

Caroline Schmitt/Hans Günther Homfeldt

»Das hier ist wirklich am Abstellgleis. Toter als tot«

*Junge Pflegebedürftige als vergessene Adressat*innengruppe gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit im Pflegeheim*

1 Einleitung

Der Bundestag hat in den vergangenen Jahren mehrere Gesetze auf den Weg gebracht, um die gesellschaftliche Teilhabe pflegebedürftiger Menschen¹ zu fördern. Das »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention« (PrävG) aus dem Juli 2015 formuliert für stationäre Pflegeeinrichtungen einen Präventionsauftrag, unter Beteiligung der Betroffenen Angebote zur Gesundheitsförderung und »Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten« (Art. 6, § 5, Abs. 1) umzusetzen. Die Pflegestärkungsgesetze (PSG I, II und III) aus den Jahren 2015, 2016 und 2017 etablieren mit den fünf Pflegegraden ein neues Schema zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit und weiten den Kreis der Leistungsberechtigten und das Leistungsspektrum aus. So ist im zweiten Pflegestärkungsgesetz für Pflegebedürftige ein Anspruch auf zusätzliche soziale Betreuung und Aktivierung mit dem Ziel einer selbstbestimmten Alltagsbewältigung festgehalten. Auch das im Jahr 2017 in seiner ersten Stufe in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat zum Ziel, Menschen mit (drohender) Behinderung und Pflegebedürftigkeit eine selbstbestimmte Lebensführung und »volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft« (§ 1) zu ermöglichen. Pflegebedürftigkeit soll vermieden, überwunden oder vermindert werden (§ 9). Das BTHG überführt die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus dem Sozialhilferecht des SGB XII in das SGB IX zu Rehabilitation und Teilhabe (Röh, 2019: 231). Die Eingliederungshilfe als Teil der Rehabilitation zu verstehen, ermöglicht eine größere Nähe zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.

Trotz der Intention, die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu stärken, sehen sich Gesetze und Gesetzesvorhaben regelmäßiger Kritik ausgesetzt, Selbstbestimmung und Teilhabe nicht ausreichend zu unterstützen. Im Jahr 2019 wird etwa der Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPREG) von Wohlfahrtsverbänden und Betroffenenorganisationen kontrovers diskutiert. Ziel des Vorhabens ist, die Situation von pflegebedürftigen Intensivpatient*innen zu

Gesetzliche
Grundlagen

1 Die Bezeichnung »pflegebedürftige Menschen« meint Personen, »die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen (1). Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate (2), und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen (3)« (§ 14 Abs. 1 SGB XI). § 15 SGB XI enthält Regulierungen zum Grad der Pflegebedürftigkeit. Der Pflegegrad wird mittels eines pflegefachlichen Begutachtungsinstruments ermittelt und von der Pflegekasse festgelegt.

verbessern, die Qualität in der stationären Pflege zu erhöhen und Abrechnungsbetrug in der ambulanten Versorgung vorzubeugen. Verbände kritisieren, dass die geplante Abwägungsentscheidung in den Händen des Medizinischen Dienstes liegen soll: Es wäre dann Aufgabe des Medizinischen Dienstes zu entscheiden, ob Patient*innen im Pflegeheim oder zu Hause versorgt werden sollen, anstatt die Wahl den Betroffenen selbst zu überlassen (siehe Stellungnahme des CBP, 2019).

Kritik

Diese Gesetze und Gesetzesvorhaben ordnen sich in eine Reihe politischer Maßnahmen auf dem Weg zu einer inklusiv ausgerichteten Gesellschaft ein, die Menschen mit ihren spezifischen Bedürfnissen und Ressourcen adressiert, ohne sie auszugrenzen. Zunehmend mehr rücken die »Umstände«, unter denen sich pflegerisches Handeln als fürsorgliches Handeln realisieren soll« (Kohlen/Giese/Riedel, 2019: 285), in diesem Zusammenhang in den Fokus.

Im Frühjahr 2020 sind die schwierigen Umstände in der Pflege, die sich durch einen hohen Bedarf an Pflege- und Sorgetätigkeiten bei gleichzeitigem Kosten- und Spardruck auszeichnen, im Zuge der Corona-Pandemie im Blick einer breiten Öffentlichkeit. Pflegebedürftige Menschen sind von der Viruskatastrophe besonders stark betroffen. Die ohnehin eingeschränkte soziale Sorge bricht durch neue Herausforderungen und Quarantänemaßnahmen weiter weg. Die Coronakrise offenbart in eklatanter Weise die ohnehin gegebene Pflegekrise. Belastungen nehmen für Pflegepersonal wie pflegebedürftige Menschen weiter zu. Die spezifische Situation lässt grundlegende Probleme wie einen Personalmangel in der Pflege deutlich hervortreten und verschärft sie noch. Die Diskussion darüber, dass in diesem Feld »systemrelevante« Fachkräfte in einem facettenreichen Aufgabebereich agieren, will dieser Beitrag unterstreichen und die Bedeutsamkeit einer grundlegenden Stärkung sozialer Sorge und damit einhergehend der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Feld der Pflege aufzeigen.

Pflegekrise

Nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 wandelte sich die Pflege. War sie vorher tendenziell breit konzipiert, reorganisierten sich nach 1995 die ambulanten und stationären Dienste. An Stelle korporativer Strukturen zwischen Verbänden und Gemeinden/Landkreisen traten nun die Pflegekassen. Leistungen der Sozialen Arbeit waren fortan nicht mehr mitfinanzierbar. Pflegekassen beschränkten sich vornehmlich auf die Finanzierung von Pflegekräften (Schmidt/Klie, 1998). Die Folge sind Qualitätsdefizite und ein weitgehendes Ausbleiben sozialer Betreuung, wenn sie nicht von Angehörigen und Ehrenamtlichen übernommen wird. Eine einzig auf körperbezogene Versorgungsleistungen zentrierte Pflege wird Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen jedoch nicht gerecht, »denn altersgerechte Versorgungsgestaltung bedeutet [...], vorhandene Bewältigungsfähigkeiten nicht zu beeinträchtigen und Sorge für die Aufrechterhaltung sozialer Integration sowie die Vermeidung von Diskriminierung zu tragen« (Garms-Homolova/Schaeffer, 2000: 545). Wer kann und soll diese das Wohlbefinden tragenden Versorgungsleistungen übernehmen?

In den zurückliegenden zwanzig Jahren professionalisierte sich die Pflege u.a. durch die Etablierung der Pflegewissenschaften an den Hochschulen. Hierbei wird das Bemühen sichtbar, sich an einem weit gefassten Pflegeverständnis des »caring« zu orientieren. Dennoch sind biopsychosoziale Tätigkeitsanteile (u. a. die soziale Betreuung im Sinne von § 75 SGB XI) nach wie vor nicht hinlänglich in der Praxis umgesetzt. Ein umfassendes Verstehen von Situationen ist vonnöten (siehe zu Stufen von Pflegekompetenz Benner, 2000), aber gegenwärtig auf der Basis eines vertragsrechtlich gebundenen Leistungsspektrums praktisch kaum umsetzbar.

Professionalisierung

Gesundheits-
bezogene
Soziale Arbeit

Ein auf Teilhabe ausgerichteter Denkansatz fordert nun zu neuen Mitwirkungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im stationären Pflegebereich heraus. Gesundheitsförderung könnte vor diesem Hintergrund zu einer wichtigen Facette umfassender sozialer Versorgung werden, an der eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mitwirken kann, nicht zuletzt als wichtiger Teil von ihr die Klinische Sozialarbeit. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann mit ihrem lebensweltorientierten Blick, aber auch ihrer Ausrichtung auf interprofessionelle Kooperation, eine bedeutsame Perspektive in der Diskussion um eine sorgende Pflege bereitstellen. Ihre Konzepte zur partizipativen Gestaltung sozialer Beziehungen und Umwelten (Wansing, 2005) und zu Aufrechterhaltung und Erweiterung von Handlungsfähigkeit sind für die Debatte wichtige Eckpfeiler. Will Soziale Arbeit ihrem komplexen Auftrag gerecht werden, gilt es, Pflegeheime nicht ausschließlich als »Politikfeld« (Auth, 2019a), sondern als lebensweltliche Orte (Hünersdorf, 2005) aus Perspektive pflegebedürftiger Menschen wahrzunehmen.

Handlungs-
feld »Junge
Pflege«

Mit dem Beitrag wird an diesen Auftrag angeknüpft und eine Adressat*innengruppe vorgestellt, die in der Diskussion um Qualität und Teilhabeorientierung von Pflege bisher kaum Berücksichtigung erfährt. Es handelt sich um junge pflegebedürftige Menschen im Erwachsenenalter, die aufgrund von chronischen Erkrankungen, eines Unfalls oder einer Behinderung auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. In über 90 Prozent der Fälle werden sie von Angehörigen im eigenen zu Hause gepflegt (Destatis, 2019a). Können die Bedürfnisse zu Hause und mit Hilfe ambulanter Angebote nicht gedeckt werden, fragen sie eine stationäre Versorgung nach. Sie finden sich dann vor einer regional different ausgeprägten Versorgungsstruktur wieder. Diese umfasst Plätze in Altenpflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe genauso wie Einrichtungen, die sich auf die angenommenen Bedürfnisse der Adressat*innen spezialisiert haben und mit dem Etikett »Junge Pflege« für eine adressat*innenorientierte Versorgung werben. Dieses Schlagwort zirkuliert vor allem in der pflegerischen Praxis und umschreibt pflegebedürftige Menschen unter einem Lebensalter von 60 Jahren (Rothgang/Müller, 2017: 164-165).

