

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW  
Hochschule für Soziale Arbeit  
Master of Arts in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovation

## **Grundlagen für eine Kooperation von Sozialer Arbeit und Pflege in der Langzeitaltersarbeit**

Eine theoretische Herleitung zu  
Chancen und Risiken der interprofessionellen stationären Arbeit  
mit Menschen mit Behinderung im Alter

Masterthesis von:

Magdalena Seibl  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

eingereicht bei:

Prof. Dr. Klaus R. Schroeter  
Institut für Integration und Partizipation IIP  
Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW  
Von Roll-Strasse 10  
4600 Olten

Externe Expertin:

Dr. sc. ETH Susanne Hoffmann  
Praxisentwicklung Pflege/MTT  
Universitätsspital Basel  
Hebelstrasse 2  
4031 Basel

Zürich, 24. Juli 2014

## **Abstract**

Stationäre Langzeitaltersarbeit berücksichtigt derzeit im Alter auftretende Behinderung nicht angemessen.

Aufgrund ihrer Professionsexpertisen wird der Frage nachgegangen, welche Beiträge die Pflege und die Soziale Arbeit in die Langzeitaltersarbeit im stationären Umfeld einbringen können und welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen sich in den beiden Feldern im Hinblick auf eine interprofessionelle Kooperation beobachten lassen. Die Fragestellung wird in einer Theoriearbeit mittels Feldanalyse nach Bourdieu angegangen, für das nötige Rahmungsverständnis Goffman beigezogen. Als hoch relevantes ergänzendes Feld wird die Soziale Gerontologie berücksichtigt, welche – wie sich zeigt – einen gemeinsamen Referenzrahmen für mögliche Kooperationen bietet.

Die Soziale Arbeit und die Pflege bringen sich ergänzende Beiträge ein. Es wird deutlich, dass die Kooperation in der Langzeitalterspflege noch Herausforderungen unterschiedlicher Deutungsrahmen, Handlungsschemata und Habitus zu bewältigen hat. Als grösste Schwierigkeit für eine institutionalisierte interprofessionelle Kooperation in der Praxis zeigt sich die strukturelle Rahmung des Pflegefelds.

Die Kooperation zwischen Pflege und Sozialer Arbeit auf der Basis der Sozialen Gerontologie weiter zu verfolgen, lohnt sich.

Key words:

Soziale Arbeit, Pflege, Alter, Langzeitpflege, Kooperation, interprofessionell, Feldanalyse, Bourdieu, Goffman, Behinderung, Sehbehinderung im Alter

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Kontext Alter(n).....	5
1.3	Kontext Sehbehinderung im Alter .....	8
1.4	Zielsetzung und Fragestellung.....	9
1.4.1	Erkenntnisinteresse.....	9
1.4.2	Ziel des Vorhabens .....	9
1.4.3	Fragestellung.....	9
1.5	Methodisches Vorgehen .....	10
1.5.1	Feldtheorie nach Bourdieu .....	10
1.5.2	Rahmentheorie nach Goffman.....	17
1.5.3	Inter-/Transdisziplinarität – Interprofessionalität .....	20
2	Grundlegende Konzepte und Modelle.....	24
2.1	Soziale Arbeit .....	24
2.1.1	Geschichtlicher Überblick.....	24
2.1.2	Exkurs 1: Anmerkung zu Sehbehinderung in der Sozialen Arbeit.....	26
2.1.3	Exkurs 2: Anmerkung zu Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und in der Altersarbeit.....	28
2.1.4	Lebensweltorientierte Soziale Arbeit.....	32
2.1.5	Soziale Arbeit als soziales Feld.....	34
2.1.5.1	Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen.....	35
2.1.5.2	Akteure/Akteursgruppen .....	39
2.1.5.3	Habitus .....	40
2.1.5.4	Doxa – Illusio.....	41
2.1.5.5	Kapital/Handlungsressourcen .....	43
2.1.5.6	Grundprinzipien .....	45
2.2	Pflege .....	45
2.2.1	Geschichtlicher Überblick.....	45
2.2.2	Exkurs 1: Anmerkung zu Sehbehinderung in der Pflege .....	48
2.2.3	Exkurs 2: Anmerkung zu (Langzeit-)Alterspflege .....	48
2.2.4	Das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell).....	50
2.2.5	(Langzeit-)Pflege als soziales Feld .....	55
2.2.5.1	Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen.....	55
2.2.5.2	Akteure/Akteursgruppen .....	61

2.2.5.3	Habitus .....	62
2.2.5.4	Doxa – Illusio.....	64
2.2.5.5	Kapital/Handlungsressourcen .....	66
2.2.5.6	Grundprinzipien .....	68
2.3	Gerontologie.....	68
2.3.1	Geschichtlicher Überblick.....	68
2.3.2	Exkurs 1: Anmerkung zu Sehbehinderung in der Gerontologie.....	71
2.3.3	Exkurs 2: Gerontologie und Soziale Gerontologie .....	73
2.3.4	Soziale Gerontologie als soziales Feld .....	76
2.3.4.1	Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen.....	76
2.3.4.2	Akteure/Akteursgruppen .....	79
2.3.4.3	Habitus .....	80
2.3.4.4	Doxa – Illusio.....	81
2.3.4.5	Kapital/Handlungsressourcen .....	81
2.3.4.6	Grundprinzipien .....	83
3	Vergleich der Felder: Gemeinsamkeiten – Unterschiede.....	83
4	Schlussfolgerungen für eine feldübergreifende Kooperation – Antworten auf die Fragestellung.....	86
4.1	Schlussfolgerungen .....	86
4.2	Beantwortung der Ausgangsfragen.....	89
4.2.1	Welche Beiträge können Soziale Arbeit und Pflege in der Langzeitbegleitung im Altersbereich einbringen? .....	89
4.2.2	Welche Basis für eine inter- oder transdisziplinäre Kooperation bieten Selbstverständnis, Grundkonzepte und Arbeitsschwerpunkte von Sozialer Arbeit und Pflege?.....	90
5	Diskussion des Vorgehens und Ausblick.....	91
	Quellenverzeichnis .....	94
	Anhang 1: Arbeitspapier Analysekatoren gemäss Feldtheorie nach Bourdieu .....	102
	Anhang 2: Lebensmodell und Pflegemodell nach Roper, Logan und Tierney.....	105
	Anhang 3: Auswertungstabelle Vergleich der Felder .....	105
	Ehrenwörtliche Erklärung .....	116

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Je älter Menschen werden, desto häufiger sind sie von gesundheitlichen Belastungen und Behinderungen, besonders in höherem Alter auch von Multimorbidität, betroffen. Darauf wird üblicherweise – vermittelt über den medizinischen Sektor – mit Pflege geantwortet. Die Pflege entstammt als ursprünglich medizinischer Hilfsbereich selbst dem medizinischen Paradigma, das auf dem Leitgegenstand von krank–gesund basiert. Treten Menschen in eine Alterseinrichtung ein, finden sie ein aus dieser Tradition heraus strukturiertes Umfeld vor.

Menschen, die in eine stationäre Alterseinrichtung eintreten, befinden sich oft in einer mehrfach belastenden Situation: Viele haben den Umzug nicht ganz freiwillig gewählt, lassen sich eher resigniert auf die neue Situation ein und akzeptieren die kaum durch sie selbst gestaltbare neue Umgebung. Dem Eintritt in die Einrichtung sind zumeist einschneidende Verluste vorausgegangen (Tod des Partners/der Partnerin, gesundheitliche Belastungen, Einschränkung von Mobilität, Verlust von Selbstständigkeit, Unmöglichwerden früherer Freizeitaktivitäten, sich reduzierender Lebensradius), der Freundeskreis wird kleiner, weil Familienangehörige der gleichen Generation und Gleichaltrige selbst abhängig werden oder sterben. Mit dem Umzug verlieren die Betroffenen zusätzlich das bisherige vertraute Wohnumfeld, Sozialkontakte, Autonomie. Oft können und wollen sie das neue Umfeld nur beschränkt oder gar nicht als eigenes Zuhause wahrnehmen und erleben.

Zu den häufigen Folgen gehören Traurigkeit, depressive Verstimmungen, Anpassungsstörungen, Rückzug und Selbstaufgabe. Das kann in einer negativen Spirale die gesundheitliche Situation (weiter) verschlechtern.

Auch wenn sich aufgrund sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse, gerontologischer Forschung, gesellschaftlicher Entwicklung und Fachentwicklung Pflege Alterseinrichtungen heute zumeist auf Förderung der Selbstständigkeit ausrichten und psychosoziale Unterstützungsangebote einschliessen, bleiben Alters- und v.a. Pflegeeinrichtungen vorwiegend durch die Regeln des sozialen Feldes der Pflege geprägte Institutionen, also hauptsächlich durch die Logik einer einzelnen Profession gestaltet. Das spielt der Wahrnehmung als «totale Institution» (vgl. Goffman 1981)<sup>1</sup> in die Hände und ist für die meisten Menschen so negativ besetzt, dass sie einen Eintritt unbedingt zu vermeiden versuchen und – so er sich nicht vermeiden lässt – oft als Kapitulation erleben, was zusätzlich ein Sich-Aufgeben befördert.

---

<sup>1</sup> Zu den von Goffman genannten Merkmalen einer totalen Institution gehören die Konzentration der Angelegenheiten an einem Ort unter einer Autorität, die Konzentration einer grösseren Gruppe von Schicksalsgenossinnen und -genossen in derselben Situation, die strikte Trennung von Innen und Aussen, die Vorgabe der Tagesstruktur durch ein System formaler Regeln, arrangiert von der Institution, die Unterordnung der Tätigkeiten unter einen Plan, um die Institutionsziele zu erreichen (vgl. Goffman 1981: 17ff.); daraus ergibt sich eine Abgeschlossenheit und ein Ausgeliefertsein. Totale Institutionen sind gleichzeitig Wohn-/Lebensgemeinschaft und formale Organisation.

Als weiteren Druck können alte Menschen die öffentliche Diskussion über «Überalterung»<sup>2</sup> und die Entwicklung der gesellschaftlichen Kosten für Altersversorgung und -pflege erleben. Die Soziale Arbeit kann in einer solchen Situation Kompetenzen, Methoden und Ansätze beitragen, weil es zu ihren Aufgaben gehört, «das institutionelle Angebot (Systemseite) mit der Lebensführung und dem Eigensinn der Menschen (Lebenswelt) zu verbinden.» (Karl 2004: 439) Ihr Beitrag verknüpft die unmittelbar auf die Person ausgerichtete Perspektive mit derjenigen auf das Umfeld, die Netzwerke sowie die institutionellen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen (vgl. ebd.: 441).

Für die Reduzierung der Abhängigkeit alter Menschen, die – ambulant oder stationär – professionelle Pflege und Betreuung brauchen, dürfte es wünschenswert sein, das Umfeld multiprofessionell zu gestalten. Mit Verweis auf die Komplexität der Fragestellungen und Themen im Zusammenhang mit Alter und Hochaltrigkeit und der demografischen Relevanz kommt auch Becker zu diesem Schluss: «Da zukünftig das Primat der ambulanten/häuslichen Versorgung älterer Menschen noch stärker betont werden wird und gleichzeitig Langzeitinstitutionen sowie Institutionen der Akutversorgung immer mehr hochaltrige Klientel versorgen werden, wird sich der Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit von Sozialer Arbeit und Pflege mit und für ältere Menschen zukünftig noch verstärken.» (Becker 2014: 30).

