



»Pflegebedürftig« in der »Gesellschaft«  
Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

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

*Susanne Grundke*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG  
ISSN 1610-7268

**15**

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·  
German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Inhaltsverzeichnis

1	Das Professionalisierungsstreben der Pflegekräfte in Konfrontation mit strukturellen Deprofessionalisierungstendenzen	5
2	Kernprobleme, Paradoxien und widrige Rahmenbedingungen des Altenpflegehandelns	7
3	Die geragogische Aufgabe in der Theorie und die Praxis ihrer Missachtung	8
4	Suboptimale Umgangsstrategien mit den kernproblemen und Paradoxien des pflegeprofessionellen Handelns und deren Folgen für das professionelle Selbstverständnis der Pflegefachkräfte	15
5	Die öffentliche Wahrnehmung der stationären Altenpflege – Folgen für das Professionalisierungsstreben und das pflegeprofessionelle Selbstverständnis der Pflegefachkräfte	16
6	Schlussbetrachtung	18
	Literatur	19

## Zusammenfassung

Bezogen auf das Handlungsfeld der stationären Altenpflege werden Professionalisierungstendenzen und Bedingungsrahmen für Deprofessionalisierungstendenzen in den Blick genommen. Diese sollen am Beispiel des geragogischen Grunddilemmas erläutert werden.

An Hand von empirischen Belegen/Transkriptionsausschnitten werden exemplarisch ausgewählte Kernprobleme und Paradoxien des professionellen pflegerischen Handelns, die für die stationäre Altenbetreuung typisch sind, aufgedeckt, ihre Genese und ihre Intensivierung sowie Formen des Umgangs mit ihnen analysiert und Aussagen über Beanspruchungs- und Belastungssituationen im Pflegealltag sowie über die sich daraus ergebenden Folgen für das professionelle Handeln getroffen.

---

## Abstract

In the domain of professional geriatric residential care, this contribution puts focus on tendencies of professionalization and boundary conditions for tendencies of deprofessionalization. This is demonstrated by the example of the geragogical basic dilemma.

Professional geriatric residential care inevitably deals with kernel problems and paradoxes of professional action. Therefore, relevant typical kernel problems and paradoxes

are selected and analyzed in view of possible contradictions between professional orientation and structural deprofessionalisation. The main analytical concern is to formulate statements with regard to genesis, handling, and impact of kernel and paradoxical problems for professional geriatric care. The selected examples are empirical and based on extracts of transcriptions.

---

---

### Schlagworte

- Professionalisierungsstreben
  - Deprofessionalisierungstendenzen
  - Kernprobleme und Paradoxien pflegeprofessionellen Handelns
  - geragogisches Grunddilemma
  - tendencies of professionalization
  - tendencies of deprofessionalization
  - kernel problems and paradoxes of professional action
  - geragogical basic dilemma
- 
- 

### Über die Autorin

Susanne Grundke ist seit 08/2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; 11/2008 Eröffnung Promotionsverfahren Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg; 08/1999-05/2000 Studienaufenthalt U.S.A (major; Psychology; minor: sociology) Armstrong Atlantic State University, Savannah (GA); 10/1998-07/2004 Magistra Artium (M.A.) HF Soziologie, NF: Psychologie/Pädagogik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg; seit 1995 Lehraufträge an Fach-/Berufsfachschulen für Gesundheits- und Pflegeberufe (Alten-/Krankenpflege, Psychologie, Soziologie); 10/1993-09/1998 Tätigkeit als examinierte Altenpflegerin; 10/1990-10/1993 Ausbildung zur examinierter Altenpflegerin

---

---

## 1 Das Professionalisierungsstreben der Pflegekräfte in Konfrontation mit strukturellen Deprofessionalisierungstendenzen

In Anknüpfung an die internationale Entwicklung hat sich in der Berufswelt der Altenpflege ein regelrechtes Professionalisierungsstreben entwickelt. Mittlerweile wird sogar von einer »Akademisierung der Pflege« gesprochen (Boegemann-Großheim 2004). In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig, den Begriff der »Professionalisierung« hinsichtlich seines Bedeutungsgehaltes zu differenzieren: Zwar hat noch keine Umwandlung des Altenpflegeberufes in eine Profession stattgefunden, jedoch zeigen die Debatten um eine Professionalisierung des Altenpflegeberufes deutlich, dass der Begriff der »Professionalisierung« gerade bezüglich der Altenpflegearbeit in unterschiedlichen Bedeutungszuweisungen gebraucht wird:

1. Zum einen wird der Begriff der »Professionalisierung« in der Berufswelt der Altenpflege interessengeleitet gebraucht, um die erfolgreiche Verberuflichung der Pflegearbeit zu einer »professionellen Pflege« im Unterschied zur Laienpflege herauszustellen und abzugrenzen (Behrens 2005, Nittel 2000). Gemeint ist mit »Professionalisierung« in der Berufswelt der Altenpflege demnach das berufsständische Interesse der Attribuierung der beruflichen Pflegearbeit mit einer professionellen Güte begründet in den u. a. gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Wissensbeständen und anspruchsvollen pflegerischen Handlungskompetenzen, die an überprüfbaren Standards ausgerichtete sind. In der Diskussion um die »Professionalisierung« der Altenpflege rücken die klassischen Merkmale einer Profession – im Sinne der Professionssoziologie (Freidson 1975; Hughes 1971; Schütze 1996, 2000) – zunehmend in den Hintergrund (Kellnhauser 1994; Schaeffer 1994). Stattdessen rücken das Pflegehandeln und die pflegfachlichen Wissensbestände als besondere Kompetenz des beruflichen Pflegehandelns in den Vordergrund, gerade wenn es darum geht, der sich ständig verbessernden Qualität des beruflichen Pflegehandelns und der damit verbundenen, immer komplexer werdenden Entscheidungs- und Handlungskompetenz der in diesem Feld Tätigen Ausdruck zu verleihen (Behrens 2005; Schwenk 2007). Der Begriff der »Professionalisierung« ist mittlerweile auch fachsprachlich etabliert und in der einschlägigen (u. a. gesundheits- und pflegewissenschaftlichen) Fachliteratur nahezu durchgängig als pflegetheoretischer Grundbegriff gebräuchlich (Kollak, Hesook 1999; Schwenk 2007).
2. Zum anderen wird der Begriff der »Professionalisierung« in Anlehnung an berufspolitische Diskurse zur prozesshaften Annäherung der Altenpflege an die Merkmale einer Profession (Freidson 1975; Hughes 1971; Kellnhauser 1994; Schütze 1996, 2000) benutzt. Hierzu zählen die Diskussionen um eine Akademisierung der Pflege (Bögemann-Grossheim 2004; Schaeffer 1994) ebenso wie die fortwährende Bemühung um die Entwicklung einer ethisch-moralischen Kompetenz der Pflegenden (Köther 2005; Lay 2002a, 2002b, 2004) und die Diskussion um die Definition von so genannten Vorbehaltsaufgaben für Pflegekräfte (Sowinski 1998).