Kapitel 2 führt zunächst in das Handlungsfeld der »Jungen Pflege« ein, das in der Praxis langsam an Relevanz gewinnt, als Forschungsfeld aber weitgehend unbeachtet ist. Kapitel 3 legt die Perspektive auf Inklusion und Teilhabe als sensibilisierende Konzepte in der empirischen Annäherung an das Feld dar. Dem folgen Erläuterungen zum methodischen Vorgehen der explorativen Fallstudie in Kapitel 4: Interviewt wurden zwei pflegebedürftige Männer im Erwachsenenalter. Während der erste Interviewte in einem konventionellen Altenpflegeheim lebt, ist der zweite Interviewte in einem Altenpflegeheim mit gesondertem Konzept für »Junge Pflege« untergebracht. Die Interviews werden in Kapitel 5 zu Fallvignetten zusammengefasst, bevor die fallübergreifenden Themen verdichtet herausgestellt werden. Zentrales Ergebnis ist, dass sich die Befragten als sozial isoliert erleben und ihnen im Altenpflegeheim die Befriedigung ihrer Bedürfnisse und eine selbstbestimmte Lebensführung verwehrt bleiben. Beide Männer fühlen sich der Institution mit ihren standardisierten Regeln unterworfen und machen auf die Nicht-Passung ihrer Bedürfnisse mit der Form ihrer Unterbringung aufmerksam. Kapitel 6 stellt heraus, dass die Erkenntnisse der politischen Stoßrichtung einer Teilhabeorientierung in der Pflege entgegenlaufen und verweist auf notwendige Verbesserungen in der Pflegeinfrastruktur und Praxis. Für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zeigt sich die Herausforderung, Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen über die

Lebensspanne systematisch zu erfassen und lebensweltorientierte Ansatzpunkte in diesem Bereich zu stärken.

2 »Junge Pflegebedürftige« – eine vergessene Adressat*innengruppe gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

»Pflege« wird im deutschsprachigen Diskurs vorwiegend als Bedürfnis lebensälterer Menschen konstruiert. Dabei kann eine Pflegebedürftigkeit in jedem Lebensalter und jeder Lebensphase auftreten. Sie ist ein »lebensbegleitendes Thema« (Reichert, 2010). Das »traditionelle Bild vom Erwachsenen als »fertigen« Menschen« (Schröder/Stiehler, 2009: 1) hat jedoch dazu beigetragen, Pflegebedürftigkeit nicht als anthropologische Grundkonstante, sondern »Problem« des höheren Lebensalters zu diskutieren. Dabei ist vor dem Hintergrund universeller menschlicher Verletzbarkeit, der Entgrenzung von Lebensphasen und einer Weltrisikogesellschaft (Beck, 2007) davon auszugehen, dass das Erwachsenenalter »längst einer offenen Sozialisationsdynamik unterworfen [ist]« (Schröder/Stiehler, 2009: 29) und ganz zentral – analog zur (frühen) Kindheit, Jugend, dem Alter und hohen Alter – mit vielfältigen Bewältigungsanforderungen, auch im Bereich von Gesundheit und Pflege, einhergeht (Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum, 2011: 81). Obgleich dem Erwachsenenalter gegenwärtig mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht wird – zum Beispiel sind ihm im »Handbuch Lebensbewältigung und Soziale Arbeit« (Stecklina/Wienforth, 2020) elf Kapitel gewidmet –, steht eine grundlegende Diskussion aus Perspektive der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit noch aus. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung verengt Pflegebedürftigkeit als zentrales Risiko »des vierten Lebensalters« (Schmidt, 2010: 173) und fokussiert auf die Beziehung zwischen lebensälteren Menschen und Pflegenden. Neue Forschungsfelder weiten den Blick über den nationalstaatlichen Tellerrand hinaus. Sie analysieren Pflegebeziehungen zwischen lebensälteren Menschen und Pfleger*innen aus dem Ausland, Altern und Pflege von Menschen aus Ländern des Globalen Nordens in Nachbarländern oder fernen Destinationen (Schilliger, 2013; Bender/Hollstein/Schwepe, 2017) und Formen kultursensibler Pflege in der Migrationsgesellschaft (Aşkın, 2018). Auch Fragen von Partizipation lebensälterer Menschen in Pflegeeinrichtungen und im Stadtteil (Heusinger/Hämel/Kümpers, 2017), Gewaltschutz und Qualitätsstandards in Privathaushalt und Pflegeheim (Horn/Schwepe, 2019) sowie Belastungen, die mit einem Pflegeverhältnis für Angehörige einhergehen, rücken zunehmend in den Blick. Hierbei werden vor allem pflegende Kinder und Jugendliche als belastete Personengruppe verstanden (Metzing/Schnepp, 2007).

Auch Konferenzen und Fachtagungen behandeln Fragen von Qualität, Teilhabe und Schutz – die Adressat*innengruppe der »Jungen Pflege« bleibt dabei aber weitgehend ausgespart. Im Programm des 9. Präventionskongresses zum Thema »Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege« des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. im Dezember 2019 in Berlin finden sich zwar Vorträge zu Gesundheitspotenzialen im hohen Alter, partizipativer Altenpflege und Qualitätsentwicklung, die Bedürfnisse junger und erwachsener Menschen mit Pflegebedürftigkeit sind jedoch unbenannt (BVPG, 2019).

Menschliche Verletzbarkeit in allen Lebensaltern und -phasen

Neue Forschungsfelder

Forschungs-
desiderat
»Junge
Pflege«

Diese Erkenntnisse markieren ein Forschungsdesiderat: Obwohl pflegebedürftige Menschen im jungen Alter sowie Erwachsenenalter bis 60 Jahre rund 15 Prozent² der Pflegebedürftigen in Deutschland umfassen (Rothgang et al., 2017: 164), sind sie bisher nicht in den Fokus wissenschaftlicher Studien gerückt. Der Pflegereport 2017 konstatiert Versorgungslücken »im Hinblick auf Pflegeheime, die sich auf die Versorgung junger Pflegebedürftiger spezialisiert haben« (ebd.: 251). Die Wünsche dieser Adressat*innengruppe nach einem selbstbestimmten Leben werden innerhalb der bestehenden Strukturen häufig nicht erfüllt (ebd.). In der Praxis nehmen angesichts dieser Bilanz Bestrebungen zu, die Bedürfnisse der unter 60-Jährigen besser aufzugreifen. Neue Pflegeangebote entstehen, Altenpflegeeinrichtungen eröffnen Stationen der »Jungen Pflege« und sind im Internet gut auffindbar. Zu nennen ist etwa der »Junge Pflege Monitor« (<https://www.jungepflegemonitor.de>), mit dessen Hilfe nach Plätzen für Pflegebedürftige jungen und mittleren Alters in den verschiedenen Bundesländern recherchiert werden kann. Jedoch ist das Angebot regional unterschiedlich ausgebaut und es herrscht Unklarheit über die spezifischen Konzepte einer »Jungen Pflege«. Merkmale und Standards werden mit wachsender praktischer Verankerung erst diskutiert und entwickelt (Kroggel, 2019).

3 Inklusion und Teilhabe als sensibilisierende Konzepte

Inklusion und
Teilhabe

Das Vorhaben lehnt sich an die Teilhabeorientierung im BTHG, den PSGs, dem PräVG und in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) an. In den Debatten um »gute Pflege« (Kohlen/Giese/Riedel, 2019: 283) und Inklusion von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit taucht der Begriff der Teilhabe immer wieder auf, um den Inklusionsbegriff zu konkretisieren. Teilhabe umschreibt zum einen den »Zustand« (Kessl, 2013: 32) des Teilhabens und zum anderen die Herstellung von Teilhabemöglichkeiten für alle Menschen als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Fragen von Teilhabe haben im Zuge der UN-BRK an Stoßkraft gewonnen und werden in verschiedenen Feldern – zum Beispiel im Rahmen der angestrebten Reform des SGB VIII hin zu einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe – debattiert. Diese Debatte greift grundlegende Schlüsselthemen der Sozialen Arbeit und anderer Disziplinstränge auf (Dannenbeck, 2013). Aus systemtheoretischer Perspektive meint Inklusion das Eingebunden- oder Nicht-Eingebunden-Sein in autopoietische Funktionssysteme wie den Arbeitsmarkt, das Bildungssystem oder das politische System. Luhmann (1995) geht von In- und Exklusionsprozessen in und aus gesellschaftlichen Teilsystemen aus. Er hat mit seiner Theorie ein Analysegerüst zur Funktion von gesellschaftlichen Systemen aus der Vogelperspektive vorgelegt und entfaltet keinen normativen Anspruch. Die UN-BRK formuliert Inklusion hingegen als Ziel einer gleichberechtigten Teilhabe an Gesellschaft von Menschen mit unterschiedlichen physischen und psychischen Bedürfnissen. Während die normative Debatte um Inklusion die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderung zum Ausgangspunkt hat, wird

² Zum 31.12.2017 lag die Anzahl der unter 15-Jährigen mit Pflegebedarf bei 113.854 Personen. Die Gruppe pflegebedürftiger Menschen zwischen dem 15. und 60. Lebensjahr umfasste 392.969 Menschen. Bei einer Gesamtanzahl von 3.414.378 Pflegebedürftigen im Jahr 2017 machen die unter 60-Jährigen 14,84 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen in Deutschland aus. Über 90 Prozent von ihnen werden zu Hause gepflegt. 37.360 nehmen eine vollstationäre Versorgung, 2.570 eine teilstationäre Versorgung in einem Heim in Anspruch (Destatis, 2019a).