Im Wohnheim der Stiftung Mühlehalde Zürich wurde unter der langjährigen Leitung von Fatima Heussler zwischen 1993 und 2012 unter dem Namen Gerontagogik<sup>3</sup> in der Praxis ein Arbeitskonzept entwickelt, das Arbeitsmethoden, Modelle und Theorien aus der Sozialpädagogik und aus der Langzeitpflege zusammenführt und Kenntnisse aus Gerontologie, Gerontopsychologie, Heil- und Sonderpädagogik (inkl. sehbehinderungsspezifische Förder-techniken), Soziologie, geriatrischer und psychiatrischer Pflege integriert. Das Wohnheim stammt ursprünglich aus der Tradition der Sehbehindertearbeit und hat sich im Verlauf der Zeit spezialisiert auf den Bereich Sehbehinderung im Alter. Machten in den Anfangszeiten noch vorwiegend alt werdende Menschen mit einer vorbestehenden Sehbehinderung oder

---

<sup>2</sup> Der Begriff suggeriert semantisch, dass es in der Gesellschaft ein «Zuviel» an alten Menschen gäbe. Bisherige Konzepte der Finanzierung und Organisation von Altersversorgung (also gesellschaftlich und politisch bestimmte Gegebenheiten) geraten aufgrund der demografischen Entwicklung unter Druck, was zu teilweise alarmistischem Ton in Berichterstattung und Diskussionen führt.

<sup>3</sup> Begriffswahl in der Mühlehalde Mitte der 90er-Jahre in Anlehnung an den frankophonen Diskurs der Unterscheidung von *gérontagogie* und *géragogie*, die sich im deutschsprachigen Umfeld so nicht widerspiegelt. *Gérontagogie* wird gemäss Thesaurus der Bibliothèque de gériatrie et de gérontologie des Institut universitaire de gériatrie de Montréal definiert als «Science appliquée qui a pour objet l'intervention éducative auprès de sujets âgés et qui est à la frontière entre l'éducation et la gérontologie.» (<http://catalogue.iugm.qc.ca/Record.htm?record=19142180146919603629>), also als angewandte Wissenschaft im Überschneidungsbereich von Pädagogik und Gerontologie mit dem Fokus, ein besseres persönliches und soziales Leben im Alter führen zu lernen. Im Unterschied dazu wird *géragogie* als mit der Geriatrie verknüpft verstanden: «Science qui s'occupe de l'apprentissage des aînés présentant des déficits relevant de la gériatrie.» (<http://catalogue.iugm.qc.ca/Record.htm?record=19142173146919603559>; vgl. auch Boutinet 2012: 3). Kern (2002) fasst verschiedene Begriffsverwendungen zusammen, indem er einerseits auf diese Unterscheidung verweist, andererseits darauf, dass von zahlreichen Autorinnen und Autoren die Begriffe *gérontagogie* und *géragogie* synonym verwendet werden (vgl. ebd.: 62). Für die vorliegende Arbeit wird der von Heussler gewählte Begriff *Gerontagogik* für den Alters- und Behindertearbeit integrierenden, multiprofessionellen Ansatz verwendet, der auf die spezifische Förderung und Unterstützung alter Menschen mit einer Sinnesbehinderung abzielt und auch als Heil- oder Sondergerontagogik bezeichnet werden könnte. Gerontagogik stützt sich stark auf die Milieutherapie nach Bettelheim, Winnicott und Staack.

Blindheit die Mehrheit der Bewohnerschaft aus, so waren es später mehr und mehr Menschen, die erst im Alter eine Sehbehinderung erfuhren, oft auch solche, die wegen der Sehbehinderung und ihren Folgen als pflegebedürftig ins Heim eintraten. Das Wohnheim stellt einen Sonderfall dar, weil es auf der Basis der gerontagogischen Arbeitsweise eine Betriebsbewilligung sowohl als Alters-/Pflegeeinrichtung wie auch als Behinderteneinrichtung erwirken hat. Das Arbeitskonzept zielt auf die Gestaltung eines behinderungsangepassten (stationären) Umfeldes für Menschen mit einer (Seh-)Behinderung im Alter und auf eine konsequente Berücksichtigung der Sehbehinderung in der Pflege (gerontagogische Pflege: pflegerische und fördernd-unterstützende Massnahmen bei alten Menschen mit einer Sinnesbehinderung, umfasst medizinische, pflegerische und agogische Aspekte). Ziel ist es, die Sozial- und Eigenkompetenz alter Menschen mit einer Sehbehinderung zu erhöhen, die soziale Teilhabe zu fördern und die Betroffenen zu befähigen, eine möglichst weitgehende Selbstständigkeit und Autonomie zu erhalten resp. wiederzuerlangen. Dabei spielt ein adäquates Milieu, das kompensatorisch und rehabilitativ wirken soll, eine wesentliche Rolle. Daran sind alle Funktionen und Berufsgruppen in einem stationären Umfeld beteiligt.

Die Prävalenz von im Alter auftretenden Sehbeeinträchtigungen und daraus folgenden Sehbehinderungen ist hoch.<sup>4</sup> Die Sehschädigung wirkt sich im Alltag meist als Behinderung<sup>5</sup> aus: Die Selbstversorgung und Selbstpflege ist ebenso beeinträchtigt wie die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Vor Eintreten ins Rentenalter werden bei einer länger andauernden gesundheitlichen Störung oder Behinderung alle hilfreichen Systeme zur möglichst raschen und umfassenden Rehabilitation für das Wiedererreichen von Autonomie, Teilhabe und Inklusion aufgeboten. Einen wichtigen Beitrag leistet in diesem Zusammenhang die Behindertenpädagogik mit den Prinzipien Selbstbestimmung, Barrierefreiheit, Empowerment und Normalisierung. Sobald eine Person nicht mehr im Erwerbsalter ist, entfällt die Aktivierung von Unterstützung in diesem Umfang, weil sozialversicherungsrechtlich Behinderung im Sinne von Invalidität im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) als Erwerbsausfall abge-

---

<sup>4</sup> Gemäss dem Cambridge Handbook of Age and Ageing (Johnson 2005), haben 33% der über 85-jährigen Bevölkerung eine Sehschädigung. Eine Studie der Association pour le Bien des Aveugles, ABA (2005), bezeichnet – unter Einbezug des reduzierten Kontrastsehens – 54% der Bewohnenden von Genfer Pflegeeinrichtungen als sehbehindert. Das Bundesamt für Statistik weist in der Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI) 2008/09 18% der über 80-Jährigen mit der Diagnose Sehbehinderung aus (vgl. Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011). Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen (SZB 2012) nennt die Zahl von 20.5% der über 80-Jährigen als sehbehindert. Die Zahlen variieren aufgrund unterschiedlicher Stichproben und Messkriterien.

<sup>5</sup> Gemäss Schweizer Behindertengleichstellungsgesetz ist ein Mensch mit Behinderung «eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.» (BehiG, Art. 2, Abs. 1) Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen beschreibt sie als «Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren ihre volle und wirksame Teilhabe gleichberechtigt mit anderen an der Gesellschaft behindern können.» (UN-Behindertenrechtskonvention 2010, Art. 1 gemäss Schattenübersetzung) Die World Health Organization verknüpft in ihrem ICF-Konzept die Ebenen *impairment* (dauerhafte Schädigung physiologischer oder psychischer Funktionen und Strukturen des Körpers), *disability* (funktionale Beeinträchtigung der Fähigkeiten und Aktivitäten der Betroffenen aufgrund der Schädigung) und *handicap* (Behinderung als Summe der nachteiligen persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Konsequenzen, die die betroffene Person aus der Schädigung und der Beeinträchtigung erfährt) miteinander (vgl. WHO 2001).

sichert ist. Auf eine Beeinträchtigung der Selbstpflegekompetenz im Alter wird traditionell mit einem Mehr an medizinischer und pflegerischer Versorgung geantwortet, ambulant wie stationär.

Im auf Sehbehinderung spezialisierten Wohnheim Mühlehalde zeigte sich, dass mit einer rehabilitativen Gestaltung der Angebote und einem geeigneten Milieu viel an Lebensqualität, Selbstständigkeit und psychischer Stabilität gewonnen werden kann. Es steht zu vermuten, dass sich dies auch positiv auf die Kostenentwicklung auswirken kann.

Das Gerontagogik-Konzept wurde über Jahre hinweg in der Praxis entwickelt, angepasst und weitergedacht, in dieser Zeit aber nicht systematisch beschrieben und ausgewertet. Es liegen nur eine unveröffentlichte 18-seitige Sammlung von Kernaussagen aus dem Gerontagogik-Konzept nach einem umfangreichen Manuskript von Fatima Heussler vom Juli 2012 sowie die Darstellung einzelner Anwendungsaspekte («Gerontagogik konkret») in älteren Ausgaben von «Apropos» (vgl. z.B. Heussler 2002, 2005), dem Mitteilungsblatt der Stiftung Mühlehalde, vor.<sup>6</sup> Eine der Grundforderungen des Gerontagogik-Konzepts ist die nach der Transdisziplinarität<sup>7</sup> von Pflege und Sozialpädagogik unter Einbezug der sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationsfächer Orientierung und Mobilität (O+M), Lebenspraktische Fähigkeiten (LPF) sowie Low Vision (LV) in der Vertretung und Zusammenarbeit der Professionen in jedem Schritt des Planungs- und Pflegeprozesses (vgl. Heussler 2012: 15f.). In der Praxis erwies sich die Zusammenarbeit der Professionsvertretenden aus den verschiedenen Bereichen als gleichzeitig schwierig und fruchtbar.

Heute vertritt das aus der Stiftung Mühlehalde herausgewachsene Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) das Anliegen, das gerontagogische Konzept für die Langzeitaltersarbeit im stationären Umfeld zu propagieren und zu schulen. In solchen Schulungen im pflegerischen Umfeld hat sich bisher gezeigt, dass der Anspruch, Sichtweisen aus der Sozialpädagogik und der Behindertenarbeit in die Langzeitpflege zu integrieren, eine ungewohnte Herausforderung bedeuten kann, aber durchaus möglich ist und sich positiv auf die Bewohnerschaft auswirken kann (vgl. Seibl 2013).<sup>8</sup>

Nachdem Bundesrat und Nationalrat im Juni 2013 den Beitritt zur UN-Behindertenrechtskonvention (2010) klar gutgeheissen und im Mai 2014 ratifiziert haben, sind versicherungsrechtliche Gründe für die Andersbehandlung von Menschen mit Behinderung im AHV-Alter auf Dauer nicht mehr haltbar. Diese haben Anrecht auf behinderungsspezifische Betreuung und Pflege (vgl. Heussler 2014).

---

<sup>6</sup> Zu den relevantesten Stichworten gehören die Ausrichtung auf Autonomie, Teilhabe, Integration und Partizipation, die Berücksichtigung der physischen, psychischen und psychosozialen Ebene für Wissen um mögliche Auswirkungen von Sehschädigung und Sehbehinderung sowie für Interventionen und Rehabilitation, die Umfeldgestaltung (Milieu, Normalitätsprinzip), die Berücksichtigung der Individualität sowie eine überprofessionelle (alle Funktionen und Professionen im Haus einbeziehende) und transdisziplinäre Arbeitsweise.

<sup>7</sup> Zur Begriffsdiskussion vgl. Kap. 1.5.3.

<sup>8</sup> Becker und Brandenburg fokussieren in ihrem neuen Lehrbuch Gerontologie (2014) Tätigkeitsfelder, Berührungspunkte und Schnittmengen der Disziplinen Pflege und Soziale Arbeit in der Altenhilfe und plädieren für eine interdisziplinäre Herangehensweise. Leider erschien dieses Werk erst in der Abschlussphase der vorliegenden Arbeit.