Den Professionalisierungstendenzen im Bereich der (stationären) Altenpflege stehen Deprofessionalisierungstendenzen diametral gegenüber: Empirische Belege bringen hervor,

dass Störpotenziale, die im Handlungsschema der stationären Altenpflege als systematische Irritationen und Kernprobleme auftauchen, ebenso vielschichtig wie zahlreich sind.

Im Handlungsfeld der stationären Altenpflege hat sich eine besondere ethische und wissenschaftlich begründete Sinnwelt entwickelt, die für das Handeln von Pflegekräften orientierungsrelevant ist. Innerhalb dieser Sinnwelt sind die Orientierungstendenzen jedoch nicht harmonisch, sondern durch eine Vielzahl von Auseinandersetzungsarenen bestimmt. So werden Pflegekräfte im alltäglichen Handlungsschema der Pflegearbeit mit einer Vielzahl von Kernproblemen<sup>1</sup> und Paradoxien<sup>2</sup> konfrontiert. In diesem Kapitel sollen nun exemplarisch ausgewählte systematische Arbeitschwierigkeiten und dilemmatische Anforderungen an das Handlungsschema der stationären Altenpflege fallanalytisch betrachtet werden (Schütze 1999).<sup>3</sup>

Die ebenso systematisch wie interaktionslogisch auftretenden Schwierigkeiten, die im Rahmen der Studie als Bedingungen für das Entstehen von Deprofessionalisierungstendenzen im Handlungsschema der stationären Altenpflege identifiziert worden sind, lassen sich auf vier Ebenen einordnen: a) Kernprobleme, b) Paradoxien professionellen Handelns, c) suboptimale Umgangsstrategien mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns sowie d) Folgen der suboptimalen Umgangsstrategien. Diese vier Ebenen sollen nun mit Blick auf die stationäre Altenpflege – und hier insbesondere mit Blick auf das geragogische Grunddilemma – betrachtet werden.

---

<sup>1</sup>Kernprobleme sind unaufhebbar und tauchen zunächst unmerklich als kleinere Ärgernisse im Kontext von lösbaren Schwierigkeiten auf. Sie entstehen im Zuge der Bewältigung der üblichen Pflegeroutine. Die Pflegekraft bemerkt die Kernprobleme zumeist nicht (»seen but unnoticed«- Garfinkel 1973). Dieses Nicht-Erfassen der Handlungerschwernisse erzeugt seitens der Pflegekraft Verdruss und Irritation. Wenn die Pflegekraft dann meint, das entsprechende Problem erkannt zu haben, durchschaut sie zumeist nicht, dass es sich um tiefer liegende paradoxe und unaufhebbare Schwierigkeiten handelt, welche sich arbeits- und interaktionslogisch aus dem pflegerischen Handeln ergeben (vgl. Schütze 2000, 67-70).

<sup>2</sup>Paradoxien professionellen Handelns sind nach drei Problemkonstellationen zu unterscheiden: a) nach widerstreitenden Impulsen im Zuge der internen Arbeitsnotwendigkeit des professionellen Handelns, b) nach grundlegenden Unvereinbarkeiten bei der Konstitution sozialer Rahmen, in welche das professionelle Handeln eingebettet ist, c) nach Diskrepanzspannungen zwischen der Entfaltungslogik der soziobiografischen Prozesse, in welche der Patient verwickelt ist, und der Entfaltungslogik des professionellen Handelns und der soziobiografischen Prozesse der Pflegekraft (vgl. Schütze 2000, S. 70-75).

<sup>3</sup>Der empirischen Arbeit liegt der Forschungsansatz der »Grounded Theory« (Glaser, Strauss 1967/2005) zugrunde. Die Interviews wurden in Form von narrativen Interviews (Schütze 1983, 2001b) und leitfadengestützten ExpertInnen-Interviews (Meuser, Nagel 1991, 2004) erhoben. Befragt wurden ausschließlich examinierte Kranken- und Altenpfleger. Als zentrales Erhebungs- und Analyseverfahren wurde das narrative Interview gewählt, da das narrative Interview die Informanten zu einer umfassenden und detaillierten Stegreiferzählung persönlicher Ereignisverwicklungen und entsprechender Erlebnisverarbeitung im vorgegebenen Themenbereich veranlasst (Schütze 1983). Die Erhebungsstrategie basiert auf einer offenen Gesprächsführung mit dem Ziel, eine möglichst lückenlose Darstellung biografischer und berufsbiografischer Erfahrungsaufschichtung zu erhalten. Die leitfadengestützten Experteninterviews sollen neben allgemeinen Erzählpassagen Beschreibungen der Arbeitsabläufe und neben argumentativem Reflektieren der strukturellen Arbeitsbedingungen auch Fallerzählungen des Pflegehandelns anregen, detailliert in Gestalt von Erzählpassagen zur Beziehungsgeschichte von Pflegekräften zu Klienten (Reim 1996).