ein Inklusionsverständnis mit breiter Heterogenitätsorientierung zunehmend mehr diskutiert (Lüders, 2017: 180-181) und als grundlegendes erziehungswissenschaftliches Paradigma definiert. Inklusion, verstanden als Streben nach und Herstellung von Teilhabe an selbstgewählten gesellschaftlichen Zusammenhängen (Bartelheimer, 2007), stellt eine gesellschaftskritische Analyseperspektive zur Identifizierung von Teilhabemöglichkeiten und verwehrt Teilhabe bereit (Schmitt, 2018). Ein solches Verständnis überführen wir in Anlehnung an Hopmann und Ziegler (2017) mithilfe des Capabilities-Ansatzes als Befähigung in eine analytische Heuristik. Diese Analyseperspektive setzt »den gleichsam materiell, institutionell und politisch-diskursiv strukturierten Raum gesellschaftlicher Möglichkeiten mit dem je aktorsbezogenen Raum individueller Bedürfnisse und Befähigungen in Beziehung« (ebd.: 90-91). Der Capabilities-Ansatz eignet sich grundlegend zur Erforschung von Inklusion und Ausschluss in jeglichen gesellschaftlichen Feldern. In unserem Beitrag dient ein solches Verständnis als sensibilisierendes Konzept (Blumer, 1954) im Feld der Pflege. In der folgenden Analyse wird danach gefragt, welche *Teilhabemöglichkeiten* erwachsene Menschen mit Pflegebedarf in Pflegeheimen (nicht) entfalten können, wie ihre *Bedürfnisse* innerhalb der Einrichtungen berücksichtigt sind und wie Soziale Arbeit *Teilhabe herstellen und soziale Umwelten befähigend ausrichten* kann.

Inklusion
als Analyse-
perspektive

4 Methodisches Vorgehen

Der Beitrag basiert auf zwei narrativen Interviews (Schütze, 1983), die im Dezember 2018 und Februar 2019 mit zwei Männern mittleren Alters geführt wurden³. Beide Männer lebten zu diesem Zeitpunkt in einem Altenpflegeheim. Eines der Altenpflegeheime ist auf die antizipierten Bedürfnisse lebensälterer Menschen ausgerichtet, während das zweite Heim angibt, ein spezifisches Angebot der Jungen Pflege bereitzustellen. Der Kontakt wurde im ersten Fall durch einen Krankenpfleger eines Dialysezentrums hergestellt, der mit dem Betreffenden bei seinen Terminen dort in einen näheren Austausch kam. Im zweiten Fall kam der Kontakt durch eine Mitarbeiterin im Altenpflegeheim zu Stande. Die Interviews wurden mit der Frage nach dem Weg ins Pflegeheim eröffnet. Beide Interviewten erlebten die Interviewsituation als Abwechslung in ihrem routinierten Heimalltag und berichteten ausgiebig von ihrer Lebenssituation. Die Interviews wurden für diesen Beitrag in einem ersten Schritt zu Fallvignetten verdichtet, welche die Geschichte der Befragten erzählen und ihr Erleben herausstellen (Kap. 5.1 und 5.2). In einem zweiten Schritt wurden die zentralen Themen in der Lebenssituation beider Männer zusammengetragen (5.3.).

Interviews
mit pflege-
bedürftigen
Männern im
Altenpflege-
heim

3 Die Erhebung der beiden Interviews ist eingebettet in das explorative Forschungsprojekt »Junge Pflege. Ein vergessenes Handlungsfeld gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit?«, das von Caroline Schmitt geleitet und in Zusammenarbeit mit Hans Günther Homfeldt durchgeführt wird. Es wurde und wird durch die (ehemaligen) wissenschaftlichen Hilfskräfte Carina Blum und Ellena Milbert unterstützt. Die Finanzierung erfolgt durch den Gleichstellungsförderfonds der Universität Trier.

5 Ergebnisse

Das Ergebniskapitel gibt Einblick in die Lebenswirklichkeiten zweier Männer im Alter von 45 Jahren und 57 Jahren. Beide weisen zum Interviewzeitpunkt einen pflegerischen Bedarf auf, der mit ambulanten Angeboten nicht ausreichend gedeckt werden kann.

5.1 Sven Müller: »Das Schlimmste, was man einem Menschen antun kann, wie im Gefängnis«

Sven Müller⁴ ist 45 Jahre alt und gelernter Speditionskaufmann. Bis vor drei Jahren lebte er gemeinsam mit seiner Frau und seinem Sohn nahe einer deutschen Großstadt. Seine Biografie trennt er in zwei große Einheiten – in sein Leben vor und sein Leben nach dem Winter 2016 (Z. 24). Tag genau stellt er den Beginn seiner biografischen Abwärtsspirale heraus. Er erzählt seine Lebensgeschichte als Aneinanderreihung von Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegeheimaufenthalten. Zum Interviewzeitpunkt leidet er unter Multipler Sklerose, Diabetes und ist Dialysepatient⁵. Sein Zustand hat sich verschärft, sodass er gegenwärtig an das Bett gebunden ist und sich nicht ohne Unterstützung Dritter fortbewegen kann.

Biografische
Abwärts-
spirale

Zu Beginn des Interviews schildert der Interviewte einen sich stetig verschlimmernden Krankheitsverlauf. Den Beginn markiert ein Sturz. Herr Müller reißt sich den Trizeps auf. Er kommt in ein Krankenhaus mit anschließender Kurzzeitpflege. Dort reißt »beim Umsetzen aus dem Duschstuhl ins Bett« (Z. 38) die Achillessehne und Herr Müller bricht sich das Handgelenk. Hierfür schreibt sich der Interviewte selbst die »Schuld« (Z. 39) zu: »Ich wollte nicht noch auf die Schwester warten« (Z. 39). Es folgen Aufenthalte im Krankenhaus mit Überweisung in ein Altenpflegeheim mit spezifischer Abteilung für jüngere pflegebedürftige Menschen. Die »Junge Pflege« erlebt Herr Müller als Etikettenschwindel: »Junge Pflege war ein Witz. Nur alte Leute« (Z. 50-51). Dem folgen mehrfache Wechsel zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, bis Herr Müller schließlich in einem Altenpflegeheim an seinem Wohnort unterkommt. In diesem Pflegeheim lebt er zum Interviewzeitpunkt seit einem halben Jahr. Er bewohnt ein Einzelzimmer auf der »Demenzstation« (Z. 118).

5.1.1 Segregation und Isolation: »Komplett eingesperrt 24 Stunden«

Seine Lebenswelt beschreibt er als völlig segregiert.

Er erlebt sich als Insasse einer geschlossenen Einrichtung: »normalerweise bin ich auch komplett eingesperrt 24 Stunden« (Z. 127-128). Eine

»Betreuung findet nicht statt« (Z. 131). Für 40 Personen auf der Station ist vor- und nachmittags ein Betreuer anwesend, am Wochenende

⁴ Die Namen der Interviewten sind durch Pseudonyme ersetzt worden.

⁵ In beiden Fällen steht eine Krankheitsgeschichte am Anfang der Zuweisung in eine Altenpflegeeinrichtung. Der zweite Interviewte bezeichnet sich zusätzlich als Menschen mit Behinderung. Behinderung wird im SGB IX, § 2 verstanden als körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung, die Menschen »in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate [hindern kann]«. Die Fälle stellen heraus, wie dynamisch Erkrankung in Pflegebedürftigkeit münden und mit Behinderung – verstanden als behinderte Teilhabe an Gesellschaft – verwoben sein kann.

verschärft sich der Zustand: »wenn man Pech hat [...] dann ist kein Betreuer da. Dann laufen hier drei Leute von der Pflege rum, die auch noch die Küche machen müssen« (Z. 138-141). Herr Müller bilanziert die Umstände im Heim als »katastrophal« (Z. 141) – für ihn wie auch für die Senior*innen. In einem Rollstuhl kann er gegenwärtig nicht sitzen. Das Zimmer kann er nur verlassen, »wenn mich der Rettungsdienst abholt von hier zum Auto und von der Dialyse zum Auto« (Z. 182-183). Tageslicht und frische Luft werden zum unerreichbaren Luxus: »ich krieg seit drei Jahren kein Licht, keine Luft« (Z. 182). Abhängig von anderen verbringt der Interviewte sein Leben im Zimmer des Heims und vergleicht die Situation mit einer Haftanstalt: »Das ist wirklich wie Haft. Schlimmer. Die dürfen ne Stunde in den Hof« (Z. 185-186). Sein Einzelzimmer ist karg gestaltet, das Mobiliar ist zweckmäßig, aber nicht modern (Z. 256-257). Mit ein paar Bildern an der Wand versucht Sven Müller die Atmosphäre aufzuwerten: »hab jetzt ausm Kalender paar Bilder da ausgeschnitten, dass ich wenigstens überhaupt was an den Wänden hab [...] die Zimmer hier sind alle Standard« (Z. 161-164). Die bedrückende Atmosphäre

macht der Interviewte mit dafür verantwortlich, dass Besuch von Freund*innen und Verwandten abnimmt. Es ist »Hier will nur keiner hinkommen [...]. Die Leute gehen nicht gerne in so ein Heim, das ist so bedrückend für die« (Z. 145-147). Seinen 14-jährigen Sohn hält er von einem Besuch zurück: »das möchte ich nicht, dass der das hier sieht« (Z. 177-178). Die räumliche Segregation im Altenpflegeheim geht mit einer sozialen Isolation Hand in Hand: »das hier ist wirklich am Abstellgleis. Toter als tot« (Z. 151). In den vergangenen Jahren hat Herr Müller seinen Freund*innenkreis schwinden sehen: »locker über hundert weg, weg, weg, weg, weg« (Z. 662-663). Die Kontakthaltung aus dem Altenpflegeheim wird durch eine nur unregelmäßig funktionierende Telefonverbindung (Z. 216-218) und fehlende WLAN-Ausstattung erschwert bzw. verunmöglicht: »die Telefonverbindung klappt nicht immer [...] die Heimleitung hat auch schon gesagt, hier wird wohl auch nie WLAN installiert werden, weil wer braucht dat hier« (Z. 216-219). Als Vertraute sind seine Freundin und ein Krankenpfleger der Dialysestation an seiner Seite und geben ihm emotionale und praktische Unterstützung.