## 1.2 Kontext Alter(n)

Alter gehört zu den grundlegenden Kategorien, nach denen Gesellschaft organisiert wird (vgl. u.a. Pichler 2010: 415); es ist ein zentrales Strukturmerkmal der Sozialstruktur. Es ordnet das tägliche Leben, bestimmt Handlungsspielräume und Positionen in der Gesellschaft (vgl. Schroeter/Künemund 2010: 393). Trotzdem ist Alter weder im Alltag noch in wissenschaftlichen Kontexten eine eindeutige Grösse. Im Alltag herrscht die Einstellung vor, Alter sei wesentlich biologisch bestimmt und altersabhängige Merkmale oder Verhaltensweisen seien Ausdruck des natürlichen Lebensablaufs (vgl. Kohli 1978: 13). Historische und kulturanthropologische Vergleichsforschung belegt dagegen eine breite Varianz von Regelungen der Altersdimension und vom Grad ihrer sozialen Strukturierung, d.h. eine starke und deutliche Unabhängigkeit von den Naturverhältnissen. Rollenmodelle zeigen den Lebenslauf (und den Alternsprozess) als Abfolge von typischen Rollenzuschreibungen und Rollenrealisierungen mit zahlreichen Diskontinuitäten,<sup>9</sup> er kann auch als Folge von Lebensphasen betrachtet werden, die im Sozialisationsprozess unterschiedliche Bedeutung erhalten (vgl. ebd.: 17). Im Rahmen gesellschaftlicher Differenzierungsprozesse erhöht sich die Diskontinuität im Lebenslauf.<sup>10</sup> Soziale Ungleichheiten, soziale Differenzierung und Heterogenisierung kennzeichnen die Lebensphase Alter (vgl. Naegele 2011: 39).

Je nach Perspektive und Disziplin wird Alter unterschiedlich akzentuiert und konstruiert. So kann der Fokus gerichtet werden auf das biologische/physiologische Alter (körperlicher Zustand), das kalendarische/chronologische (seit der Geburt vergangene Zeit), das funktionale (Kompetenzen bzw. Einschränkungen im Vergleich zu Durchschnittswerten)<sup>11</sup>, das soziale (soziale Bedingtheit von Bezugsgrössen das Alter betreffend), das administrative (Kategorisierung für Statistik und Verwaltung), das rechtliche (hinsichtlich Rechte und Pflichten) oder das psychologische (Kognition und psychische Verfassung) (vgl. Künemund/Schröter 2014: 17f.). Die verschiedenen Definitionsebenen zu Alter sind nicht miteinander in Einklang zu bringen, auch wenn sie sich gegenseitig beeinflussen und positiv wie negativ verstärken können (vgl. ebd.: 22). Heute ist der Fokus stark auf das Altern als Prozess gerichtet, mit physischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Komponenten, die gleichzeitig wirksam sind. Wahl und Heyl (2004: 41ff.) zählen zwölf grundsätzliche Verständnisdimensionen von Altern auf («Essentials der Gerontologie»), die chronologische, biologische, psychische und soziale Aspekte umfassen. Danach ist Altern zu verstehen als (1) dynamischer Prozess mit einem fortwährenden Wechselspiel von Verlust und Gewinn, (2) biologisch und medizinisch bestimmter

---

<sup>9</sup> Die soziale Strukturierung von Lebenslauf bietet den Individuen Orientierungs- und Bewältigungsmuster, gleichzeitig ist sie historischem und gesellschaftspolitischem Wandel unterworfen, was immer wieder zu (lebensphasenspezifischen) strukturellen Widersprüchen mit dem individuellem Handeln und zu Brüchen führt. An den Bruchstellen verlieren die sozialen Legitimationsmuster ihre Selbstverständlichkeit und helfen nicht mehr bei der Bewältigung der Lebensprobleme (vgl. Kohli 1978: 15).

<sup>10</sup> Wo altersbezogene Positionen solcher Diskontinuität unterliegen, muss Kontinuität im Rahmen der Biografie hergestellt werden (vgl. Kohli 1978: 27)

<sup>11</sup> Das funktionale Alter berücksichtigt physische und psychische Leistungsfähigkeit, körperlichen Zustand, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Persönlichkeit (vgl. Karl 1999: 21f.).

Prozess, (3) lebenslanger und biografisch verankerter Prozess, (4) sozial und soziokulturell bestimmter Prozess, (5) Produkt von Person und räumlicher Umwelt, (6) ökonomisch bestimmter Prozess<sup>12</sup>, (7) geschlechtsspezifischer Prozess, der Frauen und Männer unterschiedlich berührt, (8) differenzieller Prozess mit deutlich ansteigenden interindividuellen Unterschieden bezüglich aller Dimensionen des Alterns, (9) multidimensionaler Prozess, der sich auf verschiedenen Ebenen vollzieht, (10) multidirektionaler Prozess, der je nach Ebene unterschiedliche Verläufe zeigt, (11) sich zwischen Objektivität und Subjektivität bewegender Prozess<sup>13</sup>, (12) auf unterschiedlichsten Ebenen plastischer Prozess mit Grenzen, innerhalb derer Altern gestaltbar ist und Verluste wirkungsvoll kompensiert werden können.

Altersgrenzen sind als soziale Konstruktion zu verstehen, «die Lebensläufe nach Lebensphasen strukturieren und dabei am Kalender ausgerichtet werden.» (Schroeter/Künemund 2010: 398) Ihre Unterteilung ist zeit- und kulturabhängig (vgl. ebd.: 399). Der Einfachheit der Anwendung wegen ist das chronologische Alter nach wie vor die am häufigsten gebrauchte Konstruktion von Alter und bestimmt zumeist auch die administrativen Bezüge; die Rationalisierungskraft des chronologischen Alters setzt sich gegen alle Vorstöße zugunsten einer Ersetzung durch ein funktionales (auf die individuelle Leistungsfähigkeit bezogenes) Alter durch. Die Orientierung am chronologischen Alter macht den Durchlauf der Individuen durch die sozialen Systeme regelhaft und berechenbar, während das funktionale Alter ein ungleich aufwendigeres Kriterium wäre, das für jeden Einzelfall individuelle Feststellungen erforderte (vgl. Kohli 1985: 15). Biologische, psychische und soziale Alter(n)sprozesse werden oft mit dem kalendarischen Alter in Beziehung gesetzt, obwohl sie weder linear noch zwangsläufig damit verbunden verlaufen (vgl. Schroeter/Künemund 2010: 398). Die Abgrenzung verschiedener Altersphasen basiert üblicherweise auf heuristisch aus beobachteter Wirklichkeit gebildeten idealtypischen Klassifikationen. Heute wird oft zwischen «Drittem Alter» («jungen Alten») als weitgehend behinderungsfreier Phase persönlicher Errungenschaften und Erfüllung nach Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit und «Viertem Alter»/«Hochaltrigkeit» («alten Alten») als Phase körperlicher Einschränkungen, zunehmender Abhängigkeit, erhöhter Vulnerabilität, Altersschwäche und des Todes unterschieden (s. auch ebd.: 400).<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Ökonomische Ressourcen haben in Verbindung mit Bildung relativ direkte Auswirkungen auf Gesundheit, Wohlbefinden und Autonomie; niedrige sozioökonomische Ausstattung hängt zusammen mit höherer Morbidität und eher früherem Sterben, auch wenn nicht eine einfache Ursache-Wirkungs-Kette anzunehmen ist (vgl. Wahl/Heyl 2004: 44).

<sup>13</sup> Eine «ausgeprägte Diskrepanz zwischen objektiven Fakten und ihrer subjektiven Bewertung bzw. Interpretation» (Wahl/Heyl 2004: 50) lässt sich in verschiedenen Bereichen beobachten, z.B. bezüglich Gesundheit. Gesundheitsbefragungen erlauben deshalb eine Erfassung der subjektiven Einschätzungen, nicht des objektiven Gesundheitszustandes der Befragten. Die subjektiven Bewertungen sind äusserst handlungs- und erlebensrelevant (vgl. ebd.).

<sup>14</sup> Rosenmayr (1996) differenziert auf der Basis funktionaler Kriterien die Phase der Hochaltrigkeit und kommt zu einer fünfstufigen Altersphasengliederung: Erstes Alter (Abhängigkeit, Unreife), Zweites Alter (Unabhängigkeit, Verantwortung), Drittes Alter (Chancenreichtum in der Nacherwerbsphase), Viertes Alter (Einschränkungen), Fünftes Alter (Abhängigkeit) (nach Schroeter/Künemund 2010: 400). Die Differenzierungen für Altersphasen nach Erreichen des Rentenalters erlauben die Aufrechterhaltung der Vorstellung eines aktiven, selbstgestalteten Alters gegenüber einer Phase von Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit, in der die Gesundheit nachlässt und sich Multimorbidität und Demenzen ausbreiten (korporale Kapitalien schwinden) (vgl. Schroeter an verschiedenen Orten, u.a. 2007: 143; 2005: 154).

Wenn von einer alternden Gesellschaft die Rede ist, spielen drei Entwicklungslinien eine Rolle: die Zunahme der absoluten Zahl alter Menschen, ihr wachsender Anteil an der Gesamtbevölkerung und der starke Anstieg der Zahl hochaltriger Menschen über 80 Jahre (vgl. Naegele 2011: 32). Das Bild vom Alter hat sich innerhalb weniger Jahrzehnte differenziert und entfernt von der Vorstellung einer vorwiegend defizitären Lebensphase mit hoher Betreuungswahrscheinlichkeit. Zunehmend ist auch von den Ressourcen, Chancen, Möglichkeiten, Kompetenzen und Aktivitäten im Alter die Rede. Individualisierung und Pluralisierung sowie Leitbilder wie «zu gestaltendes Alter», lebenslange Aktivität, erfolgreiches und produktives Alter, lebenslanges Lernen sind heute im öffentlichen Diskurs sehr präsent (vgl. auch Kap. 2.3.1).<sup>15</sup> Aktuelle Leitbilder des Alterns bewegen sich zwischen individuellen Gestaltungsspielräumen und sozialen Verpflichtungen alter Menschen (inkl. Erhöhung bzw. Aufweichung des Rentenalters) (vgl. Höpflinger 2011: 3). Heute wird Altern vermehrt als aktiv gestaltbarer und aktiv zu gestaltender Prozess verstanden. «Altersbilder sind soziale Konstruktionen, die sich im Wechselspiel zwischen Individuum und Gesellschaft herausbilden und entwickeln. Einerseits tragen ältere Menschen selbst durch ihr Handeln (z.B. durch ihren Lebensstil) zur Entstehung und Veränderung von Altersbildern bei. Andererseits beeinflussen Altersbilder auf individueller und gesellschaftlicher Ebene die Wahrnehmung und Beurteilung von älteren Menschen, die Gestaltung von sozialen Interaktionen mit ihnen sowie die Erwartungen an den eigenen Alternsprozess und die persönliche Lebenssituation im Alter» (BMFSFJ: 64). Alter ist eine soziale Kategorie, durch die auch Zugang und Ausschluss von gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten geregelt wird (vgl. Künemund/Schröter 2014: 17).

Sozialversicherungsrechtlich relevant ist in der Schweiz das AHV-Rentenalter (im Regelfall derzeit bei 65 Jahren für Männer und bei 64 Jahren für Frauen) mit seinem Bezug zur Lebensphase der Arbeitstätigkeit und Produktivität. Fragen zum Übergang in den Ruhestand gehören zu den frühen und starken Themen im Zusammenhang mit der Abgrenzung einer Phase des Alter(n)s. Die zunehmende Langlebigkeit und deutliche Zunahme einer sich ausdehnenden Phase von Unabhängigkeit und guter Gesundheit in der Nacherwerbszeit führen zu einer Veränderung der Altersbilder und des Diskurses sowie der Gestaltung von spezifischen Angeboten für diese Lebensphase.

Mit Älterwerden der ersten Wohlstandsgenerationen in Westeuropa (Babyboomer) «treten in der nachberuflichen Lebensphase aktivere Wert- und Verhaltensweisen auf. Dies hat zu neuen Leitvorstellungen des Rentenalters geführt. Verstärkt wird dies durch gerontologische Studienergebnisse, welche aufzeigen, dass gesundheits- und aktivitätsorientierte Lebensstrategien Alternsprozesse positiv beeinflussen.» (Höpflinger 2012a: 207) Höheres Alter ist aber auch mit verstärkter Fragilisierung und erhöhtem Risiko von Pflegebedürftigkeit verbunden. Inwieweit Menschen aus den Generationen, für die ein unabhängiges, aktives, gesundes

---

<sup>15</sup> Nach Schroeter können solche Stichworte «gewissermaßen als gerontologische Antwort auf das Unbehagen an dem weitgehend negativ gefärbten gesellschaftlichen Altersbild» betrachtet werden (Schroeter 2005: 156).

