z1_a, Pos. 235). Auch als beaufsichtigungspflichtig werden sie in den Gesprächen konstruiert: „jetzt können wir ihn überhaupt nicht mehr alleine lassen“ (PS04_Z3_a, Pos. 16) und als eine Belastung für Zu- und Angehörige: „Das ist ja auch eine Belastung für alle“ (PS01_Z3_a, Pos. 427). Die Konstruktion dient häufig der Darstellung, dass sorgende und pflegende Angehörige entlastet werden müssen und werden in allen Beratungen deutlich durch die beratenden Personen eingebracht, aber auch von ratsuchenden Angehörigen, werden Aussagen über sich selbst oder zu sorgenden Angehörigen getätigt, wie die Ausschnitte oben zeigen.

In den Beratungsverläufen wurde die konkrete Sichtbarkeit der pflegebedürftigen Personen nachgezeichnet und an den entsprechenden Stellen in der Verlaufsbeschreibung aufgegriffen. Hier wurden an überwiegend nur sehr

wenigen Stellen in den Beratungen auch die Bedingungen der pflegebedürftigen Personen in das Gespräch eingebunden oder konkret danach gefragt. Auffallend ist hierbei, dass diese Sichtbarkeit in den Beratungen besonders dann auftrat, wenn ein Widerstand durch die pflegebedürftigen Personen ausgedrückt wurde, z. B. durch die Ablehnung von stationärer Vollzeitpflege:

K₂: Er wollte nicht bleiben, er hat rebelliert und das war ohh das war auch nicht schön für uns auch und wir müssten ihn früher aus dem Pflegeheim holen

B: Sie mussten das abbrechen, oder was?

Klient: Das ist auch so so so auch manche alte Leute sind ja die sind einverstanden aber andere wie mein Vater

B: Ja

Klient: Leider (PS02_Z1_a, Pos. 230-234)

Der pflegebedürftige Vater wird hier als Widerständler gegen Maßnahmen dargestellt und er wird darüber als schwierig konstruiert. Die Bedingungen des Vaters werden nicht erörtert, nur die Konsequenzen, die sein Widerstand für die Angehörigen hat. Deutlich wird, dass der pflegebedürftige Vater an dem Bedürfnis festhalten konnte, dass er zu Hause sein will und es führt letztlich dazu, dass die Familie sich damit auseinandersetzt. Hier zeigt sich eine Machtquelle des Vaters, dass er durch deutlichen Widerstand vor zwei Jahren die Situation beeinflussen konnte. In einem anderen Beispiel wird

ebenfalls der Widerstand in der Haltung des pflegebedürftigen Vaters deutlich:

I: Ja.(.) Ich meine beim Waschen wird er niemanden zulassen außer Mama. Mich lässt er auch nicht zu.

B: Nein.

I: (spricht auf Türkisch)

I₂: (antwortet auf Türkisch)

I: Nein mhm (verneinend).

B: Nein?

I: Nein, das macht er nicht. (PS04_Z3_a Pos. 40 – 46)

Auch hier wird durch ein erfahrenes Verhalten der Familie die Haltung des Vaters verdeutlicht. Wieder werden nicht die Bedingungen des pflegebedürftigen Vaters ausgeführt, sondern nur die Konsequenzen für die Familie besprochen, in diesem Fall, dass ein Pflegedienst nicht infrage kommt.

In einem weiteren Beratungsgespräch wird der Besuch der Tagespflege abgelehnt. Geäußert werden wieder keine Bedingungen, nur „Er will nicht“ (PS03_Z1_a, Pos. 210) und dann wendet sich das Gespräch wieder der Frage von Entlastungen für die Ratsuchende zu. Wie in den Auszügen zuvor zeigt

sich kein Versuch, die Bedingungen und Gründe für die Haltung zu erfahren oder die Wünsche, die hinter der Ablehnung stehen (könnten).

Deutlich wird nur, dass eine sehr deutliche Widerstandshaltung dazu führt, dass Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden.

Auch die Auseinandersetzung in den Beratungen mit Pflegegutachten, führt dazu, dass die pflegebedürftigen Menschen stärker impliziert in den Beratungen auftreten:

B: Ja, so, Transfer in die Dusche braucht er Hilfe, das wurde auch berücksichtigte, mit dem Toilettengängen wie ist das denn da? Bei was helfen sie ihm da?

Klient: Ja, ich kann umziehen, anziehen ich muss des auch

B: Mhmm

Klient: dann trinken so?

B: Mhmm, das wurde jetzt so weit berücksichtigt, bei was helfen sie ihm denn im Bad morgens?

Klient: Morgens?

B: Wenn er im Bad ist? Bei was helfen sie ihm da?

Klient: Zuerst anziehen und putzen die Zähne, rasieren, Haare kämen, alles

B: Okay, und beim Essen was helfen sie ihm da?

Klient: Essen kann nicht alleine ich muss schneiden auch mit eine geht nicht so richtige (PS03_Z1_a Position: 123 – 132)

Der pflegebedürftige Mann erfährt über die einzelnen zergliederten Teilaspekte seiner Hilfebedürftigkeit keinen Bezug zur Person mehr. Bedingungen des Menschen erhalten in diesem Frage-Antwort-Rhythmus keinen Raum. Die Soziale Welt der Pflegeversicherung legt den Grundstein über die Pflegebegutachtung und beratende Personen, die sich eher an solchen Gutachten orientieren in der Struktur ihrer Beratungen, verfestigen diesen Blick auf pflegebedürftigen Menschen, was der Auszug sehr deutlich zeigt, da es nicht einmal um vollständige Handlungen geht, sondern zwischen Nahrungsaufnahme und Unterstützung im Badezimmer mehrfach gewechselt wird. Der einzige Bezug, der hierbei deutlich wird, ist welche Aufgaben diese wiederkehrenden Tätigkeiten für die Ehefrau bedeuten, die hierbei Unterstützung leistet.

6.4.2. Sorgende Angehörige als implizierte Akteure

Die zweite Gruppe der implizierten Akteure sind die sorgenden Angehörigen, wenn weitere An- und Zugehörige in der Beratung übersetzen. Im vorliegenden Sample sind die sorgenden Angehörigen, die sorgenden Ehefrauen, Teil des Beratungsgesprächs und somit physisch anwesende implizierte Akteure (Clarke 2012, S. 87). Dies sind die Beratungen PSo4_Z3_a und

PS05_Z1_a. Sie werden nur eingeschränkt in die Beratungen einbezogen und es wird durch die ratsuchenden Angehörigen, die selbst auch in die Pflege und Versorgungssituation eingebunden sind, für und über sie gesprochen. In diesen Pflegeberatungen geht es oft um belastende oder überfordernde Aspekte der Care-Arbeit für die pflegenden Partner*innen, worauf in PS05_Z1_a die beratende Person hinweist:

B: Ja, wobei es ja auch, das würde ich ihnen gerne zu überlegen mal sagen, es wär, oder es ist, es ist ja sinnvoll oder wichtig, dass ihre Mutter, das sie schlafen nachts.

I: Ja.

B: Und das so Windeln, auch dazu da sind, dass man mal so in die Windeln Wasser lassen kann. Die fangen das auf. Also wenn ihr Vater jedes Mal, oder wenn ihr Mann jedes Mal sie ruft, wenn er auf die Toilette muss, das heißt, wenn er die Flasche angelegt bekommen muss, dann kommen sie ja gar nicht zu Schlafen. Es wäre zu überlegen, dass er nachts dann in die Windeln auch Wasser lässt und uriniert.

I: Ok.

B: Ja. Weil wenn sie alle zwei Stunden aufstehen müssen, fehlt ihnen irgendwann die Kraft. (PS05_Z1_a, Pos. 215-219)

Der ratsuchende Sohn gibt hierzu eine Begründung an: „Weil, wir üben auch, wir versuchen zu üben. [...]“ (PS05_Z1_a, Pos. 212). Ob diese Bedingung, die der ratsuchende Sohn in einer ‚Wir-Formulierung‘ ausdrückt, auch die

Mutter bestätigen würde oder ob es für sie weitere Gründe für das Handeln gibt, wird nicht deutlich im Gespräch, da die sorgende Ehefrau hierzu nicht näher gefragt wird. Auch wird kein Versuch unternommen, die Bedingungen des pflegebedürftigen Vaters darzulegen. Die Empfehlung der beratenden Person, dass Windeln für nachts sinnvoll sind, wird als Bestätigung durch die sorgende Ehefrau über ein „Ja.“ (PS05_Z1_a, Pos. 224) eingeholt.

Deutlich wird die Position als implizierte Akteure durch eingeschränkte Verständigungsmöglichkeiten und durch das komplexe Sozialversicherungsgesetz, welches für die Nutzbarmachung im Alltag verständlich gemacht werden muss. Die Eigeninteressen der übersetzenden An- und Zugehörigen werden in der Pflegeberatung deutlich und zeigen, dass sie über dieses Sprechen für ‚sorgende Angehörige‘ zu machtvollen Akteuren in der Versorgungssituation werden:

I: (übersetzt ins Türkische). Also meine Mutter ist, ist auf jeden Fall eingeschränkt. Sie ist den ganzen Tag hier in der Wohnung, wenn ich oder mein Bruder mal da ist oder mein Neffe oder die Schwiegertochter da ist also andere Familienmitglieder, dann kann sie raus gehen, ich meine in den letzten zwei Wochen ist mein Vater total eingeschränkt, er kann nicht mehr laufen, wir konnten ihn bis vor zwei Wochen daheim mal für eine Stunde, zwei Stunden mal alleine lassen, jetzt können wir ihn überhaupt nicht mehr alleine lassen, er braucht Hilfe beim Aufstehen, [...] (PS04_Z3_a, Pos. 16)

Diese Ausführungen sind nur ein einführender Teil der ratsuchenden Tochter. Sie übersetzt zwar die Frage der beratenden Person ins türkische, wartet aber nicht, ob die sorgende Ehefrau (ihre Mutter) etwas dazu äußern

möchte, sondern beginnt mit einer Situationsbeschreibung aus ihrer Sicht, über den pflegebedürftigen Vater und die sorgende Ehefrau.

In den Beratungen selbst wird aber auch diese zweite Gruppe der implizierten Akteure mit ihren Bedürfnissen und Bedingungen durch die Angehörigen konstruiert, ohne dass ein Bezug hergestellt wird, zu den Menschen, die physisch anwesend sind. Insbesondere in PSo4_Z3_a wird die sorgende Ehefrau als vulnerabel und selbst hilfebedürftig konstruiert, die Entlastung benötigt. Nach den Wünschen und Situationsdeutungen der sorgenden Ehefrau wird nicht gefragt, es wird der Situationsdeutung der ratsuchenden Tochter gefolgt. In der Beratung PSo5_Z1_a wird die Kompetenz der sorgenden Ehefrau, ihren Mann zu versorgen, infrage gestellt, was durch die beratende Person in die Familie hineingetragen wird. Hier erfolgt eine häufige Aussage dazu, dass der Pflegedienst zur Einschätzung befragt werden soll und auch die Einschätzung der beratenden Person wird in der Beratung mehrfach aufgenommen. Die sorgende Ehefrau und ihr Sohn werden ebenfalls gefragt, aber der häufige Verweis auf andere Informationsquellen, wie insbesondere den Pflegedienst, zeigen den Zweifel daran, ob diese Einschätzung realitätsgerecht ist.

Die vermittelnden Ratsuchenden – in PSo4_Z3_a, die ratsuchende Tochter und in PSo5_Z1_a der ratsuchende Sohn – sind präsent im Beratungsgespräch und äußern Anliegen, je nach Beratungsstil der beratenden Person im Gespräch. Die Beteiligung der sorgenden Ehefrauen in beiden Beratungen ist dagegen unsteter und deutlich weniger aktiv. In beiden Beratungen werden während des Beratungsgesprächs Alltagsaktivitäten verrichtet und sie überlassen das Gespräch den vermittelnden Ratsuchenden, die sich sprachlich auf die Beratung einlassen können. Dadurch haben sie nicht die Möglichkeit, ihre Situationsdeutungen sowie ihre Bedingungen zu repräsentieren. Über den

Verlauf von beiden Beratungsgesprächen konnte in 6.1.4 und 6.1.5 nachgezeichnet werden, dass die sorgenden Ehefrauen zeitweise das Gespräch verlassen, sich also auch physisch dem Gespräch entziehen und anderen Tätigkeiten, wie der Versorgung der pflegebedürftigen Person oder dem Zubereiten von Speisen und Getränken widmen. In der Beratung PS04_Z3_a wird dieses Handeln nicht kommentiert und die beratende Person führt das Gespräch mit der ratsuchenden Tochter fort. In PS05_Z1_a werden einzelne Handlungsschritte, wie der Umgang mit den technischen Geräten der Pflege kommentiert und später auch, dass die sorgende Ehefrau kocht, mit „[...] das hat ihr jetzt zu lange gedauert [...]“ (PS05_Z1_a, Pos. 1021). In beiden Beratungen wird das Handeln der sorgenden Ehefrauen nicht mit der Beratung in Verbindung gebracht. Eine Reflexion oder Nachfrage, ob das Besprochene verständlich dargestellt wurde, wird überwiegend nicht vorgenommen. In PS05_Z1_a wird durch die beratende Person punktuell in der direkten Ansprache gefragt, ob Aussagen verstanden wurden und auch ob die Verständigung mit dem Pflegedienst funktioniert, was ich eher als Kontrolle des Verständnisses der Pflegesituation deute.

Über diese veränderte Positionierung der sorgenden Ehefrauen interpretiere ich einen Rollenwechsel, der in beiden Beratungen vorgenommen wurde. Aus der Position einer hilfesuchenden, die nur eingeschränkt versteht, was besprochen wird, verändern die sorgenden Ehefrauen aktiv ihre Rolle hin zu einer Gastgeberin, indem Sie wie in PS05_Z1_a ein Getränk anbieten:

I₂: Trinken, Wasser trinken.

B: Ach, einen Schluck Wasser würde ich gerne nehmen ja. Ja, ja vielen Dank. Ja, so ein Glas, Glas. Glas, kein Schluck, (lacht). (PSo5_Z1_a, Pos. 442-443)

An dieser Stelle der Beratung ist die sorgende Ehefrau nicht in das Gespräch involviert. Sie bietet als Hausherrin oder Gastgeberin etwas zu trinken an und bringt dann auch eine Auswahl an Säften, die die beratende Person dann aber ablehnt und nur Wasser trinken möchte. Über ein „Bitteschön“ (PSo5_Z1_a, Pos. 453) und einem „Ah, vielen Dank“ (PSo5_Z1_a, Pos. 454) durch die beratende Person wird dieser Einschub und damit verbundene Rollenwechsel der Gastgeberin beendet. Dieser Einschub passt sich in den Verlauf des Gespräches ein, das kurz zuvor andeutet, dass die Familie ihre Fragen, ob der pflegebedürftige Vater weiterhin zu Hause versorgt werden darf, als beantwortet sieht. Insgesamt wirkt die Stimmung gelöster in diesem Abschnitt, und die beratende Person beantwortet aktiv Fragen des ratsuchenden Sohnes zu Unterlagen und organisatorischen Versorgungsfragen.

In PSo4_Z3_a wird dieser Wechsel an mehreren Stellen deutlicher ausgetragen. Schon zu Beginn, als das Aufzeichnungsgerät gerade eingeschaltet wird, lobt die beratende Person den Mokka, den die Familie (wer konkret wird nicht erwähnt) angeboten hat und es ergibt sich ein kurzes Gespräch darüber. Auch am Ende zeigt sich das Angebot von Datteln, welches hier auch explizit die sorgende Ehefrau anbietet. Sie spricht dabei auf Türkisch ihre Tochter an, welche der ratsuchenden Person dann das Päckchen mit den Datteln überreicht (PSo4_Z3_a, Pos. 478-487). Hier interpretiere ich den Versuch, eine Reziprozität herzustellen und die Beratung gegen eine gute Bewirtung und

Geschenke in gewisser Hinsicht auszugleichen. Insgesamt kann in den Beratungsaufzeichnungen diese Gastgeber*innenrolle auch im Auftreten nachgezeichnet werden, da sich die sorgenden Ehefrauen selbstsicherer zeigen, durch eine klarere und lautere Stimme sowie durch einen höheren Sprechanteil, auf Deutsch oder in ihrer Muttersprache.

6.4.3. Die implizierten Akteure in der Aushandlung

In diesem Kapitel konnte über die Verlaufsdarstellung und die übergreifenden Aspekte der Machtbeziehungen verdeutlicht werden, dass es in manchen Beratungen sinnvoll ist, die Gruppe der An- und Zugehörigen noch einmal differenzierter zu betrachten. Diese analytische Trennung in ‚sorgende An- und Zugehörige‘ und ‚vermittelnde An- und Zugehörige‘ war insbesondere in den Beratungen PS04_Z_a und PS05_Z1_a sinnvoll und notwendig, um diese beiden Gruppen der An- und Zugehörigen in ihre Abhängigkeiten zu rekonstruieren. In diesem Sinne wurde auch die Zielgruppe der Migrant*innen relevant, denn diese stellen in Bezug auf ihre Abhängigkeit eine Verschärfung der Situation im Verhältnis zur autochthonen Bevölkerung dar. Durch Sprachbarrieren, insbesondere bei den sorgenden An- und Zugehörigen, wurde die Verständigung in den Beratungen erschwert. Hier war ein konkreter Ausdruck von Wünschen oder Beschreibungen der Situation nur eingeschränkt möglich und es benötigte die vermittelnden An- und Zugehörigen, die für die sorgenden An- und Zugehörigen übersetzten, was die Machtverhältnisse in den Beratungen beeinflusste.

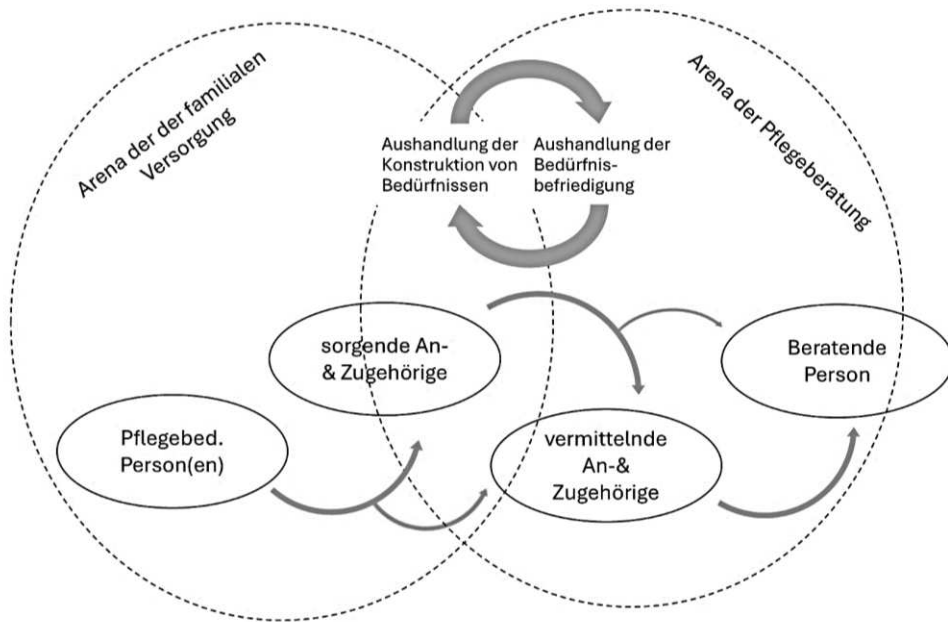


Abbildung 11: Aushandlungen in der interkulturellen Pflegeberatung (eigene Darstellung)

Die Abbildung 11 zeigt den differenzierten analytischen Blick auf die Aushandlung im eben beschriebenen Sinne und soll dies grafisch noch einmal greifbarer darstellen. Die Aushandlungen der Bedürfniskonstruktionen, wie auch die der Bedürfnisbefriedigungen findet bereits in vielen Fällen vor dem Aufsuchen der Beratungsstellen statt. Daher wurde hier die bisher als ‚familiale Alltagswelt der Ratsuchenden‘ dargestellte Soziale Welt, hier auch als Arena aufgegriffen. Sie verdeutlicht, dass Konstruktionen und Aushandlungen bereits vor dem Besuch der Beratungsstelle (oder dem Hausbesuch)

beginnen, was auch die Äußerungen zeigen, mit denen die Ratsuchenden vielfältig in die Beratungen einsteigen. Das in Abbildung 5 bereits vorgestellte Aushandlungsdreieck, wird hier erweitert und etwas verschoben wieder aufgenommen, um die Aushandlungen in ihrer Komplexität, wie diese in den Daten aufgetreten ist, transparent darzustellen.

In vielen Beratungen (PS 01_Z3_a, PS02_Z1_a, PS03_Z1_a, PS10_Z1_a) sind die sorgenden An- und Zugehörigen selbst als Ratsuchende in der Pflegeberatung und sind in dieser Beratung aktiv beteiligt oder haben diese sogar initiiert. In diesen Fällen ist die Kette der Aushandlung kürzer, in der Grafik oben dargestellt, mit den dünneren Pfeilen, hier noch einmal herausgelöst:



Abbildung 12: Vergleichende Darstellung der Aushandlung 1 (eigene Darstellung)

Vergleichend dazu ist die Aushandlungskette komplexer in den Beratungen PS04_Z3_a und PS05_Z1_a, da hier die Unterscheidung zwischen den sorgenden und den vermittelnden An- und Zugehörigen relevant wird. In Abbildung 14 mit den dickeren Pfeilen dargestellt, hier noch einmal herausgelöst:

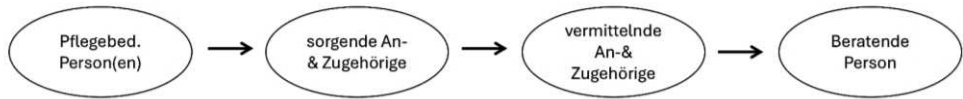


Abbildung 13: Vergleichende Darstellung der Aushandlung 2 (eigene Darstellung)

Deutlich wird in erster Linie, dass sich die Aushandlungskette verlängert und im Sinne von „stiller Post“ die Impliziertheit insbesondere der pflegebedürftigen Menschen verstärkt, da das vorhandene Wissen über Wünsche und (konstruierte) Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen aufgeteilt wird auf insbesondere die sorgenden An- und Zugehörigen und einen Teil auf die Versorgung involvierten und in der Beratung als vermittelnd auftretenden An- und Zugehörigen. Was von diesem Wissen, dann an die beratenden Personen gelangt und in die Konstruktion von Bedürfnissen der Pflegebedürftigen in der Beratung aufgenommen ist, kann sehr verzerrt sein und verstärkt den Eindruck als implizierten Akteur im empirischen Material.

7 Bedürfnisfelder der Pflegeberatung

Wie in Kapitel 3.4 („Bedürfnisse als konstruierte Bedürfnisse“) festgestellt wurde, werden keine Bedürfnisse der an der Pflegeberatung Beteiligten rekonstruiert. Die Konstruktionen von Bedürfnissen und Bedürfnisbefriedigungen, die in der Beratung hergestellt und verhandelt werden, sollen in diesem Kapitel aufgegriffen werden. Daher werden die Themenfelder fokussiert, in denen Bedürfnisse ausgehandelt werden. Diese werden anhand der Positionsmaps (vgl. Clarke et al. 2018, S. 165–176) als „Bedürfnisfelder“⁶³ nachgezeichnet. Unter „Bedürfnisfelder“ verstehe ich keine Kategorisierung, sondern thematische Felder zu den konstruierten Bedürfnissen, die ich in einer Positionsmap darstelle. Rekonstruiert werden die Positionen in den Bedürfnisfeldern, die in den Beratungen konstruiert wurden. Hier wird auch der bereits ausgeführte Unterschied zwischen Bedürfnis und Bedarf relevant (Kapitel 3, „Bedürfnisse und Bedarfe“). Insbesondere die beratenden Personen, aber teilweise auch die Ratsuchenden lehnen sich an die Bedarfe – im Sinne von Leistungen des SGB XI – an und formulieren Wünsche oder Anspruchsberechtigungen aus dieser Perspektive.

⁶³ Der Begriff „Bedürfnisfeld“ wird in verschiedenen Kontexten genutzt und beschreibt häufig eine Gruppierung oder Klassifizierung von Bedürfnissen (vgl. Max-Neef 2009; Behrendt et al. 1998; Schenck et al. 2023).

Insgesamt stehen zwei Bedürfnisfelder in Form von Positionsmaps im Zentrum dieses Kapitels, da auf diese Themen in den Beratungen rekuriert wird:

- Bedürfnisfeld Wohnen
- Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag

Da es sich bei den Maps um Positionsmaps im Sinne der Situationsanalyse (Clarke et al. 2018, S. 165–176) handelt, sind einige Formulierungen nicht direkt mit dem in der Beratung konstruierten Bedürfnis gleichzusetzen, sondern entsprechen Positionierungen zu (konstruierten) Bedürfnissen. Darüber werden auch Bedürfnisse aus Negativkonstruktionen abgeleitet (z. B. kein / nicht genug Geld haben). Bedürfnisse werden nicht klar geäußert oder kausal Beteiligten an der Beratung zugeordnet, dies sehen die Positionsmaps auch nicht vor. Das Hauptziel von Positionskarten besteht darin, die wichtigsten Positionen zu den Themen der Situation darzustellen - Themen, die im Mittelpunkt stehen, von Bedeutung sind und oft, aber nicht immer, umstritten sind (vgl. Clarke et al. 2018, S. 165). Im Verlauf der Aushandlungen werden Positionen innerhalb dieser Bedürfnisfelder bezogen und teilweise auch wieder verworfen. Durch die Prozesshaftigkeit der Beratung sind diese nicht als starre und eindeutige Objekte aus dem Material bestimmbar, sondern entsprechen eher einer Suchbewegung, welche sich aus Situationsdeutungen und Problembeschreibungen sowie dem Versuch ergeben, diesen Themen zu begegnen.

7.1. Bedürfnisfeld Wohnen

Klient: Zuhause ist zu Hause

B: Genau

Klient: Ich denke jeder von uns will zu Hause bleiben (PS02_Z1_a Pos. 615 – 617)

Der Wunsch, ‚zu Hause zu bleiben‘, wird in allen Beratungen thematisiert, und zwar in den unterschiedlichen Akzenten, welche in die Positionsmatrix (Abbildung 15) als Bezeichnungen der Achsen aufgenommen wurden: dem Bedürfnis nach Veränderung und dem Bedürfnis nach Stabilisierung, bezogen auf die Wohnung selbst oder das Wohnumfeld. Die Bedeutung der Häuslichkeit wird in der einführenden Aussage noch einmal hervorgehoben und auch das Bedürfnis verallgemeinernd konstruiert, im Sinne von ‚jede*r würde auch zu Hause bleiben wollen‘. Diese Aussage findet sich nicht wortwörtlich, aber thematisch in allen Beratungen des Samples wieder, unterschiedlich stark gewichtet. Sie wird individuell zur jeweiligen Care-Situation relationiert und birgt Anforderungen und Wünsche, um dieses konstruierte Bedürfnis des ‚Zuhausebleibens‘ über folgende Themen zu ermöglichen:

- Aufnahme einer 24h-Pflegehilfe (PS02_Z1_a),
- Sicherstellung der Finanzierung (PS10_Z1_a),
- Möglichkeiten einer Wohnraumanpassung und von Hilfsmitteln (PS04_Z3_a),
- Aufnahme einer „Bekanntten“ in der eigenen Wohnung (PS03_Z1_a Ps. 214-218),
- Einbindung weiterer Verwandter in die Versorgung einer demenz-erkrankten Person (PS01_Z3_a) und
- Nachweis, dass auch aufwendige Pflege zu Hause bewältigt werden kann (PS05_Z1_a).

Die Themen der Versorgung und Pflege werden zur Alltagsorganisation und zum bisherigen Leben relationiert betrachtet. Häufig geht es darum, das eigene Leben (aller Beteiligten) so gut es geht in den bisherigen gewohnten Alltagsroutinen und der gewohnten Umgebung weiterlaufen zu lassen – also die Situation zu stabilisieren – und die Einschränkungen, die sich aus dem Älterwerden und Kranksein ergeben, zu integrieren. Die Beratung wird genutzt, um diese Stabilität herzustellen, auch durch Veränderungen in der Häuslichkeit. Das Themenfeld Wohnen nimmt im empirischen Material insgesamt einen hohen Stellenwert ein und zeigt sich im Hinblick auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden besonders relevant.