Wirklich am Abstellgleis

5.1.2 Verletzung grundlegender Bedürfnisse: »dann ist hier Almatrieb«

Sven Müller ist im Heimalltag Verletzungen seiner grundlegenden Bedürfnisse ausgesetzt.

Er berichtet von akutem Schlafmangel, der durch regelmäßige Schreie älterer Bewohnerinnen in der Nacht bedingt ist: »Die eine schreit immer ›Mama‹ [...], die andere schreit ›Mutter Gottes‹ [...] . Das ist jede Nacht (..) da warte ich schon drauf« (Z. 235-243). Das Essen ist nicht frisch, entspricht nicht Sven Müllers Geschmack und basiert auf »Päckchensoße« (Z. 227). Beschwerden bei der Heimleitung verlaufen im Sand: »da tut sich nix« (Z. 282). Der Wunsch, an für ihn gesellschaftlich relevanten Feiertagen wie Weihnachten zu partizipieren, wird enttäuscht. Das Heim ist nur »halbherzig« (Z. 433) geschmückt. Weihnachten und Silvester enden »abends um 18 Uhr, dann ist hier Almatrieb« (Z. 437-438). Der Interviewte fühlt sich als Objekt der

standardisierten Heimroutine: »hier wird auch nicht auf wie viele Leute Rücksicht genommen. Hier wird man um 18.00 Uhr in die Kiste gelegt« (Z. 440-442). Das Bewegt- und Gehoben-Werden wie ein Objekt ist für Sven Müller bereits einige Male mit Verletzungen einhergegangen. So ist der Interviewte sechs Wochen vor dem Interview von einer Trage gefallen. Die Trage wurde von zwei jungen Frauen transportiert, welche den Befragten nicht halten konnten (Z. 594-599). Um für seine Lebenssituation in der Öffentlichkeit zu sensibilisieren, hat Sven Müller Kontakt zu einem Mitarbeiter einer Tageszeitung aufgenommen: »da sagte der zu mir [...]: ›Tut ma leid, dat können wir net aufgreifen, dann bin ich meinen Job los« (Z. 529-530).

In die Kiste gelegt

5.1.3 Unerträgliche Lebensumstände: »wirklich Endstation«

Die Wünsche des Interviewten setzen an der unmittelbaren Verbesserung seines täglichen Umfelds an: »die Raumbestaltung, dass man net ganz so depressiv hier liegt« (Z. 735), WLAN, Telefon, eine umfangreiche »Fernsehversorgung« (Z. 750) und Möglichkeiten der Beschäftigung: »irgendwas muss man doch finden [...] und wenn sie mich unten in die Verwaltung schieben [...] Telefonzentrale« (Z. 761-764). Herr

Müller ist verzweifelt und beschreibt seine Lebenssituation als unerträglich. Die mehrfachen Vergleiche mit einem Gefängnis und die Verwendung von Begriffen, die mit dem Tod assoziiert sind, verdeutlichen, dass er sich fehlplatziert, gefangen, von der Außenwelt abgeschoben und ohnmächtig fühlt. Den Ort des Altenpflegeheims mit seinen spezifischen Strukturen kann er sich nicht aneignen. Er bleibt ihm nicht nur fremd, sondern schädigt sein Wohlbefinden auf das Äußerste: »das ist für junge Menschen ganz schlimm. [...] ich gehöre im Endeffekt hier gar nicht hin. Das hier ist grausam. Ich will hier raus« (Z. 163-165). Hoffnung kann Herr Müller kaum mehr schöpfen. Er fühlt sich von Gesellschaft und Pflegeeinrichtung alleine gelassen: »Das hier ist wirklich Endstation« (Z. 228-229).

5.2 Julian Schäfer: »Die Angebote hier sind größtenteils ausgelegt auf Senioren.«

Der Weg ins
Pflegeheim

Julian Schäfer ist 57 Jahre alt und gelernter Betriebswirt. Vor seiner Unterbringung in Einrichtungen der Pflege und Rehabilitation war er in der Qualitätssicherung eines Unternehmens tätig (Z. 528-529). Urlaube, Sport und vielfältige Hobbies kennzeichneten sein Leben und das seiner Partnerin. Wie auch Sven Müller erinnert der Interviewte den exakten Tag seines – wie er sagt – lebensverändernden »Totalausfalls« (Z. 31) im September 2018 (Z. 30): »also innerhalb eines Tages Arme und Beine weg« (Z. 31). Herr Schäfer erleidet eine lebensverändernde Lähmung und ist zunächst auf der Intensivstation eines Krankenhauses untergebracht. Dem folgen eine Rehabilitationsmaßnahme und schließlich die Frage: »wie machen wir jetzt weiter« (Z. 35)? Gemeinsam mit seiner Partnerin präferiert der Interviewte eine Unterbringung »zu Hause« (Z. 38). Diese hätte jedoch »eine vierundzwanzig Stunden rund um die Uhr-Betreuung gebraucht« (Z. 38). Das Paar entschließt sich für die Versorgung in einer »Pflegeeinrichtung« (Z. 40) auf absehbare Zeit, »so lange, bis ich vielleicht wieder die Arme und die Hände bewegen kann« (Z. 40-41). Gemeinsam recherchieren sie Angebote aus »reinen Altersheimen« (Z. 43) und »Einrichtungen für geistig Behinderte« (Z. 44), welche eine umfassende Pflegeleistung offerieren. Durch Zufall erfahren sie von einem Heim, das den Bereich der »Jungen Pflege« abdecken soll (Z. 46-47), jedoch 100 Kilometer vom Wohnort der Schäfers entfernt liegt (Z. 56). Ein vergleichbareres Angebot findet sich in der Nähe des Wohnorts nicht, weshalb Herr Schäfer ein Zweierzimmer in dem entsprechenden Pflegeheim bezieht.

5.2.1 Gefangen in der Routine eines Altenpflegeheims: »wie eine Maschine«

Herr Schäfer charakterisiert seinen Lebensalltag als »langweilig« (Z. 64).

Obgleich er in einem Heim mit Angeboten der »Jungen Pflege« lebt, ist die Einrichtung »größtenteils ausgelegt auf Senioren« (Z. 67-68). Weihnachtslieder unter dem Weihnachtsbaum zu singen, entspricht nicht seinen Interessen (Z. 68-70). Als Unterbrechung der Routine hebt er »Konzerte im Sommer« (Z. 69) sowie »ab und zu mal Ausflüge« (Z. 70) hervor. Sein Alltag ist durch die institutionellen Routinen bestimmt: »morgens wird man mal gewaschen und gepflegt. Und dann bei Bedarf in den Rollstuhl

gesetzt. [...] Und dann fängt's aber schon an, was mach ich dann« (Z. 65-67). Zusätzliche Angebote wie »Therapie, Ergotherapie, Physiotherapie« (Z. 129-130) kennzeichnen den »Tag« (Z. 130). Herr Schäfer erlebt sich – genau wie Sven Müller – als Objekt innerhalb eines standardisierten Ablaufs. Das »Pflegepersonal hat keine Zeit« (Z. 119), um auf individuelle Bedürfnisse einzugehen. Pflegekraft wie zu Pflegenden sind Teil eines starren Programms: »da hätte man auch genauso gut eine Maschine hinstellen können, die einen

morgens aus dem Regal nimmt, einen durch die Waschstraße fährt und einen anschließend wieder einlagert« (Z. 120-122). Die Aktivitäten zwischen der standardisierten Prozedur reduzieren sich auf »Fernsehen, ich surfe oder ich lese« (Z. 94). Für den Interviewten gehen diese Beschäftigungen mit hoher Anstrengung einher.

Mit seinen Augen steuert er einen Computer, um in einem digitalisierten Buch zu blättern oder Seiten am PC zu wechseln, da er aufgrund seiner Lähmung Arme und Hände nicht bewegen kann. »Nach einer Stunde« (Z. 95) sind die Augen erschöpft. Der Alltag ist »eintönig« (Z. 133).

5.2.2 Soziale Kontakte und Neue Medien: »praktisch lebenswichtig«

Herr Schäfers Kommunikationsmöglichkeiten sind »eingeschränkt« (Z. 162).

Die Mehrzahl der ihn umgebenden Senior*innen sind »verwirrt« (Z. 185). Gespräche sind kaum oder nur oberflächlich möglich. Mit den jüngeren Bewohner*innen ist er wenig im Austausch. Sie wohnen verstreut in der Einrichtung. Dem Pflegepersonal fehlt Zeit für Unterhaltungen. Betreuungspersonen sind nur »in unregelmäßigen Abständen« (Z. 124) zugegen und richten ihr »Programm« (Z. 125) an »alten Leuten« (Z. 125) aus, sodass Herr Schäfer im Heim mit »höchstens zwei Leuten [...] wirklich reden kann« (Z. 127-128). Der Befragte wünscht sich mehr

soziale Einbindung. Neue Medien spielen zur Erfüllung dieses Bedürfnisses eine tragende Rolle. Das Skypen mit der Partnerin und weiteren Kontaktpersonen ist »praktisch lebenswichtig« (Z. 400). Die Internetverbindung erweist sich jedoch immer wieder als instabil: »das WLAN fällt im Moment auch tagsüber immer wieder mal aus« (Z. 375-376). Auch der Empfang von Fernsehkanälen ist reduziert. Eine Investition in die Technik könnte das Problem prinzipiell beheben: »die Technik, die benutzt wird, in die müsste man investieren« (Z. 391).