## 2 Kernprobleme, Paradoxien und widrige Rahmenbedingungen des Altenpflegehandelns

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

Obgleich die im Datenmaterial repräsentierten Störpotenziale, die im Handlungsschema der stationären Altenpflege als systematische Irritationen und Kernprobleme auftauchen, ebenso vielschichtig wie zahlreich sind, so stellt letztlich doch der organisatorische Rahmen der Pflegestufenfestsetzung und -berechnung in exponierter Position eine Quelle für die unterschiedlichsten Handlungsprobleme dar. Man kann sich sogar fragen, ob dies ein systematischer Bedingungsrahmen für eine übermächtige strukturelle Deprofessionalisierungstendenz ist. Diese Belastungen können derart enorm sein, dass der anspruchsvolle Charakter einer dezidiert professionellen Pflegearbeit zumindest teilweise nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Diese strukturelle Deprofessionalisierungstendenz der

Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege entfaltet und verstärkt sich gegenwärtig gerade in derjenigen Situation des Altenpflegeberufes, in der sich endlich auf der Grundlage einer immer komplexer und anspruchsvoll werdenden Altenpflegeausbildung ein professionalistisches Selbstverständnis mit dementsprechend hohen professionellen Ansprüchen an das eigene Pflegehandeln etabliert hat.

### 3 Die geragogische Aufgabe in der Theorie und die Praxis ihrer Missachtung

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

Mit den Kernproblemen der Arbeit in der Altenpflege sind – wie schon gesagt – unaufhebbare Paradoxien professionellen Handelns verbunden, die eigentlich immer wieder professionsethisch, in eigener Selbsterfahrung und persönlicher Handlungsreflexion widergespiegelt werden müssten (Schütze, 2000). Stattdessen werden sie oftmals nur als quälende systematische Irritationen erlebt, die nicht nur nicht umsichtig erkannt und bearbeitet, sondern oftmals ausgeblendet und verschleiert werden. So führen sie dann zu systematischen Fehlern bei der Arbeit in der Altenpflege. Es kann beispielsweise davon ausgegangen werden, dass eine Pflegekraft wegen der verinnerlichten beruflichen Routine und des den Ausblendungseffekt der Routine verschärfenden Strebens nach zeitlicher Effizienz – die Stationsroutine weist eine starke zeitliche und organisatorische Strukturierung auf, an der sich die Pflegekraft in ihren Arbeitsabläufen maßgeblich orientiert – dem Pflegebedürftigen Handlungen oder Aktivitäten abnimmt, die dieser mit einer einhergehenden Anstrengung und dem damit verbundenen Zeitbedarf selber leisten könnte (geragogische Paradoxie) und dieses kann dann gerade im Hinblick auf die aktivierende Pflege oder gar im Hinblick auf das eigeninitiative Management der Krankheitsverlaufskurve durch den Pflegebedürftigen äußerst problematisch sein, denn er lernt dann nicht die körperlichen Beschwerlichkeiten zu überwinden und selber herauszufinden was er leisten kann. Das entstandene Grunddilemma besteht darin, dass in allen spezifischen Lehr- und Lernsituationen, in denen es um die Stärkung der Selbsthilfe- und Alltagskompetenz geht, der Gepflegte einerseits durch Anleitung, Vormachen und aktivierende Pflege zur partiellen Selbstständigkeit angeregt werden muss; andererseits entsteht hierbei die Gefahr, dass die eigenen Handlungskompetenzen der Gepflegten durch zu weit gehendes Erledigen der Aufgaben durch die Pflegekraft unausgeschöpft bleiben, d.h. zunächst wird dem Altenheimbewohner zwar gezeigt wie es geht, dann wird dem Pflegebedürftigen aber auch aus Zeitdruck diese Handlung wieder abgenommen. Die Schwierigkeit bezüglich der Konstitution des Arbeitsbogens der Fallbearbeitung durch die (professionelle) Pflegekraft besteht mithin darin, einerseits dem Pflegebedürftigen bei der aktivierenden Pflege aktiv zur Seite zu stehen, ohne gleichzeitig andererseits die Eigenimpulse des Pflegebedürftigen für Prozesse des Lernens und der inneren Veränderung zu unterminieren. Hier wird eine zentrale Paradoxie pflegeprofessionellen Handelns offensichtlich: die Konkurrenz der In-





pflegeprofessionelle Handlungskompetenz, eingebettet in den handlungsschematischen Rahmen einer Grundpflege sinnvoll eine aktivierende und mobilisierende Maßnahmen zur Förderung der zuvor in ihren Aktivierungsdimensionen angedeuteten Alltagskompetenz zu integrieren. Die Altenpflegeschüler lernen, wie sie diese Maßnahmen planen müssen, abgestimmt auf die singular fallspezifische Situation des Pflegebedürftigen. Geragogisches Grundlagenwissen gehört dabei ebenso zu den Ausbildungsinhalten wie medizinische und geisteswissenschaftliche Grundlagen. Dies mit dem Ziel des sinnvollen und effektiven Reaktivierens, Förderns, Erhaltens der noch vorhandenen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. In der eigenen fachpraktisch-pflegerischen Routine jedoch vermag Frau Peters ihre Anforderungen, die sie selbst in ihrer Funktion als Lehrbeauftragte einer Pflegeschule an die Schüler richtet, nicht umzusetzen. Anstelle einer Bewusstmachung blendet sie diese systematische Irritation während ihrer fachpraktischen Arbeit auf einer Pflegestation tendenziell aus. Die Notwendigkeit, die Pflegearbeit zu erledigen, zwingt sie zum Streben nach der eng definierten Effizienz und damit zu einer Orientierung an den genauen Zeitkontingenten für die Arbeitsabläufe innerhalb der Stationsroutine und damit an den engen Zeitkorridoren, welche die Pflegeroutine maßgeblich strukturieren. Die Altenpflegerin Frau Peters sieht sich der systematischen Schwierigkeit ausgesetzt, dass sie zum einen nur einen klar abgesteckten Zeitraum für die Durchführung der Grundpflege zur Verfügung hat, gleichzeitig aber auch gerne eine aktivierende und mobilisierende Pflege praktizieren möchte. Dies wäre allerdings begründet im physischen und/oder psychischen Störungsbild des Pflegebedürftigen mit einem unberechenbaren zeitlichen Mehraufwand verbunden. Damit lässt sich Frau Peters – trotz besseren theoretischen Wissens – dazu hinreißen, dem Pflegebedürftigen Handlungen oder einzelne Tätigkeiten abzunehmen, die der Pflegebedürftige – wenn auch bei erheblichem zeitlichem Mehraufwand – selber durchführen könnte.