Leben ein selbstverständlicher Anspruch geworden ist, «nach einem langen aktiven Erwachsenenalter fähig und willens sein werden, mit den unvermeidbaren Grenzen körperlichen Lebens im hohen Alter umzugehen», bleibt nach Höpflinger eine offene Frage, die «Baby-Boom-Generation hat gelernt, lange ‚jugendlich‘ zu bleiben, aber sie muss das hohe Alter erst noch entdecken.» (Höpflinger 2011: 3) Die stark individualisierten Ansprüche an Alters- und Pflegeangebote kommen derzeit (noch) weniger von den alten Menschen selbst als von deren erwachsenen Kindern aus dieser Generation (vgl. ebd.).

Obwohl Pflegebedürftigkeit heute durchschnittlich später eintritt, gibt es anzahlmässig mehr fragile, hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Gesundheitliche und soziale Problemsituationen kumulieren sich bei über 80/85-Jährigen deutlich, die Risiken chronischer Krankheiten und Behinderungen steigen an. Bisher ging die Erhöhung der Lebenserwartung in der Schweiz einher mit einer Ausdehnung behinderungsfreier Lebenserwartung im Alter, während in einer relativ kurzen Phase am Ende des Lebens die Morbidität stark steigt (vgl. Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011: 7) Allgemein lässt sich feststellen, dass mit dem Alter die Hilfebedürftigkeit markanter ansteigt als die Pflegebedürftigkeit und deshalb zwischen Pflegebedarf und Hilfebedarf differenziert werden sollte, v.a. bei zuhause lebenden alten Menschen (vgl. ebd.: 8).

Die Sicherung der Renten- und Pensionssysteme sowie die Finanzierung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung im höheren und hohen Alter sind aktuelle und derzeit nicht nachhaltig gelöste gesellschaftliche Themen.<sup>16</sup> Höpflinger weist darauf hin, «dass demographische Alterung vor allem dann und dort zu Problemen führt, wo gesellschaftliche Ordnungsstrukturen den neuen demographischen Gegebenheiten nicht angepasst werden» (Höpflinger 2012a: 221).

### **1.3 Kontext Sehbehinderung im Alter**

Für die vorliegende Arbeit relevante Stichworte zu Sehbehinderung im Alter sind in der Beschreibung der Ausgangslage (vgl. Kap. 1.1) erwähnt und in den Exkursen 2.1.2, 2.2.2 und 2.3.2 angesprochen.

Auch eine im Alter auftretende Sehbehinderung kann mit behinderungsspezifischen Methoden angegangen werden. Für den Unterstützungsbedarf sind nach dem Sozialversicherungssystem in der Schweiz im Alter – neben den Leistungen der Beratungsstellen des Sehbehinderertenwesens – gesetzlich nur Pflegeleistungen vorgesehen.<sup>17</sup> Im stationären Umfeld kommt

---

<sup>16</sup> Höpflinger weist darauf hin, dass nicht die Alterung der Gesellschaft Hauptmotor der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist, das sei ein falscher Schluss aus hohen Querschnittskorrelationen von Alter und Krankheitskosten (vgl. Höpflinger 2012a: 226). Klare demografische Effekte ergeben sich aber in der Alterslangzeitpflege: Geburtenstarke Jahrgänge, die mit grosser Wahrscheinlichkeit ein hohes Alter erreichen werden, werden die Anzahl pflegebedürftiger alter Menschen in wenigen Jahren sehr stark steigen lassen, selbst «eine längere behinderungsfreie Lebenserwartung wird den Trend zu mehr, oft langjährigen Pflegefällen nicht aufhalten, sondern höchstens mildern.» (Höpflinger 2012a: 227).

<sup>17</sup> Zu den relevanten Rahmenbedingungen, die in der Schweiz Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer Behinderung im Alter steuern, gehören die Bundesverfassung, die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Krankenversicherung (KVG, Verordnungen und kantonale Ausführungsgesetze) sowie die UN-Konvention über

behinderungsspezifische Rehabilitation und Begleitung kaum vor, weil sie keine pflegerischen Leistungen darstellen; das Krankenversicherungsrecht berücksichtigt den Bedarf von Menschen mit einer Sinnesbehinderung nicht. Die integrativen und rehabilitativen Leistungen der Sozial- und Heilpädagogik sind im Alter rechtlich nicht vorgesehen (vgl. Kap. 1.1).

## **1.4 Zielsetzung und Fragestellung**

### **1.4.1 Erkenntnisinteresse**

- Klärung von Möglichkeiten der Integration agogischer Elemente und einer vermehrten rehabilitativen Gestaltung von Langzeitalterspflege
- Klärung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in Selbstverständnis, Grundkonzepten und Arbeitsschwerpunkten von Sozialer Arbeit und Pflege
- Klärung der Basis einer inter- oder transdisziplinären Kooperation von Pflege und Sozialer Arbeit in der Langzeitaltersarbeit
- Aufzeigen möglicher Vorteile (Chancen) einer inter- oder transdisziplinären Kooperation von Pflege und Sozialer Arbeit in der Langzeitaltersarbeit
- Aufzeigen möglicher Formen einer inter- oder transdisziplinären Kooperation von Pflege und Sozialer Arbeit in der Langzeitaltersarbeit

### **1.4.2 Ziel des Vorhabens**

Ziel des Vorhabens ist die Prüfung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in Grundkonzepten und Arbeitsschwerpunkten von Sozialer Arbeit und Pflege, die für die Langzeitaltersarbeit relevant sind, um davon ausgehend die Chancen und Herausforderungen sowie die möglichen Formen einer interdisziplinären Kooperation in diesem Sektor aufzuzeigen.

Dafür sollen einerseits Grundprinzipien der Sozialen Arbeit und der Pflege dargestellt werden. Andererseits werden Konzepte im potenziellen Kooperationsbereich von Sozialer Arbeit und Pflege zusammengetragen und ausgewertet. Mit beispielhaftem Bezug auf die Thematik Sehbehinderung im Alter werden Vorschläge für eine inter- oder transdisziplinäre Kooperation im Bereich der Alterspflege abgeleitet und formuliert.

### **1.4.3 Fragestellung**

Welche Beiträge können Soziale Arbeit und Pflege in der Langzeitbegleitung im Altersbereich einbringen?

Welche Basis für eine inter- oder transdisziplinäre Kooperation bieten Selbstverständnis, Grundkonzepte und Arbeitsschwerpunkte von Sozialer Arbeit und Pflege?

---

die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK). Relevant sind darüber hinaus verschiedene fachliche Richtlinien, z.B. der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), sowie Pflegeleistungs- und Abrechnungsinstrumente wie BESA oder RAI (vgl. Fussnote 85).

## 1.5 Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung wird auf der Basis einer Theoriearbeit angegangen. In den Fachrichtungen Soziale Arbeit und Pflege werden in der Praxis aktuelle, für die Langzeitaltersarbeit relevante Konzepte und Modelle anhand der Feldtheorie nach Bourdieu und der Rahmentheorie nach Goffman untersucht, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie gegenseitige Ergänzungspotenziale und Kooperationshürden herauszuarbeiten. Als hoch relevantes ergänzendes Feld wird die Soziale Gerontologie berücksichtigt.

Der Feldanalyse wird das Rahmungsverständnis nach Goffman zugrunde gelegt, die Analyse-kategorien werden aus der Feldtheorie nach Bourdieu gewonnen.

Auf der Basis der Untersuchung der sozialen Felder werden Schlussfolgerungen für eine mögliche überdisziplinäre Kooperation von Sozialer Arbeit und Pflege in der Langzeitaltersarbeit erarbeitet.

### 1.5.1 Feldtheorie nach Bourdieu

#### Feld

Soziale Felder sind relationale gesellschaftliche Handlungsrahmen mit je eigener Logik, eigenen spezifischen Regeln, eigenen Spielräumen, Strukturen, Verflechtungen, Abhängigkeiten, Anforderungen und Zwängen (vgl. Bourdieu 1998: 19), mit je eigenen, feldspezifischen Kapitalien und eigenen Institutionen. Ein Feld ist nicht einfach ein Sektor oder Bereich der Gesamtgesellschaft, sondern ein differenzierter Teil von ihr mit eigenen Konturen (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 142). «Reife» Felder zeichnen sich durch die Erreichung eines hohen Grades von Autonomie aus und etablieren sich gerade dadurch als Felder (vgl. ebd.).

Bourdieu beschreibt soziale Felder in Analogie zu Spielfeldern und erklärt ihr Funktionieren anhand von Mannschaftssportarten und dem Schachspiel. Die Korrektheit des Handelns wird durch das jeweilige Spiel (Feld) festgelegt, wobei nicht Regeln, sondern Strategien befolgt werden (vgl. Rehbein 2006: 104). Der «Glaube an die Sinnhaftigkeit des Spiels in einem bestimmten Feld und an die Bedeutung dessen, was auf dem Spiel steht, lässt das Feld erst im eigentlichen Sinn entstehen. Dieser Glaube bleibt implizit, er macht die *doxa* des Feldes oder die feldspezifische *illusio* (...) aus.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 145) Eine differenzierte Gesellschaft ist nach Bourdieu «ein Ensemble von relativ autonomen Spiel-Räumen, die sich nicht unter eine einzige gesellschaftliche Logik, ob Kapitalismus, Moderne oder Postmoderne, subsumieren lassen.» (Wacquant 1996: 37, zitiert nach Fuchs-Heinritz/König 2005: 141)

Der Feld-Begriff<sup>18</sup> bildet bei Bourdieu auf gesellschaftlicher Ebene das Pendant zum Habitus-Begriff auf individueller Ebene. Feld und Habitus bedingen sich wechselseitig. Die materiellen

---

<sup>18</sup> Synonym zu «Feld» treten bei Bourdieu auch die Begriffe «Kräftefeld», «sozialer Raum» oder «Handlungsraum» auf. Fuchs-Heinritz und König weisen darauf hin, dass Bourdieu das Verhältnis der Begriffe «Raum» und «Feld» nur ansatzweise geklärt hat, sie teilweise synonym verwendet, an anderen Stellen den Feld-Begriff für die symbolische Ebene der Praxis zu verwenden scheint (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 139, Fussnote 42).

und strukturellen Bedingungen auf dem Feld geben gleichzeitig Grenzen vor und öffnen Möglichkeiten. Damit ist ein Feld ein «Ensemble objektiver historischer Relationen zwischen Positionen, die auf bestimmten Formen von Macht (oder Kapital) beruhen» (Wacquant 1996: 36, zitiert nach Fuchs-Heinritz/König 2005: 139). Mit dem Feld-Begriff fokussiert Bourdieu auf Relationen und Kräfteverhältnisse von Akteuren und Akteursgruppen:<sup>19</sup> «Analytisch gesprochen wäre ein Feld als ein Netz oder eine Konfiguration von objektiven Relationen zwischen Positionen zu definieren. Diese Positionen sind in ihrer Existenz und auch in den Determinierungen, denen die auf ihnen befindlichen Akteure oder Institutionen unterliegen, objektiv definiert, und zwar durch ihre aktuelle und potentielle Situation (*situs*) in der Struktur der Distribution der verschiedenen Arten von Macht (oder Kapital), deren Besitz über den Zugang zu den in diesem Feld auf dem Spiel stehenden spezifischen Profiten entscheidet, und damit auch durch ihre objektiven Relationen zu anderen Positionen» (Bourdieu in: Reflexive Soziologie 1996: 127, zitiert nach Fuchs-Heinritz/König 2005: 140).