Rolle Neuer Medien

5.2.3 Entmündigung und Infantilisierung: »Ich bin zwar behindert, aber ich bin nicht bekloppt.«

Essentielle Bedürfnisse bleiben für den Befragten unerfüllt. Herr Schäfer erläutert, an Rechten einzubüßen und erlebt sich als »entmündigt« (Z. 207).

Die Beziehung mit den Pflegekräften ist durch Belehrung und Paternalismus geprägt: »ein Beispiel, mich wollte jetzt jemand ins Bett legen und ich sag dann nein. ›Doch, Sie gehen jetzt ins Bett‹. Dann sag ich ›Nee, ich bestimme‹. So, und das begreift auch noch nicht jeder« (Z. 210-211). Julian Schäfer versteht sich als selbstbestimmter Akteur mit Unterstützungsbedarf: »dazu gebuchte Hilfe für die Sachen, die ich nicht selber machen kann« (Z. 217-218). Dieses Selbstbild wird ihm immer wieder abgesprochen, etwa dann, wenn Fachkräfte in seinem »Wohnzimmer« (Z. 255) abfällig über andere Bewohner*innen sprechen, als sei er nicht zugegen (Z. 236-239),

oder sie ihn adressieren wie ein kleines Kind (Z. 243). Herr Schäfer fordert von den betreffenden Personen einen respektvollen Umgang ein: »ich bin zwar behindert, aber ich bin nicht bekloppt. Du kannst schon mal in ganzen Sätzen mit mir reden« (Z. 243-244). Um seinen Intellekt unter Beweis zu stellen und den infantilisierenden Umgang zu karikieren, »hab ich mir dann auch angewöhnt, ihnen zu antworten in möglichst langen, verschachtelten Sätzen (lacht)« (Z. 243-244). Das Fachpersonal fühlt sich angegriffen: »wir wollten sie fertig machen, sag ich nee« (Z. 295-296).

Fehlende Selbstbestimmung

Fehlende Möglichkeiten der Selbstbestimmung hält der Interviewte – genau wie Sven Müller – in Bezug auf das Essensangebot fest. Zwar habe sich die Qualität bereits verbessert, jedoch sei die Auswahl »ausgerichtet an (dem) 70- und 80-jährigen Senior« (Z. 576). Empfehlungen seiner Ernährungsberaterin kann er im Altenpflegeheim nicht umsetzen: »alles schön, was Sie mir da erzählen, aber kann ich alles vergessen, ich kann mein Essen gar nicht aussuchen« (Z. 589-590). Hierdurch büßt der Interviewte an »Lebensqualität« (Z. 632) ein. Essen verkommt zur »Nahrungsaufnahme« (Z. 633).

5.2.4 Auf der Suche nach einer Lobby: »Wo habe ich denn überhaupt die Möglichkeit mitzureden?«

Eine Lobby für seine Anliegen muss Julian Schäfer immer wieder situativ herstellen. Er stellt fehlende Teilhabe als grundlegendes Problem in seinem Lebensalltag heraus: »wie viel Teilhabe habe ich denn am Ganzen oder wo habe ich denn überhaupt die Möglichkeit mitzureden?« (Z. 717-718). Den »Heimbeirat« (Z. 719) erachtet er als Interessenvertretung der Senior*innen, wohingegen jüngeren zu Pflegenden die Mitsprache verwehrt bleibt. Als Wunsch formuliert er ein »Reden mit den Betreffenden« statt »über sie zu sprechen«: »die Leute für die es gedacht ist, die müssen [...] mit ins Boot« (Z. 781-782). Auf institutioneller Ebene wünscht er sich ein praxisbezogenes »Ausbildungssystem« (Z. 691) mit kompetentem Fachpersonal. Damit einher müsse die Etablierung eines »Standards« (Z. 677) für den Bereich der »Jungen Pflege« gehen: »es kann nicht wirklich jemand sagen: »Junge Pflege, das sieht so und so aus. Das und das kriegst Du dann« (Z. 676-677). Reflektiert durchdenkt Herr Schäfer die Spannungsfelder separierter Stationen für »Junge Pflege« oder einer gemischten Unterbringung mit anderen Bewohner*innen. Man könne »eine Junge Pflege aufbauen und gruppieren nach Alter, nach Gesundheitszustand. [...] sehr oft ist es ja (aber) auch nicht schlecht, wenn jetzt wirklich total unterschiedliche Leute zusammenkommen« (Z. 823-824). Zentraler Richtwert ist für den Befragten, dass die betreffenden Menschen »miteinander kommunizieren können« (Z. 824-825).

Fehlende
Lobby

5.3 Verdichtung der Ergebnisse

Die Fallvignetten verdeutlichen ähnlich gelagerte Themen, obgleich die Unterbringung im ersten Fall in einer konventionellen Altenpflegeeinrichtung, und im zweiten Fall in einer Altenpflegeeinrichtung mit einem Bereich der »Jungen Pflege« erfolgt. Die Interviewten stellen die *Segregation der Einrichtung* als Teilhabebarrriere heraus. Die räumliche Trennung vom gesellschaftlichen Leben geht mit *sozialer Isolation* einher. Soziale Kontakte brechen ab – Pflegebedürftigkeit und schwindende soziale Netzwerke stehen in unmittelbarem Zusammenhang und schaffen eine durch Benachteiligung gekennzeichnete Lebenslage (Klärner et al., 2020). Pflege- und Betreuungspersonal können dem *Bedürfnis nach Austausch* nicht nachkommen, weil in der routinierten Pflege- und Betreuungsarbeit hierfür keine Zeit vorgesehen ist. Die Unterbringung auf Stationen mit demenziell erkrankten Personen lässt für die Befragten nur wenig Raum zur Erfüllung ihres Bedürfnisses nach intensiver Kommunikation. Bestehende Kontakte jenseits des Heims werden durch Neue Medien aufrechtzuerhalten versucht. Hier stellt sich eine *unzureichende technische Ausstattung* in beiden Pflegeeinrichtungen als zusätzliche Barriere heraus. Die soziale Isolation ist begleitet von der Verwehrung entscheidender menschlicher Bedürfnisse: die Selbstbestimmung wird durch die *institutionellen Logiken* beschnitten. Diese Problematik betrifft die Lebenswelt der lebensälteren Menschen vor Ort gleichermaßen. Infantilisierung, Paternalismus und mechanistische Praktiken des Pflegens führen dazu, dass sich die Befragten als fremdbestimmte Objekte erleben. Sowohl in der Auswahl ihres Essens als auch Gestaltung ihres Zimmers und freier Zeitfenster sind sie von den Angebotsstrukturen der Altenpflegeheime abhängig, die ihre Bedürfnisse jedoch nicht oder nur partiell aufgreifen. Die Befragten zeichnen die Altenpflegeheime als disziplinierende Institutionen (Foucault, [1976] 2019). Sie üben Kontrolle auf die Körper der Betreffenden aus, bestimmen Tagesrhythmus,

Institutionelle
Logiken und
Isolation

den räumlichen Bewegungsradius sowie die (Un-)Möglichkeit der Kontakthaltung in ›das Außen‹. Die Alltagswelt ist durch die institutionelle Logik vorstrukturiert. Die Befragten sind als zu versorgende Körper Element einer Pflegeinfrastruktur, die keinen Raum für Beziehungspflege und Sinnlichkeit lässt. Hierdurch finden subjektive Dimensionen menschlichen Wohlergehens keine Resonanz. Der Leib, ›das individuelle, radikal subjektive Fühlen‹ (Villa, 2007: 10), tritt hinter einem körperlichen Versorgungsaspekt zurück und damit auch die unlösbare Verbindung von Selbstbewusstsein und Leibbewusstsein. Der Körper verschränkt ›Geschichte und Biographie, Erfahrung und Bedeutung, soziales Handeln und Lage‹ (Schache, 2019: 23). Eine Umsorge der Betroffenen mit ihren ›Körperleiben‹ (Villa, 2007, 10) hat im Altenpflegeheim für die beiden jungen Pflegebedürftigen jedoch keinen Raum.