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

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

Die hier zitierte Deprofessionalisierungstendenz der stationären Pflegearbeit entfaltet bzw. verstärkt sich gerade in der Situation des Altenpflegeberufes, in der sich ein dezidiert professionalistisches Selbstverständnis<sup>4</sup> im Pflegeberuf etabliert hat. Dazu gehört auch die

<sup>4</sup>Im Sinne der »humble professions« der Chicago-Soziologie und des symbolischen Interaktionismus. Auch die »bescheidenen« Professionen wie die Sozialarbeit und die des Krankenschwesternberufes orientieren sich an einem gesellschaftlichen Mandat, das ihre die Lebensqualität der Hilfebedürftigen erhaltenden Aufgabenstellung umreißt, und an einer Lizenz, welche die Interventionsmöglichkeiten definiert die »notwendige Schmerzen« (im weitesten Sinne des Wortes) bereiten können. Die Kompetenz

Interventionsform der Bildung die eingebettet sein müsste in die Situationsgestaltung einer aktivierenden und mobilisierenden grundpflegerischen Versorgung. Gerade die Interventionsform der Bildungsarbeit zielt – im Sinne der Intention des Pflegeversicherungsgesetzes – darauf ab, den pflegebedürftig gewordenen Menschen trotz seiner eingeschränkten gesundheitlichen Möglichkeiten wieder lernfähiger, selbstständiger, handlungsfähiger und damit im Sinne intrinsischer Motivation selbstaktivierungsfähiger zu machen, als dies zum Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre Altenpflege bzw. zum Zeitpunkt des Hereinbrechens einer Krankheitsverlaufskurve der Fall war.

Das Dilemma – auch als geragogisches Grunddilemma zu bezeichnen – besteht darin, dass in spezifischen Lehr- und Lernsituationen, in denen es um die Stärkung des Selbstaktivierungsgrades und der Alltagskompetenz geht, der Pflegebedürftige einerseits durch Vorzeigen bestimmter Handlungselemente – beispielsweise des Waschens des Gesichtes im Sinne einer aktivierenden und mobilisierenden Grundpflege zu mehr Selbstständigkeit angeregt werden muss; andererseits beinhaltet genau dieses pädagogische Vormachen die Gefahr, dass der Pflegebedürftige das als helfende Ersatzhandlung versteht und die Pflegekraft zu veranlassen versucht, diese Ersatzhandlung nunmehr für ihn zu machen. Es muss also in der Regel sein Lernwiderstand überwunden werden, zumal die Krankheit die entsprechenden Kompetenzen erschüttert hat. Zusätzlich zu diesem inneren Lernwiderstand des Altenheimbewohners bringt die Organisation der Stationsroutine und die notwendige Fokussierung der gestatteten Pflegezeit pro Altenheimbewohner die Gefahr mit sich, dass die noch vorhandenen Handlungskompetenzen des Pflegebedürftigen weitestgehend unausgeschöpft bleiben und mehr noch, durch kontinuierliche Nichtforderung atrophieren. Die systematische Schwierigkeit besteht also darin, dass die Pflegekraft einerseits durch die verständliche krankheitsbedingte und altersbedingte Lernbarriere des Altenheimbewohners und die festgesetzten Pflegestufen nur einen begrenzten zeitlichen Rahmen für die Verrichtung der Grundpflege zur Verfügung hat; andererseits aber die aktivierende Pflege praktizieren möchte, welche allerdings die schwierige Überwindung der Lernbarriere des Altenheimbewohners und einen höheren – und oftmals unberechenbaren – zeitlichen Aufwand erfordert, innerhalb derselben die gerade zitierte pädagogische respektive geragogische Paradoxie umsichtig bearbeitet werden muss, was in der zeitlich stark strukturierten Arbeitsroutine jedoch selten beherzigt werden kann.

Grundlage der Zusammenarbeit zwischen der Pflegekraft und dem pflegebedürftigen Menschen sind zwei Aktivitätslinien, die eng miteinander verbunden sind: die der Bildung einerseits und andererseits die der helfenden Problembearbeitung und Situationsgestaltung (Schütze, 2000). Es besteht die Gefahr, dass die Pflegekräfte die Pflegebedürftigen zu passiven und ihnen fern stehenden Objekten der Bearbeitung und Manipulation machen, wenn sie diesem Verständnis und eigenen Willen im Hinblick auf Lern- und Bildungsprozesse absprechen. Die Pflegebedürftigen werden so systematisch entmündigt und in die Passivität gedrängt. Ein analytischer Gesichtspunkt ist der, dass die Pflegekräfte sich immer wieder von der Tendenz erfassen lassen, »das Interaktionsfeld der Pflegebedürftigen langfristig und lückenlos zu kontrollieren, deren Eigenimpulse in der Interaktion nachhaltig

---

zum unterstützenden Handeln wurde auch in den »bescheidenen Professionen« auf der Grundlage einer komplexen Berufsausbildung erworben (vgl. Schütze 1996, 2000).

zu entmutigen und damit die Kooperativität und Egalität fördernde Interaktionspotentiale zumindest partiell zu missachten, die Handlungsbeiträge bei der Bearbeitung des Arbeitsbogens einseitig festzulegen und zu dominieren – die kooperative Steuerungsordnung bei der Gestaltung des Arbeitsbogens ist damit dekalibriert« (Schütze, 2000: S. 71). Frau Peters findet zwar eine reflektierte Haltung zu den systematischen Irritationen; eine umsichtige Bearbeitung der geragogischen Paradoxie bleibt jedoch begründet durch den Druck der zeitlich stark strukturierten Arbeitsroutine aus.