Soziale Felder sind nach Bourdieu geprägt von Kämpfen um ihre Bewahrung oder Veränderung (vgl. 1998: 20) und von der Konkurrenz unter den Akteuren. Dies gilt für alle sozialen Felder. Unterschiedlich sind die Akteure, «Spieleinsätze», Regeln und Logiken. Felder entstehen historisch, durch Differenzierung<sup>20</sup> und sind einigermaßen autonom. «Je autonomer das Feld ist, desto mehr steigt der Wert feldspezifischen Kapitals» (Rehbein 2006: 143). Einstellungen, ökonomische und kulturelle Güter wirken feldabhängig: «... legt die spezifische Logik eines jeden Feldes fest, was auf diesem Markt *Kurs hat*, was im betreffenden Spiel relevant und *effizient* ist, was *in Beziehung auf dieses Feld* als spezifisches Kapital und daher als Erklärungsfaktor der Formen von Praxis fungiert.» (Bourdieu 1987: 194) Profite, Einsätze und Formen des Handelns sind zwar je nach sozialer Position (Klasse), unterschiedlich, werden aber in erster Linie durch die Logik des Feldes bestimmt. Die Suche nach Profiten durch strategisches Handeln kennzeichnet das Handeln der Feldspielerinnen und -spieler. Tendenziell ist jedes Feld um den Gegensatz zwischen herrschenden und beherrschten Positionen aufgebaut.

Die Dynamiken (Kämpfe) auf den Feldern und zwischen den Feldern sind ausschlaggebend und differenzieren die Felder aus. Im Unterschied zu Luhmann, nach dem die Ausdifferenzierung von Systemen über ihre funktionalen Eigenschaften erklärt wird (Selbstregulierung, Anpassung an die Umwelt, Reflexivität, Komplexitätsreduktion usw.), versteht Bourdieu – das Soziale durch das Soziale erklärend – Ausdifferenzierung als Prozess von Kämpfen, die in Richtung Autonomisierung von Feldern führen. «Die Geschichte ist eine Entstehung und Vermehrung von Feldern mit eigener Logik, die zunehmend abgeschlossener gegeneinander werden. Mit der Abgeschlossenheit entwickelt sich eine hierarchische Struktur von Zentrum und Peri-

---

<sup>19</sup> Bourdieu denkt in Relationen, nicht in Substanzen, wobei er eine dualistische Sicht als irreführend ablehnt. Das Auflösen von Relationen in Interaktionen hält er für verhängnisvoll (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 234). Differenz ist bei Bourdieu die wichtigste Relation; Sinn resultiert aus der Differenz sozialer Gegensätze.

<sup>20</sup> Allerdings entwickelt Bourdieu mit den feldtheoretischen Entwürfen keine umfassende Differenzierungstheorie, die eine historische Entwicklung bis zur modernen Gesellschaft erklären könnte (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 154).

pherie, von Einschluss und Ausschluss, von Herrschaft und Unterwerfung» (Rehbein 2006: 118). Wie Luhmann geht auch Bourdieu davon aus, dass sich die Gesellschaft durch Arbeitsteilung mit zunehmender Spezialisierung ausdifferenziert (vgl. Rehbein 2006: 108). Fuchs-Heinritz und König (2005: 157) weisen aber darauf hin, dass der Feldansatz Bourdieus und der Systemansatz Luhmanns trotz oberflächlicher Ähnlichkeiten («Selbstorganisation und Selbstreferenz in der Systemtheorie erinnern an die Autonomie der Felder») nicht vereinbar sind.

Jedes Feld hat eine ihm eigene Geschichte und Dauer, mit Daten, Ereignissen, Krisen und Revolutionen. Seine Struktur wird v.a. durch die Verteilung des relevanten Kapitals festgelegt (vgl. Bourdieu 1998: 21). Ein Feld bildet die Sozialstruktur ab und reproduziert sie gleichzeitig. «Da Felder aus Kämpfen resultieren, verändern sie sich unaufhörlich. Ihre Analyse muss also historisch vorgehen, zumindest aber die Dynamik der Kämpfe erfassen.» (Rehbein 2006: 109) Seine Grenzen hat das Feld dort, wo die Feldeffekte aufhören zu wirken, d.h. die spezifischen Einsätze, die Logik und die Illusio nicht mehr gelten. Damit sind Felder variabel und abhängig von den Kräfteverhältnissen auf ihnen und zwischen ihnen. Ein Feld ist ein Konstrukt, das die soziale Welt erklärt, «wie sie objektiv strukturiert ist und subjektiv erfahren wird» (Rehbein 2006: 108), es ist aber kein «Ding an sich». Je ausschliesslicher das Handeln auf einem Feld am Ziel und den Regeln des Feldes ausgerichtet ist, desto autonomer und normativ richtiger ist es (vgl. Rehbein 2006: 138f.).

Unter bestimmten Aspekten lassen sich «die Akteure eines bestimmten Feldes anderen Akteuren mit einer homologen Position in anderen Feldern anschließen oder angliedern» (Bourdieu in: Homo academicus 1998: 280, zitiert nach Fuchs-Heinritz/König 2005: 153). Eine solche Synchronisierung von Feldern kann sich in gesellschaftlichen Krisen ergeben; dann relativieren sich die Grenzen zwischen den Feldern.

Individuen bewegen sich in der Praxis zumeist auf mehreren Feldern gleichzeitig. Felder können einander durchdringen und jedes Feld enthält Elemente anderer Felder (vgl. Rehbein 2006: 108f.). Aus dem Vergleich verschiedener Felder können Eigenschaften ermittelt werden, die allen Feldern gemeinsam sind, z.B. die Struktur von Zentrum und Peripherie, eine Tendenz zu zunehmender Abgrenzung, eine wachsende Autonomie, die Dialektik von Orthodoxie und Häresie, wobei die Gruppe im Zentrum zur Orthodoxie tendiert, während Neulinge mit Ambitionen und Fähigkeiten zur Subversion tendieren (vgl. Rehbein 2006: 109). Die Grundstrategien innerhalb eines Feldes sind auf Erhalt (Orthodoxie) bzw. Veränderung (Häresie) ausgerichtet. «Sie sind Ausdruck des Kampfes zwischen denen, die im Feld (aufgrund ihrer Ressourcenausstattung) die Vorherrschaft haben und den Stand der Dinge erhalten wollen, und denen, die nach Herrschaft streben und die bestehende Ordnung angreifen.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 174) Newcomern wird nach Kapital und Habitus Zugang gewährt oder verweigert.

So sehr Felder eigenen Regeln und Logiken folgen, sind sie nicht einfach unabhängig von anderen, sondern bilden bestimmte Konfigurationen untereinander. «Die sozialen Phänomene



hängen netzartig miteinander zusammen, jede Veränderung im Einzelnen ändert die gesamte Konfiguration.» (Rehbein 2006: 118) Um sie zu erforschen, sucht Bourdieu Homologien, Ähnlichkeiten in den Handlungsstrukturen der verschiedenen Felder und versucht sie auf dieselben Quellen zurückzuführen. Im Verlauf seiner Arbeit führt Bourdieu immer mehr Felder auf. «Es bleibt jedoch unklar, ob er die Gesellschaft völlig in Felder auflösen wollte, wie Wacquant schreibt (Wacquant 1996: 37), oder ob er daneben ein beherrschendes Feld, ein Feld der Gesellschaft oder einen umfassenden 'sozialen Raum' annahm (...). Unklar bleibt auch das Verhältnis zwischen Institution, Organisation und Feld» (Rehbein 2006: 110).

In der grundsätzlichen Konkurrenz um die sozialen Positionen im Feld sind nach Bourdieu Umfang und Verteilstruktur der zur Verfügung stehenden Kapitalien und Ressourcen relevant. Dabei steht bei ihm das Thema der sozialen Ungleichheit und ihrer Reproduktion im Mittelpunkt seines Werks, v.a. in Gestalt ungleicher Voraussetzungen (vgl. Rehbein 2006: 76). Rehbein kritisiert, dass Bourdieu den Masstab nicht begründet und dass die Verbindung zwischen Masstab und Theorie fehlt (vgl. ebd.). Bourdieus Begriffe seien oft nicht eindeutig definiert und einheitlich verwendet. Er arbeitet nicht primär *an* Begriffen, sondern v.a. *mit* Begriffen. In seiner vorwiegend empirischen Forschung<sup>21</sup> klärt er seine Begriffe fortlaufend (vgl. ebd.: 79). Viele zentrale Begriffe werden zum ersten Mal in «Entwurf einer Theorie der Praxis» eingeführt, verändern sich aber im Verlauf weiterer Arbeiten und Publikationen. Der Feldbegriff wird erst in späteren Werken vollständig entwickelt (vgl. Rehbein 2006: 80).

Bourdieu interessiert sich für Gruppen und Strukturen, für Konfigurationen mit ihren Relationen. Seine Aussagen betreffen nicht einzelne Ereignisse, einzelne Handlungen (vgl. ebd.: 82) oder Individuen (vgl. ebd.: 168), sie sind auch nicht deterministisch zu verstehen, sondern statistisch. Das bedeutet, dass die Individuen in einzelnen Merkmalen von den Charakteristika der Gruppe abweichen können.

### **Habitus**

Verhalten ist gesellschaftlich bedingt und erlernt. Vorgeformte Denk- und Handlungsdispositionen befähigen die Individuen zur sozialen Praxis. Das ist gleichzeitig Ausstattung und Begrenzung. In ihrem Verhalten richten sich Menschen nicht nach Regeln, sondern verfolgen anpassungsfähige Strukturen. Sie haben eine starke Tendenz, immer wieder ähnlich zu handeln, wobei die Orientierung kaum an Theorien geschieht, sondern v.a. an Handlungen anderer (vgl. Rehbein 2006: 90). Durch vielfache Wiederholung prägen sich Handlungsmuster ein (Habitualisierung).

Habitus meint die erworbenen Denk-, Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsmuster, «eine kleine Zahl von Schemata, die eine unendliche Zahl an neue Situationen angepasster Praktiken ermöglichen» (Bourdieu 2009: 204). Diese Schemata sind an eine spezifische

---

<sup>21</sup> Weil es nach Bourdieu keine universale Theorie gibt, muss immer vom Einzelfall ausgegangen werden, müssen aus ihm die Relationen entwickelt werden (vgl. Rehbein 2006: 68). Theorie und Empirie müssen immer ganz aufeinander bezogen sein. Bourdieus relativistischer Ansatz ist ausgerichtet auf Entdeckung.

Soziallage gebunden und bestimmen, wie die soziale Wirklichkeit wahrgenommen wird, wie diese Wahrnehmungen geordnet, interpretiert und bewertet werden; auf dieser Basis werden Handlungen generiert. Bourdieu bezieht dies nicht auf die psychologische, individuelle Ebene, sondern auf die soziale: Es gilt für Gruppen von Menschen und Klassen, die ihr Handeln unter ähnlichen Bedingungen erlernt haben. Handeln wird durch das Habituskonzept statistisch erklärt. Der Habitusbegriff will den Gegensatz von Individuum und Gesellschaft überwinden. Habitus entsteht «durch die Praxis aufeinanderfolgender Generationen innerhalb eines bestimmten Typs von Existenzbedingungen» (Bourdieu 2009: 229), resultiert also aus der Geschichte von Feldern. Er erlaubt es den Individuen, sich im sozialen Leben und in konkreten sozialen Feldern angemessen und kreativ zu bewegen<sup>22</sup> («sens pratique», vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 119f.). Dabei ist Habitus zugleich Produkt und Produzent von Handlungspraktiken. Er bestimmt das Handeln so, dass es dazu tendiert, die Bedingungen, unter denen der Habitus geschaffen wurde, zu reproduzieren (vgl. Bourdieu 2009: 165). Wenn er einmal konstituiert ist, erweist sich der Habitus als träge (Hysteresis), stabil und inflexibel in Bezug auf neue Situationen, auf die er handlungspraktisch nicht ausgerichtet ist (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 121; Rehbein 2006: 125). Dadurch können sich z.B. Generationenkonflikte ergeben (vgl. ebd.: 170). Denk- und Handlungsmuster passen sich nicht automatisch an neue Situationen oder veränderte Ausgangslagen an. Wenn sich das Feld historisch verändert, kann Habitus «veralten».