Hier kann rekonstruiert werden, dass die Bedürfnisse einerseits zwischen den Polen ‚Veränderung‘ und ‚Stabilisierung‘ konstruiert werden und dabei andererseits auf die ‚Wohnung‘ oder das ‚Wohnumfeld‘ rekurriert wird:

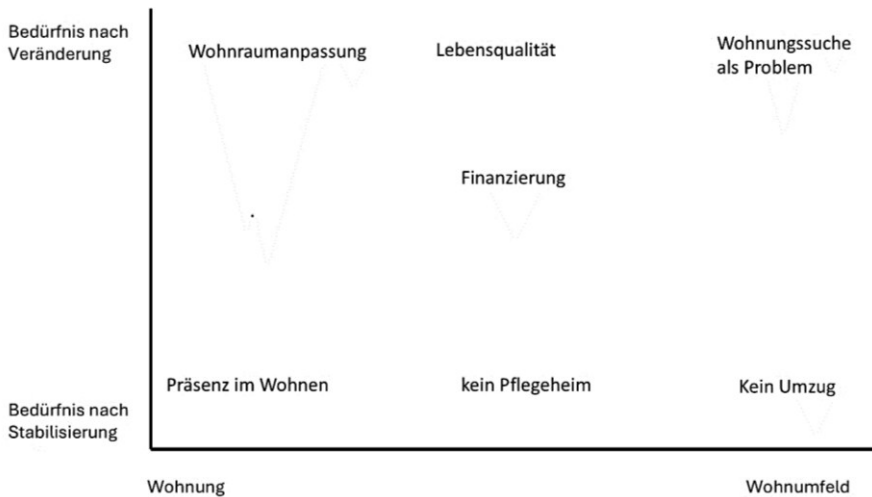


Abbildung 14: Bedürfnisfeld Wohnen (eigene Darstellung in Anlehnung an Clarke et al. 2018, S. 165-176)

Die abgebildeten Positionierungen dieses Bedürfnisfeldes werden im Folgenden ausgeführt.

7.1.1. Wohnraumanpassung

Wohnraumanpassung wird im ausgewählten Sample in der Beratung PS04_Z3_a thematisch. Die Veränderung des Wohnraums wird als Bedürfnis konstruiert, mit konkretem Bezug auf die Wohnung. Es kann als eine Strategie beschrieben werden, dass Wohnen zu Hause längerfristig zu ermöglichen

und über die Anpassungsmaßnahmen sowie Hilfsmittel eine Veränderung, im Sinne einer Erleichterung der Pflege zu ermöglichen:

I: Es ist halt die Frage jetzt für mich, für uns ist es wichtig, deswegen habe ich die Wohnung auch so eingerichtet, dass da nicht so viel Möbel ist, viel Freiraum für ihn, ja? Dass er sich viel mehr bewegen kann, dass er sich nicht überall stolpert und und (unv.) deshalb habe ich auch alles so weggelassen, nur halt im Bad ist das jetzt so das Problem (PS04_Z3_a Pos. 140).

Dieser kurze Auszug verweist auf das hier konstruierte Bedürfnis, der Erleichterung der pflegenden Angehörigen. Hierzu wurden auch im Rahmen der Möglichkeiten eigenständig Maßnahmen ergriffen, um den Einschränkungen der pflegebedürftigen Personen zu begegnen. Es folgt aber dann ein Verweis auf den Wunsch nach baulichen Anpassungen des Bades, welche mit Kosten verbunden sind, die über das SGB XI bezuschusst werden können, für die es eigene Beratungen durch Architekten gibt, worauf die beratende Person auch verweist:

B: [...] da finden sie Möglichkeiten wegen Umbau, ich gucke mir das Bad zwar an, sie können sich aber auch wenden auf der Verbraucherzentrale gibt es eine spezielle Wohnberatungsstelle, da kommt auch dann jemand hier in die Wohnung und guckt sich das an, das aust auch die Erstberatung ist kostenfrei und wenn sie was umbauen möchten, anpassen möchten, der berät sie dann auch nochmal viel tiefer, wie ich es kann, ja (PS04_Z3_a, Pos. 308)

Die Grenzen der Beratungsleistungen durch die Pflegeberatung werden von der beratenden Person deutlich aufgezeigt. Hier wird, wie auch in anderen Beratungen, auf weitere Beratungsstellen mit speziellem Fachwissen (hier der Wohnberatungsstelle) verwiesen und infolgedessen die Erfüllung des Bedürfnisses an eine andere Stelle adressiert.

Neben der speziellen Beratungsstelle werden auch die Abhängigkeiten der Umsetzung des Bedürfnisses thematisch, durch den Verweis auf den Vermieter – Wohnbau – welcher dem Umbau zustimmen muss, bevor diese Anpassung umgesetzt werden darf. Gleichzeitig wird der Vermieter, als Möglichkeit zur Finanzierung der Umbaumaßnahmen eingeführt. Wohnbau wird hier, stellvertretend für Vermieter insgesamt, aufgrund dieser beiden Funktionen zu einem mächtigen Akteur in der Pflegeberatung und für die Familien:

B: Wenn die Wohnbau nicht mitmacht oder sagt, nein Komplettumbau ist uns zu teuer und die Badewann bleibt DRIN, dann gibt es hier was, was man an die Badewann dran macht zum Einst- Einstieg und es gibt auch einen Sitz, der mit Wasserdruck, der wird hier ans Wasser angeschlossen und dann fährt der hoch und dann kann sich ihr Vater hier so drauf setzen, da müssen sie nur die Beine rein heben und mit Wasserdruck wird er dann abgelassen in die Badewanne.

I: Das ist zu eng hier (PS04_Z3_a, Pos. 411-412)

Die Passage macht deutlich, dass der Einfluss auf diesen Akteur durch die Ratsuchenden begrenzt ist, diese vielmehr vom Wohlwollen des Vermieters abhängig sind, daher werden auch andere Strategien zur Bedürfnisbefriedigung durch die beratende Person aufgeworfen. Die Reaktion der

Ratsuchenden deutet aber an, dass diese Lösungen aus Sicht der Familie nicht geeignet sind, dem konstruierten Bedürfnis nach Pflegeerleichterung durch Umbau des Bades zu begegnen.

7.1.2. Präsenz im Wohnen

Die Positionierung Präsenz im Wohnen wird konkret in der Beratung PS02_Z1_a über die Frage der „24-Stunden-Pflegekräfte“ bzw. „Haushaltshilfen“ (PS02_Z1_a, Pos. 34 und 40) besprochen. Sie wird in der Beratung als Bedürfnis konstruiert, um den Verbleib des Vaters in der eigenen Wohnung zu ermöglichen: „Dass man statt Heim ihn zu Hause betreuen kann“ (PS02_Z1_a, Pos. 31). Die Präsenzkraft, um die es hier geht, stellt den Versuch einer Stabilisierung im selbstständigen Wohnen des Vaters dar:

Klient: Bei Russland-Deutsche was das Problem ist an Russland-Deutsche wenige wollen ins Heim

B: Mhm

Klient: Ja, und wie gesagt aber von uns Kindern kann ihn niemand betreuen aus welchen auch Gründen (PS02_Z1_a, Pos. 10-12)

Gleichzeitig wird darauf Bezug genommen, dass Verwandte diese Aufgaben nicht übernehmen können aus nicht näher konkretisierten Gründen, die Präsenzkraft soll dies ausgleichen, was von der beratenden Person versucht wird, rechtlich einzuordnen:

B: Das heißt, sie haben dort keine Rund-um-die-Uhr-Versorgung rechtlich sichergestellt, wie sie die im Heim haben. Im Heim haben sie Anspruch, das müssen sie einfach sehen. Das wird also häufig als Alternative zum Pflegeheim versucht und funktioniert auch vielfach ja, aber das liegt immer so in einer gewissen rechtlichen Grauzone, weil diese Haushaltshilfe die dann da einziehen oft auf ihre arbeitsrechtlichen Ansprüche auf ihre Recht gar nicht so pochen, wenn sie das tun würden und würden sagen ich arbeite aber nur acht Stunden täglich dann würde das oft gar nicht funktionieren, ja (PS02_Z1_a, Pos. 53)

Der Vergleichshorizont, der hier von der beratenden Person aufgegriffen wird, ist die Pflegeeinrichtung, um die Bedeutung der Präsenz einer angestellten Person im Haushalt der pflegebedürftigen Person, insbesondere in Bezug auf den Anspruch auf Unterstützung und die rechtliche Rahmung herzustellen. Dies wird von der beratenden Person auch über längere Zeit in der Beratung verdeutlicht. Das konstruierte Bedürfnis der Familie wird durch den Berater ernst genommen, aber kritisch bewertet. Über sicherere Angebote, wie „Heime“ (PS02_Z1_a, Pos. 62), im Sinne stationärer Pflege und „Pflegedienst“ (PS02_Z1_a, Pos. 78) werden Alternativen nah am Leistungskatalog (Bedarfen) des SGB XI aufgezeigt.

Eine andere Art der Präsenz im Wohnen wird in der Beratung PS01_Z3_a thematisch: Die demenzerkrankte Person (Mutter) wird tagsüber in den Haushalt der pflegenden Angehörigen gebracht:

K: Genau ich muss ja zu Hause meinen Kram trotzdem noch erledigen ich kann nicht rund um die Uhr bei ihr hocken dann hole ich sie dann haben wir gegessen dann merkt man schon sie wird unruhig irgendwie

so gelangweilt dann versucht ich sie wieder in irgendein Gespräch zu verwickeln worauf sie nicht so wirklich anspringt ich meine was soll ich ihr auch jeden Tag erzählen dann erzähle ich ihr irgendwas und irgendwann merke ich das sie Angst hat zu sagen fahre mich nach Hause (PS01_Z3_a, Pos. 339)

Hier wird deutlich, dass die pflegende Angehörige zwischen dem Wunsch der demenzkranken Person nach Hause zu gehen und dem Wunsch, für die Mutter ansprechbar zu sein und ihr Gesellschaft zu leisten, abwägt. Der Verweis darauf, dass sie zu Hause ihren „Kram trotzdem noch erledigen“ muss, bezieht sich darauf, dass nicht sie zu ihrer Mutter in die Wohnung gehen kann, um sich dort um sie zu kümmern, sondern dass die Mutter zu ihr in die Wohnung geholt wird, um den weiteren Anforderungen des Alltags gerecht zu werden. Den Widerspruch, der sich daraus für die Mutter ergibt, beschreibt die pflegende Angehörige weiter, indem sie die Aussage der Mutter: „Ja bring mich mal heim, wo es auch immer ist“ (PS01_Z3_a, Pos. 341) deutet und daraus das Bedürfnis konstruiert, dass ihre Mutter nach Hause will, ohne dies konkrete benennen zu können. Hier werden also zwei widersprüchliche Bedürfnisse konstruiert, einerseits das „bring mich mal heim“ der Mutter, mit dem Verweis darauf, dass diese das Zuhause eigentlich nicht mehr richtig einordnen kann, und andererseits, die demenzerkrankte Mutter zu sich in die Wohnung zu holen, um präsent für sie zu sein und um ein Sichkümmern zu gewährleisten: „damit sie nicht den ganzen Tag zu Hause ist“ (PS01_Z3_a, Pos. 335).

Die Ratsuchende legt diesen Konflikt in der Beratung offen und nutzt dies, um ihre (übernommene) Verantwortung und die dadurch entstehende Belastung zu thematisieren.

Eine weitere, wenig diskutierte Position, die im Material nur nebenher erwähnt wird, ist, dass eine Bekannte in der Häuslichkeit der Ratsuchenden wohnt, um bei der Versorgung zu unterstützen:

Klient: Hab ich eine Bekannte zu Hause und sie mir auch helfen viel

B: Sie haben eine Bekannte, die sie dann unterstützt?

Klient: Die wohnen bei mir, ja (PS03_Z1_a Pos. 213 – 215)

Hierzu kann nur vermutet werden, dass diese Situation (auch) hergestellt wurde, um die Versorgung zu stabilisieren und den Verbleib des Pflegebedürftigen in der Wohnung, ohne professionelles oder stationäres Setting zu ermöglichen.

7.1.3. Lebensqualität

Das konstruierte Bedürfnis ‚Lebensqualität‘ wird in drei Beratungen thematisch, die sich mit den Konsequenzen von Erkrankungen und eingeschränkter Mobilität befassen. Hier geht es aufgrund der fortschreitenden Krankheiten in Bezug auf das Wohnen und das Wohnumfeld, um Anpassungen oder auch Veränderungen, um Abwechslung in den Alltag zu bringen und darüber mehr Lebensqualität zu ermöglichen. Auch wenn es in zwei der drei Beratungen, darum geht, Ansprache und Gesellschaft zu ermöglichen, grenzt sich diese Positionierung von der vorherigen klar ab. Während es in der Positionierung „Präsenz im Wohnen“ darum geht, die Versorgung zu arrangieren und so einen Verbleib im selbstständigen Wohnen zu ermöglichen, zeigt sich in dieser Positionierung die Frage der Pflege und Versorgung

hintergründig. In beiden Beratungen, in denen das Thema Demenz benannt wird, PS01_Z3_a und PS10_Z1_a wird ein Bedürfnis nach mehr Lebensqualität für die pflegebedürftigen Personen konstruiert. In der dritten Beratung PS04_Z3_a wird dieses Bedürfnis für die pflegende Angehörige konstruiert, die aufgrund der Versorgung ihres Partners einer Freizeitbetätigung nicht mehr nachgehen kann.

In PS10_Z1_a wird die Angewiesenheit der pflegebedürftigen Mutter und die dadurch erschwerten Bedingungen die Wohnung zu verlassen (von der beratenden Person) als Problem konstruiert: „[...] genau, das ist nämlich auch das, was mich beschäftigt, eine Frau, die im Rollstuhl sitzt, die Wohnung nicht mehr verlassen kann, weil sie ohne Aufzug dort gefangen ist [...]“ (PS10_Z1_a, Pos. 130). Die beratende Person verweist auf das Angebot der Tagespflege nach dem SGB XI, was aber mit folgender Begründung wieder verworfen wird:

B: (stöhnt) (...) das bringt ja garnichts oder? Wenn sie dann nur unter Deutschen ist (..) macht ihr keinen Spaß (..) wo war denn ihre Mutter früher tagsüber?

I: Die war immer in der Stadt ist einkaufen gegangen dann wieder nach Hause (..)

B: Anschluss an irgendeine italienische Gemeinde?

I: Nein nein sie sind ja fast keine mehr da also schon in ihrem Alter sind auch viele gestorben (..) also sozusagen Damen in ihrem Alter denen geht es genauso wie meiner Mutter (..) die sind zu Hause und

die würden gerne freuen, dass jemand zu ihnen geht (.) so wie ich das machen würde weil ich habe ja gesucht

B: Haben sie über die italienische Gemeinde schon einmal gesucht?

I: Ich habe mal diesen Pfarrer gefragt, der dafür zuständig ist und der hat gesagt naja wie soll man das machen? Die machen sowieso nicht mehr viel und wie gesagt in ihrem Alter (.) ist fast keiner mehr da (PS10_Z1_a, Pos. 188-193).

Der Verweis auf die italienische Gemeinde stellt einen weiteren Versuch dar, eine Anbindung, im Sinne von Gemeinschaft herzustellen. Hier wird im Gespräch über Gesellschaft im Alltag für die pflegebedürftige Person eine Bedürfnisbefriedigung konstruiert, die auf eine verbesserte Lebensqualität als Bedürfnis zielt.

In PS01_Z3_a wird das häufige Alleinsein in der Wohnung thematisiert und darüber als Bedürfnisbefriedigung Gesellschaft und Gemeinschaft konstruiert, damit mehr Lebensqualität erreicht werden kann, im Alltag der pflegebedürftigen Person.

Hierzu schlägt die Beraterin Veranstaltungen für Senioren aus der Region vor, was die Ratsuchende, aufgrund fehlender Passung zur Sprache und Kultur ablehnt:

K: Das ist ja keine Teerunde, in der ich sie jetzt absetze und wieder gehe, wo sie einfach Menschen hat die ihre Sprache, die aussehen wie sie ja die das anhaben, verstehen sie was ich meine

B: Verstehe

K: Da fühlt sie sich fremd, wenn ich sie in einem Raum bringe, wo jetzt die Damen halt eben so, wie sie es kennt da sitzen ja und ihren Tee vor sich haben verstehen sie das ist wieder eine andere Situation, aber wenn ich sie in so einen Raum bringe wie diese jetzt in diesem Mehrgenerationenhaus z. B. ich kennen das weil da Geburtstage gefeiert werden manchmal ich meine das goldig, aber das ist nicht was meine Mutter kennt (PS01_Z3_a, Pos. 299-301).

In der Interaktion mit Angeboten insbesondere im sozialen Nahraum werden kulturelle Eigenheiten bedeutsam, um Anschluss zu finden oder sich nicht „fremd“ zu fühlen. Darauf wird im Auszug aus der Beratung PS10_Z1_a und auch der Beratung in PS01_Z3_a hingewiesen.

Dennoch gelangen die Ratsuchende und die beratende Person in PS01_Z3_a zu einer Lösung und einer ersten Veränderung der Situation über die Frage der beratenden Person: „[...] jetzt nochmal ganz konkret was würde ihnen Helfen (PS01_Z3_a, Pos. 521)? Die ratsuchende Tochter antwortet darauf:

K: Also groß können wir [nicht A.Z.] an der Situation was ändern, aber wenn sie jetzt sagen, sie gucken, ob jemand vielleicht mal an den Tagen zumindest, wo ich nicht da bin, kommt und mit ihr einen Tee trinkt oder mal einen Spaziergang macht oder was (PS01_Z3_a, Pos. 524).

Weiter beschreibt die Tochter, dass sie ganztägig arbeiten geht und es sie entlasten würde, wenn jemand z. B. bei einem Besuch und Spaziergang ansprechbar für ihre Mutter sein könnte und sie dann mal mit jemandem „drei Sätze reden kann“ (PS01_Z3_a, Pos. 536). Hier wird kein Bezug mehr zu der Kultur oder der Sprache genommen. In der ‚eins-zu-eins‘-Situation mit jemandem, der oder die in die Häuslichkeit kommt, wird diese Frage in der Beratung nicht mehr aufgeworfen.

Eine andere Konstruktion von Lebensqualität erfolgt in der Beratung PS04_Z3_a. Hier bezieht sich das Bedürfnis nicht auf die pflegebedürftige Person, sondern auf die fehlende Möglichkeit der pflegenden Angehörigen (Ehefrau) weiterhin ihrem Hobby im Garten nachzugehen, was als fehlende Lebensqualität gerahmt wird:

I: [...] letztes Jahr meine Mutter, liebt es sehr gerne in den Garten zu gehen, mal im Garten rum zu buddeln, da ist der auch immer mit gegangen (unv.) (.)

B: Der ist aber nicht hier am Haus,// ihr Garten?//

I: Nein, nein das ist in M. neben Wirtschaftsbetrieb da diese (unv.)

B: Ah ok, ja.

I: Da, da, da tun sie auch den ganzen Tag sich opfern nur weil da jetzt nicht so wie in den in den Schrebergärten, Strom, Wasser und so weiter vorhanden sind und kein Toiletten, tut der sich sehr schwer und dann will er da auch nicht hin. (PS04_Z3_a, Pos. 54-58)

Stellvertretend für die pflegendende Ehefrau beschreibt es die ratsuchende Angehörige als belastend, dass der pflegebedürftige Ehemann nicht mehr allein gelassen werden kann. Es wird als Bedürfnisbefriedigung konstruiert, dass weitere Angehörigen die Betreuung zeitweise übernehmen, damit die Mutter dazu Gelegenheit bekommt, eigenen Interessen außerhalb der Wohnung nachzugehen: „wir versuchen sie irgendwie (unv.) einmal oder zweimal in der Woche zu entlasten“ (PSo4_Z3_a, Pos. 54)

In allen drei Beratungsausügen wird deutlich, dass durch Pflegebedürftigkeit Einschränkungen entstehen, die die Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen selbst, aber auch deren Angehöriger einschränkt, was hier jeweils individuell zum Leben relationiert wird. In zwei der drei Beratungen wird eine Form von Gemeinschaft oder Ansprache als Bedürfnisbefriedigung konstruiert, welche zwei Punkte erfüllen soll. Die Verbesserung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen und gleichzeitig eine Entlastung der pflegenden Angehörigen wird durch Angebote innerhalb des Wohnumfeldes, also im Sozialraum oder durch professionelle Pflege eruiert.

7.1.4. Keine Pflegeeinrichtung

Keine Position im Material wird so klar vertreten, wie die, dass eine Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung abgelehnt wird. In fünf von sechs Beratungen des Samples wird dieses Thema angesprochen und als Negativ-Bedürfnis sowohl aus der Perspektive der Pflegebedürftigen als auch der pflegenden Angehörigen konstruiert. Hierzu wird die Frage der Stabilisierung im eigenständigen Wohnen in den Beratungen besprochen. Beratende verhalten sich zum Thema der Pflegeeinrichtungen eher neutral und geben Auskunft über Versorgungsarten sowie Vor- und Nachteile der stationären Pflege.

In zwei Beratungen (PS04_Z3_a und PS02_Z1_a) findet sich eine eher befürwortende Haltung gegenüber der Versorgung in einer Pflegeeinrichtung.

In PS02_Z1_a wird auf eine Kurzzeitpflege verwiesen, die abgebrochen wurde und daraus der Schluss gezogen, dass der pflegebedürftige Vater eine stationäre Pflegeeinrichtung kategorisch ablehnt:

Klient 2: Er wollte nicht bleiben, er hat rebelliert und das war ohh, das war auch nicht schön für uns auch und wir müssten ihn früher aus dem Pflegeheim holen

B: Sie mussten das abbrechen, oder was?

Klient: Das ist auch so so so auch manche alte Leute sind ja die sind einverstanden aber andere wie mein Vater (PS02_Z1_a, Pos. 230-232)

Dieser Umstand ist erst der Grund für die Beratung, da nach Alternativen gesucht wird, die Pflege und Versorgung in der Häuslichkeit des Vaters zu ermöglichen. Hier wird auch die Relationierung zu den Angehörigen deutlich, die nicht bereit oder in der Lage sind, die Versorgung zu übernehmen:

Klient: Ja, und wie gesagt, aber von uns Kindern kann ihn niemand betreuen aus welchen auch Gründen

B: Ja

Klient: Haben Familie ja

K: (unv.)

Klient: Und ja arbeiten und dann auch Wohnungen jetzt das es kein Haus da gibt das man da unterbringen kann

B: Also bei ihnen ist es so, dass sie aus ihrer familiären Situation Beruf aber auch die wohnliche Situation könnten sie ihren Vater nicht zu sich nehmen,

K: Spricht im Hintergrund

Klient: Nein

B: Ihre Angehörigen die anderen Angehörigen auch nicht

Klient: Ja, Mhm (PS02_Z1_a Pos. 12 – 21)

Der erste Auszug verdeutlicht, dass das Bedürfnis, nicht in einer Pflegeeinrichtung zu leben, eher beim pflegebedürftigen Vater konstruiert wird und weniger bei den Angehörigen. Die Begründungen, warum der Vater nicht durch die An- und Zugehörigen versorgt werden kann, werden nur vage ausgedrückt und einsilbig auf die Nachfragen der beratenden Person geantwortet. Auch, dass deutlich wird, dass er bereits stationär in einer Kurzzeitpflege untergebracht war, zeigt, dass die Angehörigen die Versorgungsoption stationäre Pflege in Erwägung gezogen haben, nach der ersten Erfahrung des Abbruchs aber diese Versorgung eher nicht anstreben, da es scheinbar für die Angehörigen unangenehm war, die Kurzzeitpflege, aufgrund des Verhaltens

des Vaters abzubrechen: „das war auch nicht schön für uns“ (PS02_Z1_a, Pos. 230).

In einer anderen Beratung wird diese Positionierung anders verhandelt. Hier lehnt die ratsuchende Tochter eine mögliche Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung ausdrücklich ab:

I: Wir wollen ihn nie auch, wenn er pflegerisch, wenn er Pflegefall wäre, im Bett liegen würde, ja, würde um Gottes willen nicht ins Heim // dann // (PS04_Z3_a Pos. 130)

Auch als die beratende Person diese Option weiterhin thematisiert, bei Verschlechterung und stärkerem Pflegeaufwand, wird diese Haltung beibehalten. Die beratende Person rekurriert hierbei darauf, dass aufgrund von Pflege niemand auf dem Arbeitsmarkt ausfallen sollte:

B: Bis wir eventuell tatsächlich den den Punkt erreicht, wo es auch mit familiär und mit Unterstützung von außen nicht mehr machbar ist, auch (unv.) man kommt nicht immer an den Punkt dran.

I: Nein. (unv.)

B: Hoffen //

I: Nein, bei uns zum Glück nicht weil ich denk mir mal, wir alle Kinder, dies, die waren schon all die Jahre da und haben uns alle groß gezogen und jetzt sind wir jetzt an der Reihe die zu pflegen, auch wenn er jetzt pflegerisch wär mhm (verneinend)

B: Ja, aber man muss immer gucken, weil auch sie als Familie als Angehörige, sollen nicht aus Pflegegründen ausfallen, ja?

I: // Ja natürlich //

B: Wenn sie es nicht mehr leisten können aus Arbeitssicht oder sonst was, ja? (PSo4_Z3_a, Pos. 133-139)

Die beratende Person vertritt hier eher eine normalisierende Position zur Frage der stationären Versorgung und beschreibt dies fast als normalen Verlauf von pflegebedürftigen Menschen allgemein. Die ratsuchende Tochter bestärkt die Position, dass dies nicht für ihre familiäre Situation infrage kommt. Sie stimmt der beratenden Person zwar allgemein zu, „Ja, natürlich“ (PSo4_Z3_a, Pos. 138), formuliert aber gleichzeitig, dass es für ihre Familie nicht zutrifft und nimmt hierbei nicht nur Bezug auf sich selbst, sondern rekurriert auf ein „uns“ und „alle Kinder“, wobei in der Beratung nicht deutlich wird, wie viele Kinder es gibt, nur dass es einen unterstützenden Bruder (PSo4_Z3_a, Pos. 178) gibt, der auch im Haushalt lebt. In meiner Interpretation stärkt der Verweis auf „uns“ ihre eigene Position gegenüber der beratenden Person, dass stationäre Pflege kein Thema für die Familie darstellt.

In PSo5_Z1_a ist die pflegebedürftige Person stark auf Unterstützung und Pflege angewiesen. Sie wird über Sondennahrung versorgt und ist nicht selbstständig mobil. Die Versorgung vor dem Beratungsgespräch hat auch in einer stationären Pflegeeinrichtung stattgefunden und wurde erst vor Kurzem in die Häuslichkeit überführt. Diese Überführung in die Häuslichkeit ist auf Wunsch der Familie durchgeführt worden und, wie in dem Beratungsgespräch deutlich wird, auch bislang nicht sicher auf Dauer angelegt, sondern

in einer Art Probezeit. Die Rolle der beratenden Person ist dadurch auch eine veränderte, die unter Machtaspekten in Kapitel 6 gesondert beleuchtet wurde. Dementsprechend wird hier gerade nicht die Ablehnung der stationären Versorgung in den Vordergrund gestellt, sondern die Freude darüber, die pflegebedürftige Person wieder zu Hause zu haben:

B: Und sie sind froh, dass ihr Mann wieder zu Hause ist?

I₂: Ja nach Hause! Oh mein Haus! Meine Frau.

B: Ja, ja. Ja, ja.

I₂: Mein Bett, um zu schlafen. Frau bitte (lacht). Hilfe. (PS05_Z1_a, Pos. 193-196)

Die Antwort durch die pflegende Ehefrau ist recht gebrochen in der deutschen Sprache. Über die Audioaufzeichnung wird hier deutlicher, dass sie versucht, die Perspektive des Ehemannes einzunehmen und seine Freude darüber ausdrückt, wieder zu Hause zu sein, in seinem eigenen Bett zu schlafen und von seiner Frau unterstützt zu werden („Frau bitte (lacht). Hilfe.“). Weiter wird in der Beratung über die stationäre Pflege nur in Fragen der Abrechnung gesprochen. Die beratende Person bezieht sich nur noch einmal darauf, dass es gut war, dass vor der Versorgung zu Hause zur Übung die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde:

B: Ich glaub das war auch, das war auch gut, dass ihr Mann erst in Kurzzeitpflege kam

I₂: Gut, ja.