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

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

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

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

Sandra Oertel und das Pflegeteam erkennen die Eigenaktivierungs-Ressourcen der pflegebedürftigen Dame, aber auch ihre singulär-fallspezifischen Probleme. Die Arbeitsbogenkoordination wird, ebenso wie das Krankheitsverlaufskurvenmanagement der besonderen Situation der Heimbewohnerin angepasst – dies zunächst eingebettet in den zeitlich begrenzten Versorgungsrahmen einer so genannten Kurzzeitpflegebetreuung. Das engagierte Pflegeteam schaffte es, die Krankheits- und Abhängigkeitsverlaufskurve der pflegebedürftigen Dame derart optimal zu managen, dass sie tatsächlich wieder »aufgepäppelt« werden konnte, wie es Sandra Oertel ausdrückt. Sie habe sogar mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Pflegeheim ihren Alkoholkonsum reduziert, so erinnert sich Sandra Oertel. Damit liegt die Vermutung nahe, dass es das Pflegeteam bereits kurz nach Heimaufnahme geschafft hat, einen positiven Einfluss auf die innere Haltung der pflegebedürftigen Frau zu nehmen. Während der Zeit der Kurzzeitpflegebetreuung wurden die durch Multimorbidität und Alkoholabhängigkeit gezeichnete Frau auf pflegeprofessionelle Weise derart mobilisiert, dass der Selbstaktivierungsgrad und damit zusammenhängend die so genannte Alltagskompetenz erfolgreich gesteigert wurde. Darüber hinaus wurde sogar eine neue Alltagsroutine mit sehr stark reduziertem Alkoholkonsum eingeübt. Mit diesem beachtlichen Erfolg stieg nicht nur das physische Wohlbefinden der pflegebedürftigen Frau. Durch die engagierte pflegeprofessionelle Hinwendung gelang schließlich die so genannte Millieuumstellung erfolgreich. Das Pflegeteam hatte es zudem geschafft, gegen die Rückzugs- und Isolationstendenzen der neuen Altenheimbewohnerin zu arbeiten und damit so ein neues Gefühl von Zugehörigkeit, Sicherheit, Wertschätzung – kurzum, einem Gefühl des Zuhauseesens – zu erzeugen. Gerade begründet in dieser so erfolgreichen Millieuumstellung und Steigerung des insgesamt Wohlbefindens schien es dem Pflegeteam nunmehr wichtig, das ganzheitliche Management der Abhängigkeits- und Krankheitsverlaufskurve perspektivisch zu orientieren, dass das neu erwirkte Wohlbefinden perspektivisch langfristig beibehalten werden konnte. So wurde dann in pflegelogischer Schlussfolgerung für die Zeit nach dem kalendarischem Ablauf der Kurzzeitpflege eine langfristige vollstationäre Pflege beantragt. Damit wurde gleichzeitig eine Neubegutachtung der Pflegestufe notwendig. Gerade wegen des pflegeprofessionellen Engagements des Pflegeteams sei die Pflegestufenbegutachtung allerdings zu dem Ergebnis gekommen, dass der nunmehr reduzierte Pflegeaufwand für die Aufrechterhaltung der bisherigen Pflegestufe nicht ausreichen würde und selbst die Gewährung von Pflegestufe I nicht möglich sei. Sandra Oertel drückt ihr Unverständnis dieser Entscheidung des Krankenkassengutachtens gegenüber aus. Sie fasst nach einer fünfsekündigen Erzählpause in einem kurzen Einschub die angestregten

therapeutischen Interventionen zusammen: Das Pflgeteam sei der Lernbereitschaft der alten Dame begegnet, indem Lernprozesse gezielt gefördert worden seien. Zu diesen Lernprozessen gehört einmal – so die Informantin – dass somit ein positiver Einfluss auf das Körpergefühl und die Selbst- und Eigenverantwortung der Altenheimbewohnerin genommen worden sei. Die alte Dame achte wieder auf ein gepflegtes Erscheinungsbild und fühle sich damit in ihrem subjektiven Befinden erheblich besser als zuvor. Der Selbstaktivierungsgrad der Heimbewohnerin sei sehr erfolgreich gefördert worden und auf die innere Haltung der Informantin sei ebenfalls positiv Einfluss genommen worden. Auch sei sie in ein Ergotherapieprogramm integriert gewesen. Die Verbesserung des allgemeinen Zustandes der alkoholkranken und ehemals obdachlosen Frau bringe nun aber mit sich, dass die einstmals berechneten Pflegeminuten, die der Pflegestufe zugrunde lagen, nicht mehr benötigt würden. Die neu antrainierte Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Altenheimbewohnerin als Ergebnis des vom Pflgeteam initiierten Lernprozesses habe nun völlig unerwartet eine Verschlechterung des Lebensarrangements der alten Dame zur Folge. Mit dem Wegfall der Pflegestufe müsse sie nun die Pflegeeinrichtung wieder verlassen und zurückkehren in das Obdachlosenheim. Im Anschluss an eine siebenekündige Erzählpause betont die Informantin, dass genau dies ein typisches Beispiel für das Widersinnige der jetzigen stationären Altenpflege sei. An dieser Schlussfolgerung wird deutlich, wie groß die persönlich erlebte Belastung der Informantin sein muss. Eine systematische Entmutigung für die Zukunft ihrer Pflegearbeit ist eine erwartbare Folge.

Die dilemmatische Anforderung im Pflegehandeln besteht also darin, einerseits einen Arbeitsbogen mit einer stark ausgeprägten Lehrkomponente ausgestalten zu sollen, wodurch die Pflegebedürftigen eingebettet in den Rahmen einer aktivierenden und mobilisierenden Pflege zu eigenem Lernen, Alltagsgestalten und Vorausschauen aktiviert werden sollen. Der hier liegende Widerspruch besteht darin, dass gleichzeitig mit dem Erreichen eines Pflegeerfolges – im Sinne einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes, der positiven Einflussnahme auf die innere Haltung des Pflegebedürftigen, der Lern- und Lehrerfolge durch erfolgreiche Bildungsinterventionen und letztendlich der gesteigerten Eigenverantwortlichkeit und Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen – eine neue problematische Fallentfaltung erwächst. Im hier dargestellten Fall äußert die Altenpflegerin ihre Sorge, dass es mit der Heimentlassung zu einer Umkehr des im Pflegeheim mit der Klientin erarbeiteten Lern- und Wandlungsprozesses kommen wird, d. h. zu dramatischen Auswirkungen auf die gesundheitliche und soziobiografische Situation der ehemals obdachlosen und alkoholabhängigen multimorbiden Frau. Hieraus erwächst die Gefahr, dass die Pflegekräfte zukünftig Eigenimpulse der Pflegebedürftigen unterminieren, möglicherweise sogar einer positiven Fallentfaltung entgegenwirken. Auswirkungen auf die künftige Beziehungs- und Arbeitsbogengestaltung der Pflegekräfte sind damit ebenso erwartbar wie das Hineingezogenwerden der Pflegekraft in eine entmutigende Deprofessionalisierungsverlaufskurve (Engelmeyer, 1977: Kap. 5.44 – 5.47). Diese Fallentwicklung hat ohne Zweifel das Potenzial, mit dem Deprofessionalisierungsprozess Demoralisierungstendenzen auszulösen bzw. bestehende Demoralisierungstendenzen zu dynamisieren.