In modernen Gesellschaften mit starkem sozialen Wandel und ausdifferenzierten Bereichen trifft ein Habitus oft auf Bedingungen, die anders sind als die, unter denen er entstanden ist. Wenn die Passung nicht mehr genügt, kommt es zu Transformationen. Dafür wird der bisher zumeist unbewusste Habitus bewusst reflektiert, werden angepasste oder neue, der neuen Situation angemessenere Orientierungs- und Handlungsschemata gesucht. «Allerdings überwiegt auch unter modernen Bedingungen ein Passungsverhältnis zwischen Habitus und Feld.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 154f.)

Bourdieu versteht das Soziale als permanenten Kampf um Positionen, Macht, Prestige, Einfluss und Kapital. Um die eigene Position zu erhalten oder zu verbessern, verfolgen die Individuen Strategien, die auf Kampf und Konkurrenz beruhen. In der Beschreibung bleibt Bourdieu aber immer im Bild des Spiels: Er versteht die soziale Praxis als Abfolge von Spielzügen, was ein grundsätzlich dynamisches Modell darstellt (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 129). Dabei sind Strategien kein bewusstes Kalkül (vgl. Bourdieu 2009: 215f.), sondern Verfolgung von Interessen, die mit dem Habitus erworben werden. Im Verständnis Bourdieus sind alle Handlungen interessengeleitet, auch solche, die interesselos und zweckfrei erscheinen, «auf die Maximierung materiellen oder symbolischen Gewinns ausgerichtet» (Bourdieu 2009: 357).

---

<sup>22</sup> Können beruht auf internalisierten Schemata (Dispositionen), die sich durch Wiederholung eingepägt haben. Habitus setzt sich aus solchen Dispositionen zusammen. Mit dem Begriff «Einverleibung»/«Verinnerlichung» (incorporation) für den Erwerb des Habitus betont Bourdieu die körperliche Dimension des Aneignungsprozesses (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 134).

Habitus bildet sich in Relation zu bestimmten Feldern aus (vgl. Bourdieu 1987: 164). Die dort erworbenen Fähigkeiten sind übertragbar, aber auf anderen Feldern nicht notwendig genauso wertvoll und praktikabel (vgl. Rehbein 2006: 106). «Eine Pointe von Bourdieus spätem Feldbegriff besteht gerade darin, dass Handlungen oder Eigenschaften auf verschiedenen Feldern, zu verschiedenen Zeiten und gegenüber verschiedenen Adressaten einen unterschiedlichen Sinn haben können.» (Rehbein 2006: 172)

### **Doxa**

In Anlehnung an Husserl bezeichnet Bourdieu die Gesamtheit der unsichtbaren, unhinterfragten gemeinsamen Voraussetzungen als Doxa: «Ensemble von Thesen, die stillschweigend und jenseits des Fragens postuliert werden und die als solche sich erst in der Retrospektive (...) zu erkennen geben» (Bourdieu 2009: 331). Diese Überzeugungs- und Glaubenssätze eines Feldes sind nicht individuell und zumeist nicht bewusst, sondern wirken in der Regel unbeachtet und unproblematisiert im Hintergrund und strukturieren die Erfahrung von Wirklichkeit. «Die soziale Ordnung wird als derart selbstverständlich erlebt, dass sie eigene Legitimationen kaum braucht. (...) Was die Doxa ausmacht, wird erst sichtbar, wenn ihre fraglose Geltung verloren geht.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 202) «... die tiefe Selbstverständlichkeit von Welt und Sozialordnung [wird] nur möglich (...) durch feste Grenzen, die der Wahrnehmung und dem Wissen gesetzt werden: diese Grenzen darf niemand überschreiten, um nicht das Selbstverständnis der Gruppe in Frage zu stellen.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 201)

Gibt es divergierende Konstruktionsprinzipien und Deutungen der Welt (heterodoxe oder orthodoxe Ordnung) oder treffen auf kleinem Raum verschiedene ethnische oder Berufsgruppen aufeinander (z.B. in Städten), entfällt die fraglose Selbstverständlichkeit der Doxa. Dann muss man anfangen, darüber Diskurs zu führen (vgl. Bourdieu 2009: 182f., Anm. 18). Trotzdem wird absichtlich und institutionell verankert daran festgehalten, was «schicklich und richtig» ist (vgl. Bourdieu 2009: 332).

Das Potenzial, Bedeutungen durchzusetzen und ihre Anerkennung zu erreichen, nennt Bourdieu symbolische Gewalt (manchmal auch symbolische Macht) (vgl. Fuchs-Heinritz/König 2005: 207). Dabei spielen Einsetzungsriten eine Rolle. Sie bestimmen eine Gruppe von Menschen als solcher Riten für würdig, andere als ihrer unwürdig, ziehen also eine Grenze zwischen Gruppen und lassen diese Grenzziehung natürlich wirken (vgl. Audehm 2001: 116 nach Fuchs-Heinritz/König 2005: 214).

### **Illusio**

Jedes Feld hat seine historisch gewachsene Illusio. Sie beschreibt die gemeinsame Selbstverständlichkeit über Struktur und Regelmäßigkeit des Feldes, den gemeinsamen Glauben der auf einem Feld Agierenden und bestimmt die Interessen und Strategien. «Die feldspezifische *illusio* bleibt Außenstehenden mehr oder weniger unverständlich, wirkt gar sinn- und zweck-

los auf sie. Die Unabhängigkeit der Felder voneinander zeigt sich hauptsächlich in dieser wechselseitigen Verständnisbarriere (...). Die Grenzen des Feldes zum nächsten verlaufen somit in der Regel gerade dort, wo die in dem einen Feld geltenden Ziele nicht mehr interessant erscheinen.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 146f.).

Die Illusio ist eng verwandt mit den Doxa; Bourdieu differenziert nicht immer präzise zwischen den beiden Begriffen (vgl. Rehbein 2006: 106).

### **Kapital**

Handlungsressourcen bezeichnet Bourdieu mit dem Begriff «Kapital», den er umfassend verwendet: als soziale Energie (vgl. Bourdieu 1987: 194). Kapital resultiert aus akkumulierter Arbeit und verbindet Feld und Habitus; Habitus ist abhängig vom Kapital, das ihm auf dem Feld zur Verfügung steht (vgl. Rehbein 2006: 111). Kapital und Feld sind eng aufeinander bezogen. Kapital ist feldspezifisch und eröffnet Handlungsmöglichkeiten im Feld sowie die Chance, Gewinn zu erzielen (vgl. ebd.: 112, 158). Es funktioniert nur in Verbindung mit einem Feld; «verleiht Macht über das Feld, über die materialisierten oder inkorporierten Produktions- bzw. Reproduktionsmittel, deren Distribution eben die Struktur des Feldes ausmacht, über die Regularitäten und Regeln, die das normale Funktionieren des Feldes bestimmen, und damit auch über die Profite, die sich in ihm erzielen lassen.» (Bourdieu in: Reflexive Soziologie 1996: 132, zitiert nach Fuchs-Heinritz/König 2005: 144).

Es gibt verschiedene Arten von Kapital, wobei Bourdieu drei grundlegende unterscheidet: *ökonomisches* (alle Formen materiellen Besitzes; nach Bourdieu das wichtigste und allen anderen Kapitalarten zugrundeliegend), *kulturelles* (Informationskapital, das inkorporiert, objektiviert oder institutionalisiert existieren kann<sup>23</sup>) und *soziales* (soziale Beziehungen und Beziehungsnetze<sup>24</sup>). Ergänzt werden diese drei Grundtypen durch das *symbolische* Kapital (Chancen, soziale Anerkennung und soziales Prestige zu gewinnen und zu erhalten, z.B. Alter, Geschlecht, Ehre) (vgl. Rehbein 2006: 112f.). Jedes Kapital hat seine eigenen Gesetze und Funktionsweisen. Kulturelles wie ökonomisches Kapital wird durch soziale Herkunft und Laufbahn erworben (vgl. ebd.: 167). «Die einzelnen Kapitalien bilden Abgrenzungsmöglichkeiten der Felder (Spiel-Räume) voneinander. Praxisfelder sind Felder, in denen es um bestimmte Kapitalien geht und in denen spezifische Ökonomien herrschen.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 158) Die verschiedenen Formen von Kapital können ineinander konvertiert werden. Dabei gibt es nicht ein universales Kapital. In der Moderne ist allerdings das ökonomische Feld (und damit das ökonomische Kapital) beherrschend (vgl. Rehbein 2006: 117).

---

<sup>23</sup> Inkorporiertes kulturelles Kapital kann z.B. Bildung, Kenntnisse, Fähigkeiten, auch Habitus sein, objektiviertes z.B. Kunstgegenstände, Bücher, technische Instrumente, institutionalisiertes v.a. Bildungstitel und Abschlusszeugnisse. Über Bildungstitel wird Legitimität geführt: Zulassung zu Berufen, was z.B. überhaupt erst die Möglichkeit eröffnet, das erworbene kulturelle Kapital in ökonomisches (Einkommen) umzuwandeln.

<sup>24</sup> Soziale Kapital schliesst z.B. die Möglichkeiten ein, andere um Hilfe, Rat, Information zu bitten, Chancen sich durchzusetzen, die aus Gruppenzugehörigkeiten resultieren. Um soziales Kapital zu reproduzieren, ist unaufhörliche Beziehungsarbeit nötig. «Hat das Beziehungsnetz eine gewisse Stabilität erreicht, so wachen alle Beteiligten darüber, dass diese nicht durch unpassende neue Mitglieder gestört wird.» (Fuchs-Heinritz/König 2005: 167)

## **Akteure und Akteursgruppen**

Auf einem Feld sind verschiedene Spielerinnen und Spieler in verschiedenen Rollen und auf verschiedenen Positionen aktiv. «Ein Akteur ist, so könnte man sagen, eine handlungsfähige Verkörperung sozialer Strukturen.» (Rehbein 2006: 95) Das Gewicht von Akteurinnen und Akteuren auf dem Feld (ihre soziale Position) ist durch das ihnen zur Verfügung stehende Kapital bestimmt, das auch ihre Handlungsmöglichkeiten bestimmt. «Die soziale Herkunft und die Laufbahn bestimmen die Fähigkeit, das Kapital effizient einzusetzen, auf die Marktkonjunktur reagieren zu können und mit der gesellschaftlichen Entwicklung Schritt zu halten oder sie gar zu beeinflussen.» (ebd.: 167) Die sozialen Positionen sind relativ zueinander und bilden ein Interdependenzgeflecht, ihre Gesamtheit bezeichnet Bourdieu als sozialen Raum.

Der soziale Raum wird organisiert nach den Dimensionen Gesamtbesitz an Kapital, Struktur des Kapitals, Wichtigkeit dieses Kapitals in der jeweiligen Gesellschaft und Entwicklung des Kapitals im Verlauf der Zeit. Die Konstruktion des sozialen Raums macht nach Bourdieu die Klassenstruktur der Gesellschaft sichtbar (vgl. ebd.: 173). Zumeist bezieht er den Begriff des sozialen Raums auf die gesamte Gesellschaft, er «bildet die Sozialstruktur ab.» (ebd.: 116)<sup>25</sup>

## **Feldanalyse**

Um die Struktur eines Feldes zu ermitteln, «müssen Regeln und Positionen miteinander in Relation gesetzt werden» (Rehbein 2006: 139), müssen Feldlogik, auf dem Feld relevanter Habitus, Doxa und Illusio, Feldkapitalien und Akteursstrukturen analysiert und miteinander in Beziehung gesetzt werden. Das betrifft Strukturen, Deutungen und Handlungen (Strukturrahmen, Deutungsrahmen, Handlungsrahmen).