Zu versorgende Körper

Die Erfahrungen der Gesprächspartner stehen menschenrechtlichen Forderungen auf UN- und nationalstaatlicher Ebene entgegen: Teilhabe, verstanden als ›aktive Teilnahme und Beteiligt-Werden an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen‹ (Wesselmann, 2019: 97), bleibt für die Befragten ein unerfüllter Wunsch. Die Fallvignetten verweisen auf strukturelle Problemlagen, welche die lebensweltliche Situation beider Befragten maßgeblich rahmen: vielfältige Aufgaben des Pflegepersonals treffen auf Zeitdruck und hohe Belegungszahlen bei geringer Personalausstattung. Pflege verkürzt sich unter diesen Bedingungen ›in einzelne zu verrichtende Tätigkeiten‹ (Hünersdorf, 2005: 111). Eine ›sorgende Pflege‹ (ebd.: 113) verschwindet und der biografisch-narrative Zugang zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person ist versperrt. Eine ›gemeinsame Interaktionsgeschichte als Teil ihrer je verschiedenen Lebensgeschichten‹ (Langenbach/Koerfer, 2006: 210) und damit ›eine Partnerschaft in der Lebenswelt‹ findet nicht statt. Die Bewältigung von Lücken der Versorgung obliegt in erster Linie den pflegebedürftigen Menschen selbst. Damit fügt sich ihre Lebenssituation in den Slogan eines aktivierenden Sozialstaats (›Fördern und Fordern‹) ein mit einer entscheidenden Schiefelage: Angebote zur Unterstützung und Förderung erleben die befragten Akteure unter den spezifischen Bedingungen kaum; stattdessen sind sie mit ihrer schwierigen Situation alleingelassen und gefordert, sie selbst zu verbessern, wenngleich ihr Einfluss auf eine nachhaltige, institutionelle Stärkung einer sozialen Sorge im Pflegeheim gering bleibt. Menschliche Sorge verkommt unter dem latent sichtbar werdenden institutionellen und politischen Appell an eine *Selbstsorge*, die unter Bedingungen eines hohen Unterstützungsbedarfs von den Betroffenen nicht geleistet werden kann, zu einer Farce (Rau, 2020). Lücken in der Unterstützung der Betroffenen sind die Folge.

Ungehörte Unterstützungsbedarfe

6 Infrastrukturen der Pflege – Bedingungen ›Junger Pflege‹ in Pflegeheimen und Ansatzpunkte gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Die Abwesenheit sorgender Pflege und sozialarbeiterischer Betreuung in der Lebenswelt der Befragten überrascht auf den ersten Blick, denn Statistiken zeigen eine Zunahme des Personals in Pflegeheimen zwischen den Jahren 2007 und 2017. In diesem Zeitfenster ist die Zahl der Beschäftigten von 573.545 auf 764.648 angestiegen (Destatis, 2019b). Der Anteil von Fachkräften aus dem Berufsfeld ›Erziehung,

Kostendruck
und Träger-
konkurrenz in
der Pflege

Sozialarbeit und Heilerziehungspflege« in der Pflege ist im besagten Zeitraum jedoch gesunken. Während im Jahr 2012 noch 12.000 Fachkräfte aus dem sozialen Bereich in der stationären und teilstationären Pflege tätig waren, liegt ihre Zahl im Jahr 2017 nunmehr bei 11.000 (Destatis, 2019c). Fachkräfte mit Berufsabschluss in Sozialpädagogik und Sozialarbeit machen hiervon lediglich 6.926 Personen aus (Destatis, 2018: 148). Das Gros der Beschäftigten stellen Pflegefachkräfte, die in ihrer zentralen Bedeutsamkeit keineswegs zu negieren sind. Jedoch sind sie durch eine »Expansion der Pflegeinfrastruktur« (Auth, 2019b: 92) bei gleichzeitiger »Trägerkonkurrenz« (ebd.) und Kostendruck in Deutschland stark belastet. Ihr Berufsalltag ist durch ein hohes Arbeitsaufkommen bei knapper Personalbemessung gekennzeichnet, wodurch die Pflegetätigkeit »vielfach aus ihrem sozialem Kontext herausgerissen [wird]« (ebd., 93). Eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit spielt innerhalb dieser Rahmenbedingungen – im Unterschied zu Ländern wie Kanada oder den USA – eine nur marginale Rolle (Dettmers/Bischkopf, 2019: 13), sodass eine Teilhabeorientierung, wie sie BTHG, PräVG, PSGs und UN-BRK formulieren, nur unzureichend umgesetzt werden kann.

Diversität und
Intersektio-
nalität

Die abnehmenden Beschäftigungszahlen von Fachkräften Sozialer Arbeit in Pflegeheimen (Blankenburg/Cosanne 2019: 141) machen vor dem Hintergrund der Interviewergebnisse auf vielfältige Problemlagen aufmerksam. Sie fordern Pflegeheime grundlegend heraus, die Diversität ihrer Zielgruppen zu reflektieren und ihre Infrastruktur an der Vielfalt der Adressat*innen auszurichten (Brzoska/Yilmaz-Aslan/Probst, 2018). Hiermit ist im vorliegenden Fall insbesondere die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse aufgrund des erwachsenen Lebensalters gemeint. Prinzipiell ist eine solche reflexive Haltung intersektional auszurichten, sodass Bedürfnisse auch an den Schnittstellen etwa geschlechts-, migrations- oder altersbezogener Achsen in den Blick geraten. Bezogen auf junge Pflegebedürftige heißt dies, Hilfebedarfe frühzeitig mit den Leistungsträgern und -erbringern zu ermitteln (Blankenburg/Cosanne, 2019: 144). Für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ergibt sich die Möglichkeit, in einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung in komplexen Fallkonstellationen tätig zu werden und persönliche Bedarfe in Abstimmung mit den Betreffenden in Bezug auf eine passende stationäre Bleibe herauszuarbeiten. Thomas und Schweizer (2019: 124 f.) konstatieren, dass Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit in stationären Settings nach wie vor nur eingeschränkt über die Bedingungen ihrer Lebensqualität entscheiden können. Personenzentrierung bedeutet, durch die Aufschlüsselung der einzelnen Leistungen die Leistungsberechtigten in die Lage zu versetzen, möglichst selbstbestimmt zu wählen (ebd.: 125). Im Vorfeld der Unterbringung ist ein erheblicher Mehraufwand zur Bedarfsermittlung vonnöten. Im Zuge des Inkrafttretens des dritten Teils des BTHGes zum 1.1.2020 tritt die Ermittlung des individuellen Bedarfs, orientiert an der ICF, noch stärker in den Vordergrund (siehe auch die Definition von Behinderung im § 2 SGB IX).

Die Heterogenität von Pflegeeinrichtungen, -konzepten und infrastrukturellen Rahmenbedingungen macht weitere, kontrastierende qualitativ-empirische wie auch quantitative Untersuchungen notwendig, welche die Perspektiven von jungen und erwachsenen Bewohner*innen in verschiedenen Unterbringungsformaten systematisch vergleichen sowie die Perspektive von Fachkräften auf ihren Arbeitsalltag analysieren. So zeigen Beispiele aus der Praxis durchaus das Bestreben, teilhabeorientierte Unterbringungsformen zu ermöglichen. Das Generationenhaus

»Heslach« der Rudolf Schmid und Hermann Schmid Stiftung bietet etwa ein spezifisches Wohnkonzept »für die Pflege von jungen Menschen an [...]. In einem eigenen Bereich [...] leben junge Pflegebedürftige im Alter zwischen 25 und 50 Jahren, die wegen Multipler Sklerose, ALS, Chorea Huntington, Schlaganfall oder anderer schwerer neurologischer Erkrankungen auf Hilfe angewiesen sind« (Leben & Wohnen, o.J.). Ziel ist, die dort untergebrachten Menschen in das gesellschaftliche Leben einzubinden, etwa durch bedürfnisgerechte Motorradtouren. Auch das Sanatorium West in Berlin-Lankwitz offeriert seit Juni 2009 ein Konzept für die Unterbringung erwachsener Pflegebedürftiger: »die Ein- und Zweibettzimmer sind mit Flachbildfernsehern, DVD-Playern, WLAN-Internet und natürlich Telefon altersgerecht ausgestattet. Die derzeitige Altersstruktur dieses Wohnbereichs reicht von Ende 20 bis Ende 50« (Focke, 2010: 30). Ziel sei, »die Autonomieerfahrung des/der zu Pflegenden stetig zu steigern« (ebd.: 30).

Entstehung
neuer
Konzepte

Um den gegenwärtigen Stand der »Jungen Pflege« systematisch zu erfassen, sind diese vielfältigen Angebotsstrukturen in die Analyse einzubeziehen, durch die Identifizierung von Leerstellen und Best-Practice-Beispielen an der Implementierung einer teilhabeorientierten »Jungen Pflege« zu arbeiten und Ansatzpunkte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit aufzugreifen.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zielt darauf, Teilhabe von Menschen – insbesondere in kritischen Lebenssituationen der Angewiesenheit – (wieder-)herzustellen, menschliche Bedürfnisse wahrzunehmen und befähigende Beziehungen und Mitwelten zu schaffen. Mit ihrem weiten Gesundheitsverständnis bietet sie vielversprechende Anknüpfungspunkte. Die Ergebnisse der Fallanalysen stellen heraus, wie eng Gesundheit und Fragen von Teilhabe und sozialer Gerechtigkeit miteinander verwoben sind (Klärner et al., 2020) und wie ein Pflegebedarf zu gesundheitsbedingter Benachteiligung führen kann und eine Verlaufskurve des Erleidens freisetzt, die mit einer »sukzessiven Kompetenzreduktion« (Gerhardt, 1986: 27) verknüpft ist. In den beiden Interviews scheinen »zwei gegenläufige Elemente strukturbildend. Zum einen wirkt das Erleiden als Zerfall der unfragwürdigen sozialen Identität und Zukunftsorientierung, zum anderen wirkt das Handeln als sich gegen den Statusverlust stemmender Drang zur Wiederherstellung der gesellschaftlichen Verortung. Diese Duplizität von Erleiden und Handeln setzt voraus, daß beide analytisch auf einem Kontinuum angeordnet gedacht werden« (ebd.: 30).