B: dann konnten sie üben. Dann konnten sie die Dinge mit tun. Ja?
(PS05_Z1_a, Pos. 140-142)

Weiterhin wird die Versorgung aber mit professioneller Unterstützung durch einen Pflegedienst durchgeführt und weitere Akteure unterstützen die Familie in der Versorgung

In der vierten Beratung, in welcher auch die stationäre Versorgung thematisiert und eine Position gegen eine stationäre Einrichtung für die Versorgung der dementen Person bezogen wird, zeigt sich in PS01_Z3_a. Hierbei lehnt es, anders als in PS04_Z3_a nicht die ratsuchende Tochter direkt ab und sie formuliert auch kein „wir“, sondern verweist hier deutlicher auf ein „die“. Die Ablehnung der Familie, die eine Entscheidung für eine stationäre Unterbringung mit sich bringen würde, formuliert sie in der Beratung sehr prägnant:

K: Also ich habe in meinem Bekanntenkreis niemanden, aber ich glaube gerade das auch wir Türken, das ist ja peinlich her zu gehen, ich muss meine Mutter irgendwie unterbringen verstehen Sie? Das ist ja eigentlich, eigentlich ich glaube meine Familie würde mich ansprechen, wenn sie das mitkriegen würden, dass ich hier sitze und das ernsthaft bespreche, weil ich müsste eigentlich eine Lösung finden egal wie. (PS01_Z3_a, Pos. 114)

Neben der abwertenden Haltung der Familie verweist die ratsuchende Tochter auch auf die Sorge, dass die demenzerkrankte Mutter nicht ihren Wünschen aus der Kultur heraus versorgt, wird:

K: Ich glaube das es ihr persönlicher dann Wurst ist, wenn sie mich nicht mal mehr erkennt oder ihre Wohnung in welchem Raum sie ist, also darum geht es nicht, nicht um diese Einrichtung, aber dass man respektvoll mit dem Leben der Einstellung die sie hatte zum Leben umgeht, zum Beispiel nehmen wir mal Gott behüte sie müsste gewaschen werden, das ein Mann sie nicht wäscht, verstehen sie das würde sie in dem Moment zwar nicht kapieren es wäre ihr wahrscheinlich auch egal nee so betrachtet, aber nicht der Frau die sie war, der war das nicht egal (PS01_Z3_a, Pos. 76).

Die Tochter verweist hier auf eine fehlende Einflussnahme im Rahmen der Versorgung ihrer Mutter hin, indem sie die hypothetische Pflegeeinrichtung so rahmt, dass die ehemaligen Bedürfnisse der Mutter nach kultursensibler Pflege nicht eingehalten werden. Auch zeigt sie deutlich den Konflikt auf, der damit einhergeht, dass ihre pflegebedürftige Mutter im Moment der Versorgung voraussichtlich dieses Bedürfnis nicht mehr verspürt oder den Wunsch dazu nicht mehr äußert. Die pflegende Angehörige verweist hier auf ihre Verantwortung dafür, das Bedürfnis der Mutter auch dann einzulösen, wenn diese es selbst nicht mehr vertreten kann, insbesondere in kulturspezifische Aspekte in der pflegerischen Versorgung.

Im weiteren Verlauf der Beratung werden zukünftige Alternativen erarbeitet, um die ratsuchende Tochter zu entlasten, und auch ein betreutes Wohnen für demenzerkrankte Menschen näher erläutert, auf welches sich die

ratsuchende Tochter eher einlassen kann, da es sich hierbei um eine unterstützte Wohnform und kein stationäres Setting handelt. Sorge bereitet weiterhin, die (fehlende) kulturelle Ausrichtung einer solchen Wohngemeinschaft (PS01_Z3_a, Pos. 119-122).

Auch wenn es in der Beratung PS10_Z1_a nicht um eine Unterbringung der pflegebedürftigen Eltern in eine Pflegeeinrichtung geht, verweist die ratsuchende Tochter an einer Stelle, als es um die Versorgung in Kombination mit der Wohnsituation geht, darauf, dass auch für sie eine stationäre Pflegeeinrichtung nicht in Frage kommt:

I: kann es einfach nicht sein //dass wir//

B: //Ja//

I: sie irgendwo hinstecken //(unv.)//

B: //Das dahinstecken// ist ja schon die nächste übernächste Geschichte darum geht es ja gar nicht es geht ja //nicht um ein Altenheim// (PS10_Z1_a, Pos. 219-222)

Ähnlich, wie in der Beratung PSo4_Z3_a verweist die beratende Person mit ihrer Formulierung der nächsten oder übernächsten „Geschichte“ darauf, dass dies eine zukünftige Möglichkeit der Versorgung ist, die nur zum jetzigen Zeitpunkt bisher nicht genutzt wird. In der Formulierung „sie irgendwo hinstecken“ der ratsuchenden Tochter, wird aber die abwertende Haltung und die Positionierung „keine Pflegeeinrichtung“ deutlich als Bedürfnis konstruiert.

Die Begründungen für die Positionierung „kein Pflegeheim“ sind in Beratungen sehr individuell, und sie werden in dem jeweiligen Verhältnis begründet, in dem die Menschen ihren Alltag bestreiten. In allen fünf Beratungen wird aber das Bedürfnis konstruiert, dass die Versorgung nicht in einer Pflegeeinrichtung fortgesetzt werden soll. Hier wird über die Stabilisierung mit jeweils unterschiedlichen Strategien in der Beratung nach Bedürfnisbefriedigungen gesucht, um eine Notwendigkeit auch in Zukunft zu vermeiden.

7.1.5. Kein Umzug

Auch Umzug wird im Rahmen der Beratungen als Negativ-Bedürfnis konstruiert, dass ein Umzug vermieden werden soll. Die Begründungen dafür liegen weniger im Wohnraum bzw. der Wohnung selbst. Hier gibt es eher, wie in 7.1.1 deutlich wird, den Wunsch nach Wohnraumanpassungen. Die Begründungen liegen eher im Wohnumfeld.

In PS04_Z3_a wird diese Positionierung besonders deutlich geäußert. Hier lenkt die ratsuchende Angehörige unvermittelt das Thema darauf, dass ein Umzug nicht infrage kommt:

I: Und wir wollen auch nicht von hier ausziehen, weil wegen der MIETE erstens und zweitens wir wohnen schon über 32 Jahre lang hier in der Wohnung.

B: Das ist lange.

I: Ja. Und da will sie auch nicht von hier weg, weil das ist zentral und da sind die Freunde von ihnen von ihr, die Nachbarinnen meine Schwestern sind noch da

B: Ja, die Einkaufsmöglichkeiten sind ja auch direkt um die Ecke, besser angebunden kann man ja gar nicht sein.

I: Die Treppen sind auch nicht so hoch, ja für meinen Papa

B: Ja.

I: Er kann mindestens ein- und hochgehen, das wollen wir auch, dass er sich bewegt, ist ja nicht so, deswegen wollen wir auch nicht.
(PS04_Z3_a Pos. 70 – 76)

Die Ratsuchende führt hier mehrere Gründe gegen einen Umzug an, die alle nicht mit der Wohnung selbst begründet werden, sondern mit Bezug auf das Wohnumfeld. Die lange Wohndauer wird als eines der ersten Argumente aufgeführt und dabei mit den Mietkosten verbunden. Die ratsuchende Tochter deutet hier an, dass die Miete bei einem Umzug teurer wird und lehnt daher den Umzug ab. Gleichzeitig bezieht die ratsuchende Tochter die lange Mietdauer auch auf das entstandene Netzwerk, auf Nachbarinnen und Freunde sowie weitere Familienangehörige, die in der näheren Umgebung verortet werden. Die Ergänzung der beratenden Person, dass auch alle Einkaufsmöglichkeiten naheliegend sind, unterstützt hierbei die Positionierung der Tochter und stärkt damit das konstruierte Bedürfnis, nicht umzuziehen.

In der Beratung PS10_Z1_a wird ein Umzug aufgrund der Demenz des Vaters der Ratsuchenden abgelehnt bzw. eingeschränkt. Hier besteht ein besonderer Konflikt, da in der Beratung kontroverse Bedürfnisse des demenzerkrankten Vaters und der auf einen Rollstuhl angewiesenen Mutter konstruiert werden:

I: wir haben auch dann überlegt gut (.) jetzt findet man bestimmt nicht von heute auf morgen was und dann ist auch schon der Umzug ja (.) was schwierig genug ist im Moment schon alleine, weil meine Mutter ja so ein bisschen wirklich (unv.) ist mittlerweile (..) und (..) dann die Angst mein Vater da wieder rauszunehmen, wo er es sich einigermaßen eingelebt hat (...) dann wieder woanders reinzustecken, also wir wissen dann das nicht was es dann was es dann bringt (PS10_Z1_a, Pos. 235).

In dem Auszug wird die Situation der ratsuchenden Tochter und ihres Bruders in der Verantwortung für die pflegebedürftigen Eltern angedeutet. Die aktuelle Wohnsituation des pflegebedürftigen Ehepaars ist finanziell schwierig, es geht in der Beratung auch um Mietschulden. Der demenzerkrankte Vater kann sich zum Zeitpunkt der Beratung noch in der näheren Umgebung orientieren, weshalb die ratsuchende Tochter einem Umzug eher ablehnend gegenübersteht. Die pflegebedürftige Mutter der Ratsuchenden ist durch ihre Angewiesenheit auf einen Rollstuhl in der Wohnung – ohne Aufzug und nicht im Erdgeschoss des Hauses – stark eingeschränkt. Die beratende Person rahmt es:

B: es tut natürlich gut einen Plan zu haben ja einen Plan wie es weitergehen könnten, wenn beide Eltern (..) wenn die Lösung jetzt hieße die bleiben in der Wohnung (..) das Amt zahlt den Rest wenn es das alleine wäre, wäre es ja gut aber das ist es ja nicht nur (...) ja (.) es geht dann um die Versorgung [...] (PS10_Z1_a, Pos. 238).

Die beratende Person versucht über diese Äußerung die Notwendigkeit eines Umzuges deutlich zu machen, der aus ihrer Sicht hier als Situationsdeutung eingebracht wird.

In PS02_Z1_a wird das Thema „kein Umzug“ durch die An- und Zugehörigen gerahmt. Nachdem der pflegebedürftige Vater aufgezeigt hat, dass eine stationäre Pflegeeinrichtung für ihn nicht infrage kommt, konstruiert die ratsuchende Tochter in der Beratungssituation, dass die Versorgung nicht durch die Familienangehörigen geleistet werden können: „Und ja arbeiten und dann auch Wohnungen jetzt das es kein Haus da gibt das man da unterbringen kann“ (PS02_Z1_a Pos. 16). Mit dem Verweis darauf, dass es in den aktuellen Wohnsituationen der An- und Zugehörigen keine Möglichkeit gibt, den pflegebedürftigen Mann in der eigenen Häuslichkeit aufzunehmen und zu versorgen, zeigt auch auf, dass ein Umzug, in eine geeignete Wohnung, die diese Rahmenbedingungen erfüllen könnte, nicht erwogen wurde. Das Bedürfnis „nicht umzuziehen“ wird also auch in dieser Beratung – hier bei den An- und Zugehörigen konstruiert. Die beratende Person nimmt diese Aussage auf und spiegelt diese in der Beratung, was deutlich macht, dass er die Ausgangssituation verstanden hat, zeigt aber sonst keine weitere Reaktion darauf. Die Ratsuchende verstärkt diese Positionierung noch mit der Aussage, dass sie und die anderen Angehörigen, wie oben in dem Zitat deutlich wird, einer Erwerbsarbeit nachgehen, und auch mit einem Verweis auf „haben Familie ja“ (PS02_Z1_a, Pos. 14).

In allen drei Beratungen, in denen das Thema Umzug in der Beratung explizit aufkommt, sind die Reaktionen der beratenden Personen sehr unterschiedlich. Sie reichen von unterstützenden Aussagen, wie in PS04_Z3_a, Pos. 73, über die Konfrontation mit Bedingungen und Konsequenzen eines (Nicht-)Umzugs, wie in PS10_Z1_a, Pos. 238, bis zur ausbleibenden weiteren Thematisierung und Annahme als Bedingungen der weiteren Beratung, wie in PS02_Z1_a Pos. 24. Die thematische Ausgestaltung der Beratungen ist relationiert zu den jeweiligen Alltagsbedingungen und der Aushandlung von Bedürfniskonstruktionen innerhalb der Sorgearrangements, zeigt sich aber auch abhängig von den jeweiligen beratenden Personen, deren Ansichten und Haltungen, die in der Beratung deutlich werden.

7.1.6. Wohnungssuche als Problem

Das konstruierte Bedürfnis „Wohnungssuche als Problem“ ist eine weniger vorkommende Positionierung, was vorwiegend daran liegt, dass, wie eben in 7.1.5 beschrieben, überwiegend ein Umzug insgesamt abgelehnt wird. Auch ist der Bezug in der Thematik Wohnungssuche eher auf das Wohnumfeld, weniger auf die Wohnung selbst gerichtet. Hier wird vor allem über die Frage der Finanzierung und den Zugang zur Wohnung sowie über die Lage der Wohnung gesprochen. In PS04_Z3_a formuliert die ratsuchende Tochter „[...] weil wegen der MIETE [...]“ (Pos. 70), was darauf hindeutet, dass durch die längere Mietdauer die Wohnung im Vergleich zum Wohnungsmarkt günstig ist. Ein Wohnungswechsel wäre mit einer Mietpreiserhöhung verbunden.

Komplexer und vielfältiger wird das Thema der Wohnungssuche in PS10_Z1_a bearbeitet, da dies die einzige Beratung ist, in welcher ein Umzug in Erwägung gezogen wird. Die Schwierigkeit wird neben der Finanzierung einer geeigneten Wohnung primär in den Bedingungen der Wohnungssuche begründet, dass sie möglichst nah am Zentrum (oder auch der jetzigen Wohnung) liegen sollte, damit der demenzerkrankte Vater sich weiterhin vor Ort orientieren und somit selbstständiger bleiben kann:

I: Wie gesagt wenn ich sie jetzt komplett rausnehme wo ich jetzt bin (.) und wo sie es gewohnt sind (.) jetzt wenn sie mir sagen gut sie könnten natürlich ich könnte jetzt was anderes ich könnte jetzt wieder auf dem Wohnungsamt gehen und sagen ich brauche eine Wohnung (.) wieder alles ausfüllen so wie die Dame mir das gesagt hat beim Sozialamt (..) und das Problem ist wenn mein Vater da rausgeht (..) weil er lässt sich auch nichts sagen noch ist er so einigermaßen dass er einfach aufsteht er geht runter er geht zu Tchibo trinkt sein Kaffee (.) spaziert bis zur (Ort) Volksbank setzt sich da auf die Bänke und geht wieder zurück [...] (PS10_Z1_a, Pos. 11).

Den Widerwillen einen (erneuten) Umzug in Erwägung zu ziehen, wird in diesem Auszug sichtbar, hauptsächlich begründet durch die Situationsdeutung der Tochter über den demenzerkrankten Vater. Auch macht die Tochter deutlich, welcher Aufwand mit dem „wieder alles ausfüllen“ beim „Wohnungsamt“ verbunden ist.

Zum anderen ist die Mutter der Ratsuchenden auf einen Rollstuhl angewiesen und die aktuelle Wohnung hat Stufen und keinen Fahrstuhl. Die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Mutter ist also stark eingeschränkt

und die Tochter berichtet, dass „[...] meine Mutter sehr depressiv ist, seit sie halt auf dem Rollstuhl sitzt [...]“ (PS10_Z1_a, Pos. 125). Die beratende Person deutet daraufhin eher provokativ die Situation der Mutter:

B: Ich (.) genau das ist nämlich auch das was mich beschäftigt, eine Frau, die im Rollstuhl sitzt, die Wohnung nicht mehr verlassen kann, weil sie ohne Aufzug dort gefangen ist (..) aber der Ehemann (.) der ist wichtiger es ist ihr Vater der ist dement er darf für den wird //gesorgt und getan// (PS10_Z1_a, Pos. 130)

Die Ansprüche an die neue Wohnung, die ggf. durch einen Umzug benötigt würde, sind daher recht groß. Die Nähe zum Zentrum, damit die Orientierungsfähigkeit des Vaters erhalten bleibt, der Fahrstuhl oder eine Erdgeschosswohnung für die Mutter, damit diese weniger eingeschränkt ist und die Berücksichtigung der finanziellen Situation, die eine Angewiesenheit auf eine Sozialwohnung notwendig macht, die vom Sozialamt finanziell unterstützt vermietet wird:

I: weil man mir gesagt hat ich sollte mich woanders melden und das geht nicht mehr es ist keine Sozialwohnung oder keine //Ahnung (unv.)// (PS10_Z1_a, Pos. 53)

Wie hier deutlich wird, war diese Suche beim letzten Umzug bereits schwierig und die ratsuchende Tochter berichtet weiter, dass sie sich aktiv gekümmert und auch bei der Stadt versucht hat, etwas zu bewirken:

I: Wissen sie wie oft (unv.)? Wie gesagt ich war auch bei zwei Abgeordnete weil //damals//

B: //(lacht) die// können ja auch nichts machen.

I: Nein es war wohl vor zwei Jahren war das so, dass sich wohl jemand darum gekümmert hat, wie es älteren Menschen geht keine Ahnung, da war irgendwie sowas und dann bin ich auch hingegangen und hab Fragen gestellt und dann hat man mir gesagt ja dann kommen sie wir helfen ihnen (.) wie gesagt es hat sich aber nie was getan //und dann// (PS10_Z1_a, Pos. 55-57)

Die ratsuchende Tochter berichtet also, dass die Wohnungssuche unter den aufgezeigten Bedingungen sehr schwierig ist und sie weist der beratenden Person ihre Bemühungen nach, da in der Beratung kritisch über die Entscheidung der Tochter gesprochen wird, die aktuelle Wohnung bezogen zu haben. Die beratende Person schließt das Thema mit folgenden Worten:

B: Ja (.) aber es kann nicht auf Kosten der ganzen Familie, dass sie da sich finanziell an die Wand fahren, weil der Vater nur in der Innenstadt leben kann das kann es nicht sein (.) nein nein nein da fällt einem schon was Besseres ein. Mal gucken, was ich bis Donnerstag rauskriege, ja? (PS10_Z1_a, Pos. 494)

Die beratende Person stellt im Verlauf der Beratung immer wieder die Situationsdeutungen und Handlungen der ratsuchenden Tochter, wie hier, infrage und bringt eine andere Deutung ein, worauf in Kapitel 6 näher eingegangen wurde.

7.1.7. Finanzierung

Die Finanzierung des Alltags in Kombination mit der Versorgung von pflegebedürftigen Personen wird in allen Beratungen thematisiert. In einigen Auszügen zu den anderen Bedürfnis-Positionen wurde dies auch bereits deutlich. In der 7.1.6 Positionierung „Wohnungssuche als Problem“ wurde aufgezeigt, dass die Mietschulden und die Ansprüche an das Wohnen den Hauptgrund für die Inanspruchnahme der Beratung darstellt:

I: //Also ich hätte das auch nie// gemacht, wenn ich jetzt die Problematik nicht gehabt hätte muss ich ihnen ganz //ehrlich sagen//

B: //Ja//

I: weil bis jetzt kamen wir eigentlich sehr gut zurecht und wir kamen sehr lange zurecht //also// (PS10_Z1_a, Pos. 83-85)

Das „nie gemacht“ bezieht sich auf die Beratung. Die ratsuchende Tochter verweist hier deutlich darauf, dass sie die Beratung nicht aufgesucht hätte, wenn die Mietschulden nicht dazu geführt hätten, dass eine Kündigung der Wohnung droht. Das führt auch dazu, dass diese Beratung unfreiwillige-Anteile bekommt, da die Stellungnahme der beratenden Person notwendig für das Darlehen ist, welche die ratsuchende Tochter benötigt, um die Mietschulden zu bewältigen. Weiter wird in der Beratung deutlich, dass die ratsuchende Tochter, aufgrund der hohen Miete das Pflegegeld der Eltern als Finanzierung in die Lebenshaltungskosten integriert hat:

I: und dann haben wir gedacht ok ein Teil davon nehmen wir dann halt vom Pflegegeld und dann geht das auch und wir sind ja auch noch da (PS10_Z1_a, Pos. 477)

Die beratende Person kritisiert dieses Vorgehen der ratsuchenden Tochter und beschreibt es als „Gemurkse“ (PS10_Z1_a, Pos. 478). Sie formuliert weiter, dass der Einsatz des Pflegegeldes zur Finanzierung der Wohnung, dazu führt, dass keine (ausreichenden) finanziellen Ressourcen zur Versorgung der Eltern vorhanden sind:

B: [...] das finanzielle (.) würde mich überfordern, wenn die Wohnung zu teuer ist es bleibt zu wenig zum Leben über dann kann ich sicher hoffen dass von irgendwo der Geldsegen kommt in dem Fall war das das Pflegegeld (.) aber (.) bei einem Umzug in eine Wohnanlage Hätt'mer zum Beispiel mit dem Pflegegeld oder könnte immer noch (.) Hilfen installieren (.) ja [...] (PS10_Z1_a, Pos. 108)

In der Beratung PS02_Z1_a geht es ebenfalls, um die Finanzierung eines Alltages, mit der Versorgung des pflegebedürftigen Vaters, durch eine Präsenzkraft. Diese ist rechtlich nicht im SGB XI abgebildet und daher stellen sich in der Finanzierung besondere Herausforderungen, die in der Beratung thematisiert werden. Die ratsuchende Tochter stellt prägnant fest: „Das Problem ist wieder, wenn es rechtlich das kostet auch viel Geld und wo kann man Geld nehmen, das ist das Problem“ (PS02_Z1_a, Pos. 104). Ein Großteil der Beratung befasst sich mit Finanzierungsmöglichkeiten von Präsenzkraften und – was der beratenden Person wichtig ist – um die rechtliche Rahmung der Beschäftigungsverhältnisse.

In einer Beratung wird sich auch auf den Diskurs „ambulant vor stationär“ gestützt, um die Möglichkeit der Finanzierung einer Haushaltshilfe zu begründen:

Klient: Nee ich meinte wenn es jetzt ja pflegebedürftig ist und statt ich habe immer so gedacht Heim kostet so viel

B: Mhm

Klient: Und zu Hause wird es weniger kosten ja und ich denke dann Stadt wird

B: Ja

Klient: Irgendwie unterstützen das auch

B: Ja das ist ja ihre Argumentation

Klient: Ja meine

B: Gegenüber dem Sozialhilfeträger nee

Klient: Ja

B: Also es ist tatsächlich so es gibt den Grundsatz ambulant vor stationär, das steht auch eindeutig im Sozialhilferecht drin, dieser Grundsatz ist nur dann quasi, ausgenommen wenn die häusliche Pflege viel

teurer als ein Pflegeheim das werden wir hier aber nicht haben
(PS02_Z1_a, Pos. 484-493)

Die beratende Person rahmt hier den Diskurs, den die ratsuchende Tochter anspricht und bezieht dies auch auf die Argumentation gegenüber dem Sozialhilfeträger.

In der Beratung PS04_Z3_a findet eine bewusste und klare Positionierung gegen Sozialhilfe, unter dem Aspekt der Finanzierung statt:

I: Genau, aber wir wollen keine Sozialhilfe, wir wollen gar nichts.

B: Ok.

I: Wir wollen, wir wollen mit dem Ganzen, ich bin hier angemeldet, ja, wir wollen das nicht Frau S.

B: Ok. // Das ist //

I: Wir haben das jahrelang gemacht es ist nicht wie Regelprozedur, ja? Meine Mutter kann sich da nicht frei bewegen. Wenn sie dann Sozialhilfe bekommt ja, dann muss sie ihre Rente in der Türkei einstellen. Was ihr monatlich eingest- bezahlt wird, die türkische Rente und das wollen wir nicht. Ja, da bekommt sie ja Geld. Das wird monatlich ausgezahlt.

B: Ja, ja und das wäre wahrscheinlich, also das, was vom Staat käme wäre wahrscheinlich weniger als das was ihre Mutter jetzt bezieht

I: //Genau, das wollen wir nicht//

B: Ok aber bei der Pflegeversicherung // (unv.) //

I: ist es ja nicht ja, ist es was anderes // (unv.) //

B: Ja, das ist was anderes.

I: //Genau//,das wird ja nicht mit einkalkuliert und die SOZIALHILFE muss ja jedes Einkommen, Vermögen und das wollen wir nicht. Das wollen wir, wir haben gesagt nein, wollen wir nicht es ist viel zu viel Prozedur (PS04_Z3_a Pos. 239 – 249)

Die ratsuchende Tochter, die in der Beratung insbesondere auf den Umbau des Badezimmers, zur Erleichterung der Pflege abzielt, zeigt hier diese klare Positionierung, mit dem Verweis auf „zu viel Prozedur“, womit sie auf die umfangreichen Prüfungen der wirtschaftlichen Verhältnisse der Familie abzielt, die sie mit dem Verweis auf die türkische Rente der Mutter ablehnen kann. Hervorgehoben wird, dass in der Pflegeversicherung eine andere Grundlage herrscht. Die Leistungen der Pflegeversicherungen können angenommen werden. Unklar bleibt, ob der ratsuchenden Tochter nicht bewusst ist, dass auch hier Hürden der Inanspruchnahme bewältigt werden müssen, ob die Ablehnung von Sozialhilfe, zwar mit der Begründung „zu viel Prozedur“ vorgenommen wird, es aber eigentlich um andere Punkte geht, wie eine fehlende Bereitschaft Einkommen und Vermögen der Kinder offenzulegen. Dies deutet sich in der Aussage: „und die SOZIALHILFE muss ja jedes Einkommen, Vermögen und das wollen wir nicht“ an. Ein weiterer Grund ist der

Wegfall der Rente aus der Türkei, welche die Familie als unkompliziert einschätzt, da sie jeden Monat, ohne weiteres Zutun der Familie ausgezahlt wird.

In der Beratung PS01_Z3_a ist das Thema der Finanzierung nicht im Vordergrund. Dass dies aber immer mitschwingt bei den Überlegungen der Versorgung, zeigt hier die sorgende Tochter auf:

K: Wie wäre das also, nehmen wir mal an, es würde sich dahin entwickeln, das kostet ja auch nicht ein Appel und ein Ei (PS01_Z3_a, Pos. 136)

Die Aussage der Tochter bezieht sich auf Frage der Verschiebung des Lebensmittelpunktes der demenzerkrankten Mutter in eine „Demenz-WG“. Nachdem die ratsuchende Tochter schon die stationäre Pflege nicht näher in Erwägung zieht, stellt dies eine Möglichkeit der Versorgung dar, die bei einer Verschlechterung der Selbstständigkeit der Mutter als Option infrage kommt. Das Thema wird von der beratenden Person nicht konkret beantwortet, sondern eher die Ressourcen benannt, welche die Tochter im Nachgang einordnet:

K: Das heißt das, was meine Mutter an Rente etc. hat würde noch nicht einmal für das Essen dort reichen

B: Mhm

K: Wie macht man das wer kommt dafür auf ich meine ich bin bereit was zu zahlen aber Glauben sie mir das was ich verdiene im Endeffekt geht auf meine auf das was ich

B: Sie haben ja auch Verpflichtungen, Kinder

K: Ja es ist jetzt nicht groß, was im Endeffekte da wo ich unterstützen könnte (PS01_Z3_a, Pos. 138-142).

Als die ratsuchende Tochter deutlich macht, dass ihre Mutter zurzeit in der Pflegestufe „Null“ ist, hebt die beratende Person noch einmal hervor, dass es sich eher um eine Zukunftsmöglichkeit handelt. Die beratende Person führt dann die Regelungen der Finanzierung dahingehend aus, dass zusätzlich zum Anteil der Finanzierung durch die Pflegeversicherung, das Einkommen und Vermögen der demenzerkrankten Mutter einbezogen wird und dass dann einen Antrag beim Sozialhilfeträger folgen kann, um die Restkosten zu decken.

Auch in den beiden hier nicht erwähnten Beratungen sind Finanzierungsfragen Thema, allerdings nicht mit einem konkreten Bezug zum Wohnen, dagegen aber mit Bezug zur Versorgung, sodass diese Aspekte im Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag aufgegriffen werden.