### **1.5.2 Rahmentheorie nach Goffman**

Eine Voraussetzung für Interaktion (kommunikativ wie handelnd) und für das Verständnis dafür, «was hier eigentlich vor sich geht», ist die Strukturierung (Organisation) von Alltagserfahrungen, mit der gleichzeitig soziale Wirklichkeit geschaffen wird. In seinem Rahmenkonzept beschreibt Goffman (1980) Kategorien und Funktionsweisen solcher Organisation von Erfahrung. Dabei geht er davon aus, «daß wir gemäß gewissen Organisationsprinzipien für Ereignisse – zumindest für soziale – und für unsere persönliche Anteilnahme an ihnen Definitionen einer Situation aufstellen; diese Elemente nenne ich ‚Rahmen‘. Das ist meine Definition von ‚Rahmen‘.» (ebd.: 19)

Greift eine Deutung nicht auf vorhergehende, ursprüngliche Deutungen zurück, nennt sie Goffman einen primären Rahmen. Damit wird Erfahrung überhaupt erst strukturiert und ihr eine Bedeutung zugeordnet. Das gilt für als natürliche wie als soziale Ereignisse identifizierte

---

<sup>25</sup> Das Verhältnis von Feld und sozialem Raum bleibt bei Bourdieu offen; es bleibt unklar, ob die Felder im Raum enthalten sind oder auf einer anderen Ebene vorgestellt werden müssen. Den Begriff des Feldes führt Bourdieu erst nach dem Begriff des sozialen Raums ein, erklärt ihn aber nicht und benutzt ihn in der Folge nicht einheitlich (vgl. Rehbein 2006: 172).

Erfahrung. Wahrnehmung und Organisation des Wahrgenommenen verhalten sich isomorph zueinander (vgl. ebd.: 36). Die primären Rahmen in einer sozialen Gruppe bilden Schemata, die als Deutungsmuster in ihrer Summe einen Hauptbestandteil von Kultur ausmachen (vgl. ebd.: 37).<sup>26</sup> Ereignisse werden üblicherweise in das herkömmliche Vorstellungssystem eingepasst; so kann Alltag bewältigt, kann verstanden und gehandelt werden. Die primären Sichtweisen betreffen sowohl die an einer Handlung Beteiligten wie auch das (zuschauende) Umfeld.

Nach bestimmten Konventionen kann Erfahrung, die nach primärer Rahmung bereits sinnvoll ist, so transformiert werden, dass sie dem Primären nachgebildet ist, von den Beteiligten aber als etwas anderes gesehen wird. Ein System solcher Konventionen nennt Goffman Modul (*key*), den Vorgang Modulation (vgl. ebd.: 55f.). Kennzeichnend dafür ist, dass die Transformation systematisch ist, innerhalb zeitlicher und räumlicher Klammern erfolgt und nicht auf einzelne Ereignisse beschränkt bleibt. Modulationen können stufenweise weiter transformiert (moduliert) werden. Je mehr Modulationsschichten in einer Situation eine Rolle spielen, desto orientierungsnrelevanter ist der Rand des Rahmens (primäre Rahmung). Ist die Modulation nicht allen Beteiligten bekannt, weil einige das Handeln absichtlich so lenken, dass andere eine falsche Vorstellung von der Situation bekommen, spricht Goffman von Täuschung (*fabrication*). Eine Situation kann bezüglich ihres primären Rahmens mehrdeutig sein (Unklarheit), bezüglich Transformationen (Ungewissheit) oder bezüglich Verankerung des Rahmens. Kurzzeitig sind Unklarheiten wie Ungewissheiten häufig. Die Rahmenanalyse «stellt eine analytische Grundlage zur Unterscheidung von Gründen der Mehrdeutigkeit bereit.» (ebd.: 337) Irrtümer (Fehlrahmungen) können auf der Ebene der primären Rahmung auftreten, auf der Ebene der Modulationen, auf der Ebene der biografischen Identifikation und auf der Ebene der Organisation der Kanäle (vgl. ebd.: 339ff.).

Sind in einer Situation verschiedene Perspektiven anwendbar, es soll aber nur eine zum Zug kommen, kann ein Trennungsproblem entstehen (vgl. ebd.: 91). Das gilt sowohl für die primäre Rahmung wie auch – besonders stark – für Modulationen. Zeitliche und räumliche Klammern sowie Regeln werden dann besonders wichtig.

Im selben «Verhaltensstrom» sind sehr unterschiedliche Rahmungen möglich. Sie bestimmen Haupt- und Nebenelemente und daraus folgende Handlungsentwürfe. Einzelne Ereignisse und Tätigkeitsverläufe werden oft «systematisch ignoriert und als außerhalb des Rahmens befindlich behandelt» (ebd.: 233). Wo mehrere Personen beteiligt sind, wird mit Artikulations-, Erkennungs- und Grenzzeichen signalisiert, reguliert und abgegrenzt.

Handeln orientiert sich an der Rahmung und findet nach Goffman für gewöhnlich Bestätigung durch den Gang der Dinge. Die im Bewusstsein und im Handeln vorhandenen Organisationsprämissen nennt er Rahmen des Handelns (vgl. ebd.: 274).

---

<sup>26</sup> Auf Feldebene: die Doxa.

Vom Rahmen abhängig ist die Person-Rolle-Formel, das Verhältnis zwischen dem Individuum, das in einer Situation handelt, und der Rolle, Eigenschaft oder Funktion, die es darin wahrnimmt.<sup>27</sup> Das Verhältnis ist nie ganz unabhängig und nie vollständig abhängig; es drückt aus, in welchem Verhältnis die gerahmte Tätigkeit zu den Vorgängen in der übrigen Welt steht (vgl. ebd.: 297). Für Goffman hat dabei die Person keinen höheren Wirklichkeitsanspruch als die Rolle («was in einem Zusammenhang Individuum oder Person ist, das ist ein einem anderen Rolle oder Eigenschaft», ebd.: 298). Im Zusammenhang mit der Person-Rolle-Formel sind Besetzungsregeln, soziale Massstäbe, die Frage der Verantwortlichkeit und das Verhalten ausserhalb des Rahmens (Heraustreten aus der Rolle) relevant. Bei Modulationen bzw. Täuschungen werden auch diese Elemente transformiert; anstelle einer Person-Rolle-Formel gibt es eine Sozialrolle-Spielrolle-Formel (vgl. ebd.: 303)

Bei Fehlrahmungen und Rahmungsdifferenzen können Rahmenstreitigkeiten beliebiger Ordnung entstehen, die mit institutionalisierten und nicht-institutionalisierten Mitteln der sozialen Kontrolle geklärt werden. Deutungsrahmen sollen grundsätzlich leicht anwendbar bleiben (vgl. ebd.: 358). In einem «klaren Rahmen» haben alle Beteiligten eine klare Beziehung zum Rahmen, d.h. nicht nur «jeder Beteiligte habe eine hinlänglich richtige Vorstellung von dem, was vor sich geht, sondern im allgemeinen auch, er habe eine hinlänglich richtige Vorstellung von den Vorstellungen der anderen, einschließlich deren Vorstellung von seiner eigenen Vorstellung.» (ebd.: 369) Rahmen schaffen nicht nur Sinn, sondern auch Engagement. «Zu jedem Rahmen gehören normative Erwartungen bezüglich der Tiefe und Vollständigkeit, mit der die Menschen in die durch den Rahmen organisierten Vorgänge eingebunden sein sollten.» (ebd.: 376)

Wo die klärende Funktion von Rahmen nicht gelingt, entsteht ein Rahmenbruch. Menschen gehen im Allgemeinen davon aus, dass unsere Deutungsrahmen brauchbar seien. Brüche, Unklarheiten, Ungewissheiten, Täuschungen und Selbsttäuschungen weisen auf die Gefährdetheit gerahmter Erfahrung hin. Oft reicht dafür auch schon eine leichte Verschiebung der Perspektive. Machtausübung kann die Situationsdefinition und Anwendung gewohnter Rahmen stören und zerstören (vgl. ebd.: 479f.). Rahmungen und Rahmungefährdungen hängen zusammen mit Kenntnissen bzw. fehlenden Kenntnissen, marktgängigen Informationen, Zufallssituationen, Beurteilungsspielen und persönlichen Gefühlen. Die Vorstellung von dem, «was hier eigentlich vor sich geht» kann brüchig werden.

Für Goffman zeigt die Rahmenanalyse, dass das Eigentliche die Relation, nicht die Substanz ist (vgl. ebd.: 602).<sup>28</sup> Der Mensch orientiert sich für seine Handlungen und seinen Teilnahme-status im Alltag vorwiegend an gewohnten Rahmungsregeln und den gelernten Erkennungszeichen; seine Auffassung von der Beschaffenheit der Welt ist rahmenbezogen.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Goffman macht seine Ausführungen in Analogie zum Theater. Für Bourdieu entspricht das Grundmuster einem Spiel bzw. Kampf.

<sup>28</sup> Darin stimmen Goffman und Bourdieu überein (vgl. Fussnote 19).

<sup>29</sup> vgl. Habitus bei Bourdieu.

### **1.5.3 Inter-/Transdisziplinarität – Interprofessionalität**

Das Gerontagogik-Konzept von Heussler (2011, 2012) vertritt eine transdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflege, Sozialpädagogik und sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationsfächern auf den Wohngruppen des auf Sehbehinderung im Alter spezialisierten Wohnheims. Das betrifft einerseits die Zusammensetzung der Teams von Fachpersonen aus diesen Bereichen, die im Pflegeprozess gemeinsam in jedem Schritt ihre berufsspezifischen Beurteilungen austauschen, gemeinsam priorisieren und planen und in der Umsetzung gemeinsam tätig sind (vgl. Heussler 2012: 16). Die diese Zusammenarbeit koordinierenden Case Managerinnen und Case Manager können Fachpersonen der Pflege oder der Sozialen Arbeit sein. Andererseits spricht Transdisziplinarität die Integration von Fachwissen und Fachmethoden aus einem anderen Berufsfeld in das eigene Fachwissen an; so wird die Fachkompetenz gerontologisch geschulter Alterspflege transdisziplinär um agogische und rehabilitativ sehbehinderungsspezifische Elemente erweitert und damit zur gerontagogischen Pflege (vgl. Heussler 2011: 61; Heussler 2012: 15).

Im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit (vgl. Kap. 1.4) sollen hier die relevanten Begrifflichkeiten rund um Inter- und Transdisziplinarität kurz beleuchtet werden.