#### 4 Suboptimale Umgangsstrategien mit den kernproblemen und Paradoxien des pflegeprofessionellen Handelns und deren Folgen für das professionelle Selbstverständnis der Pflegefachkräfte

Es stellt sich nunmehr die Frage nach den Auswirkungen der nicht umsichtig behandelten Kernprobleme und Paradoxien der Altenpflegearbeit. Entscheidend ist hier das Faktum, dass die Fehler bei der Arbeit insbesondere durch die Versuchung der einseitigen Auflösung der Paradoxien des professionellen Handelns entstehen – das natürlich insbesondere unter den Rahmenbedingungen des enormen Arbeitsdrucks bei Personalknappheit. Die Pflegekraft versucht dann beim Umgehen mit dem hier zitierten geragogischen Grunddilemma nicht mehr, die Tendenzen des Vormachens der Pflegekraft und des Selbermachens der Altenheimbewohnerin in der Schwebe zu halten, sondern sie führt angesichts des engen Zeittaktes die notwendige Verrichtung selber aus und verzichtet auf den Eintritt in die zeitraubende Lehr- und Lernsituation. Auf diese Weise werden die Altenheimbewohner passivisiert. Generalisiert lässt sich sagen: Wenn sich die Pflegekraft auf das einseitige Auflösen der Paradoxien des professionellen Handelns einlässt, dann entwickelt sie suboptimale Umgangsstrategien mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns. In Folge dessen geschehen systematische Fehler – wie die Passivisierung der Altenheimbewohner – die durch eine verzerrte Bearbeitungsordnung, gestützt durch die Organisation der Heime, zugedeckt werden. Die Bearbeitungsordnung besteht erstens darin, »dem Klienten die Arbeit aus der Hand zu nehmen«, zweitens in der Delegation dieser Substitutionsarbeit an Hilfskräfte, drittens in der maximalen Reduktion der Interaktionen mit dem Pflegebedürftigen. Die Bearbeitungsordnung hat also einen verzerrten, sekundären Regelungscharakter der systematische Fehler produziert und gleichzeitig verschleiert (vgl. Schütze, 2000).

Werden sich die Pflegekräfte dieses Verzerrungscharakters bewusst, beginnen sie unter dieser sekundären Bearbeitungsordnung bewusst zu leiden, denn all ihre Umgehungs- und Vermeidungsstrategien widersprechen dem Selbstverständnis der Pflegekraft. Eine typische suboptimale Umgangsstrategie mit Kernproblemen und Paradoxien professionellen Handelns ist der Versuch wegzuschauen, sich vom Leid des zu Pflegenden abzugrenzen – mit der Folge der Abstumpfung oder des sich Flüchtens in die Stationsroutine. Dies untergräbt, sobald es wiederum bewusst wird – und es wird bereits bei einem ersten reflexiven Nachdenken bewusst – das berufliche Selbstverständnis weiter, mit der Folge, dass die betroffenen Pflegekräfte psychische Erschöpfung bis hin zu Burnout-Symptomen beklagen. Oftmals wird die Pflegekraft dann aber noch mehr gefordert und zwar wegen schlechter werdender struktureller Rahmenbedingungen der Pflege wie Zeitdruck und Personalmangel, die mit den skizzierten Deprofessionalisierungstendenzen oftmals systematisch verbunden sind. Das spitzt die Situation der psychischen Erschöpfung der Pflegekraft weiter zu. Die Folgen daraus können das berufliche Selbstverständnis und die Identifizierung mit dem Pflegeberuf stark erschüttern.

In einer erfolgreichen Berufssozialisation kommt es zur biographischen Identifikation des Professionellen mit der Berufsrolle, seiner Profession und deren Werten. Hierbei entwickelt sich die professionelle Identität. Die einzelnen im Pflegeberuf tätigen Professionellen werden dann aber auch gerade durch ihre starke Identifizierung mit dem

Pflegeberuf und durch die Orientierung an dessen spezifischen Sinnquellen in die unaufhebbaren Grundprobleme des professionellen Handelns im Pflegeberuf verstrickt. Bei nicht-umsichtiger Bearbeitung sind Erfahrungen von Vergeblichkeit, Sinnlosigkeit und Ausgebranntsein, d.h. des Gefangenseins in einer Berufsfalle, die Folgen (Haller, 2000; Hölzer, 2003; Schmidbauer, 2002). Gerade eine starke biografische Berufsidentifikation des Professionellen kann bei systematischen Schwierigkeiten im späteren Arbeitsablauf dazu führen, dass Burnout-Symptome entstehen und die Pflegekraft sich in einer Berufsfalle verstrickt (vgl. Schmidbauer 2002; Henze, Piechotta, 2004). Ironischerweise kann dann gerade aus der Orientierung auf ein umsichtiges Problemlösungshandeln bei der professionell identifizierten Pflegekraft eine Entfaltungsdynamik von Verlaufskurvenproblemen der Behandlung und in weiterer Folge eine kumulierte Unordnung<sup>5</sup> (»cumulative mess« – Strauss et. al 1985) der Verlaufskurvenentfaltung erwachsen. Der Professionelle empfindet dann seine Verstrickung mehr oder weniger als schuldhaft, und das untergräbt dann noch zusätzlich seine Identität und verstärkt das Auftreten von Burnout-Symptomen. Dies wissend kann die Pflegekraft dazu tendieren, sich zukünftig vom Leiden der Gepflegten abzugrenzen. Es breitet sich eine latente Angst vor Fehlern im eigenen pflegerischen Handeln und den daraus erwachsenen Schädigungen des Gepflegten aus – zum Beispiel beim Umgang mit Notfällen oder im Umgang mit infauster Prognose, dem Sterbeprozess und dem Tod und den damit zusammenhängenden Ohnmachts- oder Schuldgefühlen (vgl. Fengler, 2001; Domnowski, 2004; Knobeling, 1999). Eine solche emotionale Distanzierung gegenüber der Verlaufskurvennot des Pflegebedürftigen birgt die Gefahr des Abgleitens in systematische mentale und psychische Abstumpfung in sich; dieser Prozess – ist die Deprofessionalisierungsverlaufskurve der Pflegekraft erst einmal so weit gelangt – scheint dies im Gegensatz zu den oben skizzierten Stadien der Deprofessionalisierungsverlaufskurve unglücklicherweise kaum bemerkbar zu sein (vgl. Haller, 2000).