7.2. Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag

K: [...] Aber ich habe so ein elend schlechtes Gewissen immer, bei allem was ich tue. Verstehen sie? (PS01_Z3_a, Pos. 44)

Der implizierte Carevertrag ist kein expliziter Vertrag, sondern rekuriert auf das Verantwortungsgefühl der sorgenden An- und Zugehörigen gegenüber den pflegebedürftigen Personen. Hier werden die angenommenen oder unterstellten Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen latent als

Anforderungen an die Organisation der Versorgungssituation in der Beratung konstruiert und als Bedingungen verhandelt. Die Inhalte des implizierten Carevertrags variieren leicht und sind relationiert, zu den familiären Verhältnissen. Der Kern ist aber überwiegend, dass eine Versorgung in der Häuslichkeit (fast) ausschließlich durch die Familie erfolgen soll. „Die Übernahme von Pflegeverpflichtungen wird in Haushalten der ersten Migrantengenerationen häufig als Bewährung des Familienzusammenhaltes und als Teil der kulturellen Identität verstanden“ (Bundesministerium für Familie 2016, S. 196). Dieser ist aber für die nachfolgenden Generationen aufgrund der starken Pluralisierung kaum noch aufrechtzuerhalten und bringt insbesondere die Frauen in Konfliktsituationen, um den verschiedenen Anforderungen gerecht zu werden. Instrumentelle Unterstützung und die Aufrechterhaltung von engem persönlichen Kontakt ist unter der Bedingung der jüngeren Generation an die Aufnahmegesellschaft kaum leistbar (vgl. Steinbach 2018, S. 329).

Diese Konfliktsituation wird in dem Eingangszitat angedeutet und im Material an vielfältigen Stellen sichtbar, denn was mit diesem implizierten Carevertrag einhergeht, ist häufig ein sehr hohes Verantwortungsgefühl gegenüber den pflegebedürftigen Personen. Diese Verpflichtung wird an einer Stelle explizit damit begründet, dass sich die nun pflegebedürftigen Personen zuvor auch um die jetzt sorgenden Personen gekümmert haben: „[...] wir alle Kinder, dies, die waren schon all die Jahre da und haben uns alle großgezogen und jetzt sind wir jetzt an der Reihe, die zu pflegen, [...]“ (PS04_Z3_a, Pos. 136). Hier wird also auf eine Reziprozität verwiesen, die überwiegend im generationalen Verhältnis begründet liegt. Aber auch in Partnerschaften wird diese Verpflichtung dahingehend ausgedrückt, dass die Versorgung übernommen werden will, wie in der Beratung PS05_Z1_a besonders deutlich wird. Hier zeigen sich aber weniger Konfliktpotenziale in dem hier vorliegenden

Sample, da es um Ehefrauen geht, die kaum oder keine anderen Verpflichtungen haben. Hier stellen sich eher Fragen der Leistbarkeit der Versorgung, die einmal in PSo5_Z1_a durch die beratene Person in die familiäre Alltagswelt getragen wird und in PSo4_Z3_a durch die ratsuchende Tochter, die auf gesundheitliche Einschränkungen und das Alter der sorgenden Ehefrau verweist.

Wie das Eingangszitat aufzeigt, ist die Verantwortung im generationalen Verhältnis oft schwierig und wird im Material, wohl auch durch die verbesserte Sprachfähigkeit der ratsuchenden Angehörigen (Kinder) sichtbarer.

Das Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag spannt sich daher zwischen den Polen der Entlastung (viel bis wenig) und den Polen der Kontrolle (viel bis wenig) auf. Wer eine stärkere Entlastung zulässt, muss in der Regel Kontrolle in der Gestaltung der Versorgung abgeben und hier zeigen sich Konflikte, dem antizipierten oder ausgesprochenen implizierten Carevertrag gerecht zu werden, insbesondere in Bezug auf die folgenden Positionierungen:

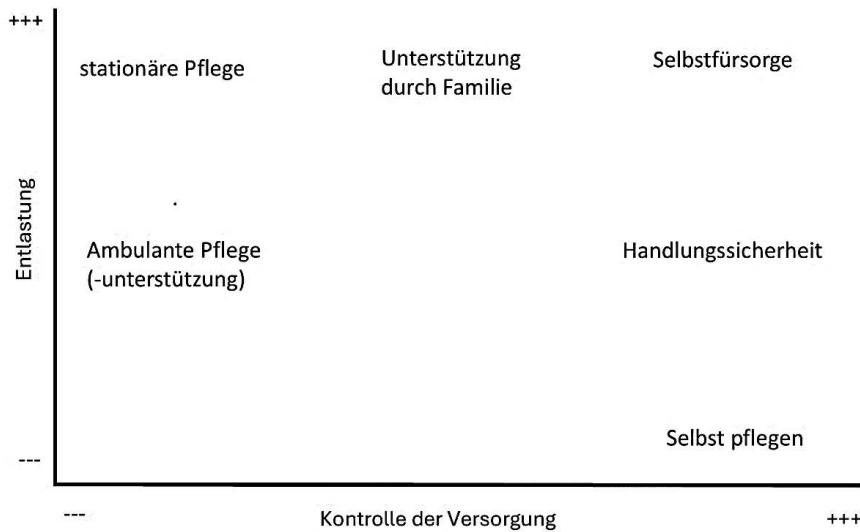


Abbildung 15: Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag (eigene Darstellung in Anlehnung an Clarke et al. 2018, 165-176)

Diese Themen werden individuell zur jeweiligen Care-Situation relationiert und bergen Anforderungen und Wünsche, um dieses konstruierte Bedürfnis des ‚implizierten Care-Vertrages‘ zu ermöglichen, über die Themen:

- Aufnahme einer 24h-Pflegehilfe, als Entlastung der Pflegeverantwortung (PS02_Z1_a),
- Überbelastung der Ratsuchenden (PS10_Z1_a),
- Möglichkeiten einer Wohnraumanpassung und Hilfsmittel (PS04_Z3_a),

- Einbindung weiterer Verwandten und weitere Entlastungsthemen in die Versorgung einer demenzerkrankten Person (PS01_Z3_a),
- Nachweis, dass auch aufwendige Pflege zu Hause bewältigt werden kann (PS05_Z1_a)

Die Überschneidungen in der Listung, die sich hier zum Bedürfnisfeld „Wohnen“ ergeben, sind bewusst gewählt und werden im Material deutlich belegt. Denn das Thema Wohnen, kann nicht unabhängig von der Versorgung gedacht werden und der implizierte Carevertrag bezieht sich auch auf die Versorgung in der Häuslichkeit.

Die einzige Beratung, in welcher der implizierte Care-Vertrag nicht thematisch wird, ist die Beratung PS03_Z1_a. Die versorgende Person ist die Ehefrau, die in der Beratung kommt. In dieser Beratung, die nahe am SGB und mit starkem Bezug zu einem Pflegegutachten arbeitet, wird wenig auf den Alltag verwiesen und so wird der implizierte Carevertrag zumindest nicht mit einer Andeutung auf ein Generationenverhältnis thematisch.

7.2.1. Unterstützung durch Familie

Unterstützung durch weitere Familienangehörige wird überwiegend in der Beratung PS01_Z3_a thematisch, aber auch in PS10_Z1_a und PS04_Z3_a gibt es ebenfalls Verweise auf weitere sorgende Angehörige. Das konstruierte Bedürfnis der Unterstützung durch Familienangehörige, insbesondere Geschwister der sorgenden Kinder, wird in den Beratungen favorisiert und mit nur mäßigen Kontrollverlust und hohen Entlastungen antizipiert.

In PS01_Z3_a wird der Widerstreit der sorgenden Tochter deutlich, die sich in der Versorgung und Alltagsgestaltung mit der demenzerkrankten

Mutter überfordert fühlt. Die fehlende Einbindung ihrer eigenen Familie, weiterer Familienangehöriger, wie Cousins und Cousinen, aber insbesondere der Schwester, die sie als mitverantwortlich adressiert, beschreibt sie hier:

K: Im Endeffekt hält sich einfach jeder raus. Meine Schwester wohnt in G. und der habe mal eine SMS geschrieben vor lauter Panik, weil ich nicht mehr wusste, was ich machen sollte, also der Kontakt ist zwischen uns beiden leider eben nicht mehr da, und da habe ich noch nicht mal eine Antwort darauf gekriegt also stehe ich da jeder denkt sich mach doch. (PS01_Z3_a, Pos. 379)

Im Verlauf des weiteren Gespräches ist die Schwester immer mal wieder Thema und der Wunsch, dass diese sich stärker in die Versorgung der Mutter einbringt.

In PS10_Z3_a wird die gemeinsame Verantwortung der beiden Geschwister deutlich, von denen aber nur die Tochter in der Beratung ist. An wenigen Stellen im Gespräch holt diese die Mitverantwortung des Bruders in die Beratung hinein. Einerseits verweist auch sie auf den implizierten Carevertrag mit der Aussage:

I: Unsere Meinung sage ich jetzt mal von mir und meinem Bruder es ist so, wenn es beiden gut geht, geht es uns auch gut (PS10_Z1_a, Pos. 409)

Mit beiden bezieht sie sich auf die pflegebedürftigen Eltern. Sie stellt eine deutliche Verbindung zwischen dem Wohlbefinden der Eltern und dem eigenen bzw. dem der sorgenden Kinder her. Gleichzeitig verweist sie darauf, wie

belastet beide sind, weil sie die Versorgung zusätzlich zur Erwerbstätigkeit bewältigen: „wir sind alle Vollzeit tätig (..) mein Bruder genauso“ (PS10_Z1_a, Pos. 211). Und weiter beschreibt sie, dass auch ihr Bruder belastet ist:

I: Ja gut also ich sehe es auch an meinem Bruder also abends da kommt er auch kaum zum Schlafen und er muss ja dann am nächsten Tag auch arbeiten (PS10_Z1_a, Pos. 385)

Hier wird also deutlich, dass die gemeinsame Sorgeverantwortung der Geschwister bereits stark belastet ist. Die sorgende Tochter verweist aber auch darauf, dass eine gemeinsame Sorgeverantwortung möglich ist, und versucht darüber, dem implizierten Carevertrag gerecht zu werden, denn „[...] wenn es beiden [Eltern A.Z.] gut geht, geht es uns auch gut“ (PS10_Z1_a, Pos. 409).

7.2.2. Ambulante Pflege(-unterstützung)

Ambulante Pflege wird in vielen Beratungen thematisch, da dies als recht niedrigschwellige Unterstützung konstruiert wird und eher als Begleitung zur häuslichen Versorgung durch die Angehörigen. Die Akzeptanz in Bezug auf den implizierten Carevertrag ist recht hoch bei den Angehörigen, da es als geringer Kontrollverlust wahrgenommen wird. Diese Pflegeunterstützung findet in der eigenen Häuslichkeit statt und ist im Alltag zeitlich begrenzt:

K: Wahrscheinlich irgendwo keine Ahnung ich habe das ja auch letztes Jahr erst beantragt, weil ich einfach mit der Situation nicht mehr klar kam ihr die Medikamente zu bringen ich hab es in den Briefkasten und sie hat es dann morgens geholt und hat es dann über den Tag genommen (PS01_Z3_a, Pos. 168)

Die Angehörige in diesem Ausschnitt beschreibt die Annahme der ambulanten Pflege, hier um die Medikamentengabe durchzuführen, auch aus einer Notsituation heraus, da die demenzerkrankte Mutter die Einnahme der notwendigen Medikamente nicht mehr verlässlich gewährleisten konnte und das Routine, dass die Medikamente über den Briefkasten durch die Tochter erfolgt, durch die Demenzerkrankung unzuverlässig geworden ist. Hier überwog die Entscheidung, die Sicherstellung der Medikamentenversorgung zu gewährleisten, vor dem Wunsch, dies als Tochter selbst zu übernehmen. Die Abgabe der Kontrolle, in der Versorgung der Mutter zeigt sich als Alltagserleichterung und gleichzeitig so begrenzt, dass eine Kontrolle über die Sorge-situation in der Hand der Tochter verbleibt.

In Konflikt gerät dies bei intimeren Tätigkeiten wie dem Waschen. In der Beratung PS04_Z3_a steht die Familie noch vor dem ersten Antrag auf Pflegeleistungen und die beratende Person führt mit den Worten ein „und dann können sie auch einen Pflegedienst beauftragen der sie ENTLASTET, waschen sie ihren Mann?“ (PS04_Z3_a, Pos. 39). Es wird also als erste Entlastungsmöglichkeit in die Beratung eingeführt. Die Reaktion der ratsuchenden Tochter zeigt aber die Abwehr des pflegebedürftigen Vaters auf:

I Ja.(.) Ich meine beim Waschen wird er niemanden zulassen außer Mama. Mich lässt er auch nicht zu. (PS04_Z3_a, Pos. 40)

Mit Verweis auf den implizierten Carevertrag konstruiert die Tochter nach der Ablehnung einer professionellen Pflege sofort die Ablehnung des Vaters zum Thema. Aus meiner Sicht verdeutlicht sie damit zwei Punkte: Erstens wird eine professionelle (ambulante) Pflege aufgrund der Abwehrhaltung des Vaters als nicht möglich konstruiert, weil nicht einmal die

Verwandtenpflege akzeptiert wird. Zum anderen signalisiert sie sich im Gespräch, dass sie bereit wäre, dem implizierten Carevertrag gerecht zu werden, was der Vater aber ablehnt, sodass die Belastung der Wasch-Situation weiterhin bei der pflegenden Ehefrau verbleibt. Nach dem eben aufgeführten Satz spricht sie in der Beratung kurz auf Türkisch zur Mutter, die diese Aussage zu bestätigen scheint: „Nein, das macht er nicht“ (PSo4_Z3_a, Pos. 46), ist dann die abschließende Reaktion auf das Thema, gegenüber der beratenden Person.

In der Beratung PSo5_Z1_a dreht sich ein Großteil der Beratung, um die häusliche Versorgung und dass diese nur mit Unterstützung von einem Pflegedienst zu leisten ist, wird von allen Seiten in der Beratung als gegeben vorausgesetzt. Hier zeigt sich eher die Frage von Kontrolle und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung von Bedeutung, die im zu Hause der Familie mit Unterstützung eines Pflegedienstes zu bewältigen sein kann, im Verhältnis zur Alternative stationäre Pflege:

B: Morgens und abends und zwischendrin, so wie sie es sich einspielt mit dem Transfer vom Pflegerollstuhl wieder in ins Bett.

I: Genau, genau. Und das läuft auch so.

B: Ah ok, das läuft gut? Mit dem Pflegedienst läuft gut?

I: Sehr gut! Sehr gut!

I2: (lacht)

B: Das müssen sie /

I₂: Nach Hause, sehr gut! (PS05_Z1_a, Pos. 70-76)

Im Gespräch mit der pflegenden Ehefrau (I₂) und dem Sohn (I), welcher auch die gesetzliche Betreuung (vorübergehend) innehat, wird der Übergang von der stationären Pflegeeinrichtung in die Häuslichkeit besprochen. Mit dem Verweis der sorgenden Ehefrau „nach Hause, sehr gut“ wird deutlich, dass sie den Umzug gewünscht hat und die Versorgung zu Hause befürwortet.

7.2.3. Stationäre Pflege

Stationäre Pflege wird in den Beratungen als hoher Kontrollverlust gedeutet. Gleichzeitig, insbesondere von den beratenden Personen, als Chance zur größtmöglichen Entlastung konstruiert. Dies zeigt sich u. a. in der Beratung PS02_Z1_a, bei der Beratung zu Haushaltshilfen, zu denen die beratende Person darauf verweist, dass „dort keine Rund-um-die-Uhr-Versorgung rechtlich sichergestellt [ist, A.Z.] wie sie die im Heim haben“ (PS02_Z1_a, Pos. 53). Auch in der Beratung PS05_Z1_a hebt die beratende Person die Entlastung den vorherigen stationären Pflegeheim-Aufenthalt hervor:

B: Ich glaub das war auch, das war auch gut, dass ihr Mann erst in Kurzzeitpflege kam

I₂: Gut, ja.

B: dann konnten sie üben. Dann konnten sie die Dinge mittun. Ja?
(PS05_Z1_a, Pos. 140-142)

Es wird hier nicht nur als Entlastung durch die beratende Person gerahmt, sondern auch als Lehrsituation, in welcher die sorgende Ehefrau einen Zeitraum des >Anlernens, der umfangreichen Versorgung nutzen konnte.

Zugleich zeigt aber dieser Auszug auch auf, dass die Belastung in der Versorgung zu Hause und für die Organisation des Alltags deutlich stärker ausfällt als zur hier erwähnten Kurzzeitpflege, was die Entlastung durch die stationäre Versorgung hervorhebt.

Der Verweis auf den implizierten Carevertrag wird auch über die Begründung zur Ablehnung von stationären Pflegeeinrichtungen deutlich. In der Beratung PS01_Z3_a wird konkret nach den Befürchtungen gefragt, die mit dieser Wohn- und Versorgungsform einhergeht:

K: Ich glaube das es ihr persönlicher dann Wurst ist, wenn sie mich nicht manchmal mehr erkennt oder ihre Wohnung in welchem Raum sie ist, also darum geht es nicht, nicht um diese Einrichtung. aber dass man respektvoll mit dem Leben der Einstellung, die sie hatte zum Leben umgeht zum Beispiel nehmen wir mal Gott behüte sie müsste gewaschen werden das ein Mann sie nicht wäscht, verstehen sie das würde sie in dem Moment zwar nicht kapieren, es wäre ihr wahrscheinlich auch egal nee so betrachtet, aber nicht der Frau, die sie war, der war das nicht egal. (PS01_Z3_a, Pos. 76)

Der Kontrollverlust darüber, wer die demenzerkrankte Mutter wäscht, bleibt auch über den Zeitraum relevant, in welchem es die Mutter überhaupt tangiert. Hier nimmt die Tochter stellvertretend die Perspektive ihrer Mutter zurzeit vor der Demenz ein, gleichzeitig scheint es überlagert von den eigenen emotionalen Reaktionen, dem hier zentralen „schlechten Gewissen“

(PS01_Z3_a, Pos. 44) der Tochter zu sein. Das Verantwortungsgefühl für die Bedürfnisse der Mutter zu sorgen, besteht über für die sorgende Tochter weiterhin, obwohl sie diese Form der Verantwortung für ihre eigenen Kinder klar ablehnt und bereits kommuniziert hat, dass dieser implizierte Carevertrag nicht zu ihren Kindern besteht:

K: Aber die sagen nie das, was ich hören will, aber wenn man mit denen darüber redet, sagen die ja nicht das, was ich hören will meine jüngere Tochter, die sagt dann Mutter, wenn du in der Situation bist, dann muss ich dir doch helfen, wenn ich weiß du bist in Gefahr in Anführungszeichen, weil du eine Gefahr für dich selber da muss ich dich irgendwo hinschaffen ja, wo du keine Gefahr für dich bist, sage ich Dankeschön

B: Mhm

K: Das hilft mir jetzt nicht wirklich, aber Ansicht hat sie ja recht ich weiß es, dann habe ich auch gesagt du darfst das mit mir machen ich habe da kein Problem mit du brauchst auch kein schlechtes Gewissen zu haben, wenn es mal so weit ist, aber ich weiß das meine Mutter das nicht wollen würde das ist der Unterschied (PS01_Z3_a, Pos. 403-405).

Deutlich an diesem längeren Auszug wird, dass die sorgende Tochter, die hier das Gespräch mit ihrer älteren Tochter (Enkelin der demenzerkrankten Frau) in die Beratung einbringt, eine klare Position zu dem implizierten Carevertrag bezieht. Sie will ihre eigenen Kinder nicht in die gleiche Situation bringen und erlaubt schon jetzt für eine antizipierte eigene Pflegebedürftigkeit, dass die Kinder sie in einer stationären Pflegeeinrichtung unterbringen

dürfen. Die Wichtigkeit, die also für die demenzerkrankte Mutter in der Versorgung hergestellt wird, wird nicht als Norm in die nächste Generation übernommen, sondern es findet eine klare Distanzierung statt.

7.2.4. Selbst pflegen

Selbst zu pflegen, wird einerseits als Norm, andererseits als Erwartungen in den Beratungen konstruiert. Es bedeutet eine hohe Belastung für die pflegenden Angehörigen (abhängig vom Versorgungs- und Pflegeaufwand), aber ermöglicht auch die vollständige Kontrolle über die Versorgungs- und Pflegesituation. So kann den Ansprüchen eines implizierten Carevertrages oder den Erwartungen am Ehesten entsprochen werden. Diese Form der Versorgung stellt allerdings in den heutigen Lebensverhältnissen die An- und Zugehörigen vor Herausforderungen,

Es gibt hierzu eine klare Positionierung in der Beratung PS02_Z1_a, bei der diese Norm angelegt, aber gleichzeitig abgelehnt wird: „aber von uns Kindern kann ihn niemand betreuen aus welchen auch Gründen“ (PS02_Z1_a, Pos. 12). Es handelt sich bei der Äußerung, um den Beratungsbeginn. Die rat-suchende Tochter steigt direkt mit einer Positionierung zur Norm, der Versorgung zu Hause und durch die Familie, ein. Gleichzeitig macht sie deutlich, dass diese Norm für sie und ihre Geschwister nicht eingehalten werden kann, und versucht die Versorgungserwartung über eine 24h-Pflegekraft zu erfüllen: Die „Frau wird Rund um die Uhr mit ihm sein und das ist auch er ist auch zu Hause“ (PS02_Z1_a, Pos. 33). Dies wäre ein Kompromiss, zum konstruierten Bedürfnis zu Hause von der Familie gepflegt zu werden, welches sich auch aus dem implizierten Carevertrag ableitet. Damit könnte zumindest das Ziel, die Versorgung zu Hause zu gewährleisten, erreicht werden, wenn auch in

der Beratung deutlich gemacht wird, dass die Pflege und Betreuung nicht von Familienangehörigen geleistet werden können.

In der Beratung PS04_Z3_a wird, wie im Bedürfnisfeld Wohnen deutlich wurde, konkret darauf verzichtet, ein stationäres Setting in Erwägung zu ziehen. Gleichzeitig verdeutlicht die Tochter im Gespräch die Belastung, die durch das selbst pflegen und versorgen entsteht:

I: [...]klar mein Bruder lebt noch hier im zu Hause er versucht noch mit was einzufangen, ich versuche noch was einzufangen, es ist halt schwierig ja für uns beiden die Berufstätigen ist es wirklich manchmal //sehr schwierig (.) ich habe, genau // (PS04_Z3_a, Pos. 178)

Dennoch bezieht sie mit Verweis auf ein Verantwortungsgefühl gegenüber den Eltern die klare Position, dass die Kinder diese Situation, wie hoch die pflegerischen Versorgungsnotwendigkeiten auch werden, übernehmen:

I Nein, bei uns zum Glück nicht weil ich denk mir mal, wir alle Kinder, dies, die waren schon all die Jahre da und haben uns alle groß gezogen und jetzt sind wir jetzt an der Reihe die zu pflegen, auch wenn er jetzt pflegerisch wär mhm (verneinend) (PS04_Z3_a, Pos. 136)

Sie rahmt es sogar als „Glück“, dass die Option der stationären Versorgung nicht besteht bzw. in Erwägung gezogen wird.

Auch wird das ‚selbst pflegen‘ kulturell begründet und es wird auf Sanktionierungen hingewiesen, die durch weitere Bekannte oder Familienmitglieder drohen:

K: Also ich habe in meinem Bekanntenkreis niemanden, aber ich glaube gerade das auch wir Türken, das ist ja peinlich her zu gehen ich muss meine Mutter irgendwie unterbringen verstehen Sie? Das ist ja eigentlich eigentlich ich glaube meine Familie würde mich anspucken, wenn sie das mitkriegen würden, das ich hier sitze und das ernsthaft bespreche, weil ich müsste eigentlich eine Lösung finden egal wie. (PS01_Z3_a, Pos. 114)

Der Verweis auf die Norm des selbst Pflegens wird hoch bewertet und die damit einhergehende Verantwortung, an die individuellen Sorgearrangements verwiesen. Das „egal wie“ deutet in diesem Zusammenhang an, dass der implizierte Carevertrag nicht nur auf individueller Ebene angesiedelt ist, sondern gleichzeitig auf einen gesellschaftlichen Diskurs verweist, der individuell bearbeitet werden muss. Für die Lösungssuche dieses Konfliktes, der sich für sie daraus ergibt, nutzt die ratsuchende Tochter die Pflegeberatung.

7.2.5. Selbstfürsorge

Selbstfürsorge wird in den Beratungen mit dem Ziel der Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen als Bedürfnis konstruiert. Gleichzeitig wird hierbei ein hohes Maß an Kontrolle darüber in der individuellen Situation durch die beratenden Personen konstruiert, was als Entlastung und auch wie viel Selbstfürsorge implementiert wird. Für die Ratsuchenden ist dies dagegen häufig mit dem Konflikt verbunden, zeitliche Ressourcen, die in der Beratung häufig als knapp dargestellt werden, entsprechend für Selbstfürsorge einzuplanen.

In einer Beratung formuliert es eine beratende Person provokativ, mit Bezug auf den implizierten Carevertrag:

B: [...] und jeder hat (..) hat sicher eine Aufgabe im Leben aber vor allen Dingen geht es auch mal darum die eigene Person wertzuschätzen (.) und zu schauen wie ich als Person noch ein Stück Lebensqualität auch habe (.) ich will ja noch nicht einmal Lebendfreude sagen, Lebensqualität (.) und wenn ich ihnen in die Augen gucke sehe ich davon nichts (..) sie tun mir wirklich leid (....) und es kann nicht die Lösung sein dass sie sich hier als (unv.) als Lösungs/ als Lö/ Erlöser oder Erlösende als Lösungsfinderin der Eltern verstehen und ihr eigenes Leben irgendwo in eine kleine Schachtel packen das damit ist niemandem gedient (..) weil ihr eigenes Leben, sie brauchen, sie sind wahrscheinlich erwerbstätig (PS10_Z1_a, Pos. 210)

Hier wird die Verantwortung gegenüber den pflegebedürftigen Eltern ins Verhältnis zur Verantwortung für sich selbst durch die beratende Person in den Fokus gerückt. Selbstfürsorge wird durch die beratende Person als Verpflichtung gerahmt, die andeutet, dass das Leben in den Zeiten der Versorgung der Eltern, kein „eigenes Leben ist“, sondern dass dieses in dieser Versorgungszeit in eine „Schachtel gepackt“ wird. Lebensqualität und Lebensfreude, sind aus Sicht der beratenden Person kaum damit vereinbar, umfangreich in die Sorgetätigkeiten eingebunden zu sein. Die pflegende Tochter widerspricht und stellt ihre eigene Perspektive dagegen: „wenn es beiden gut geht, geht es uns auch gut“ (PS10_Z1_a, Pos. 409). Sie spricht hier im Plural, da sie sich auch auf ihren Bruder bezieht. Etwas später räumt die sorgende Tochter ein:

I: Das hat eine Freundin von mir mir auch gesagt (unv.) das ist die
bürden dir zu viel auf (PS10_Z1_a, Pos. 411)

Der Bezug zum implizierten Carevertrag wird über diese Aussage besonders deutlich. Hier werden mit „Sie“ die Eltern adressiert, wobei im Gespräch die Erwartungen der Eltern nicht thematisiert werden, sondern nur die Rahmung, die die Tochter an diesen Stellen setzt, wenn es um die Frage geht, was gebraucht wird. Hier zeigt sich also eine Verantwortung für die pflegebedürftigen Eltern als impliziert und die beratende Person setzt im Gespräch die Verantwortung für das „Selbst“ der Ratsuchenden entgegen:

B: Aber in dem Zustand halten sie es keine siebzehn Jahre durch (..) das geht gar nicht (..) das heißt sie haben auch Verantwortung für ihre eigene Person (.) für ihre eigene Familie (.) (PS10_Z1_a, Pos. 290)

In einem anderen Beratungsgespräch geht es ebenfalls um diese Art der Argumentation in der Beratung, wie sie im letzten Auszug angedeutet wurde. Die beratende Person verweist auf eine häufige Begründung in der Beratung, dass nur bei ausreichender Selbstfürsorge, längerfristig die Pflegesituation in der Häuslichkeit aufrechterhalten werden kann, da bei Ausfall der pflegenden Angehörigen oft keine Alternative zur professionellen Versorgung gegeben ist:

B: Ja das ist schon klar aber sie verändern das ja jetzt nicht plötzlich, aber wenn es irgendwie halt sein muss dann müssen sie halt gucken und sie müssen auch bei sich bleiben und sie müssen auch nach sich gucken, weil wenn sie es nicht mehr können, wenn sie nämlich dann nur noch rotieren (PS01_Z3_a, Pos. 430)

Das Argument bleibt angedeutet und wird von der ratsuchenden Tochter direkt als Szenario mit den realen Bedingungen ihres Sorgealltags bearbeitet:

K: Wissen sie das ist z. B. auch meine Sorge jetzt stellen sie sich mal vor ich z. B. letztes Jahr zweimal im Krankenhaus ja stellen sie sich vor ich müsste eine Woche ins Krankenhaus müssen, warum auch immer ja was ist mit ihr dann? Der bringe ich jeden Tag das Essen ich hole sie ab zum Einkaufen ich ruf fünfmal an ob zu fragen, ob alles in Ordnung ist, was würde dann passieren? (PS01_Z3_a, Pos. 431)

Sie weicht damit der Frage nach Selbstfürsorge im Alltag aus und stellt die Frage nach einem alternativen Versorgungsplan, sollte sie in der Versorgung ausfallen, auch um ihre Not und Sorge an die beratende Person zu vermitteln.