Befähigung
und Selbst-
bestimmung

Das Hauptanliegen von Gesundheitsförderung ist die Befähigung zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung über die eigenen gesundheitsbezogenen Belange (Walther, 2019: 11) und damit die Emanzipation von Paternalismus, der mit seinen Strebungen die Eigenmächtigkeit von Pflegebedürftigen übersieht. »Gesundheit entsteht im Balancieren von eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen mit den äußeren Bedingungen und Anforderungen des Lebens. Aber wie gelingt das in paternalistisch geleiteten Institutionen?« (ebd.). Was ist zu tun, um die Gesundheit von Pflegebedürftigen zu fördern? Unerlässlich nötig ist es, ihre Handlungsfähigkeit zu stärken. Homfeldt (i.E.) konkretisiert diese Aufgabe, indem er zwischen dem *risikogruppenbezogenen, versorgungsbezogenen und lebensweltbezogenen Ansatz* unterscheidet. Im ersten Ansatz steht das persönliche Handeln, im zweiten die pflegerische Versorgung und im dritten der Erhalt und Aufbau sozialer und unterstützender Netzwerke im Vordergrund. Die Fallbeispiele geben Indizien dafür, dass der lebensweltorientierte Ansatz noch zu wenig berücksichtigt ist, obgleich die Inanspruchnahme von Pflege in einem stationären Setting in aller Regel mit

einer Reduktion sozialer Kontakte einhergeht, welche zur Bewältigung und Unterstützung dieses Übergangs jedoch von großer Bedeutung sind. Eingebettet in die Debatte um Inklusion als gesellschaftliche Querschnittsperspektive, ist Aufgabe gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, Räume von Gesundheit partizipativ auszurichten und an den Schnittstellen von Sozialer Arbeit, Medizin, Pflegeberufen und Sozialpolitik adressat*innen- und bedürfnisorientiert mit den Betroffenen auf eine Verbesserung ihrer Lebenslage und eine »Gesundheit fördernde Gesamtpolitik« (Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum, 2011: 268) hinzuwirken.

Für das Feld der »Jungen Pflege« offerieren die für diesen Beitrag Befragten als Experten in eigener Sache unmittelbare Ansatzpunkte:

1. *Soziale Netzwerke*: Die Befragten stellen Investitionen in Medientechnik als wichtigen Grundpfeiler heraus, um soziale Beziehungen aus den Altenpflegeheimen heraus erhalten und aufbauen zu können. Eine mediale Infrastruktur ist höchst bedeutsam, um Netzwerke zu erhalten, erweitern und einer Vereinsamung und hierdurch evozierten psychischen Belastung entgegenzusteuern. Vor diesem Hintergrund sollten die Netzwerke möglichst emotional tragfähig sein und über reine Rollenbeziehungen hinausgehen (Gahleitner, 2017: 274).
2. *Mobilität und selbstbestimmte Freizeitgestaltung*: Hierfür ist eine materielle und personelle Infrastruktur notwendig – wie Transportmöglichkeiten für Menschen, die an das Bett gebunden sind, oder Zeitressourcen der Mitarbeitenden. Zugleich ist zu fragen, wie Mobilität grundlegend möglich gemacht werden kann. Die Segregation von Pflegeheimen am Rande menschlicher Sozialräume baut eine Barriere zunächst auf. Dezentrale Formen der Unterbringung stellen hierzu eine wirkmächtige Alternative dar.
3. *Die Organisation der sozialen Dienste*: Die Befragten fühlen sich in ihrer Selbstbestimmung verletzt: Essen, Raumgestaltung und Tagesrhythmus seien von den Routinen der Heime vorstrukturiert. Das Handeln der Fachkräfte nehmen sie als starr wirkende Einhaltung von Routinen wahr. Die Mitgestaltung bei Regeln und Strukturen durch die Pflegebedürftigen trägt dazu bei, eine Passung zwischen den Angeboten der Einrichtungen und den Bedürfnissen der Betroffenen aufzubauen. Richtungsgeber kann dabei die ICF sein (Röh, 2018: 57-59), auf deren Grundlage die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, speziell die Klinische Sozialarbeit, für Entwicklung und Umsetzung teilhabebezogener Konzepte, biopsychosozial ausgerichteter Arbeitsansätze und kooperativer Leistungserbringungen zuständig ist. Die Klinische Sozialarbeit ist durch ihre Ausrichtung auf hard-to-reach-Adressat*innen insbesondere für die Arbeit mit jungen Pflegebedürftigen in stationären Settings geeignet.
4. *Selbstbestimmung und Individualisierung der Versorgung*: Selbstbestimmung »als Kardinalwert in der Behindertenhilfe« (ebd.: 72) führt in ihrer konsequenten Ermöglichung zu einer Individualisierung von Versorgung und Unterstützung, wie sie den in unserer Studie Befragten fehlt, aber als notwendig vorschwebt. Nötig sind Selbstbestimmung und Teilhabe insbesondere vor dem Hintergrund eines in der Regel schmerzhaften Verlustes von »normalem Leben«. Zur Individualisierung der Versorgung und Unterstützung gehört auch eine eingehende Biografiearbeit. Sie ermöglicht Einbettung im stationären Alltag, schafft Vertrauen und ist wissensbezogener Bestandteil in der alltäglichen pflegerischen Beziehungsgestaltung. Um einer »Exklusionskarriere Behinderung« (Wansing, 2005: 99) gegenzusteuern, sind vor allem Übergänge einfühlsam zu gestalten.

5. *Interprofessionelle Kooperation*: Wie in den beiden Fallvignetten ersichtlich, sind Eingliederungshilfen, die auf Teilhabe aufbauen, komplex und in der Regel vorwiegend interprofessionell zu leisten (zur Komplexität interprofessioneller Kooperation z. B. Amstutz et al. 2019). Ethische Prinzipien zu Selbstbestimmung und Teilhabe, wie sie z. B. im Kodex der International Federation of Social Workers (2014) niedergelegt sind, bilden die Grundlage, die professionelle Beziehung zwischen Pflegekräften und Empfänger*innen der Pflegeleistung würdevoll und respektvoll zu gestalten. Die auf Messbarkeit fokussierte Leistungserbringung in der Pflegeversicherung von 1995 erfuhr auf diesem Wege eine massive Kritik. Die »kommunikativen, ethischen und verständigungsorientierten Dimensionen des Pflegeprozesses« (Gröning/Yardley, 2018: 1139), die weitgehend aus dem Pflegevorgang herausgenommen wurden, sind als Eckpfeiler einer sozialen Pflege zu reintegrieren. Zwar setzte bereits nach 1995 eine heftige Kritik gegen die Verrichtungsorientierung des Pflegegesetzes ein, jedoch können die angesprochenen Innovationsbedarfe auch im zweiten Pflegestärkungsgesetz (2015) noch nicht in Gänze umgesetzt werden, obwohl es weit über das Gesetz von 1995 hinausgeht.
6. *Hochschulische Ausbildung*: Es bedarf einer hochschulischen Ausbildung von Fachkräften, die sich fachinhaltlich gegen ein Systemdenken wendet, das für Fürsorgehandeln und Sonderwelten für Menschen mit Behinderungen steht (Thomas/Schweizer, 2019: 124) und sich gegen Paternalismus im Berufsfeld wappnet. Eine theoretisch reflektierte Ausbildung, nicht zuletzt im Bereich der Beziehungsgestaltung (Gahleitner, 2017), ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Arbeitsbeziehung. In Bezug auf das hochschulische Pflegestudium hebt Vosseler (2015: 224 f.) hervor, die hochschulische Ausbildung solle an Qualifikationsanforderungen des Arbeitsmarktes ausgerichtet sein und damit an beruflich verwertbaren Qualifikationen. Die Akademisierung der Pflegeausbildung könne »jedoch auch zu Widersprüchen im Arbeitsalltag der Pflegenden« (ebd. 2015: 224) führen. Eine Reflexivität fördernde hochschulische Ausbildung begünstigt die Entwicklung der Fähigkeit im späteren Berufsfeld, bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltungen zu entwickeln. Diese Überlegungen sind gleichfalls ein wichtiger Bestandteil in der Debatte um einen Qualifikationsrahmen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in Deutschland (Dettmers/Bischkopf, 2019).
7. *Junge Pflegebedürftige*: Die Adressat*innengruppe altersentsprechend zu betreuen, wird in den Vignetten mehrfach als Herausforderung deutlich. Interessen wie auch Tagesrhythmus unterscheiden sich von den Anliegen alter Menschen. Junge Pflegebedürftige sind in die *Professionalisierung des Feldes als Expert*innen ihres Lebensalltags* einzubinden. Die Fallanalysen zeigen, dass sie aus eigener Betroffenheit heraus reflektiert Strukturänderungen denken und wertvolle Ideen für die Gestaltung einer Jungen Pflege entwickeln. In dem Maße wie diese im Beziehungsgeschehen eingebunden sind, entsteht Geborgenheit und Bindungssicherheit. Zwar ist das Bindungsanliegen in der Kindheit besonders stark ausgeprägt, es bleibt aber über das gesamte Erwachsenenalter bis ins hohe Alter erhalten (Gahleitner, 2017: 241).

Interprofessionelle
Kooperation

Ausbildung
und Professionalisierung

Anliegen des Beitrags ist es, für die Lebenssituation von pflegebedürftigen Menschen im Erwachsenenalter zu sensibilisieren. Der Beitrag hat, ausgehend von der

Perspektive der Betroffenen, erste Anknüpfungspunkte für eine Gestaltung des Feldes der »Jungen Pflege« eröffnet und will zu einer weiterführenden Diskussion in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, insbesondere auch in der Klinischen Sozialarbeit, anregen.