## **5 Die öffentliche Wahrnehmung der stationären Altenpflege – Folgen für das Professionalisierungsstreben und das pflegeprofessionelle Selbstverständnis der Pflegefachkräfte**

Abschließend soll hier noch ein Aspekt, der sich aus der Analyse des Datenmaterials ergeben hat, betrachtet werden: die öffentliche Wahrnehmung der stationären Altenpflegearbeit.

Die befragten Pflegekräfte beklagen mit großem Nachdruck, dass zumeist die Missstände aus dem Arbeitsfeld der stationären Altenpflege in den Blick der öffentlichen

---

<sup>5</sup>Mit der Entstabilisierung des labilen Gleichgewichtes der Alltagsbewältigung verbraucht der Betroffene die ihm noch verbliebenen Energien zur Bewältigung und Aufrechterhaltung des labilen Gleichgewichtes – Diese, meine Sichtweise, ist angelehnt an das von Schütze entwickelte Ablaufmodell für Verlaufskurvenprozesse (Schütze, 1995). Die Überfokussierung auf spezifische Aspekte der Problemlage bringt für das Individuum die Vernachlässigung anderer Problemaspekte mit sich. Die unterschiedlichen, sich anhäufenden Problemaspekte und die unangemessenen Reaktionen des Individuums darauf wirken im Sinne einer kumulierten Unordnung ineinander. »Ein zusätzliches Belastungsereignis führt dann dazu, dass das labile Gleichgewicht einer Verkettung von Alltagsproblemen weicht.« (Schütze, 1995)



Wahrnehmung gerückt werden. Dabei bezieht sich die Inszenierung von Negativbeispielen zumeist weniger auf die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, sondern zum Leidwesen der engagierten Pflegefachkräfte vordergründig auf die pflegerische Versorgung. In das Blickfeld der öffentlichen Wahrnehmung gelangen vornehmlich extreme Fälle – wie Fälle von physischer oder psychischer Misshandlung oder auch Fälle von Mangelernährung.

Katja Herrmann merkt dazu an:

29 Also was mir am Herzen liegt ist, dass in den Medien eigentlich  
30 immer nur die schwarzen Schafe gezeigt werden. Also das stimmt mich immer traurig.  
(Katja Herrmann, S. 155, 29–30)

Diese exponierte Inszenierung von Negativbeispielen wirkt auf mehreren Ebenen schädlich: So fühlen sich die Pflegekräfte in ihrem beruflichen Selbstbild und in ihrer pflegeprofessionellen Grundhaltung tief verletzt. Die einseitige Darstellung der stationären Altenpflege hat unmittelbare Auswirkungen auf die öffentliche Wahrnehmung der stationären Altenpflege und auf die Wahrnehmung der in der stationären Altenpflege engagiert und oftmals aufopferungsvoll tätigen Pflegekräfte. Negativbeispiele im Fernsehen und in der Presse erzeugen in der breiten Öffentlichkeit einen falschen Eindruck von der Pflegerealität und schüren bei pflegebedürftigen Menschen und bei deren Angehörigen ein tiefes Misstrauen. Daraus wiederum erwächst eine erhebliche Belastung für die Interaktionsbeziehung zwischen den zu Pflegenden, ihren Angehörigen und den Pflegekräften. So beklagen die Pflegekräfte, dass es sehr schwer sei, die breite Öffentlichkeit – und damit letztlich auch die Angehörigen der Pflegebedürftigen – vom Bemühen um Pflegequalität und vom Bemühen um Professionalisierungsstreben zu überzeugen, wie ein Textauschnitt aus dem Gespräch mit der Krankenschwester Katja Herrmann zeigt:

31 dann haben wir  
32 immer damit zu tun, dass die Angehörigen sehr reserviert sind und sehr skeptisch,  
33 weil in der Presse und im Fernsehen immer nur die Negativbeispiele gezeigt werden (.)  
(Katja Herrmann, S. 155,29–33)

Die Pflegekräfte beklagen, dass der schlechte Ruf der stationären Altenpflege das kontinuierliche und aufopferungsvolle Bemühen der Pflegekräfte um eine gute Pflegequalität in den Hintergrund stellt. Auch die Interaktionsbeziehungen mit den Angehörigen seien deshalb weniger von Vertrauen als von tiefem Misstrauen geprägt:

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

Die Angehörigen von Pflegebedürftigen zweifeln nicht selten aufgrund der verzerrten Darstellung in den Medien an der Pflegeprofessionalität der Pflegekräfte.

Die pflegeprofessionell arbeitenden Einrichtungen stehen vor der Schwierigkeit, ihr alltägliches Engagement zum Wohle des Pflegebedürftigen der Öffentlichkeit gegenüber glaubhaft zu machen und Vorurteile in der öffentlichen Meinung zu korrigieren. Eine ausgewogene Darstellung der Altenpflege in den Medien würde größeres Vertrauen in das pflegeprofessionelle Engagement schaffen, und mehr Menschen würden der Kompetenz

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

## 6 Schlussbetrachtung

Die Darstellung soll jedoch nicht mit dem Eindruck schließen, dass die Situation in der stationären Altenpflege und die berufliche Pflegearbeit in deren Kontext nur von Missständen, problematischen Rahmenbedingungen und Arbeitsschwierigkeiten bestimmt sind. Ein derartiger Nachklang der vorliegenden Untersuchung wäre keinesfalls im Interesse aller engagierten und aufopferungsvoll pflegenden Fachkräfte, die sich als Interviewpartner für diese Studie zur Verfügung gestellt haben.