Das beschriebene Argument des Nicht-ausfallen-Dürfens wird auch deutlich in der Beratung PS05_Z1_a genutzt, als das Thema aufkommt, dass die pflegende Ehefrau nachts aufsteht, um ihrem pflegebedürftigen Ehemann beim Wasserlassen zu unterstützen:

B: Aber wenn sie jedes Mal, wenn ihr Mann sagt: oh Toilette, und sie springen ja, werden sie irgendwann keine Kraft mehr haben. (PS05_Z1_a, Pos. 223)

Die Argumentation zeigt sich in den Beratungen als gängiges Argument für das konstruierte Bedürfnis der Selbstsorge der pflegenden Angehörigen. Als weiteres Argument wird die Gesundheit und notwendige Behandlungen der pflegenden Angehörigen als Begründung für die Konstruktion der Selbstfürsorge aufgeführt. In der Beratung PS04_Z3_a wird durch die Tochter

eingebraucht, dass sich die pflegende Ehefrau nicht in notwendige ärztliche Behandlung begibt oder diese verzögert, mit dem Verweis auf die Versorgung ihres pflegebedürftigen Ehemannes: „[...] Aber auf Dauer kann meine Mutter das nicht machen, weil meine Mutter auch körperlich angeschlagen ist, Rückenschmerzen hat und sie ist selbst krank hat Herzrhythmusstörungen [...]“ (PS04_Z3_a, Pos. 54)

Das Bedürfnis der Selbstfürsorge wird hier einerseits als Entlastung konstruiert, damit sich die pflegende Mutter die Möglichkeit bekommt, sich auch um ihre eigenen gesundheitlichen Belange zu kümmern, andererseits wird damit auch eine Begrenzung der Versorgungsmöglichkeit aufgezeigt, durch die Formulierung, dass die Mutter das auf Dauer nicht mehr machen kann. Weiter wird über diese Begrenzung im Rahmen der Beratung nicht mehr gesprochen, sondern es werden daraus nur das Entlastungsargument abgeleitet und Bedürfnisbefriedigungen konstruiert, wie dass die pflegende Ehefrau es liebt, „[...] in den Garten zu gehen, mal im Garten runzubuddeln, [...]“ (PS04_Z3_a, Pos. 54). Früher sei der nun pflegebedürftige Ehemann mit ihr zum Garten gegangen, aber seit er stärker eingeschränkt ist, will er nicht mehr dorthin, da es dort keine Frischwasserversorgung und sanitäre Anlagen gibt.

7.2.6. Handlungssicherheit

Handlungssicherheit wird in den Beratungen mit einer hohen Kontrolle über die Versorgung und einer mittleren Entlastung konstruiert. Im Falle der Erhöhung von Handlungssicherheit, ergibt sich für die Ratsuchenden ein stärkeres Gefühl von Kontrolle der Versorgungssituation, wie es in PS01_Z3_a beschrieben wird:

K: Wenn ich nur wüsste, wissen sie, wie was wäre, wenn, dann wenn ich einen Plan B habe, wo ich sage, wenn das kommt, dann mach ich das und wenn das, dann mach ich das, aber ich kann nicht einfach in den Tag hineinleben und sagen ah ja dann schauen wir mal, also das geht auch nicht, ich muss eine gewisse Sicherheit haben was mache ich, wenn dann bin auch schön ruhiger.

B: Aber sie haben ja jetzt von mir gehört, es gibt ganz viele Möglichkeiten, es ist nicht so, dass sie ganz alleine damit fertig werden müssen, das müssen sie nicht. Es gibt viele Einrichtungen, die wirklich sehr sehr nett sind und auch ihre Mama gut versorgen. (PS01_Z3_a Pos. 595–596)

Die Formulierung, dass ein Plan B gebraucht wird und wenn sie wüsste „was wäre wenn“ zeigt die Unsicherheit im Alltag mit der Demenzerkrankung auf und verweist auf die Notwendigkeiten der Versorgung und einer Kontrolle möglicher Entwicklungen im Verhalten der Mutter. Die Beratung an sich, der Austausch mit der Beraterin über Möglichkeiten bei Verschlechterung bietet diese Handlungssicherheit. Durch die Aussage der beratenden Person wird verdeutlicht, dass dies in den Passagen vor dem Satz thematisiert wurde und Strategien und verschiedene Szenarien / Pläne erarbeitet wurden, auch mit der Variante stationäres Wohnen als eine Möglichkeit der zukünftigen Versorgung.

An vielen Stellen wird über ein Mehr an Wissen der beratenden Personen über die Leistungen der Pflegeversicherung oder auch über Erfahrungen und Kenntnisse von Nachbarschaftsangeboten bzw. Angeboten im sozialen Nahraum versucht, Handlungsstrategien und damit Sicherheit mit der häufig

belasteten Versorgungssituation herzustellen, ähnlich, wie es im Auszug PS01_Z3_a deutlich wurde.

So wird in PS03_Z1_a über die Beratung zur Pflegeeinstufung erreicht, dass Sicherheit darüber konstruiert wird, ob die Pflegekasse bzw. der MDK eine adäquate Pflegeeinstufung vorgenommen hat:

B: Ja, deswegen wir sind auf einen wesentlich höheren Hilfebedarf gekommen, wir hatten ungefähr überlegt 140 Min könnte der Hilfebedarf in etwa sein. Das würde aber einer Pflegestufe 2 entsprechen, wenn sie sagen im Gutachten hat er jetzt nur die Pflegestufe 1 bekommen, dann würden wir uns jetzt das Gutachten nochmal zusammen anschauen und würden gucken ob alles berücksichtigt wurde oder ob etwas fehlt und ob wir ggf. Widerspruch einlegen können, dass er doch die Pflegestufe 2 bekommt (PS03_Z1_a, Pos. 15)

Die Beraterin fasst hier zusammen, was bereits im Vorfeld besprochen wurde. Sie zeigt auf, dass über das gemeinsame Ausfüllen des Pflegetagebuchs ein anderer Hilfebedarf mit der beratenden Person ermittelt wurde und dieser nun mit der durchgeführten Begutachtung verglichen werden soll. Das konstruierte Bedürfnis der Handlungssicherheit bezieht sich auf die Frage, ob ein Widerspruch gegenüber der Pflegekasse angegangen werden kann (sollte). Es geht also auch um eine Kontrolle der Arbeit des medizinischen Dienstes.

In PS 04_Z3_a wird die Beratung in Anspruch genommen, noch bevor ein Antrag auf Pflege gestellt wird:

I Also er hat keine Pflegestufe, wir haben noch nichts beantragt, wie ich es ihnen ja auch gesagt habe. Ich wollte auf sie [warten A.Z.] (PS04_Z3_a, Pos. 28)

Um hier Handlungssicherheit zu bekommen, wartet die ratsuchende Tochter auf die Beratung, zur Klärung, wie dieser Antrag am besten gestellt werden sollte. In dieser Beratung geht es vor allem, um die Frage des Umbaus des Badezimmers, als Erleichterung des Pflegealltages, aber es wird auch der Blick auf die zukünftige Versorgung geworfen, und wie sich der Zustand des Vaters entwickeln und welche Konsequenzen sich darüber für die pflegenden Angehörigen ergeben könnte. Auch hier wird das Bedürfnis der Handlungssicherheit in der Beratung generiert.

In beiden Auszügen geht es um die finanzielle Unterstützung der Familie, welche einen größeren Handlungsspielraum und eine größere Handlungssicherheit bedeutet, wenn mehr finanzielle Möglichkeiten aufgezeigt werden. Den Badumbau, den sich die Familie in PS04_Z3_a wünscht, kann diese sich finanziell nur mit Unterstützung leisten, sodass hier die Abhängigkeit, der von der Finanzunterstützung der Pflegekasse gesichert werden soll und auch eine Handlungssicherheit gegenüber der Kasse, durch die Beratung bei der Antragsstellung hergestellt wird. Im Auszug der PS03_Z1_a ist die Motivation ähnlich, eine höhere Pflegestufe bedeutet in erster Linie mehr finanzielle Mittel zur Ausgestaltung der Pflegesituation und somit eine Erweiterung des Handlungsspielraums.

Im Beratungsgespräch PS05 wird das thematisch, aber nicht sehr deutlich. Je komplexer die Situation (wie in diesem Fall), desto stärker müsste dieser Wunsch bestehen, da vieles zusammenkommt, was koordiniert werden muss. In PS05_Z1_a beschreibt die beratende Person: „Also wir haben ein ganzes

Paket heute“ (PSo5_Z1_a, Pos. 4) und bezieht sich damit auf die zu klärenden Themen in der Beratung. Auch hier äußert der ratsuchende Sohn immer mal wieder im Gespräch den Wunsch, bestimmte Themen zu besprechen, und dies hat häufig Bezug zur Finanzierung der Pflegesituation. Darüber zeigt sich auch in diesem Gespräch und in der komplexen Pflegesituation das Bedürfnis der Handlungssicherheit, insbesondere zu finanziellen Fragen und im Umgang mit den entsprechenden Sozialen Welten der Ämter und der Kranken- und Pflegekasse, welche für finanzielle Fragen adressiert werden.

Herstellen von Handlungssicherheit über die Reflexion und Einordnung von Verantwortung:

B: Aber letzten Endes sind sie diejenige die ganz allein mit dieser Situation ist Frau K. sie müssen sich jetzt vielleicht ist es nicht ganz einfach gleich sich davon zu befreien aber da müssen wir alle hinkommen, wenn wir von Verantwortung sprechen und sie übernehmen Verantwortung sie sitzen hier deshalb weil sie Verantwortung haben und übernehmen und sich sorgen um ihre Mama machen und sie wollen sie am besten versorgen und die beste mögliche Fürsorge und Versorgung ihr ermöglichen. Das ist erstmal ihre Motivation damit sitzen sie hier und kein anderer und wenn irgendjemand das Gefühl hat sie machen was falsch dieses Gefühl können sie niemanden wegnehmen jeder wird so denken wie er wird und jeder wird das auch verurteilen beurteilen da haben sie keinen Einfluss wenn sie es allen anderen recht machen wollen dann werden die sich ungerecht. Also sie müssen schon auch gucken und bei sich bleiben, verstehen sie? (PSo1_Z3_a, Pos. 392)

7.3. Zusammenfassung

In beiden Bedürfnisfeldern werden Bedürfnisse und auch Bedürfnisbefriedigungen konstruiert. Im Bedürfnisfeld Wohnen, wird über verschiedene Positionierungen vorwiegend konstruiert, das ‚Zuhausewohnen‘ möglichst langfristig zu sichern. Es stellt in diesem Sinne eine Grundorientierung in der Beratung dar, zu der alle anderen Fragen, der Versorgung relationiert werden. Diese Grundorientierung wird sowohl von den ratsuchenden und beratenden Personen weitgehend geteilt. Es gibt hierzu ebenfalls Hinweise, dass auch die pflegebedürftigen Personen selbst ein Wohnen zu Hause bevorzugen. Dies wird in den Beratungen konstruiert:

B: Und sie sind froh, dass ihr Mann wieder zu Hause ist?

I₂: Ja nach Hause! Oh mein Haus! Meine Frau. (PS05_Z1_a, Pos. 193-194)

In diesem Auszug fragt die beratende Person nach, wie die pflegende Ehefrau die Situation einschätzt. Diese antwortet mit der Perspektive ihres pflegebedürftigen Mannes, dass dieser froh ist in seinem Haus, bei seiner Frau zu sein. Auch das Eingangszitat, welches zur Einführung in das Bedürfnisfeld Wohnen aufgenommen wurde, verweist darauf, dass der pflegebedürftige Vater zu Hause versorgt werden möchte:

Klient: Ich denke jeder von uns will zu Hause bleiben (PS02_Z1_a Pos. 615)

Die eben zitierten Beratungsgespräche finden überwiegend deswegen statt, weil eine Versorgung in der Häuslichkeit bestehen soll. Die Wohnung und das Wohnumfeld werden dadurch zu wichtigen Bezugspunkten in den Beratungsgesprächen, zu denen Fragen der Versorgung und der Pflege relationiert werden.

Im Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag wurde vor allem das Verantwortungsgefühl der pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Gestaltung der Versorgung sichtbar. Insbesondere über die Äußerung „dieses permanente schlecht Gewissen“ (PS01_Z3_a, Pos. 448), welches mit einer anderen Belegstelle bereits in das Bedürfnisfeld einführte. Dieser implizierte Carevertrag nimmt Einfluss auf die Konstruktion von Bedürfnissen in der Beratung. Auch hier werden Bedingungen der Versorgung zu diesem implizierten Carevertrag in verschiedenen Positionen relationiert betrachtet. So werden unterstützende Maßnahmen (wie Sozialhilfe in PS04_Z3_a) oder Versorgungsformen (wie stationäre Versorgung in PS02_Z1_a und PS01_Z3_a sowie PS04_Z3_a) mit einem Verweis auf dieses Verantwortungsgefühl abgelehnt und teilweise auch große Bemühungen der sorgenden Angehörigen unternommen, um diesem gerecht zu werden.

Diese beiden Bedürfnisfelder haben trotz der analytischen Trennung in den Ausführungen Überschneidungen. So ist das Verantwortungsgefühl, welches im implizierter Carevertrag beschrieben wird, nicht denkbar ohne einen Verweis auf die Versorgung zu Hause. Auch überschneiden sich die Fragen der Finanzierung der Versorgung eng mit denen des Wohnraumes, wie insbesondere in PS10_Z1_a deutlich wurde. Es zeichnet sich ab, dass das Thema Demenzerkrankung in beiden Beratungsgesprächen (PS01_Z1_a und PS10_Z1_a) große Herausforderungen mit sich bringt. In der Frage des Wohnraumes, geht es insbesondere um die Umgebung, aber auch den Wohnraum

an sich. Beide Aspekte bringen mit der Demenzerkrankung Fragen der Orientierungsfähigkeit und Entscheidungen von Begrenzung und Sicherung mit sich. Diese Erkrankung zeigt sich aber auch besonders einflussreich auf die Fragen zum implizierten Carevertrag, wie diese in PS01_Z3_a deutlich wurden. Hierzu stellen sich ebenfalls besondere Herausforderungen, die sich mit den Fragen des Wohnraumes verschränken und die Leistbarkeit der Versorgung durch die Angehörigen an Grenzen bringen, was dazu führt, dass das Verpflichtungsgefühl im Zusammenhang mit dem implizierten Carevertrag konfliktuell wird. Konflikte können darüber mit den Versorgungsvorstellungen der Angehörigen kollidieren und die Bindung aneinander, durch die familiäre Alltagswelt zeigt sich selbst als eigene Arena. Die Form der Verantwortung, wie sie im implizierten Carevertrag sichtbar wird, lässt sich nur über die Bindung von Menschen aneinander erreichen und zeigt auch Erwartungen und damit Konfliktpotenzial auf. Im Beratungsgespräch PS01_Z3_a wird dieses sichtbar, wenn die sorgende Tochter von dem Verhalten Ihrer Schwester berichtet:

K: Im Endeffekt hält sich einfach jeder raus. Meine Schwester wohnt in (Ort). und der habe mal eine SMS geschrieben vor lauter Panik, weil ich nicht mehr wusste, was ich machen sollte, also der Kontakt ist zwischen uns beiden leider eben nicht mehr da, und da habe ich noch nicht mal eine Antwort darauf gekriegt also stehe ich da jeder denkt sich mach doch (PS01_Z3_a, Pos. 379)

Die sorgende Tochter konstruiert hier ihre Schwester mit einer vermeidenden Tendenz, sowohl der demenzerkrankten Mutter gegenüber als auch der ratsuchenden, sorgenden Tochter gegenüber. Das gleiche Verhalten beschreibt die ratsuchende Tochter in der Beratung erneut, als sie von der

Krebserkrankung des Vaters vor einigen Jahren spricht (PS01_Z3_a, Pos. 605). Damit gibt die ratsuchende Tochter Hinweise auf ihre Erwartungen gegenüber der Schwester und es wird die Frage von Reziprozität der Belastung in der Beratung offenkundig. Diese Konflikte können in der Beratung nicht abschließend bearbeitet werden. Die beratende Person in dieser Beratung weist darauf, dass nur das eigene Verhalten beeinflussbar ist und bringt, das Bild des Mobiles ein, auf welches bereits in Kapitel 6 eingegangen wurde.

8 Konstruktion und Aushandlung von Bedürfnissen im Beratungsdreieck – Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden soll nun noch einmal ein konkreter Bezug zu den eingangs ausgeführten Fragestellungen dieser Forschung hergestellt werden. Die Ergebnisse der Kapitel 5 bis 7 werden einerseits zueinander und andererseits zu den theoretischen Bezügen von Bedürfnissen und Pflegeberatung ins Verhältnis gesetzt.

Die in der Einleitung eingeführten Fragestellungen befassen sich damit, wie Bedürfnisse von den an der Pflegeberatung beteiligten Personen in der Beratung konstruiert und ausgehandelt werden. Hierbei geht es einerseits um die Bedürfniskonstruktionen und andererseits um die Konstruktionen der Bedürfnisbefriedigungen und darum, wie diese in der Beratung hergestellt werden. Dieser Frage wird resümierend in Kapitel 8.1 nachgegangen und sie wird insbesondere zu den theoretischen Bedürfnisbezügen ins Verhältnis gesetzt.

Der zweite Teil der Fragestellung bezieht sich auf die Bedeutung der Machtbeziehung im Prozess der Beratung und darauf, welchen Einfluss sie auf die Aushandlung einnimmt. Dieser Aspekt wird in Kapitel 8.2 aufgegriffen und das Spannungsverhältnis der Beratungssituation resümierend betrachtet.

Nach der Betrachtung der Limitationen dieser Arbeit und weiterer Forschungsdesiderate soll abschließend noch die Bedeutung der Ergebnisse für die Pflegeberatung hervorgehoben werden.

8.1. Zur Bedeutung der Relevanzstrukturen der beratenden Personen

Eingeführt wurde in das Thema Bedürfnisse über eine Auswahl an theoretischen Bezügen einschließlich ihrer Bedeutung, die auf ihre Tauglichkeit zur Analyse hin diskutiert und entsprechend ausgeführt wurden. Hierzu wurde u. a. die Unterscheidung herausgearbeitet, dass eine theoretische Annäherung an Bedürfnisse sich einerseits an begrenzenden Bedürfnistheorien orientieren kann, welche festgeschriebene Grundbedürfnisse als Bezugspunkt anbieten, und andererseits auch an ökonomischen Bedürfnistheorien, welche eher Wunsch und Bedürfnis gleichsetzen und auf Basis der Tauschlogik agieren.

Mit Nancy Fraser wurde aufgezeigt, dass sich Interpretationen von Bedürfnissen in gesetzlich geregelten Bedarfen wiederfinden, deren ungleichheitsgenerierende Wirkung ausgeführt wurde. Die Auseinandersetzung mit diesen theoretischen Überlegungen und dem SGB XI konnte diese ungleichheitsgenerierende Wirkung bestätigen und konkret benennen. Der Bedürfnisbegriff bleibt dadurch weiterhin unscharf und wurde in Kapitel 3.4 resümierend als polymorph bezeichnet. Zudem wurde festgestellt, dass ein Bezug zu einer bestehenden Bedürfnisdefinition für diese Forschung als nicht sinnvoll erachtet wird, da sich aus dem empirischen Material keine Bedürfnisse der an der Pflegeberatung Beteiligten rekonstruieren lassen. Diese sind, wie es Mägdefrau beschreibt, als „(...) hypothetische Konstrukte (...) nicht direkt

beobachtbar (...)“ (2007, S. 94). Daher wurde bewusst auf normative Implikationen eines Bedürfnisbegriffes, z. B. im Sinne von Grundbedürfnissen, verzichtet. Stattdessen wurde auf Nancy Fraser rekurriert, die zwischen einer dialogisch-partizipativen Bedürfnisinterpretation im Sinne einer ko-produktiven Aushandlung in den Beratungen und einem monologisch-administrativen Prozess der Bedürfnisdefinition unterscheidet (vgl. Fraser 1994, S. 240).

Wie die weiteren Ausführungen zeigen konnten, sind die Bedürfnisse verschleiert – durch die Beziehungen, durch gesellschaftliche Diskurse sowie durch überlagernde Erfahrungen und die aktuellen Lebensverhältnisse. Daher wurde der Begriff der konstruierten Bedürfnisse für die Empirie eingeführt. Anhand der Bedürfnisfelder wurden die zentralen Themen der Beratung aufgezeigt und die Relationierung der beiden Bedürfnisfelder ‚Wohnen‘ und ‚implizierter Carevertrag‘ über die Positionierungen der an den Beratungen Beteiligten dargelegt. Die Beratungen haben dialogische Momente, in denen Bedürfnisse konstruiert und ausgehandelt werden. In den Beratungen finden sich aber auch Momente, in denen monologisch Bedürfnisbefriedigungen abgeleitet werden, entweder aus einem bestehenden Portfolio der beratenden Personen oder aus den gesetzlichen Leistungen des SGB XI. In beiden Bedürfnisfeldern wurden solche monologisch-administrativen Prozesse deutlich, indem aufgezeigt wurde, dass eine Orientierung an den Sozialgesetzgebungen oder auch Begutachtungen durch die beratenden Personen gefolgt wurde. Die monologisch-administrativen Prozesse haben sich eher auf die Bedürfnisbefriedigungen konzentriert und die interpretierten Bedarfe aus den gesetzlichen Regelungen abgeleitet oder daran angelehnt. Hier zeigte sich keine Unterscheidung bezüglich der Bedürfnisfelder, die thematischen Äußerungen waren in diesem Sinne kaum relevant. Hierbei ging es stärker um die Haltung und Orientierung der beratenden Personen an Bedarfen, Aufträgen oder der eigenen Expertenstellung.

So zeigt sich bei dem in allen Beratungen präsenten Thema der Entlastung, auf welches in den Beratungsgesprächen immer wieder Bezug genommen wird, dass diese von den beratenden Personen recht einfach monologisch auf die vorhandenen bedürfnisbefriedigenden Angebote der Pflegeversicherung oder auch aus dem sozialen Nahraum übertragen werden können. Die monologische Abarbeitung der Bedürfnisbefriedigungen werden vor allem dann ermöglicht, wenn keine Verknüpfung mit der Biografie oder (emotionalen) Alltagsberichten stattfindet. Hierbei kann recht formalisiert und über Bedarfe und den Leistungskatalog der Pflegeversicherung gesprochen werden. Besonders deutlich wird das in den Beratungen PS03_Z1_a und auch in PS02_Z1_a. Hier werden an vielen Stellen monologische Bedürfnisbefriedigungen für ein durch die beratenden Personen angenommenes Bedürfnis dargelegt. Auffällig ist, dass die Bedürfnisse nicht thematisch und somit von beiden Seiten konstruiert werden, sondern durch beratende Personen Bedürfnisse monologisch gesetzt werden, ohne diese Deutung auszusprechen oder zur Disposition zu stellen. In PS03_Z1_a werden emotionale Andockversuche der Ratsuchenden nur kurz kommentiert und dann wieder in die formale Beratung zurückgewechselt. In den Beratungen, in den die emotionalen Äußerungen zugelassen werden, ist eine monologische Bedürfnisbefriedigung in dem vorliegenden Sample nicht mehr umgesetzt worden, wohl aber in der Beratung PS10_Z1_a eine expertokratische Situationsdeutung, in der über die Selbstdarstellung der beratenden Person Bedürfnisbefriedigungen konstruiert wurden, die nicht dialogisch ausgehandelt, sondern aus der beraterischen Expertise gedeutet wurden. Ein Abgleich mit der ratsuchenden Tochter in dieser Beratung fand kaum statt, es wurde eher versucht, von der Situationsdeutung zu überzeugen und Widerstand der Ratsuchenden gegen diese Deutung wurde abgewertet.

Deutlich wird, wie es in Kapitel 3.3 beschrieben wurde, dass sich auch auf der konkreten Ebene der Beratung zeigt, was Fraser über die grundlegende Interpretation von Bedürfnissen formuliert (Fraser 1994, S. 253). Die Vorannahmen der beratenden Personen werden in den Beratungen darüber sichtbar, dass sie dazu führen, dass keine dialogische Aushandlung um Bedürfnisse eröffnet wird, sondern naturalisiert und unhinterfragt Bedürfnisse der Ratsuchenden (hier sowohl der pflegebedürftigen Personen als auch der sorgenden An- und Zugehörigen) angenommen oder einseitig von den Professionellen definiert werden und in der Beratung als Grundlage dienen, die nicht offengelegt wird. An diesen Stellen wird in den Beratungen ausschließlich nach Standardbefriedigungen von Bedürfnissen, die über Bedarfe abgedeckt werden können, geschaut und eine Individualisierung findet nur statt, wenn Protest der Ratsuchenden daran deutlich und durch die Beratenden angenommen wird.

Die hier als eher monologisch eingeordneten Beratungen sind nicht stringent monologisch, weder im Sinne des expertokratischen Vorgehens (insbesondere PS10_Z1_a) noch in dem monologischen Verweis auf den Leistungskatalog (insbesondere PS03_Z1_a). In allen Beratungen finden sich auch dialogische Aspekte der Konstruktion und Aushandlungen von Bedürfnissen und deren Bedürfnisbefriedigungen, allerdings unterschiedlich ausgeprägt. Einen Hinweis bieten hier u. a. die Machtproben, welche in den Verlaufsbeschreibungen der Beratungen in Kapitel 6 aufgezeigt wurden.

Im Bedürfnisfeld ‚Wohnen‘ wird besonders über die vielfältigen Strategien der Ratsuchenden deutlich das Wohnen als wichtiger Versorgungs- und Lebensmittelpunkt verhandelt. In einigen Fragen, wie der Position ‚kein Umzug‘, werden in den Beratungen teilweise deutlichere Aussagen getroffen, die die beratenden Personen stärker dazu bringen, in Aushandlungen

einzutreten. Sehr deutlich wird dies bei der Position, ‚kein Pflegeheim‘: Hier wird von den Ratsuchenden und auch den pflegebedürftigen Menschen in einem Teil der Beratungen ein Auftreten gezeigt, welches verdeutlicht, dass über andere Themen verhandelt werden muss, da diese Option ausgeschlossen wird.

Die Aussage von Negt und Kluge, dass es nicht genügt, Bedürfnisse zu haben, sondern diese auch sprachlich ausgedrückt werden müssen, habe ich im Anschluss an diese Autor*innen als „Ausdrucksvermögen“ beschrieben (vgl. Negt und Kluge 1992, S. 32). Dieses Ausdrucksvermögen zeigt die Abhängigkeit der Ratsuchenden in diesem Sinne auf, da oft keine ausreichend klare Vorstellung von Möglichkeiten und Grenzen sowie von Angeboten besteht, um eine klare Bedürfnisäußerung zu treffen. Thiersch beschreibt es aus der Perspektive der beratenden Personen:

„Wenn man davon ausgehen muss, dass Selbstverständnis und Selbstinterpretation die eigenen Schwierigkeiten und Bedürfnisse nicht unmittelbar artikulieren, sondern auch durch Rationalisierungen und Veränderungen durch im Lauf des Lebens erworbene Abwehrmechanismen verbergen, dann erweist sich die Behauptung, man solle nur von den Problemen, die präsentiert werden, ausgehen, als naiv (...)“ (Thiersch 2015, S. 278).