Literatur

- Amstutz, J./Kaegi, U./Käser, N./Merten, U./Zängl, P. (Hrsg.), 2019: Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch. 2. überarb. und ergänzte Aufl. Opladen/Berlin/Toronto
- Aşkın, B., 2018: Kultursensible Altenhilfe und Pflege in der Migrationsgesellschaft. In: Blank B./Gögercin S./Sauer K./Schramkowski B. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Wiesbaden: 681-691
- Auth, D., 2019a: Politikfeld »Pflege«. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 69 (33/34): 4-11
- Auth, D., 2019b: Pflege in Zeiten der Ökonomisierung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 166 (3): 91-94
- Bartelheimer, P., 2007: Politik der Teilhabe. Ein soziologischer Beipackzettel. Arbeitspapier. Friedrich-Ebert-Stiftung. Fachforum Analysen und Kommentare 1. Berlin. <https://library.fes.de/pdf-files/do/04655.pdf> [Zugriff am 27.12.2019]
- Beck, U., 2007: Welttriskogesellschaft. Berlin
- Bender, D./Hollstein, T./Schweppe, C., 2017: The emergence of care facilities in Thailand for older German-speaking people: structural backgrounds and facility operators as transnational actors. In: European Journal of Ageing 14 (4): 365-374
- Benner, P., 2000: Stufen zur Pflegekompetenz. 3. unveränderte Aufl. Bern
- Blankenburg, K./Cosanne, E., 2019: Gesellschaftliche Trends und Beschäftigtenzahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: Dettmers, S./Bischkopf, J. (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: 138-146
- Blumer, H., 1954: What is wrong with social theory? American Sociological Review 19 (1): 3-10
- Brzoska, P./Yilmaz-Aslan, Y./Probst, S., 2018: Umgang mit Diversität in der Pflege und Palliativversorgung am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 51 (6): 636-641
- Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP), 2019: Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Referentenentwurf eines Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPREG). Berlin. <https://www.cbp.caritas.de/cms/contents/cbp.caritas.de/medien/dokumente/publikationen/stellungnahmen/stellungnahme-zum-re7/ipreg.pdf?d=a&f=pdf> [Zugriff am 28.12.2019]
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg), 2019: Programm des 9. gemeinsamen Präventionskongresses des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Bonn. https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Kongress2019/Praeventionskongress_2019-Programmflyer.pdf [Zugriff am 27.12.2019]
- Dannenbeck, C., 2013: Inklusionsorientierung als pädagogische Herausforderung. In: unsere jugend 65 (11/12): 460-466
- Dettmers, S./Bischkopf, J., 2019: Einleitung. In: Dettmers, S./Bischkopf, J. (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: 13-16
- Foucault, M., [1976] 2019: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. 17. Aufl. Frankfurt a.M.
- Franzkowiak, P./Homfeldt, H. G./Mühlem, A., 2011: Lehrbuch Gesundheit. Weinheim/Basel
- Gahleitner, S. B., 2017: Soziale Arbeit als Beziehungsgestaltung. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim/Basel
- Garms-Homolova, V./Schaeffer, D., 2000: Ältere und Alte. In: Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena: 536-549
- Gröning, K./Yardley, Y., 2018: Pflege. In: Otto, H.-U./Thiersch, H./Treptow, R./Ziegler, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6. überarb. Aufl. München: 1138-1146
- Heusinger, J./Hämel, K./Kümpers, S., 2017: Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter. Zukunft der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50 (5): 439-445
- Homfeldt, H. G. (i.E.): Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Aner, K./Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Alter und Soziale Arbeit. Wiesbaden
- Hopmann, B./Ziegler, H., 2017: Der Capabilities-Ansatz als Inklusionsperspektive für die SGB VIII-Reform. In: Forum Erziehungshilfen 23 (2): 89-92
- Horn, V./Schweppe, C., 2019: Gewaltpotentiale und Gewaltschutz in Privathaushalten mit 24-Stunden-Pflegekräften. Explorative Annäherungen. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik 17 (4): 394-413
- Hünersdorf, B., 2005: Der sozialpädagogische Blick auf die Altenpflege. In: Schweppe, C. (Hrsg.): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. Baltmannsweiler: 109-130
- Kessl, F., 2013: Teilhabe. Die Vermeidung von Ausgrenzung als zivilgesellschaftliche Gemeinschaftsauf-

- gabe. In: Spatscheck, C./Wagneblaus, S. (Hrsg.): Bildung, Teilhabe und Gerechtigkeit. Gesellschaftliche Herausforderungen und Zugänge Sozialer Arbeit. Weinheim/Basel: 30-40
- Klärner, A./Gamper, M./Keim-Klärner, S./Von der Lippe, H./Moor, I./Richter, M./Vonneilich, N., 2020: Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten – eine neue Perspektive für die Forschung. In: Klärner, A./Gamper, M./Keim-Klärner, S./Moor, I./Von der Lippe, H./Vonneilich, N. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Wiesbaden: 1-30
- Kohlen, H./Giese, C./Riedel, A., 2019: Pflege und Ethik. Aktuelle Herausforderungen. In: Ethik in der Medizin 31: 283-288
- Kroggel, L., 2019: Junge Pflegebedürftige altersentsprechend betreuen. In: ergopraxis 12 (1): 10-11
- Langenbach, M./Koerfer, A., 2006: Körper, Leib und Leben. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 7 (2): 191-216
- Leben & Wohnen (o.J.): Generationenhaus Heselach. Junge Pflege. <http://www.leben-und-wohnen.de/einrichtungen/generationenhaus-heselach/junge-pflege.html> [Zugriff am 27.12.2019]
- Lüders, C., 2017: Inklusion und »Große Lösung« in der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Zwischenbilanz aus aktuellem Anlass. In: Westphal, Manuela/Wansing, Gudrun (Hrsg.): Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste. Wiesbaden: 167-184
- Luhmann, N., 1995: Social Systems. Stanford
- Metzing, S./Schnepp, W., 2007: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten. Eine internationale Literaturstudie (1990-2006). In: Pflege 20 (6): 323-330
- Rau A., 2020: Selbstsorge und Geschlecht im neoliberalen Post-Wohlfahrtsstaat. In Becker K./Binner K./Décieux F. (Hrsg.): Gespannte Arbeits- und Geschlechterverhältnisse im Marktkapitalismus. Geschlecht und Gesellschaft. Wiesbaden: 149-169
- Reichert, M., 2010: Pflege – ein lebensbegleitendes Thema? In: Naegele, G. (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik. Wiesbaden: 309-329
- Röh, D., 2018: Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. 2. völlig überarbeitete Aufl. München
- Röh, D., 2019: Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Eingliederungshilfe. In Dettmers, S./Bischkopf, J. (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: 231-238
- Rothgang, H./Müller, R./Runte, R./Unger, R., 2017: Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 5. Berlin. <https://www.barmer.de/blob/135698/ac141c44b72fe5a24a6d453c6fdagbfo/data/dl-pflegereport-2017.pdf> [Zugriff am 1.11.2019]
- Schache, S., 2019: Körper, Leib, Behinderung. In: Walther, K./Römisch, K. (Hrsg.): Gesundheit inklusive. Wiesbaden: 19-33
- Schilliger, S., 2013: Transnationale Care-Arbeit: Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: 142-161
- Schmidt, R., 2010: Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: Aner, K./Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: 173-183
- Schmidt, R./Klie, T., 1998: Neupositionierung Sozialer Arbeit mit alten Menschen? Wirkung von Wettbewerbselementen und neuen Steuerungsmodellen auf die Gestaltung einer Profession. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31 (5): 304-312
- Schmitt, C., 2018: Inklusion als Analyseperspektive in der Fluchtforschung. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik 16 (2): 118-137
- Schröer, W./Stiehler, S., 2009: Soziale Arbeit im Erwachsenenalter – einführende Überlegungen. In: Schröer, W./Stiehler, S. (Hrsg.): Lebensalter und Soziale Arbeit. Erwachsenenalter. Band 5. Baltmannsweiler: 1-7
- Schütze, F., 1983: Biographieforschung und narratives Interview. In: neue praxis 13 (3): 283-293
- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018: Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegeheime-5224102179004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 20.12.2019]
- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019a: Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Versorgung, Altersgruppen. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectio nname=22400-0001> [Zugriff am 1.11.2019]
- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019b: Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten (2007 bis 2017). Stand: 11. April 2019. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html> [Zugriff am 20.12.2019]
- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019c: Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_250/6/_XWD_CUBE.DRILL/_XWD_278/D.489/44576 [Zugriff am 20.12.2019]
- Stecklina, G./Wienforth, J. (Hrsg.), 2020: Handbuch Lebensbewältigung und Soziale Arbeit. Praxis, Theorie und Empirie. Weinheim/Basel
- Thomas, A./Schweizer, J., 2019: Teilhabeorientierung in der Sozialen Arbeit. In: Dettmers, S./Bischkopf, J. (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: 124-129
- Villa, P.-I., 2007: Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. In: soFid. Kultursoziologie + Kunstsoziologie 2: 9-18
- Vosseler, B., 2015: Lernortkooperation: Standpunkte für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Pflegeausbildung. In: Pundt, J./Kälble, K. (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungsprozesse. Bremen: 199-228

- Walther, K., 2019: Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. In: Walther, K./Römisch, K. (Hrsg.): Gesundheit inklusive. Wiesbaden: 3-15
- Wansing, G., 2005: Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden
- Wesselmann, C., 2019: Teilhabe und/oder Partizipation – eine Auseinandersetzung mit Schlüsselbegriffen einer demokratieorientierten Sozialen Arbeit. In: Köttig, M./Röh, D. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Demokratie – Demokratieförderung in der Sozialen Arbeit. Opladen/Berlin/Toronto: 93-102

Verf.: Dr. Caroline Schmitt, Institut für Erziehungswissenschaft, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

E-Mail: schmica@uni-mainz.de

Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt, Fach Erziehungs- und Bildungswissenschaften, Universität Trier

E-Mail: homfeldt@uni-trier.de