Die Ansprüche, die Pflegekräfte an ihr eigenes Handeln stellen, sind hoch. Ein neues professionelles Selbstverständnis, das im Rahmen der Akademisierung der Pflege durch die Güte der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Wissensbasis gestützt wird, hat sich herausbildet. Pflegekräfte und Pflegeanbieter bemühen sich – trotz aller Widrigkeiten und systematischen Arbeitsschwierigkeiten im Arbeitsfeld der stationären Altenpflege –, um eine Verbesserung der Qualität des beruflichen Pflegehandelns. Die berufliche Pflegearbeit im Kontext der stationären Altenpflege ist verbunden mit einer immer komplexer werdenden Entscheidungs- und Handlungskompetenz der in diesem Feld Tätigen. Durch das engagierte Streben der Pflegekräfte nach individuell-zielgerichteter und bedürfnis-fokussierter altenpflegerischer Versorgung mit hohem Anspruch an die Pflegequalität können die singulär-fallspezifischen Probleme und Ressourcen pflegebedürftiger Menschen in der stationären Altenpflege immer differenzierter versorgt und beachtet werden. Möge dieses aufopferungsvolle und pflegeprofessionelle Engagement der Pflegekräfte mehr in den gesellschaftlichen Blick geraten und eine entsprechende Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung erfahren.

## Literatur

- Behrens, J. (2005) Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidenz. In: Soziologie der Pflege. Weinheim: Juventa-Verl., S. 51-70.
- Boegemann-Grossheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jahrgang 3/2004, S. 100-107.
- Freidson, E. (1975): Dominanz der Experten – Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. In: Keupp, H.; Pflanz, M.; Siegrist, J. (Hrsg): Medizin und Sozialwissenschaften 3. München: Urban & Schwarzenberg, S. 91 – 147.
- Garfinkel, H. (1973): Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen. Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd. 1 und 2, Reinbeck: Opladen, S. 189 – 262
- Glaser, B. G., Strauss, A. (1967/2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung. 2. korrigierte Auflage. Bern: Huber 2005.
- Haller, D. (2000): Grounded Theory in der Pflegeforschung – professionelles Handeln unter der Lupe. Bern: Huber.
- Henze, K.-H.; Piechotta, G. (Hrsg.) (2004): Brennpunkt Pflege. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Hölzer, R. (2003): Burnout in der Altenpflege – vorbeugen – erkennen – überwinden. München, Jena: Urban & Fischer
- Hughes, E. C. (1971): The Sociological Eye. Bd. 1. Selected Papers on Institutions and Race. Chicago/New York, S. 1 – 278.
- Kellnhauser, E. (1994): Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege – Ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland. Melsungen: Bibliomed Verlagsgesellschaft.
- Kollak, I.; Hesook, S. (Hrsg) (1999): Pflge theoretische Grundbegriffe. Bern: Huber, S. 10.
- Köther I. (2005): Altenpflege zeitgemäß und zukunftsweisend. Stuttgart: Georg Thieme.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.)(2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung – Materialien für die Umsetzung der Studentenafel. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Lay, R.(2000b): Beruf oder Profession? Strategien zur Professionalisierung in der Pflege. In: Fischer, H.; Gerhardt, E.-P.; Greulich A.; Räßle Th.; Schneider, E.; Thiele, G.; Ulmer, H.-U.; Degener-Hencke, U. (Hrsg.): Management Handbuch Krankenhaus. Heidelberg: R. v. Decker´s Verlag, 44. Erg. Lfg. 2128, S. 1-11
- Lay, R. (2002a): Professionalisierung der Pflege – aber wie? In: Bergener, M.; Fischer H.; Heilmann, M.; Thiele, G. (Hrsg.): Management Handbuch Alteinrichtungen. Heidelberg: R. v. Decker´s Verlag, 23. Erg. Lfg. 1873, S. 1-11

- Lay, R. (2004): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Meuser, M.; Nagel, U. (2004): ExpertInneninterview. In: Becker, R.; Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 326-329.
- Nittel, D. (2000): Von der Mission zur Profession? In: Nolde, S.; Nuissl v. Rein E.; Tippelt, R. (Hrsg.) Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bielefeld: Bertelsmann
- Reim, Th. (1996): Die Weiterbildung zum Sozialtherapeutenberuf. Bedeutsamkeit und Folgen für Biographie, professionelle Identität und Berufspraxis. Eine empirische Untersuchung von Professionalisierungstendenzen auf der Basis narrativ-autobiografischer Interviews. Dissertation am Fachbereich Sozialwesen der Universität Gesamthochschule Kassel.
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hrsg.): Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: Ed. Sigma, S. 103-126
- Schmidbauer, W. (2002): Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. Hamburg:Rowohlt.
- Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, Jg. 13, H. 3, S. 283-293.
- Schütze, F. (1995): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H.-H; Marotzki, W. (Hrsg.): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Leske und Budrich, S. 116-157.
- Schütze, F. (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: Combe, Arno, und Helsper, Werner, (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 183-275.
- Schütze, F. (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriss. In: ZBBS, Jg. 1, H 1., S. 49 – 96
- Schütze, F. (2001b): Rätselhafte Stellen im narrativen Interview. In: Handlung Kultur Interpretation, 2001, Jg. 10, Heft 1, S.12-28.
- Schwenk, M. (2007) Professionalisierung der Pflege, Grin Verlag München
- Sowinski, Ch., Pflege braucht Fachlichkeit – vorbehaltene Aufgabenbereiche für Fachkräfte gegenüber Hilfskräften. In: Pflege aktuell 52 (1998) Heft 7-8, S. 418-422.
- Strauss, A. (1985) Work and the devision of labor. In: The Sociological Quarterly 26, 1, 1-19
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suszek, B.; Wiener, C. (1985): Social Organization of Medical Work. Chicago: The University Chicago Press