Ratsuchende sind in diesem Sinne auf die Übersetzungsleistung und Vermittlung der beratenden Personen angewiesen. In den dialogischen Aushandlungssequenzen wurde dies sichtbar als Suchbewegungen – im Sinne von Annäherungen an Bedürfnisse und bestimmte Unterstützungsmöglichkeiten sowie im Sinne einer abwartenden Haltung der Beratenden auf die Reaktion

der Ratsuchenden, ob eine Deutung in die richtige Richtung geht oder eine Ablehnung geäußert würde. In den monologischen und expertokratischen Sequenzen haben die beratenden Personen fast ausschließlich die Befriedigungen der angenommenen Bedürfnisse in den Blick genommen und diese kaum abgeglichen, sondern als Lösungsvorschläge, häufig nah am Leistungskatalog des SGB XI, in den Raum gestellt. Bei einer ablehnenden Äußerung der Ratsuchenden wurde entweder versucht, zu überzeugen, oder neutrale Vor- und Nachteile aufzuzeigen. Auch wurde hier in mehreren Beratungen auf therapeutische Angebote als Lösungsweg hingewiesen (PS10_Z1_a sowie PS04_Z3_a). Das heißt, neben der Tendenz, die Interpretation der individuellen Bedürfnisse administrativ im Sinne der gesetzlichen Leistungen des SGB XI zu übersetzen (vgl. Fraser 1994, S. 237), zeigte sich in den monologischen Sequenzen auch die Tendenz, Bedürfnisse als therapeutische Angelegenheiten (vgl. Fraser 1994, S. 237) einzuordnen, an entsprechende Stellen zu verweisen und so dem juristischen, administrativen und therapeutischen Management (vgl. Fraser 1994, S. 240) zuzuordnen. Dies führt dazu, dass die sich stellenden Herausforderungen in der Versorgung von pflegebedürftigen Personen, die (geschlechter-)politischen und politisch-ökonomischen Problemstellungen als individuelle psychologische Probleme der Ratsuchenden adressiert werden (vgl. Fraser 1994, S. 239).

Deutlich wird als Konsequenz daraus, dass es einer reflexiven Haltung der beratenden Personen bedarf, um diese politischen Probleme zwar auf der individuellen Ebene mit den Ratsuchenden der Pflegeberatung zu bearbeiten, um kurz- und mittelfristig Unterstützungs- und Entlastungsangebote zu erarbeiten. Gleichzeitig braucht es aber auch die politische Arbeit an den Verhältnissen.

„Die Veränderung von einer Versorgungs- und Betreuungsperspektive, die sich wesentlich aus der Sicht der Experten speiste und durch diese definiert wurde, hin zu einer Beteiligungsperspektive, die Altenhilfe als Aushandlungsgeschehen zwischen den Bedürfnissen und Bedarfen alter Menschen, ihrer sozialen Netze und den Leistungserbringern definiert, ist weiterzuentwickeln“ (Hoppe 2021, S. 54).

Diese Weiterentwicklung ist auch auf politischer Ebene notwendig und bedarf innerhalb der Mikroebene der Beratungen einer reflexiven Haltung der Beratenden, um gesellschaftliche Problem- und Aufgabenstellungen nicht zu individualisieren. Gleichzeitig kann sie mit Negt und Kluge (1992) im besten Fall dazu beitragen, dass auch die Bedürfnisse der Ratsuchenden, die in den Beratungen in der Regel nicht politisch ausgedrückt werden, eine Verallgemeinerung erfahren, indem das Eigeninteresse und dessen Formulierung auch bei anderen wiedererkannt wird, woraus ein Selbstbewusstsein der Ratsuchenden erwachsen kann und ein erweitertes Ausdrucksvermögen entsteht (vgl. Negt und Kluge 1992, S. 32). In einigen Beratungen werden auch Selbsthilfegruppen oder Gruppen pflegender Angehöriger erwähnt und vorgeschlagen. Die Teilnahme an eben solchen hat das Potenzial, als oppositionelle Diskurse (vgl. Fraser 1994, S. 264–265) die konkreten Bedürfnisse zu politisieren, wenn darüber Verallgemeinerungen und ein erweitertes Ausdrucksvermögen (vgl. Negt und Kluge 1992, S. 32) entstehen. Ein kleines Beispiel für eine Aktion im Sinne eines oppositionellen Diskurses konnte in der Beratung PS10_Z1_a deutlich werden, in welchem die Ratsuchende aufgrund der Wohnungsnot ihrer Eltern mit politischen Akteuren in Kontakt getreten ist. Sie hatte keine Mitstreitenden, die ihre verallgemeinerte Position gestützt hätten, und beschrieb die Aktion als Misserfolg, da keine Reaktion durch die politischen Akteure erfolgte. Auch die beratende Person zeigte hier eher eine abwertende Haltung ihrem Vorgehen gegenüber. Dabei sind die

Weiterentwicklung und das Weitertragen dieser Verallgemeinerungen reflexiver Teil der professionellen Arbeit in Pflegestützpunkten, oder sollten es zumindest sein. Über die von Fraser postulierten Expert*innendiskurse (vgl. Fraser 1994, S. 268) können auch diese individuelleren, aber verallgemeinerbaren Bedürfnisse der Zielgruppe weiter politisiert und darüber unterstützt werden.

8.2. Das Spannungsfeld von Autonomie und Interdependenz

Die Frage nach der Bedeutung der Machtbeziehungen im Aushandlungsdreieck (Abbildung 5) wurde in Kapitel 5 und 6 in den Blick genommen. Hier wurde einerseits differenziert aufgezeigt, wie die Beratungen mit Blick auf die Machtverhältnisse verlaufen sind, und andererseits, wie vielfältig die Aushandlungsthemen und vermittelt auch die Aushandlungspartner*innen sind. In der übergeordneten Map zu den sozialen Welten und Arenen sind diese sichtbar geworden und wurden im Kapitel 5 in ihrer Vielschichtigkeit und Bedeutung für die Beratung dargestellt. Vertiefend verdeutlichte das darauffolgende Kapitel 6 die Abhängigkeiten, die in den Pflegeberatungen dieses Samples zum Tragen kamen.

Die Situation Pflege zu bewältigen, schafft Abhängigkeiten und stellt Menschen, die sorgen, vor vielfältige Herausforderungen. Stärker wird die Abhängigkeit deutlich für die Personengruppe, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen ist. Die „(...) Annahme einer grundlegenden zwischenmenschlichen Interdependenz steht dem vorherrschenden Ideal der Autonomie entgegen und ist daher negativ besetzt“ (Brückner, 2018, S. 213). Wo möglich, wurde daher im empirischen Material versucht, Autonomie zu stärken

und Abhängigkeiten zu reduzieren, beispielsweise durch entlastende Maßnahmen wie Besuchsdienste, die in PS04_Z3_a oder in PS01_Z3_a thematisch wurden. Aber auch durch administrative Abhängigkeiten wie die Möglichkeit, Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen, wurde sich in den Beratungen distanziert, wie in PS 04_Z3_a thematisiert.

Das Verhältnis der pflegebedürftigen Menschen zu ihren An- und Zugehörigen ist stark von Abhängigkeiten geprägt. Das Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag ist ein Ausdruck der Beziehungsgeschichte zwischen den pflegebedürftigen Menschen und ihren sorgenden Angehörigen, insbesondere den Kindern. Weniger impliziert wurde dies auch als Sorgeverpflichtung in einer Partnerschaft wahrgenommen, was sich an ausgewählten Beispielen aus dem Material zeigen ließ (PS05_Z1_a und PS04_Z3_a). Die aktuelle (Sorge-)Beziehung war in familiären Sorgestrukturen gleichzeitig auch eingebunden in die gewachsenen Beziehungsgefüge der Generationen. Dies konnte insbesondere anhand der Beratung PS01_Z3_a verdeutlicht werden, in welcher die sorgende Tochter auch von Schuld an der Situation der Demenz sprach, die die pflegebedürftige Mutter trägt. In dieser Beratung insgesamt und an diesem Beispiel wurde deutlich, wie belastet diese familiären Sorgebeziehungen sein können. Es erfordert hier, wie Brückner (2004) beschreibt, eine

„(...) Beziehungsarbeit, deren Gelingen individuell und sozial bedingt ist. Es bedarf nicht nur eines inneren Raumes zur Ermöglichung und Verarbeitung von Gefühlen, sondern ebenso äußerer Räume, materieller und zeitlicher Ressourcen“ (Brückner 2004, S. 16).

In dem eben genannten empirischen Beispiel nutzte die sorgende Tochter den Raum der Pflegeberatung auch als Raum für Beziehungsarbeit und

entlastete sich darüber emotional. Auf der anderen Seite zeigt sich die Abhängigkeit der pflegebedürftigen Menschen von den An- und Zugehörigen, indem Erstere darauf angewiesen sind, dass sie versorgt werden und sich andere Menschen kümmern und sie unterstützen, um den Alltag zu bewältigen. Dies wurde vielfältig im empirischen Material deutlich. Diese starke Angewiesenheit für die pflegebedürftigen Menschen wird insbesondere in den Positionen ‚kein Umzug‘ im Bedürfnisfeld Wohnen oder ‚stationäre Pflege‘ im Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag deutlich. Hier wurden die Ablehnungen der vollstationären Versorgung aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen konstruiert, was verdeutlicht, dass die Angewiesenheit sorgender An- und Zugehöriger gegeben sein muss, um eine häusliche Versorgung überhaupt zu ermöglichen. Wingenfeld (2003) stellt hierzu fest, dass

„das Bewusstsein der Abhängigkeit von fremder Hilfe das Lebensgefühl [prägt A.Z.], d. h. die Abhängigkeit von Einrichtungen oder Personen, deren Handlungsweise und Verlässlichkeit vom Hilfebedürftigen nur sehr begrenzt gesteuert werden kann“ (Wingenfeld 2003, S. 15–16).

Im empirischen Material konnte dies rekonstruiert werden. Wie bereits in Kapitel 6 beschrieben, zeigt sich nur geringe Sichtbarkeit der pflegebedürftigen Menschen im empirischen Material und diese Sichtbarkeit wird fast ausschließlich über Widerstand, insbesondere gegen vollstationäre Pflege, deutlich. Wobei hier nicht die Bedingungen oder die Gründe für eine Ablehnung in die Aushandlung zwischen den aktiv an der Beratung beteiligten Personen in den Fokus gerückt wurden, sondern ausschließlich die Konsequenzen, die dieser wirkmächtige Widerstand gegen eine Versorgungsform für die An- und Zugehörigen und das Sorgearrangement mit sich brachte. Hier konnte

insbesondere die Konstruktion der pflegebedürftigen Menschen im empirischen Material als bedeutsam rekonstruiert werden. Sie werden wie eben beschrieben in ihrem Widerstand sichtbar. Ansonsten werden sie als vulnerabel, beaufsichtigungspflichtig oder als Belastung für die sorgenden An- und Zugehörigen konstruiert, um entlastende Maßnahmen in der Aushandlung um die Bedürfnisbefriedigungen zu fordern. Clarke (2012) fasst dies als Repräsentation auf, mit dem Ziel, für andere mächtigere Beteiligte an der Aushandlung eine Aufgabe zu erfüllen (vgl. Clarke 2012, S. 87). Die Pflegeberatung stellt also Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf in ihren Fokus, zeigt aber – in der Auswahl dieses Samples – keine Form von deren aktiver Beteiligung an den Aushandlungen um ihre Bedürfniskonstruktionen. An dieser Stelle soll nicht bestritten werden, dass eine Beteiligung von Menschen schwieriger ist, die aufgrund von Krankheit und Morbidität in ihren Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind, aber es ist auffällig, dass in keiner der hier dargestellten Beratungen (insbesondere in den beiden, in denen pflegebedürftige Menschen anwesend waren) der Versuch unternommen wurde, sie aktiv nach eigenen Wünschen zu fragen oder sie in Situationsdeutungen einzubeziehen. Dabei existieren Hilfsmittel zur „Unterstützten Kommunikation“ (Jacobi 2020), wenn die Sprachfähigkeit eingeschränkt ist:

„Mit der Unterstützten Kommunikation (UK) existiert seit den 1980er Jahren ein Fachgebiet, das ergänzende und ersetzende Kommunikationsformen für nicht und kaum sprechende Menschen zur Aufrechterhaltung und Entwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen zum Gegenstand hat, erforscht und entwickelt, um ihnen Kommunikation und damit ein soziales Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen“ (Jacobi 2020, S. 137).

In keiner der Beratungen des vorliegenden Samples wurde die Beteiligung der pflegebedürftigen Personen selbst überhaupt in Erwägung gezogen oder thematisiert, inwieweit eine Beteiligung sinnvoll und möglich ist. Auch in den beiden Hausbesuchen (PS04_Z3_a und PS05_Z1_a) fand keine Kommunikation der Beratenden mit den pflege- und unterstützungsbedürftigen Personen statt. Es erfolgten ausschließlich die Konstruktionen, in der Regel zu den eigenen Bedingungen und nicht zu den Bedingungen der pflegebedürftigen Personen, durch die An- und Zugehörigen und teilweise (z. B. deutlich in PS10_Z1_a) durch die Beratenden. Das zeigt, obwohl die Pflegeberatung eine Leistung in erster Linie für pflegebedürftigen Menschen darstellt – „Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung (...)“ (SGB XI – Soziale Pflegeversicherung nach dem PSG III inkl. „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII, 7. Kapitel) 2017, S. 31) –, dass in der Praxis diese Adressierung nicht stattfindet. In den Beratungen der vorliegenden Studie wurden ausschließlich die An- und Zugehörigen adressiert und beraten. Fraser beschreibt hierzu treffend, dass institutionalisierte Interpretationsmuster, in diesem Falle, wer die Adressat*innen der Beratung sind, „zeigen, wie kulturell hegemoniale Bedeutungssysteme dauerhaft stabilisiert und reproduziert werden“ (Fraser 1994, S. 240). Die Tatsache, dass die Ratsuchenden, die also die Beratungsstelle aufsuchen oder um einen Hausbesuch bitten, in der Regel An- und Zugehörige sind, führt in diesem Sinne dazu, dass diese auch als Auftraggeber*innen und Adressat*innen der Beratung wahrgenommen werden. Die Adressierung der An- und Zugehörigen schließt auch die soziale Pflegeversicherung in ihren gesetzlichen Rahmungen nicht aus und sie sind auch mit Angeboten der Entlastung beispielsweise in der bereits beschriebenen „Doppelrolle“ (Schütte-Bäumner 2016, S. 707) Adressat*innen der Pflegeberatung. Sie wurden auch im empirischen Material häufig mit Angeboten adressiert und sind berechtigt auch mit

ihren Bedürfnissen an den Aushandlungen beteiligt. Diese sind in diesem Sample vielfältig gewesen, wie insbesondere die beiden Bedürfnisfelder aufzeigen konnten. Ein Einbezug der Perspektiven der pflegebedürftigen Menschen blieb hier aus. Eine mögliche Interpretation ist, dass diese pflegebedürftigen Personen in den Beratungen selbst kaum bis nicht einbezogen wurden und eher für die Zwecke der An- und Zugehörigen (und zeitweise auch für die beratenden Personen) konstruiert werden, weil die Wahrnehmung der komplexen Situation vereinfacht wurde. So wurden Vorannahmen und Perspektivverengungen vorgenommen, die dazu führen, dass die pflegebedürftigen Personen „(...) primär als Kranke oder Pflegebedürftige gesehen werden und andere Dimensionen der Person in den Hintergrund rücken“ (Nestmann et al. 2012, S. 44). Diese Form der Subjektivierung (vgl. Fraser 1994, S. 254) führte zu einer sehr eingeschränkten Perspektive auf die pflegebedürftigen Menschen, deren Persönlichkeiten stark in den Hintergrund traten und kaum Beachtung in den Beratungen erfuhren, sie wurden nahezu ausschließlich als hilfebedürftig und Belastung für pflegende Angehörige konstruiert.

Becker (2008)⁶⁴ hat in ihrer Arbeit darauf hingewiesen, dass Pflegende in ihrer Untersuchung einen reduzierten Subjektstatus einnehmen und ihre Bedürfnisse vernachlässigt werden, da die pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt aller Untersuchungen und Beratungsangebote stünden. Diese Erkenntnis kann die hier vorliegende Studie nicht bestätigen. Eher im Gegenteil zeigt sich zwar ein Fokus in den Beratungsthemen auch auf die pflegebedürftigen Menschen, in der Konsequenz wurden darüber aber die

⁶⁴ Becker 2008 arbeitet in ihrer Studie aus einer queer-femistischen Perspektive Formen der Diskriminierung heraus, welche sie in Binaritäten überträgt (ebd.: Kap. 3) und greift dabei sowohl Normierungen als auch Normalisierungen und den reduzierten Subjektstatus der Pflegenden auf.

Bedürfniskonstruktionen der pflegenden Angehörigen bearbeitet und die pflegebedürftigen Menschen wurden nur impliziert eingebunden und ausschließlich in der Rolle als pflegebedürftig wahrgenommen.

Dagegen wurden den ‚sorgenden An- und Zugehörigen‘, die ebenfalls als implizierte Akteure herausgearbeitet wurden, hier noch eingeschränkte Möglichkeiten der Beteiligung zuerkannt. Sie wurden zeitweise auch explizit angesprochen und nach Meinungen und Situationsdeutungen gefragt, wobei diesen in den zwei hier eingebundenen Beratungen wenig Relevanz für die Fortführung der Beratung zuerkannt wurde und so ihre Einschätzungen der Situationen keine Wirkmächtigkeit erhielten. In der Beratung PSo5_Z1_a wurde zwar die versorgende Ehefrau gefragt, ob sie mit der Situation zurechtkomme und es dem pflegebedürftigen Mann gut mit der Versorgung gehe. Ihre Bestätigung allein reichte aber nicht aus, es wurde zusätzlich die Rückversicherung beim ‚vermittelnden An- und Zugehörigen‘ (dem Sohn) erbeten und darüber hinaus auch der Pflegedienst aufgefordert, eine Einschätzung abzugeben. Zusätzlich hat die beratende Person auch ihre eigene Einschätzung zum Versorgungszustand in der Beratung eingebracht. Hier fand also eine sehr eingeschränkte Kompetenzzuschreibung der sorgenden Angehörigen statt. In der zweiten Beratung (PSo4_Z3_a) fand einerseits die Ansprache der versorgenden Ehefrau durch die beratende Person nur an wenigen Stellen statt und andererseits wurde insbesondere durch die vermittelnde An- und Zugehörige (Tochter) kaum übersetzt und eher eigene Deutungen der Situation in der Beratung thematisiert. Anders als die pflegebedürftigen Personen konnten die sorgenden An- und Zugehörigen eine weitere Möglichkeit finden, sich in der Beratung zu positionieren, nämlich als Gastgeberinnen, die darüber versuchten, die eingeschränkte Subjektivierung auszugleichen. Hier veränderten aktiv die versorgenden An- und Zugehörigen ihre Rolle, was

insbesondere „(...) auf eine kurzfristige Nivellierung der Machtasymmetrie zwischen Expert*innen und Pflegelai*innen zielt“ (Marr und Zein 2023, S. 230).

8.3. Limitationen der Arbeit

Was diese Forschungsarbeit nicht leistet und auch nicht leisten will, ist es, eine konkrete Liste mit Bedürfnissen herzustellen, die in der Pflegeberatung relevant sind oder sein könnten. Hier wurde bewusst kein Versuch unternommen, konkret auf Personen zugeschnittene Bedürfnisse zu eruieren, was auch in dem Kapitel 3.4 sowie in den Ergebnissen deutlich wurde. Der Begriff der konstruierten Bedürfnisse steht hier für eine Konstruktionsleistung, die subjektiv mit meinen forscherschen Deutungen und Interpretationen von Äußerungen aus dem empirischen Material verbunden ist. Die Darstellung von Bedürfnisfeldern fokussiert an dieser Stelle stärker eine Relevanz von Themen, die unterschiedlich gewichtet und mit sehr verschiedenen Bedürfnissen mit Bezug zu diesen beiden Feldern dargestellt ist, eine Vereindeutigung wurde bewusst nicht vorgenommen, um nicht den Anschein zu erwecken, dass pauschal von bestimmten Bedürfnissen in der Pflegeberatung ausgegangen werden kann. Hier stelle ich die dialogische Aushandlung als Ziel des Umganges mit Bedürfnissen in den Vordergrund.

Diese Studie basiert auf einem Sample von sechs Beratungen. Diese Auswahl ist nicht repräsentativ für die Beratungen der Pflegestützpunkte in Hessen und Rheinland-Pfalz und hat auch nicht den Anspruch darauf, alle Facetten der Beratungstätigkeiten abzubilden. Zudem bezieht sich das Sample auf eine gesetzliche Grundlage, die bereits durch gesetzliche Novellierungen überholt ist. Nach Beginn der Studie hat sich die soziale Pflegeversicherung

weiterentwickelt und reformiert, sodass andere gesetzliche Rahmenbedingungen galten, als das empirische Material entstand (insbesondere 2015 bis 2017). Insbesondere ist hier das PSG III zu nennen und die Erarbeitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit den entsprechenden Umsetzungen im Begutachtungsassessment, worauf u. a. Rixen hinweist:

„Im neuen Pflegeversicherungsrecht geht es um den Grad der Selbstständigkeit (im Einzelnen §§ 14, 15 SGB XI), der im Hinblick auf sechs Bereiche (Module) anhand eines aufwändigen Begutachtungsinstruments ermittelt wird (§ 14 Abs. 2 SGB XI): Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (Rixen 2020, S. 320).

Aber auch Pflegeberater*innen müssen sich hier immer wieder auf neue Gegebenheiten einstellen und weiterbilden. Durch diese Änderungen und Anpassungen hat sich auch die Pflegeberatung in diesem Feld angepasst und verändert. Dennoch kann die vorliegende Studie aufzeigen, welche Komplexitäten in der Pflegeberatung abgebildet werden. Die daraus erwachsenden Herausforderungen für die beratenden Personen und die familiäre Lebenswelt der Ratsuchenden sind vielfältig und bleiben auch bei gesetzlichen Veränderungen Teil der Pflegeberatungen. Durch die geringere Anzahl an Beratungen kann eher noch von einer größeren Komplexität ausgegangen werden. Auch die Frage des Umganges mit Bedürfnissen, wie diese Studie als Kern aufwirft, bleibt von gesetzlichen Veränderungen nahezu unberührt und kann auch über die Pflegeberatung hinaus Hinweise dazu geben, wie in

Beratungen zu komplexen Lebenslagen Aushandlungen gestaltet werden können.

Es ist unbenommen, dass meine eigene Rolle als Forscherin einen spezifischen Blick auf das Forschungsfeld sowie auf die methodischen wie methodologischen Implikationen mit sich bringt, die einen Einfluss auf die Bearbeitung der Fragestellung haben. Insbesondere auch die grundsätzliche Perspektive der Sozialen Arbeit auf dieses Feld, welches ebenso von Professionellen der Pflegewissenschaft frequentiert ist, zeigt einen bewusst gewählten, aber auch begrenzenden Zuschnitt. Wie in der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis üblich, hat meine Person als Forscherin – als „personal-ganzheitliches Subjekt und engagierter Protagonist (leib-körperlich, mit einer Lebensgeschichte, familiären u. a. Zugehörigkeiten und Bindungen, mit Interessen, Motivationen etc.) im Kontext der sozialwissenschaftlichen Erkenntnis-Generierung“ (Breuer et al. 2019, S. 84) einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Fragestellung an sich, aber auch auf die Perspektive und Form der Bearbeitung der Forschungsfrage. Auch die hier zur Anwendung gelangte Situationsanalyse als methodische und methodologische Orientierung zeigt auf, dass das durch Forschung generierte Wissen situiert ist: Es gilt

„(...) ein Augenmerk auf die situierte Produktion von Daten und Ergebnissen sowie deren komplexe Verschränkungen zu richten. Wissensproduktionen sind also mit der Standortgebundenheit in der Genese von Forschungsbefunden und damit wiederum auch der eigenen Beteiligung der Forscher*innen an der Produktion von (Herrschafts-)Wissen verwoben“ (Gauditz et al. 2023a, 5).

Diese Art der Auswertung und des Umgangs mit Daten zeigt auch Grenzen, auf einen hervorstechenden Punkt möchte ich hier eingehen. Die unterschiedliche Gewichtung in der Auswertung einiger Beratungsgespräche aus dem empirischen Sample entstand vorrangig durch die Art der Beratung. So kommen insbesondere die Beratungen PS₀₃-Z₁_a und PS₀₂-Z₁_a weniger vor, da in den Beratungen wenig Raum für lebensweltliche Äußerungen hergestellt wurden, sodass Positionierungen darüber weniger in den Bedürfnisfeldern abgebildet werden konnten. Dies bedeutet aber nicht, dass hier keine Bezüge zur Thematik des Wohnens oder zum implizierten Carevertrag hergestellt werden, sondern nur, dass diese nicht über die aufgezeichneten Beratungsgespräche abgebildet werden können. Dies hängt hauptsächlich mit der Art der Beratung zusammen. Insbesondere in PS₀₃-Z₁_a finden sich kaum lebensweltliche Anhaltspunkte und die Hauptberatungsthematik wird anhand des Pflegegutachtens behandelt. Die beratende Person lässt sich kaum auf lebensweltliche Äußerungen ein und wenn, dann verweist sie an andere Stellen. Dies erschwert den Einbezug dieser Beratungen in die Auswertung zu den Bedürfnissen. Der Einbezug dieser Beratung ins empirische Sample war dennoch bewusst gewählt, um dies konkreter zu untersuchen und ggf. genau diese Feststellung und Grenzen dieser Auswertung auch aufzeigen zu können. Jede Wahl der Datenaufnahme hat ihre Konsequenzen. Für diese Beratungen konnte die vorliegende Auswertung wenige Erkenntnisse generieren, was bedeutet, dass es entweder einen anderen Fokus benötigt hätte, oder aber eine andere Erhebungsmethode sinnvoller sein könnte, um aus diesem Setting weitere Informationen über die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen und des pflegebedürftigen Ehemannes zu gewinnen. Dennoch sind diese Beratungen gewinnbringend gewesen und zeigen eine Beratungsvielfalt auf, die auch dieses Sampling bereichert hat, was an diversen Stellen dieser Forschung auch deutlich wird.

Diese Bearbeitung der Fragestellung des Themenfeldes der Bedürfnisse in der Pflegeberatung lässt über diese Arbeit hinaus auch offene Stellen sichtbar werden und weist auf weitere Forschungsdesiderate hin. So zeigen die ausgewählten empirischen Daten zwar nahe an den realen Bedingungen, wie Pflegeberatung durchgeführt werden.⁶⁵ Die Intentionen der Ratsuchenden und der beratenden Personen konnten darüber aber nicht konkret abgebildet werden. Auch treten die hier als implizierte Akteure gelesenen Personen (pflegebedürftige Personen und sorgende An- und Zugehörigen) in den Beratungen zu wenig oder gar nicht in Erscheinung, um Aussagen über sie zu verifizieren. Dadurch konnte zwar deren Impliziertheit rekonstruiert, aber diese nicht aufgehoben werden. Persönliche Interviews (soweit möglich) hätten hier voraussichtlich weitere Hinweise auf die eigenen Bedingungen des Handelns und der Bedürfnisse ermöglicht, was als ein Forschungsdesiderat festgehalten werden kann.

Auch kann keine Aussage über die Wirkung der Pflegeberatung auf die Soziale Welt der Ratsuchenden über den Beratungszeitraum hinaus getätigt werden. Fragen, ob die Beratung von An- und Zugehörigen dazu führen kann, dass Ratsuchende z. B. ein stärkeres Verständnis für Ansprüche und Rechte entwickeln oder ein Gefühl von Unterstützung durch die Beratung entsteht, welche das „Ausdrucksvermögen“ (Negt und Kluge 1992, S. 32) beeinflussen, und sich so auch die häusliche Situation verändern könnte, kann die vorliegende Forschung nicht beantworten. Machtgewinn gegenüber den Behörden oder der Pflegekasse könnte die Folge sein und auch die konkrete Situation in der Rechtfertigung gegenüber weiteren Angehörigen oder den pflegebedürftigen Personen ist denkbar. Aber auch ein veränderter Blick der

⁶⁵ Zur Begrenzung der realen Darstellung und zum Einfluss des Aufnahmegerätes habe ich mich an verschiedenen Stellen dieser Arbeit geäußert, u. a. in Kapitel 5.5.

Angehörigen auf die pflegebedürftigen Personen wäre eine mögliche Wirkung der Pflegeberatung. Diese Fragen bleiben mit der vorliegenden Forschung offen, stellen aber Möglichkeiten des Anschlusses her, wie diese und weitere Fragen weiterentwickelt und die Komplexität der Lebenssituation, Pflege und Versorgung weiter erhellt werden könnten.

8.4. Implikationen für die Pflegeberatung aus der Perspektive der Sozialen Arbeit

Die abschließende Diskussion hat noch einmal zusammengefasst, welche zentralen Erkenntnisse diese Studie erarbeitet hat, und diese mit den theoretischen Kapiteln verbunden. Abschließend soll nun noch eine Verbindung zu den beratungstheoretischen Aufschlägen (insbesondere Kapitel 2.2) hergestellt und auf relevante Erkenntnisse und daraus resultierende Konsequenzen für die Pflegeberatung eingegangen werden.

Pflegeberatung, das sollte an diesem Punkt deutlich geworden sein, stellt eine komplexe Herausforderung für professionell Beratende dar, die vielfältigen Ansprüchen ausgesetzt ist. In Kapitel 2 wurden diese Grundlagen ausgearbeitet und die facettenreichen Aspekte professioneller Pflegeberatung in den Blick genommen. Hier wurden Bezüge zur gesundheitsbezogenen Beratung, zur Sozialberatung, zu einem Beratungsverständnis als Intervention und als soziale Dienstleistung hergestellt und diskutiert. Viele der dort bereits diskutierten Ansätze weisen auf Herausforderungen hin, die sich im empirischen Material bestätigt haben. So zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen der Aufklärung und Information über Sozialleistungen, einschließlich der Anlehnung an den Leistungskatalog im SGB XI und des Einbezugs der individuellen Sorgesituation in allen empirischen Beispielen. Es wurde deutlich, dass

die subjektiven Relevanzstrukturen der Beratenden hier entscheidend sind. Lassen die beratenden Personen kaum Raum für individuelle Lebensbezüge und emotionale Äußerungen, wie in den Beratungen PS02_Z1_a und PS03_Z1_a, so sind Versuche der Ratsuchenden, diese dennoch einzubringen, in diesem Sample gescheitert. Wenn emotionale und alltagsweltliche Bezüge durch die beratenden Personen zugelassen werden, zeigen sich intensivere Beratungen, die auf verschiedenen Ebenen Aneignungsprozesse der Ratsuchenden zu befördern scheinen. Deutlich wurde dies insbesondere in PS01_Z3_a, in welchem auch Lernprozesse aus Erfahrungen in der Beratung berücksichtigt wurden, da ein Raum für die ratsuchende Tochter eröffnet wurde, diese einzubringen. Das Zulassen von emotionalen und alltagsweltlichen Äußerungen hat Auswirkungen auf den Umfang der Beratungen, welche im vorliegenden Sample länger andauerten und auch – wie in PS01_Z3_a – dazu führten, dass die ratsuchende Tochter die Beratung mehr als einmal in Anspruch nahm. In Bezug auf die personellen und zeitlichen Ressourcen, die auch in Pflegestützpunkten begrenzt sind, wie in Kapitel 2.1 aufgegriffen wurde, stellt dies ein Dilemma in der Beratungsarbeit dar und der Umfang des Einbezugs von alltagsweltlichen und emotionalen Äußerungen in der Beratung wird zur reflexiven Aufgabe der Berater*innen. Die Konsequenz, die sich aus einem nahezu vollständigen Ausschluss dieser Themen entsteht, zeigte sich insbesondere in PS03_Z1_a darin, dass der „Gebrauchswert“ (Oelerich und Schaarschuch 2005b, S. 81) der Pflegeberatung für die Ratsuchenden wie auch für die pflegebedürftigen Menschen stark eingeschränkt wurde. Der Fokus auf Sozialleistungen nach dem SGB XI ist ein verkürztes Verständnis von Pflegeberatung, welches auch den persönlichen Bewältigungsanstrengungen von familiären Alltagswelten sowie deren Lebensumständen nicht gerecht werden kann.

Wenn über die Soziale Dienstleistungstheorie (Oelerich und Schaar-schuch 2005b) deutlich wird, dass die eigentlichen Produzent*innen die Nutzenden der Beratung sind, zeigt sich neben der verpflichtenden Berücksichtigung der lebensweltlichen und emotionalen Themen sowie des Bewältigungshandelns der Ratsuchenden eine zentrale Aufgabe der Berater*innen darin, den Einbezug der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen in die Aushandlung und Konstruktion der Bedürfnisse und Bedürfnisbefriedigungen herzustellen. Ziel ist es, dass die Ko-Produktion, im Sinne der Konstruktion von Bedürfnissen und Bedürfnisbefriedigungen, nicht nur die aktiv Beteiligten an der Beratung einbezieht, sondern die vulnerable Gruppe der hier im Sample als implizierte Akteure erarbeiteten Personen, die in großer Abhängigkeit in Sorgesituationen bisher eher ausgeblendet werden.

Das bedeutet ausdrücklich nicht, dass die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen nicht berücksichtigt werden sollen oder nachrangig sind, denn „(...) gute Pflege [ist A.Z.] schwerlich möglich (...) in einer Situation, die den Pflegenden, seien sie bezahlt oder unbezahlt, keinen Raum für eigene Bedürfnisse lässt“ (Senghaas-Knobloch 2008, S. 237). Die Ausführungen dieser Studie konnten aufzeigen, dass die konstruierten Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen über die beiden Bedürfnisfelder transparent werden, allerdings unterschiedlich starke Berücksichtigung in den Beratungen erfuhren. Hier zeigt sich ein Potenzial der Reflexivität bei den Beratenden, was die Berücksichtigung und den Einbezug der Ratsuchenden angeht.

Als wesentlich wurde auch ein machtkritischer Umgang der Beratenden mit der eigenen Position in den Beratungen erarbeitet. So konnte insbesondere gezeigt werden, dass zusätzliche Aufgaben zur Pflegeberatung Konsequenzen für die Beratungen haben. Wenn über Berichte („Sozialbericht“ PS05_Z1_a) und Stellungnahmen (PS10_Z1_a) kontrollierende und

entscheidende Aufgaben an Berater*innen übertragen werden, hat das unabhängig von einer tatsächlichen Gewichtung in Entscheidungsprozessen einen deutlichen Einfluss auf die Beratungen. Ob nun ein durch Ratsuchende angenommener oder tatsächlicher Einfluss auf Entscheidungen besteht, die die Ratsuchenden betreffen, ist dabei – das konnte diese Studie zeigen – irrelevant. Er verhindert einen offenen Austausch und verstärkt die Abhängigkeit der Ratsuchenden in diesen Beratungen. Dewe (2004) beschreibt u. a. eine Freiwilligkeit der Teilnahme an Beratungen als wesentliche Rahmenbedingung für Beratung (vgl. Dewe 2004, S. 133). In der Grundanlage der Pflegeberatung bestehen diese Rahmenbedingungen der Freiwilligkeit, allerdings wurden in den realen Bedingungen und Anlagen der Pflegeberatungen in Pflegestützpunkten weitere Aufgaben an die Beratenden delegiert, welche in zwei von sechs Beratungen des Samples sichtbar wurden und die Beratungen zumindest über weite Teile der Gespräche stark beeinflusst und eine dialogische Aushandlung von Bedürfniskonstruktionen verhindert haben.

Darüber wird deutlich, dass es für die Pflegeberatung Rahmenbedingungen benötigt, die zumindest Räume eröffnen, in denen Berater*innen ihre Rollen reflektieren können, um die Konsequenzen auf die Beratungen einzuschätzen. In den Pflegeberatungsrichtlinien von 2018 und auch von 2020 ist vorgesehen, dass Pflegeberater*innen regelmäßig ihre erbrachten Pflegeberatungen z. B. in Form von kollegialen Fallbesprechungen oder Supervisionen im Sinne einer Qualitätssicherung evaluieren. Darüber sollen Zufriedenheit der Ratsuchenden, die Nutzung der Netzwerke sowie die Informationsweitergabe mit einer Perspektive auf Effektivität und Effizienz bewertet werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2020, S. 16). Eine Auseinandersetzung mit den eigenen Aufgaben und Machtaspekten in den Beratungen ist nicht vorgesehen, sollte aber den vorliegenden Ergebnissen zufolge in der Praxis dringend berücksichtigt werden. Auch weil in „den Prozess des Fallverstehens (...) implizit

Normen, Werte, Menschenbilder sowie praktische Vorstellungen guten Lebens ein[fließen A.Z.], deren Maßstäbe unter dem Druck alltäglichen Handelns selten reflektiert werden“ (Schrödter 2014, S. 454). Im Falle der Pflegeberatungen gehen hierin nicht nur Vorstellungen guten Lebens, sondern auch Vorstellungen guten Pflegens sowie guter An- und Zugehöriger mit auf, die ebenfalls Räume der Reflexion benötigen, um erkannt zu werden.

„Oft übersehen wird auch die Kolonisierung des Beratungsgeschehens durch selbstverständliche Wissensbehauptungen, in denen die zu Beratenden durch Vorannahmen und von fachlich gestützten ‚Ideen‘ geleitete Fragen und Interpretationen kategorisiert werden. Diese ‚Ideen‘ gilt es, ins Bewusstsein zu bringen – im Hinblick darauf, wer davon profitiert, wer davon benachteiligt wird und woher die Vorannahmen kommen –, um reflexiv(er) mit der Macht umzugehen, die sich durch Legitimiertheit des Wissens durchsetzt“ (Schulze et al. 2018a, S. 13).

Diese Kolonialisierung des Beratungsgeschehens ist auch in dem vorliegenden Sample (PS10_Z1_a) aufgetreten und wurde an mehreren Stellen in der Auswertung aufgenommen. Die Wirkung dieser Deutungsmacht der professionellen Berater*innen gefährdet eine dialogische Aushandlung von Bedürfniskonstruktionen, wie es in Kapitel 8.1 ausgeführt wurde.

Neben der Ebene der konkreten Reflexion benötigt es auch eine (daraus resultierende) veränderte Haltung gegenüber den Ratsuchenden sowie pflegebedürftigen Menschen, die eine Zuordnung von Wünschen und Bedürfniskonstruktionen in der dialogischen Aushandlung auf einerseits die pflegenden Zu- und Angehörigen und andererseits die pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt. „Eine zusätzliche Herausforderung dabei ist, kultursensibel zu

agieren ohne gleichzeitig zu ethnisieren oder diskriminieren“ (Engert und Zein 2023, S. 92). Im Wesentlichen geht es um eine Nutzungsperspektive in der Pflegeberatung, die die Aushandlung als Ko-Produktion versteht, in welcher die Beratenden an einem bestimmten Punkt der Aushandlung innerhalb der familiären Welt der Ratsuchenden eingebunden werden (vgl. Kapitel 6.4.3) und sich als Unterstützung und Begleitung von Aneignungsprozessen im Sinne der Bewältigung individueller Care-Arrangements verstehen. Den Gebrauchswert von Pflegeberatung aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen in den Fokus zu rücken, verändert (nicht nur) die Haltung der Beratenden.

„Aus dieser Perspektive wären professionelle Situationen und Prozesse ganz neu auszurichten und es würde sich die Frage stellen, wie die Nutzer*innen in ihrem Aneignungshandeln zu unterstützen sind und welche professionellen Rahmen hier hilfreich wären“ (Hanses 2012, S. 48).

Diese Perspektive und angepassten Beratungsprozesse müssten sich dann sowohl auf die ratsuchenden An- und Zugehörigen als auch auf die häufig abwesenden pflegebedürftigen Menschen beziehen und beide in die Aushandlungen einbeziehen.

Literaturverzeichnis

Abplanalp, Esther; Cruceli, Salvatore; Disler, Stephanie (2020): Beraten in der sozialen Arbeit. Eine Verortung zentraler Beratungsanforderungen. Stuttgart: UTB.

Altenberichtscommission (BMFSFJ) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Hg. v. Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode (Drucksache 17/3815). Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/77898/bt-drucksache-sechster-altenbericht-data.pdf>.

Altgeld, Thomas; Bittlingmayer, Uwe H. (2017): Verwirklichungschancen / Capabilities. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/verwirklichungschancen-capabilities/>, zuletzt aktualisiert 2017.

Ansen, Harald (2000): Soziale Beratung im Grundriss. Online verfügbar unter https://dvsg.org/uploads/media/SozialeBeratungAnsen_04.pdf.

Apitzsch, Ursula; Schmidbaur, Marianne (2010): Care und Reproduktion. Einleitung. In: Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbaur (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen: Budrich, S. 11–22.

BAGSO - Bundesarbeitsgemeinschaft der -Seniorenorganisationen e.V. (Hg.): Mehr Mitbestimmung in der Pflege. Online verfügbar unter <https://www.bagso.de/themen/pflege/qualitaet/mehr-mitbestimmung/>.

Baierl, Marion (2014): §7a SGB XI Pflegeberatung. Fassung vom 28.05.2008, gültig ab 01.07.2008. In: Ernst Hauck, Rainer Schlegel und Thomas Voelzke (Hg.): juris PraxisKommentar SGB/juris Praxiskommentar SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Saarbrücken: Juris Saarbrücken (juris Kommentare, 1), S. 52–68.

Becker, Regina (2008): Beratung von pflegenden Angehörigen. Eine queer-feministische Diskursanalyse. Kassel: Kassel Univ. Press (Kasseler gerontologische Schriften, 45).

Becker-Schmidt, Regina (1989): Frauen und Deklassierung. Geschlecht und Klasse. In: Ursula Beer (Hg.): Klasse Geschlecht. Feministische Gesellschaftsanalyse und Wissenschaftskritik. 2., durchges. Aufl. Bielefeld: AJZ-Verl. (Forum Frauenforschung, 1), S. 187–235.

Behrendt, Siegfried; Pfitzner, Ralf; Kreibich, Rolf; Hornschild, Kurt (1998): Innovationen zur Nachhaltigkeit. Ökologische Aspekte der Informations- und Kommunikationstechniken. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer eBook Collection Business and Economics).

Behrens, Britta (2011): Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick, Strategie, Praxis. Oldenburg: BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ (Schriftenreihe des Interdisziplinären Zentrums für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM) an der Carl-von-Ossietzky-Universität

Oldenburg, 55). Online verfügbar unter <http://oops.uni-oldenburg.de/volltexte/2011/1194/pdf/behint11.pdf>.

Beushausen, Jürgen (2016): Beratung lernen - Zusatzmaterial. Online verfügbar unter www.utb-shop.de/downloads/dl/file/id/1328/zusatzmaterialien.pdf.

Bierhoff, Burkhard (2016): Dienstbare Bedürfnisse und ihre Veränderbarkeit. In: Burkhard Bierhoff (Hg.): Konsumismus. Kritik einer Lebensform. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS (essentials), S. 17–20.

BIVA e.V. 2014 (Hg.) (2010): Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Online verfügbar unter <https://www.biva.de/dokumente/broschueren/EU-Charta-der-Rechte-u-Pflichten-aelterer-hilfe-u-pflegebeduerftiger-Menschen.pdf>.

Blumer, Herbert (2004): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus [1980]. In: Jörg Strübing und Bernt Schnettler (Hg.): Methodologie interpretativer Sozialforschung. Stuttgart: UTB, S. 321–388.

BMFSFJ Altenberichtscommission (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. und Stellungnahme der Bundesregierung. Hg. v. Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode (Drucksache 18/10210). Online verfügbar unter <https://www.siebter-alt-enbericht.de/>.

Bogner, Artur (1989): Zivilisation und Rationalisierung. Die Zivilisationstheorien Max Webers, Norbert Elias' und der Frankfurter Schule im Vergleich. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss., 1986. Opladen: Westdt. Verl.

Böhnisch, Lothar (2016): Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim: Beltz (Zukünfte). Online verfügbar unter <https://content-select.com/de/portal/media/view/56ccoa45-78bo-49c1-bc3c-5eeebodd2do3>.

Breuer, Franz; Muckel, Petra; Dieris, Barbara (2019): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. 4. Aufl. 2019. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-22219-2>.

Brückner, Margrit (2004): Der gesellschaftliche Umgang mit menschlicher Hilfsbedürftigkeit. In: Österreich Z Soziol 29 (2), S. 7–23. DOI: 10.1007/s11614-004-0011-9.

Brückner, Margrit (2010): Entwicklungen der Care-Debatte -- Wurzeln und Begrifflichkeiten. In: Ursula Apatzsch und Marianne Schmidbaur (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen: Budrich, S. 43–58.

Brückner, Margrit (2011): Gestaltung von Care-Prozessen in individuellen Care-Netzen zwischen privaten Unterstützungen, sozialen Dienstleistungen und sozialstaatlicher Versorgung. In: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft (3), S. 39–54.

Brückner, Margrit (2018): Care – Sorgen als sozialpolitische Aufgabe und als soziale Praxis. In: Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch, Rainer Treptow und

Holger Ziegler (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete Aufl.. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 212–217.

Brückner, Margrit; Buschmeyer, Anna; Fleischer, Eva; Gather, Claudia; Jurczyk, Karin; Luck, Frank et al. (2013): Care.Macht.Mehr. Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit. München. Online verfügbar unter <https://care-macht-mehr.com/>, zuletzt geprüft am 22.03.2022.

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hg.) (1997): 1. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit Einführung am 01. Januar 1995. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2016): 7. Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin (Drucksache / Deutscher Bundestag, Bd. 18/10210). Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf>, zuletzt geprüft am 14.08.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): 5. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2007-2010). Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/5.Pflegebericht.pdf, zuletzt geprüft am 03.05.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2016): 6. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 18/10707. Online verfügbar unter <https://www.serviceagentur-demografie.de/media/dokumente/pflegedossier/berichte/20180831-sadw-6ter-pflegebericht-bund.pdf>, zuletzt geprüft am 03.05.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2021): 7. Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf, zuletzt aktualisiert am April 2021, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) (Hg.) (2004): 3. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (2000-2003). Online verfügbar unter http://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/DritterBerichtPflegeversicherung.pdf, zuletzt geprüft am 07.06.2021.

Burmeister, Jürgen (2017): Bedürfnisse. In: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge e.V. (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8., völlig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Baden-Baden: Nomos, S. 84.

Butler, J.; Albrecht, N.-J.; Ellsäßer, G.; Gavranidou, M.; Habermann, M.; Lindert, J.; Weilandt, C. (2007): Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsbl. 50 (10), S. 1232–1239. DOI: 10.1007/s00103-007-0333-4.

Campbell, Verena (2011): Konzept zum Aufbau eines Pflegestützpunkts. Am Beispiel des Evangelischen Altenhilfezentrums Birstein. Hamburg: Bachelor + Master Publishing (Masterarbeit).

Clarke, Adele E. (2012): Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn. Wiesbaden: Springer VS (Interdisziplinäre Diskursforschung).

Clarke, Adele E. (2019): Situating Grounded Theory and Situational Analysis in Interpretive Qualitative Inquiry. In: Antony Bryant und Kathy Charmaz (Hg.): The SAGE handbook of current developments in grounded theory. 55 City Road: SAGE, S. 3–48.

Clarke, Adele E.; Friese, Carrie; Washburn, Rachel (2018): Situational analysis. Grounded theory after the interpretive turn. Second edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE.

Clarke, Adele E.; Keller, Reiner (2014): Engaging Complexities: Working Against Simplification as an Agenda for Qualitative Research Today; Adele Clarke in Conversation With Reiner Keller. Augsburg: Universität Augsburg.

Online verfügbar unter <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2186/3668>.

Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Zugl.: Basel, Univ., Diss., 1999. Frankfurt am Main: Campus-Verl.

Cremer-Schäfer, Helga (2005): Lehren aus (Nicht-)Nutzung wohlfahrtstaatlicher Dienste. Empirisch fundierte Überlegungen zu einer sozialen Infrastruktur mit Gebrauchswert. In: Gertrud Oelerich und Andreas Schaarschuch (Hg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München, Basel: E. Reinhardt, S. 163–177.

Dahlmanns, Claus (2008): Die Geschichte des modernen Subjekts. Michel Foucault und Norbert Elias im Vergleich. Münster: Waxmann (Interaktionistischer Konstruktivismus, 6).

Dammert, Matthias (2009): Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden.

Deci, Edward L.; Ryan, Richard M. (1980): Self-determination Theory: When Mind Mediates Behavior. In: The Journal of Mind and Behavior 1 (1), S. 33–43.

Deci, Edward L.; Ryan, Richard M. (1993): Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. DOI: 10.25656/01:11173.

Dehl, Terese; Nolting, Hans-Dieter; Pflug, Claudia; Rellecke, Julian; Rieckhoff, Sandra; Wolff, Julia Katharina (2020): Evaluation der Pflegeberatung

und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI. Hg. v. IGES Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf.

Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode (Hg.) (2001): 2. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 14/5590. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2.Pflegebericht.pdf.

Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode (23.04.2012): Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG). PNG, vom 17/9369. In: 17/9369. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709369.pdf>.

Dewe, Bernd (2004): Beratung. In: Krüger, Heinz-Hermann/Helsper, Werner (Hg.): Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft. 6. überarbeitete und aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 131–142. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-663-09887-4_10.

Dewe, Bernd (2018): Beratungsforschung. In: Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch, Rainer Treptow und Holger Ziegler (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 121–132.

Dewe, Bernd; Schaeffer, Doris (2012): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Doris Schaeffer und

Sebastian Schmidt-Kaehler (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber (20), S. 59–86.

Dewe, Bernd; Schwarz, Martin P. (2013): Beraten als professionelle Handlung und pädagogisches Phänomen. 2., überarbeitete und aktualisierte Aufl. Hamburg: Verlag Dr. Kovač (Wandlungsprozesse in Industrie- und Dienstleistungsberufen und moderne Lernwelten, Band 11).

Dewe, Bernd; Winterling, Jens (2005): Pädagogische Beratung oder das Pädagogische in der Beratung. In: Pädagogische Rundschau 59 (2), S. 129–138.

Dewey, John (2008): Logik. Die Theorie der Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1902).

DGGG (Hg.) (2011): Positionspapier Teilhabe und Pflege alter Menschen - Professionalität im Wandel. Sektion IV - Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG). Online verfügbar unter https://www.dggg-online.de/fileadmin/user_upload/201112_DGGG_Positionspapier_Teilhabe_und_Pflege_alter_Menschen.pdf.

DGSA - Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (2020): Forschungsethikkodex. Online verfügbar unter <https://www.dgsa.de/forschungsethik/forschungsethikkodex>.

Elias, Norbert (1969): Über den Prozess der Zivilisation. 2., um e. Einl. verm. Aufl. Bern, München: Francke.

Elias, Norbert (1977): Zur Grundlegung einer Theorie sozialer Prozesse. In: Zeitschrift für Soziologie 6 (2), S. 127–149. Online verfügbar unter <https://www.uzh.ch/cmsssl/suz/dam/jcr:00000000-36d7-41d4-ffff-ffffb05e4458/elias.pdf>.

Elias, Norbert (2001): Symboltheorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Gesammelte Schriften, 13).

Elias, Norbert (2009): Was ist Soziologie? 11. Aufl. München: Juventa-Verl (Grundfragen der Soziologie, 1). Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/263111881>.

Elias, Norbert; Schröter, Michael (1997): Wandlungen der Machtbalance Zwischen den Geschlechtern. Eine prozeßsoziologische Untersuchung am Beispiel des antiken Römerstaates. In: Jürgen Friedrichs, Karl Ulrich Mayer und Wolfgang Schluchter (Hg.): Soziologische Theorie und Empirie. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 125–149.

Elias, Norbert; Schröter, Michael (2003): Die Gesellschaft der Individuen ; Probleme des Selbstbewusstseins und des Menschenbildes. 40er-50er Jahre ; Wandlungen der Wir-ich-Balance. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 974).

Elias, Norbert; Scotson, John L. (1990): Etablierte und Außenseiter. 1. Aufl., [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch, 1882). Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/249385800>.

Engert, Peter; Zein, Alexandra (2023): Unpässlichkeiten – Netzwerke von Migrant*innen im biografischen Verlauf und die Zukunftsfähigkeit der

Pflegeberatung. In: Monika Alisch und Manuela Westphal (Hg.): Soziale Nachhaltigkeit in der (Post)Migrationsgesellschaft. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich (Gesellschaft und Nachhaltigkeit, Band 14), S. 77–92.

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (2012): Achilles-Ferse neuer Versorgungsformen: Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz, Kooperation. In: Monitor Versorgungsforschung 5 (1), S. 51–56.

Falk, Juliane (2016): Die Vermittlung und Aneignung von Beratungskompetenz. Beratung in den gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen lehren und lernen; ein didaktisches Konzept. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Online verfügbar unter <https://content-select.com/portal/media/view/56cc0a44-289c-4581-8803-5eeebodd2d03>.

Faltermaier, Toni (2014): Gesundheitsberatung. In: Frank Nestmann, Frank Engel und Ursel Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder. 3. Aufl. Tübingen: Dgvt-Verl. (Band 2), S. 1063–1081.

Fraser, Nancy (1994): Widerspenstige Praktiken. Macht, Diskurs, Geschlecht. 1. Aufl., Deutsche Erstausg. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Suhrkamp, 1726 = n.F., Bd. 726).

Frey, Cornelia (2005): „Respekt vor der Kreativität der Menschen“. Ilse Arlt, Werk und Wirkung. Opladen: Barbara Budrich (Reihe, Bd. 1).

Gauditz, Leslie; Klages, Anna-Lisa; Kruse, Stefanie; Marr, Eva; Mazur, Ana; Schwertel, Tamara; Tietje, Olaf (2023a): Einleitung: Entwicklungslinien der Situationsanalyse als Forschungsprogramm. In: Leslie Gauditz, Anna-Lisa

Klages, Stefanie Kruse, Eva Marr, Ana Mazur, Tamara Schwertel und Olaf Tietje (Hg.): Die Situationsanalyse als Forschungsprogramm. Theoretische Implikationen, Forschungspraxis und Anwendungsbeispiele. Wiesbaden: Springer VS, S. 3-18.

Gauditz, Leslie; Klages, Anna-Lisa; Kruse, Stefanie; Marr, Eva; Mazur, Ana; Schwertel, Tamara; Tietje, Olaf (2023b): Vorwort. In: Leslie Gauditz, Anna-Lisa Klages, Stefanie Kruse, Eva Marr, Ana Mazur, Tamara Schwertel und Olaf Tietje (Hg.): Die Situationsanalyse als Forschungsprogramm. Theoretische Implikationen, Forschungspraxis und Anwendungsbeispiele. 1st ed. 2023. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS, S. V-VII.

Geiser, Kaspar (2015): Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die systemische Denkfigur und ihre Anwendung. 6., korrigierte Aufl. Freiburg im Breisgau, Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag GmbH.

GKV-Spitzenverband (2008): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/storage/39/19809311/1652794208/aJgllbSHeVsoixbL-Qbh1g/19809311.pdf>.

GKV-Spitzenverband (2018): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern. Online verfügbar unter [https://www.dominio1.stuttgart.de/web/ksd/KSDredsystem.nsf/0/1D8539D95AD3F73CC12583BC0042249A/\\$File/Anlage%204%20zu%20GRDRs%2010q2_2018%20Empfehlungen%20des%20GKV-](https://www.dominio1.stuttgart.de/web/ksd/KSDredsystem.nsf/0/1D8539D95AD3F73CC12583BC0042249A/$File/Anlage%204%20zu%20GRDRs%2010q2_2018%20Empfehlungen%20des%20GKV-)

Spitzenverbandes%20nach%20%C2%A7%207a%20Ab-satz%203%20Satz%203%20SGB%20XI%20.pdf?OpenElement.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2020): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/pflegeberatung.jsp.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (2008): Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung. Unter Mitarbeit von Axel T. Paul und Stefan Kaufmann. 2., korrigierte Aufl., 1. Nachdruck. Bern: H. Huber (Programmbereich Gesundheit).

Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen, Bern: Hogrefe. Online verfügbar unter <http://d-nb.info/97197487x/04>.

Gregusch, Petra (2013): Auf dem Weg zu einem Selbstverständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit. Beratung als transprofessionelle und sozialarbeitspezifische Methode. Zugl.: Kassel, Univ., Diss., 2013. Socialnet GmbH, Bonn. Online verfügbar unter <https://www.socialnet.de/materialien/attach/203.pdf>.

Gronemeyer, Marianne (2009): Die Macht der Bedürfnisse. Überfluss und Knappheit. Sonderausgabe der 2., unveränd. Aufl. 2016. Darmstadt: WBG (Wissenschaftliche Buchgesellschaft) (WBG-Bibliothek).

Großmaß, Ruth (2014): Beratungsräume und Beratungssettings. In: Frank Engel, Frank Nestmann und Ursel Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der

Beratung. Disziplinen und Zugänge. 3. Aufl. Tübingen: Dgvt-Verl. (Band 1), S. 487–496.

Habermas, Jürgen (2016): Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. 10. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1175).

Halfar, Bernd (2017): Bedarf. In: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge e.V. (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8., völlig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Baden-Baden: Nomos, S. 79–80.

Hanses, Andreas (2012): Gesundheit als soziale Praxis. Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis. In: Andreas Hanses und Kirsten Sander (Hg.): Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 35–52.

Hauck, Ernst; Schlegel, Rainer; Voelzke, Thomas (Hg.) (2014): juris Praxis-Kommentar SGB/juris Praxiskommentar SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Saarbrücken: Juris Saarbrücken (juris Kommentare, 1).

Hays, Pamela A. (1996): Addressing the Complexities of Culture and Gender in Counseling. In: Journal of Counseling & Development 74 (4), S. 332–338. DOI: 10.1002/j.1556-6676.1996.tb01876.x.

Heller, Ágnes (1980): Theorie der Bedürfnisse bei Marx. 2., unveränd. Aufl. Hamburg: VSA-Verlag.

Hessischer Landkreistag (Hg.) (2013): Verordnung zur Änderung der Pflegestatistik-Versordnung im Bundesgesetzblatt. Rundschreiben (575).

Hoff, Tanja; Zwicker-Pelzer, Renate (Hg.) (2015): Beratung und Beratungswissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Hoffmann, Stefan; Akbar, Payam (2019): Motivation. In: Stefan Hoffmann und Payam Akbar (Hg.): Konsumentenverhalten. Konsumenten verstehen – Marketingmaßnahmen gestalten. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: Springer-Gabler (Lehrbuch), S. 33–52.

Hoppe, Birgit (2021): Altenhilfe, Altenarbeit. In: Ralph-Christian Amthor, Brigitta Goldberg, Peter Hansbauer, Benjamin Landes und Theresia Wintergerst (Hg.): Kreft/Mielenz Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Unter Mitarbeit von ISS Frankfurt a.M. (Theil, Pia). 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, S. 50–55.

Hüper, Christa; Hellige, Barbara (2012): Kooperative Pflegeberatung und Beratungsqualität. Mit einem Exkurs zu Macht und Eigensinn. Frankfurt am Main: Mabuse.

Imbusch, Peter (2013): Machtfigurationen und Herrschaftsprozesse bei Norbert Elias. In: Peter Imbusch (Hg.): Macht und Herrschaft. Sozialwissenschaftliche Theorien und Konzeptionen. 2., überarb. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, S. 169–194.

Jacobi, Petra (2020): Unterstützte Kommunikation. In: Petra Jacobi (Hg.): Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Leichte Sprache und andere Methoden für mehr Gesundheitskompetenz. Berlin: Springer, S. 137–157.

Joas, Hans; Knöbl, Wolfgang (2013): Sozialtheorie. Zwanzig einführende Vorlesungen. Berlin: Suhrkamp.

Kaufmann, Franz-Xaver (1982): Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention. In: Franz-Xaver Kaufmann (Hg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag (Soziologie und Sozialpolitik, Band 2), S. 49–86.

Keller, Reiner (2012): Das Interpretative Paradigma. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1082191>.

Keller, Reiner (2023): Die Situiertheit der Situation. In: Leslie Gauditz, Annalisa Klages, Stefanie Kruse, Eva Marr, Ana Mazur, Tamara Schwertel und Olaf Tietje (Hg.): Die Situationsanalyse als Forschungsprogramm. Theoretische Implikationen, Forschungspraxis und Anwendungsbeispiele. Wiesbaden: Springer VS, S. 67–90.

Klie, Thomas (1997): Normative Optionen. Die Stellung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im SGB XI. In: Ute Braun und Roland Schmidt (Hg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verl. (Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 1), S. 9–22.

Klie, Thomas; Frommelt, Mona; Schneekloth, Ulrich (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest. Hg. v. GKV-Spitzenverband.

AGP Alter. Gesellschaft. Partizipation. Institut für angewandte Sozialforschung. München (45000035). Online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/Evaluation_der_Pflegeberatung_Dezember_2011__7a_Abs_SGB_XI.pdf.

Köchling-Farahwaran, Juline (2019): Gesundheit und Migration. In: Stephan Dettmers, Jeannette Bischkopf und Thomas Altenhöner (Hg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 57-64.

Kohls, Martin (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg. Online verfügbar unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile.

Kraus, Björn; Krieger, Wolfgang (2016): Zur Einführung. Die Reflexion Sozialer Arbeit im Lichte der Theorien zur Macht. In: Björn Kraus und Wolfgang Krieger (Hg.): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. (4. überarb. u. erw. Aufl). Lage: Jacobs Verlag, S. 9–29.

Kraus, Björn; Krieger, Wolfgang (Hg.) (2021a): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Detmold: Jacobs Verlag.

Kraus, Björn; Krieger, Wolfgang (2021b): Zur Einführung. Die Reflexion Sozialer Arbeit im Lichte von Theorien zur Macht. In: Björn Kraus und Wolfgang Krieger (Hg.): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Detmold: Jacobs Verlag, S. 7–24.

Kriesten, Ursula (2017): (Pflege-)Bedarfe und (Pflege-)Bedürfnisse im Alter. In: GGP 01 (02), S. 69–72. DOI: 10.1055/s-0043-112168.

Krohwinkel, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Pflege). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456953410/I>.

Kunstreich, Timm (2006): Klientin – Kundin – Nutzerin – Genossin?! In: Karin Böllert (Hg.): Die Produktivität des Sozialen. Den sozialen Staat aktivieren sechster Bundeskongress Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 241–260.

Kunstreich, Timm (2012): Sozialer Raum als „Ort verlässlicher Begegnung“. Ein Essay über Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich 32 (125), S. 87–92. Online verfügbar unter https://www.widersprueche-zeitschrift.de/IMG/pdf/Widerspr_125.pdf.

Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen; Kommunale Spitzenverbände (01.05.2009): Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen. Online verfügbar unter

https://www.vdek.com/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/pflegestuetzpunkte/_jcr_content/par/download/file.res/Rahmenvertrag.pdf.

Mägdefrau, Jutta (2007): Bedürfnisse und Pädagogik. Eine Untersuchung an Hauptschulen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (Klinkhardt Forschung).

Marr, Eva; Zein, Alexandra (2023): Die Situiertheit von implicated actors als methodische Herausforderung der Forschungssituation: Relationale Betrachtungsweisen in der Anwendung der Situationsanalyse anhand zweier Forschungsbeispiele. In: Leslie Gauditz, Anna-Lisa Klages, Stefanie Kruse, Eva Marr, Ana Mazur, Tamara Schwertel und Olaf Tietje (Hg.): Die Situationsanalyse als Forschungsprogramm. Theoretische Implikationen, Forschungspraxis und Anwendungsbeispiele. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS, 223-240.

Marx, Karl (1964): Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Dritter Band: der Gesamtprozeß der kapitalistischen Produktion. Nach der ersten, von Friedrich Engels herausgegebenen Auflage, Hamburg 1894: Dietz Verlag Berlin (MEW, 25). Online verfügbar unter https://marxwirklichstudieren.files.wordpress.com/2012/11/mew_band25.pdf.

Maslow, Abraham H. (1973): Psychologie des Seins. München: Kindler Verlag. Online verfügbar unter http://www.irwish.de/pdf/psychologie/maslow/maslow-psychologie_des_seins.pdf.

Max-Neef, Manfred A. (2009): Development and human needs. In: Ecological economics ; Vol. 1: Foundations. London [u. a.]: Routledge, 2009.

May, Michael (2009-2012): Forschungsvorhaben: Ältere Migrant(inn)en im Quartier: Stützung und Initiierung von Netzwerken der Selbstorganisation und Selbsthilfe (AMIQUS). Veröffentlichung der Ergebnisse von Forschungsvorhaben im BMBF-Programm (SILQUA-FH). Förderkennzeichen: 17S13A09. Hochschule Rhein-Main.

May, Michael (2010): Aktuelle Theoriediskurse sozialer Arbeit. Eine Einführung. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

May, Michael (2012): Netzwerktheorien in der Sozialen Arbeit. In: Jörg Fischer und Tobias Kosellek (Hg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim: Beltz Juventa (Edition Soziale Arbeit), S. 44-77.

May, Michael; Alisch, Monika (2013): AMIQUUS - Unter Freunden. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt. Leverkusen-Opladen: Barbara Budrich-Esser (Beiträge Zur Sozialraumforschung Ser, v.8).

May, Michael; Hermsen, Thomas; Löcherbach, Peter; Schulze, Ulrike (2013): Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung. Modellprojekt zur Implementierung Case Management-basierter Konzepte interkultureller Beratung und Unterstützung in Pflegestützpunkten. Projektskizze im Rahmen des Programms „Forschung an Fachhochschulen“ (SILQUA-FH) Förderrunde 2014. Hochschule Rhein-Main; Katholische Hochschule Mainz, Fachhochschule Frankfurt.

May, Michael; Hermsen, Thomas; Löcherbach, Peter; Schulze, Ulrike (2017a): Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung (OPEN). Modellprojekt zur Implementierung Case Management-basierter Konzepte interkultureller

Beratung und Unterstützung in Pflegestützpunkten. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Alexandra Zein, Peter Engert, André Terjung, Sabrina Khamo und Jerusha Klein. Hochschule Rhein-Main; Katholische Hochschule Mainz, Frankfurt University of Applied Sciences.

May, Michael; Müller, Falko (2023): Von der Situationsanalyse zur Analyse von Grenzsituationen: Über das Problem der Relationierung und das emanzipatorische Potenzial der Situationsanalyse. In: Leslie Gauditz, Anna-Lisa Klages, Stefanie Kruse, Eva Marr, Ana Mazur, Tamara Schwertel und Olaf Tietje (Hg.): Die Situationsanalyse als Forschungsprogramm. Theoretische Implikationen, Forschungspraxis und Anwendungsbeispiele. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS, S. 173–186.

May, Michael; Schulze, Ulrike; Löcherbach, Peter; Hermsen, Thomas (2017b): Abschlussbericht OPEN-Interkulturelle Öffnung in der Pflegberatung. Modellprojekt zur Implementierung Case Management-basierter Konzepte interkultureller Beratung und Unterstützung in Pflegestützpunkten. Online verfügbar unter <https://www.hessip.de/app/download/17972962/2018-03-Abschlussbericht+OPEN.pdf>.

May, Michael; Schütte-Bäumner, Christian (2018): Macht- und Wissensverhältnisse in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. In: Johannes Stehr, Roland Anhorn und Kerstin Rathgeb (Hg.): Konflikt als Verhältnis - Konflikt als Verhalten - Konflikt als Widerstand. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution, Bd. 30. Wiesbaden: Springer VS (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Band 30), S. 519–531.

May, Michael; Zein, Alexandra (2018a): Hemmnisse in der Nutzung der Pflegeberatung durch Zugewanderte. In: Sandra Bensch, Monika Greening und

Michael Wüstenbecker (Hg.): Migration: Herausforderungen für das Gesundheitssystem. St. Ottilien: EOS-Verlag (Schriftenreihe der KH Mainz, 09), S. 35–52.

May, Michael; Zein, Alexandra (2018b): (Pflege-)Beratung und Nutzungsorientierungen. In: DZI 67 (4), S. 128–134.

Mayer, Marion; Höblich, Davina; Schulze, Heidrun (2018): Professionalisierung im politischen Handlungsraum: Wie kommt Beratung zur Macht? In: Heidrun Schulze, Davina Höblich und Marion Mayer (Hg.): Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 57–93.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (2024): Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Online verfügbar unter <https://www.medizinischerdienst.de/downloads-links>.

Michell-Auli, Peter (2012): Was leisten Pflegestützpunkte? In: Doris Schaeffer und Sebastian Schmidt-Kaehler (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber (20), S. 245–254.

Michell-Auli, Peter; Strunk-Richter, Gerlinde; Tebest, Ralf (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung; Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“; inklusive Empfehlungen des Beirats zum Weiterentwicklungsbedarf. Köln: KDA.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (01.01.2009): Landesrahmenvertrag über die Errichtung, die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz nach §92c Abs. 8 SGB XI. Online verfügbar unter [412](https://www.pflegegesellschaft-</p></div><div data-bbox=)

rlp.de/fileadmin/pflegesellschaft/Vertr%C3%A4ge___Vereinbarungen/Pflegest%C3%BCtzpunkte_2011/Landesrahmenvertrag_Pflegestuetzpunkte_RLP_final_12-2008_1_.pdf.

Müller-Baron, Ingo (2020): Empfehlungen zur Positionierung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Hg. v. Deutsche Vereinigung für Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG).

Negt, Oskar; Kluge, Alexander (1992): Maßverhältnisse des Politischen. 15 Vorschläge zum Unterscheidungsvermögen. Frankfurt am Main: Fischer.

Nestmann, Frank (1988): Beratung. In: Georg Hörmann und Frank Nestmann (Hg.): Handbuch der psychosozialen Intervention. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 101–113.

Nestmann, Frank (2014a): Beratung zwischen alltäglicher Hilfe und Profession. In: Frank Engel, Frank Nestmann und Ursel Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Disziplinen und Zugänge. 3. Aufl. Tübingen: DGVT-Verl. (Band 1), S. 547–558.

Nestmann, Frank (2014b): Beratung zwischen alltäglicher Hilfe und Profession. In: Frank Nestmann und Frank Engel (Hg.): Handbuch der Beratung Bd. 3. Neue Beratungswelten. Tübingen: DGVT-Verlag (Band 3), S. 547–558.

Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel (2014a): „Beratung“ - ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Frank Engel, Frank Nestmann und Ursel Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Disziplinen und Zugänge. 3. Aufl. Tübingen: DGVT-Verl. (Band 1), S. 33–44.

Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursel (2014b): Beratung: zwischen „old school“ und „new style“. In: Frank Nestmann und Frank Engel (Hg.): Handbuch der Beratung Bd. 3. Neue Beratungswelten. Tübingen: DGVT-Verlag (Band 3), S. 1325–1347.

Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sieckendiek, Ursel (2012): Theoretische Konzepte der Beratung. In: Doris Schaeffer und Sebastian Schmidt-Kaehler (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber (20), S. 25–58.

Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel (2001): Beratung. In: Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch und Karin Böllert (Hg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand, S. 140–152.

Nussbaum, Martha Craven (2015): Fähigkeiten schaffen. Neue Wege zur Verbesserung menschlicher Lebensqualität. Deutsche Erstausgabe. Freiburg, München: Verlag Karl Alber (Kosmopolis, Band 3).

Obrecht, Werner (2005): Umriss einer biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse. Geschichte, Probleme, Struktur, Funktion. Skript zur gleichnamigen Lehrveranstaltung. Hochschule für Soziale Arbeit, Zürich. Online verfügbar unter <http://www.freies-institut-tpsa.com/documents/Obrecht,%20Werner%20A.%20-%20Umriss%20einer%20biopsychosozialen%20Theorie%20menschlicher%20Bed%3BCrfnisse.pdf>.

Obrecht, Werner (2013): Die Struktur professionellen Wissens. In: Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert und Silke Müller-Hermann (Hg.): Professionalität in der sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert, Silke Müller-

Hermann (Hrsg.). 3., durchgesehene Aufl. Wiesbaden: Springer VS (Edition Professions- und Professionalisierungsforschung, Band 2), S. 49–75.

Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (2005a): Der Nutzen Sozialer Arbeit. In: Gertrud Oelerich und Andreas Schaarschuch (Hg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München, Basel: E. Reinhardt, S. 80–98.

Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hg.) (2005b): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München, Basel: E. Reinhardt.

Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas; Beer, Kristin; Hiegemann, Ines (2019): Barrieren der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen. Hg. v. Ute Klammer und Ralitsa Petrova-Stoyanov. Forschung für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW). Düsseldorf (Vorbeugende Sozialpolitik, 23).

Offenberger, Ursula (2019): Anselm Strauss, Adele Clarke und die feministische Gretchenfrage. Zum Verhältnis von Grounded-Theory-Methodologie und Situationsanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 20 (2), Artikel 6. DOI: 10.17169/FQS-20.2.2997.

Orem, Dorothea E. (1997): Eine Theorie der Pflegepraxis. In: Pflgetheorien. Bern [u. a.]: Huber.

Özdemir, Feriha (2019): Managing Capability. Ein Ansatz zur Neubestimmung von Diversity Management. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Pohlmann, Stefan (2013): Gut beraten. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Reitinger, Elisabeth (2012): Bedürfnismanagement in der stationären Altenhilfe. Systemtheoretische Analyse empirischer Evidenzen. Heidelberg: Carl Auer Verlag. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5472854>.

Rixen, Stephan (2020): Alter, Kranken- und Pflegeversicherung. In: Kirsten Aner und Ute Karl (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 313–323.

Röh, Dieter (2011): „...was Menschen zu tun und zu sein in der Lage sind.“ Befähigung und Gerechtigkeit in der Sozialen Arbeit: Der Capability Approach als integrativer Theorierahmen?! In: Eric Mührel und Bernd Birgmeier (Hg.): Theoriebildung in der sozialen Arbeit. Entwicklungen in der Sozialpädagogik und Sozialarbeitswissenschaft. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft), S. 103–121.

Röh, Dieter (2013): Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das Gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft Ser). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1398680>.

Roper, Nancy; Logan, Winifred W.; Tierney, Alison J. (2009): Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). 2., korrigierte und erg. Aufl. Bern: Huber (Pflegetheorie).

Rubin, Yvonne; Alisch, Monika; Ritter, Martina (2019): „Man muss auch mal zufrieden sein?!“ Die Anwendung partizipativer Methoden zur Rekonstruktion von Bedürfnissen älterer Menschen in ländlichen Räumen. In: Österreich Z Sozial (Österreichische Zeitschrift für Soziologie) 44 (S3), S. 125–143. DOI: 10.1007/s11614-019-00366-z.

Sagebiel, Juliane (2022): Macht in der Sozialen Arbeit. In: Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 9. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 574–575.

Sagebiel, Juliane Beate; Pankofer, Sabine (2015): Soziale Arbeit und Machttheorien. Reflexionen und Handlungsansätze. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Schaarschuch, Andreas (1999): Theoretische Grundelemente Sozialer Arbeit als Dienstleistung. Ein analytischer Zugang zur Neuorientierung Sozialer Arbeit 29 (6), S. 543–560.

Schaarschuch, Andreas; Oelerich, Gertrud (2005): Theoretische Grundlagen und Perspektiven sozialpädagogischer Nutzerforschung. In: Gertrud Oelerich und Andreas Schaarschuch (Hg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München, Basel: E. Reinhardt, S. 9–25.

Schaarschuch, Andreas; Oelerich, Gertrud (2020): Sozialpädagogische Nutzerforschung: Subjekt, Aneignung, Kritik. In: Anne van Rießen und Katja Jepkens (Hg.): Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit. Theoretische Perspektiven und empirische Erkenntnisse subjektorientierter Forschungsperspektiven. S. 13–25.

Schaeffer, Doris; Dewe, Bernd (2012): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Doris Schaeffer und Sebastian Schmidt-Kaehler (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber (20), S. 59–86.

Schenck, Catherina; Nell, Charlotte; Blaauw, Derick; Grobler, Lizette (2023): Max-Neef's Fundamental Human Needs as Social Indicators for Sustainability: Examples of Waste Management in South Africa. In: Hassan El Bari und Cristina Trois (Hg.): Waste Management in Developing Countries. 1st ed. 2023. Cham: Springer International Publishing; Imprint Springer (Waste as a Resource), S. 135–155.

Schmidt, Stefan (2009): Interkulturelle Pflegeberatung - Paradigmenwechsel erforderlich. In: Informationsdienst Altersfragen 36 (5), S. 12–15. Online verfügbar unter http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_05_2009_September_Oktober_2009_gesamt.pdf.

Schneekloth, Ulrich; Schmidt, Manuela (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). TNS Infratest Sozialforschung. München.

Schrödter, Wolfgang (2014): Ethische Richtlinien für Beratung. In: Frank Engel, Frank Nestmann und Ursel Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Disziplinen und Zugänge. 3. Aufl. Tübingen: DGVT-Verl. (Band 1), S. 453–467.

Schubert, Franz-Christian; Rohr, Dirk; Zwicker-Pelzer, Renate (2019): Beratung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Schulze, Heidrun; Höblich, Davina; Mayer, Marion (2018a): Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Wie Gesellschaft Beratung macht: Einleitung. In: Heidrun Schulze, Davina Höblich und Marion Mayer (Hg.): Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 11–27.

Schulze, Heidrun; Höblich, Davina; Mayer, Marion (2018b): Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Wie Gesellschaft Beratung macht: Einleitung. In: Heidrun Schulze, Davina Höblich und Marion Mayer (Hg.): Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 11–27.

Schütte-Bäumner, Christian (2016): Sozialpädagogische Beratung im Kontext psychosozialer Begleitung Sterbender sowie An- und Zugehöriger Verstorbener. In: Wiltrud Gieseke und Dieter Nittel (Hg.): Handbuch Pädagogische Beratung über die Lebensspanne. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 705–714.

Schütte-Bäumner, Christian (2019): Handlungswissen und Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: Stephan Dettmers, Jeannette Bischof und Thomas Altenhöner (Hg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 65–72.

Seel, Hans-Jürgen (2014): Aufgaben und Probleme der Professionalisierung von Beratung. In: Frank Nestmann und Frank Engel (Hg.): Handbuch der Beratung Bd. 3. Neue Beratungswelten. Tübingen: DGVT-Verlag (Band 3), S. 1645–1661.

Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berl. J. Soziol. 18 (2), S. 221–243. DOI: 10.1007/s11609-008-0016-5.

SGB XI – Soziale Pflegeversicherung nach dem PSG III inkl. „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII, 7. Kapitel). Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen und Überblick (2017). Stand: 1. Januar 2017. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Sickendiek, Ursel; Nestmann, Frank; Engel, Frank (2014): „Beratung“ - ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Frank Nestmann und Frank Engel (Hg.): Handbuch der Beratung Bd. 3. Neue Beratungswelten. Tübingen: DGVT-Verlag (Band 3), S. 33–44.

Stadel, Wolfgang (2021): Sozialraumentwicklung unter den Bedingungen von Behinderung und Alter. Opladen: Verlag Barbara Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 23).

Statistisches Bundesamt (2014): Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege steigt 2012 auf 439 000. Pressemitteilung vom 11. Februar 2014 – 043/14. Wiesbaden. Infoteam Sozialhilfe. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/02/PD14_043_221pdf.pdf?__blob=publicationFile.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., vollständig überarbeitete u. aktualisierte Ausgabe. Opladen, Toronto, Leverkusen: Verlag Barbara Budrich; UTB (UTB Soziale Arbeit, 2786).

Steinbach, Anja (2018): Generationenbeziehungen in Migrantenfamilien in Europa. In: Maurizio Bach und Barbara Bach-Hönig (Hg.): Europasozio­logie. Handbuch für Wissenschaft und Studium. Unter Mitarbeit von Maurizio Bach. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 323–330.

Steinbach, Anja (2019): Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Karsten Hank, Frank Schulz-Nieswandt, Michael Wagner und Susanne Zank (Hg.): Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 557–578.

Stimmer, Franz (2020): Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. 4., aktualisierte Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. Online verfügbar unter http://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav_product.php?product=978-3-17-035928-4.

Stimmer, Franz; Ansen, Harald (2016): Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Grundlagen - Prinzipien - Prozess. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Strauss, Anselm L. (2004): Methodologische Grundlagen der Grounded Theory [1987]. In: Jörg Strübing und Bernt Schnettler (Hg.): Methodologie interpretativer Sozialforschung. Stuttgart, Deutschland: UTB GmbH, S. 429–451.

Tesch-Römer, Clemens; Andrick, Rebecka (2011): Alter und Altern. Erfurt: LZT.

Tezcan-Güntekin, Hürrem; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver (2015): Pflege und Pflege­erwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Erstellt im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung

für Migration, Flüchtlinge und Integration. Hg. v. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und. Bielefeld. Online verfügbar unter

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975228/392728/2c3efaf8cde568159191doob3b25ca30/2015-11-16-svr-studie-data.pdf%3Fdownload%3D1&ved=2ahUKEwj826Co-NeNAXrgwIHHQt5Kr8QFnoECAoQAQ&usg=AOvVaw3pgTnvGZ-c5prbcmzs_Ksj.

Thiersch, Hans (2015): Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Handlungskompetenz und Arbeitsfelder. Gesammelte Aufsätze. Weinheim: Beltz Juventa (Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung / Thiersch, Hans, Band 2). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779942894.

Thole, Werner (2012): Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung Versuch einer Standortbestimmung. In: Werner Thole (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 19–72.

Trenkwalder-Egger, Andrea (2010): Die Orientierung am Bedürfnis – ein Bezugspunkt für die Soziale Arbeit. In: Manuela Brandstetter und Monika Vyslouzil (Hg.): Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem. Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (VS Research), S. 270–282.

Voesgen, Hermann (1987): Bedürfnis und Widerspruch. Eine Kritik des Rationalitätsanspruches in der Bedürfnisforschung. Zugl.: Oldenburg, Univ.,

Diss., 1986. Frankfurt am Main: Peter Lang (Europäische Hochschulschriften Reihe 22, Soziologie = Sociologie = Sociology, 142).

Wendt, Peter-Ulrich (2015): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studienmodule soziale Arbeit). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779941910.

Wessels, Michael (2010): Pflegeversicherung. In: Michael Wessels (Hg.): Pflegeökonomie. Berlin: Springer (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit), S. 87-120.

Wingefeld, Klaus (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld. Online verfügbar unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/ver%C3%B6ffentlichungsreihe.html>.

Wingefeld, Klaus (2014): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Doris Schaeffer und Klaus Wingefeld (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim [u. a.]: Juventa, S. 263-290.

Winker, Gabriele (2011): Soziale Reproduktion in der Krise – Care Revolution als Perspektive. In: Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften (53), Artikel 3, S. 333-334.

Winker, Gabriele (2012): Intersektionalität als Gesellschaftskritik. In: Widersprüche Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich (Hg.): „Gekreuzt?!“. Intersektionalität & Soziale Arbeit: Westfälisches Dampfboot (126), S. 13-28.

Winker, Gabriele (2015): Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld: transcript Verlag (X-Texte zu Kultur und Gesellschaft).

Winker, Gabriele; Degele, Nina (2009): Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten. Bielefeld: Transcript (Sozialtheorie).

Wolf, Klaus (1999): Machtprozesse in der Heimerziehung. Eine qualitative Studie über ein Setting klassischer Heimerziehung. Zugl.: Dresden, Techn. Univ., Diss, 1998 u.d.T.: Wolf, Klaus: Prozesse der Machtbalance in der Heimgruppe. Münster: Votum (Forschung & Praxis in der sozialen Arbeit, Bd. 2). Online verfügbar unter <http://dokumentix.ub.uni-siegen.de/opus/volltexte/2009/382/index.html>.

Wyssen-Kaufmann, Nina (2018): Wie Macht in der Beratung (nicht) zur Sprache kommt. In: Heidrun Schulze, Davina Hüblich und Marion Mayer (Hg.): Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 243–257.

Ziegler, Holger (2011): Soziale Arbeit und das gute Leben – Capabilities als sozialpädagogische Kategorie. In: Clemens Sedmak, Bernhard Babic, Reinhold Bauer und Christian Posch (Hg.): Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 117–137.

Zwicker-Pelzer, Renate (2015): Formate und Orte der Beratung. In: Tanja Hoff und Renate Zwicker-Pelzer (Hg.): Beratung und Beratungswissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 128–146.

Zwicker-Pelzer, Renate; Hoff, Tanja (2015): Einführung. In: Tanja Hoff und Renate Zwicker-Pelzer (Hg.): Beratung und Beratungswissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 9–12.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Analysevorgehen (eigene Darstellung)	159
Abbildung 2: Übersicht über die Ergebnisteile (eigene Darstellung)	179
Abbildung 3: Arena der Pflegeberatung (eigene Darstellung in Anlehnung an Clarke et al. 2018, S. 152-163)	182
Abbildung 4: Aushandlungsdreieck (eigene Darstellung)	207
Abbildung 5: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS01_Z3_a (eigene Darstellung)	212
Abbildung 6: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS02_Z1_a (eigene Darstellung)	221
Abbildung 7: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS03_Z1_a (eigene Darstellung)	230
Abbildung 8: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS04_Z3_a (eigene Darstellung)	234
Abbildung 9: Machtverlauf des Beratungsgesprächs PS05_Z1_a (eigene Darstellung)	244
Abbildung 10: Machtverlauf des Beratungsgesprächs Pflegeberatung PS10_Z1_a (eigene Darstellung)	256
Abbildung 11: Aushandlungen in der interkulturellen Pflegeberatung (eigene Darstellung)	296
Abbildung 12: Vergleichende Darstellung der Aushandlung 1 (eigene Darstellung)	297
Abbildung 13: Vergleichende Darstellung der Aushandlung 2 (eigene Darstellung)	298

Abbildung 14: Bedürfnisfeld Wohnen (eigene Darstellung in Anlehnung an Clarke et al. 2018, S. 165-176)	303
Abbildung 15: Bedürfnisfeld implizierter Carevertrag (eigene Darstellung in Anlehnung an Clarke et al. 2018, 165-176)	340