Es gibt eine verwirrende Vielfalt von Interdisziplinaritätsbegriffen (disziplinenübergreifenden Wissen[schaft]spraxen), die sich teilweise konkurrenzieren, teilweise überschneiden und sehr uneinheitlich gebraucht werden (vgl. Jungert 2010: 1):

- *Multidisziplinarität*: disziplinäres Nebeneinander auf dem gleichen oder einem ähnlichen Themengebiet ohne strukturierte Zusammenarbeit oder fachübergreifende Synthesebemühungen, aber mit mindestens minimaler Kenntnisnahme der je eigenen Erkenntnisse der anderen Fächer (vgl. ebd.: 2)
- *Pluridisziplinarität*: häufig synonym zu Multidisziplinarität verwendet, noch ohne spezielle Kooperationsbemühungen (vgl. ebd.: 2f.)
- *Crossdisziplinarität*: Nutzung oder Übernahme von Ansätzen, Erkenntnissen, Methoden oder Forschungsprogrammen einer anderen Disziplin für das eigene Fach (Jungert stellt fest, dass es kaum Beispiele für Crossdisziplinarität in der Praxis gibt) (vgl. ebd.: 3f.)
- *Interdisziplinarität*: gemeinsames, kooperatives Arbeiten an einem Problem, wobei die Ausformung der Kooperation verschieden geschehen kann (Binnendifferenzierung des Begriffs) (vgl. ebd.: 4ff.)
- *Transdisziplinarität*: andauernde Kooperation verschiedener Disziplinen, in der über die jeweils einzelnen Disziplinen hinausgehende Probleme und Fragestellungen bearbeitet werden und die die fachliche/disziplinäre Orientierung überschreitet und verändert; kann bis hin zur Ausbildung neuer Disziplinen gehen (vgl. ebd.: 6f.)<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Mittelstraß et al. (1992) sprechen von Transdisziplinarität, wenn sich die beteiligten Disziplinen gegenseitig beeinflussen und verändern, wenn eine Verbindung von Theoriebildung, Methoden und Erkenntnisinteressen verschiedener Disziplinen erfolgt. «Dabei bleiben die disziplinären Kompetenzen gewahrt; transdisziplinäre Kom-



Jungert verwendet Interdisziplinarität als Sammelbegriff für alle diese überdisziplinären Kooperationsformen. Er stellt fest, dass Interdisziplinarität nicht durch «geteilte» Gegenstände und Methoden entsteht, sondern durch disziplinenübergreifendes Angehen und Lösen von Problemen, «die sich aufgrund ihrer Beschaffenheit und Komplexität nicht von Einzeldisziplinen bearbeiten lassen» (ebd.: 8).<sup>31</sup> Voraussetzung für eine über Multidisziplinarität hinausgehende Interdisziplinarität ist ein nicht zu weit auseinanderfallendes theoretisches Integrationsniveau, da sonst kaum gemeinsame Nenner zu finden sind (vgl. ebd.: 8f.). Nicht zuletzt hängt die Kooperation auf der Ebene der beteiligten Personen und Institutionen von sozialen und institutionssoziologischen Faktoren ab, z.B. adäquater Ausbildung der beteiligten Personen, Bereitschaft zur überfachlichen Zusammenarbeit oder Anerkennung der anderen Disziplin(en) (vgl. ebd.: 9). Sukopp (2010) weist darauf hin, dass interdisziplinäre Kooperation voraussetzungsreich ist. Hürden ergeben sich durch Unterschiede in den vorherrschenden spezifischen Methoden, disziplinären Codes/Sprachen und grundlegenden Weltbildern/Paradigmen, aber auch durch den erhöhten Zeitbedarf, mangelnde Erfahrung und Beharren auf fachinternen Grundwissensbeständen. Zudem ist eine gute Disziplinarität Voraussetzung für gelingende Interdisziplinarität, sie ist aber oft nicht gegeben (vgl. ebd.: 14ff.).

Brandenburg (2012) beleuchtet multi- und interdisziplinäre Perspektiven in der Gerontologie und stellt fest, dass theoretisch die Notwendigkeit eines disziplinenübergreifenden Ansatzes in Forschung und Intervention zwar unbestritten sei (vgl. ebd.: 28), in der Umsetzung aber oft aus vornehmlich einzelwissenschaftlicher Perspektive gearbeitet wird (als Beispiele nennt er die «Bonner Längsschnittstudie über das Altern», BOLSA, und die «Interdisziplinäre Langzeitstudie des Erwachsenenalters», ILSE, bei denen die Entwicklungspsychologie Leitdisziplin blieb) (vgl. ebd.: 29). Bei der «Berliner Altersstudie», BASE, waren dagegen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus 30 Disziplinen in vier eng kooperierenden Forschungseinheiten interdisziplinär tätig (vgl. ebd.: 29f.). Für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nennt Brandenburg vier Voraussetzungen: Gemeinsamkeiten beim Forschungsgegenstand, Vergleichbarkeit beim methodischen Programm, Tragfähigkeit der Datenverarbeitungsmodelle und gemeinsam vorgenommene Interpretation der Daten (vgl. ebd.: 28f., in Anlehnung an Lehr 1998). Transdisziplinarität mit einer horizontalen und vertikalen Wechselwirkung von Grundlagen-

---

petenzen ersetzen nicht die disziplinären, sondern setzen diese voraus und verbinden sie forschungs- und problemorientiert miteinander» (ebd.: 697, zitiert nach Karl 1999:30). Für Becker (2014) ist das Überschreiten vorgegebener fachlicher oder institutioneller Grenzen, das Bestreben, verschiedene disziplinäre Fragestellungen, Ansätze und Methoden zu integrieren und gemeinsam theoriebildend zu wirken, kennzeichnend für Transdisziplinarität als Arbeits- und Organisations- bzw. Forschungsprinzip; Problemstellungen werden nicht von disziplinärer Ordnung und Spezialisierung geleitet (vgl. Becker 2014: 29). Sie weist aber auch darauf hin, dass bis heute keine einheitliche Definition von Transdisziplinarität existiert, daher «wird im Sinne einer verbindlichen und disziplinenübergreifenden und auf Integration von Theorien und Methoden abzielenden Kooperation in Praxis und Forschung weiterhin von *Interdisziplinarität* gesprochen.» (ebd.)

<sup>31</sup> Neben der Komplexität der Problemstellung kann auch die Gefahr einer disziplinentypischen Perspektivenbeschränkung für ein interdisziplinäres Vorgehen sprechen: «In dem Maße, in dem Spezialdisziplinen aus ihrer Sicht notwendigerweise Zusammenhänge ausblenden, um isolierte Probleme unter Ausschluss sog. ‚Störvariablen‘ zu untersuchen, wird im Nachhinein die fachübergreifende Kooperation mit Disziplinen oder Projekten unabweisbar.» (Karl 1999: 26)

forschung, angewandter Wissenschaft, Planung und Politik ist gemäss Brandenburg in der gerontologischen Forschung noch nirgends verwirklicht worden (vgl. ebd.: 29).

Das Begriffselement «-disziplinarität» spricht die Ebene wissenschaftlicher Disziplinen an. In der Praxis der Berufsausübung müsste eher von Interprofessionalität gesprochen werden.

Unter interprofessioneller Kooperation versteht Obrecht (2005: 2)<sup>32</sup> einen gestalteten sozialen Prozess, «in dessen Rahmen Professionelle unterschiedlicher Art im Hinblick auf die Lösung komplexer praktischer Probleme zusammenarbeiten, die mit den Mitteln der beteiligten Professionen allein nicht zufrieden stellend bearbeitbar sind.» Dafür muss eine Beziehung zwischen den verschiedenen professionellen bzw. handlungswissenschaftlichen Wissenssystemen hergestellt werden. Kommunikationsprobleme, Macht- und Statusgefälle sowie Spezialisierung können diese Zusammenarbeit erschweren oder verhindern.

Professionen sind relativ autonome soziale Systeme mit einem anerkannten Expertenwissen, darauf ausgerichtet, in einem bestimmten Bereich mittels der professionellen Handlungen ihrer Mitglieder auf der Basis handlungswissenschaftlichen Wissens praktische Probleme in bestimmten Systemen oder Systembereichen zu verhindern, zu lindern oder zu lösen (vgl. ebd.: 11f.).<sup>33</sup> Handlungswissenschaften bilden die disziplinäre Grundlage einer Profession (z.B. die Pflegewissenschaften für die professionelle Pflege, die Sozialarbeitswissenschaften für die Soziale Arbeit, die Handlungswissenschaft Medizin für die Profession Medizin usw.) (vgl. ebd.: 11). «Professionelles Problemlösen unterscheidet sich von Laienverfahren zur Lösung praktischer Probleme der genannten Art in der Systematik der Problembearbeitung anhand einer allgemeinen Handlungstheorie und im durch sie ermöglichten Gebrauch wissenschaftsbasierter Methoden der Problemlösung. Kennzeichen *handlungswissenschaftlicher* (...) Methoden (oder Technologien) ist (...), dass sie hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft sind und in ihrer Wirkungsweise verstanden werden.» (ebd.: 15)<sup>34</sup>

In der interprofessionellen Kooperation arbeiten die Mitglieder unterschiedlicher Professionen spontan oder institutionalisiert zusammen, koordiniert systemisch statt sektoriell getrennt, setzen dabei ihre jeweiligen problemspezifischen wissenschaftsbasierten Verfahren bzw. Methoden ein, die sie auf der Basis einer allgemeinen normativen Handlungstheorie steuern, wobei sich diese Theorie auf ein explizites grundlagenwissenschaftliches Menschenbild stützt

---

<sup>32</sup> Obrechts Ausführungen liegen systemtheoretische Ansätze zugrunde.

<sup>33</sup> Unter Professionen sind nach Rüschemeyer (1972) Dienstleistungsberufe zu verstehen, die «ein systematisch entwickeltes Wissen auf Probleme anwenden» und «von erheblicher Bedeutung für das Wertesystem der Gesellschaft sind» (zitiert nach Schroeter/Rosenthal 2005: 15). Professionen sind Berufsgruppen mit besonderen Merkmalen wie Verbandsbildung, professionelle Selbstkontrolle, Spezialwissen, spezifische Sozialorientierung (vgl. ebd.). Besonders relevant sind Berufsorganisationen mit entsprechender Autonomie für die Kontrolle über die eigene Arbeit. Professionelles Handeln ist sowohl in der Wissenschaft als auch in der Alltagspraxis verankert und wirkt unmittelbar in die Lebenswelt der Klientinnen und Klienten ein. «Nicht jedes berufliche – und wissenschaftlich begründete – Handeln ist professionelles Handeln. Erst wenn zur wissenschaftlichen Kompetenz noch eine therapeutische Kompetenz des ‚Fallverstehens‘ (Oevermann 1996) hinzutritt, übernehmen Professionen gewissermassen eine Vermittlungsfunktion zwischen allgemeiner Theorie und konkreter Lebenspraxis.» (Schroeter/Rosenthal 2005: 15)

<sup>34</sup> Entsprechend beruht professionelles Handlungswissen auf Handlungsregeln, die sich auf wissenschaftliche Erklärungstheorien (im Unterschied zu Beschreibungstheorien) über Wirkmechanismen innerhalb und zwischen den Systemen im Interventionsbereich stützen und die auf Kenntnissen darüber beruhen, wie diese Prozesse in der gewünschten Weise durch intervenierende Handlungen modifiziert werden können (vgl. Obrecht 2005: 15).

(vgl. ebd.: 16). Nach Obrecht ist interprofessionelle Zusammenarbeit v.a. dort angebracht, wo «verschiedene Arten wechselwirkender Prozesse und im Besonderen biologische, psychische und soziale gleichzeitig kritisch verlaufen.» (ebd.) Ziel ist die Erhöhung von Effektivität und Effizienz der Lösung praktischer Probleme. Das Verfahren beschreibt Obrecht in fünf Schritten (vgl. ebd.: 16f.): (1) professionsspezifische Bearbeitung (Beschreibung, Erklärung, Prognose, Bestimmung des zu bearbeitenden Problems, Entwicklung eines Behandlungsziels und eines professionsspezifischen Behandlungsplans), (2) diese professionsspezifischen Elemente werden zu einem additiven Gesamtbild vereinigt, (3) die Beziehungen zwischen den professionsspezifischen Fakten werden geklärt zu einem transprofessionellen Bild synthetisiert, (4) die professionsspezifischen Behandlungspläne werden auf dieser Basis ggf. modifiziert, (5) die Realisierung der modifizierten Behandlungspläne der beteiligten Professionellen wird räumlich, zeitlich und operativ koordiniert. Ein gemeinsames handlungswissenschaftliches Hintergrundwissen ist Voraussetzung dafür, dass dies möglich ist.

Professionelles Wissen ist für Obrecht Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit. Dabei geht er aus von einem vierstufigen Aufbau des professionellen Wissens: Methoden – allgemeine normative Handlungstheorie – basiswissenschaftliche Objekttheorien – Metatheorien (vgl. ebd.: 18ff.). Professionelle Arbeit ist charakterisiert durch den angemessenen Einsatz wissenschaftsbasierter professioneller Methoden. Sie bilden die Ressourcen zur Entwicklung von Handlungsplänen (vgl. ebd.: 20) und basieren auf einer Handlungstheorie, die die Struktur einer professionellen Handlung durch eine bestimmte Abfolge von Operationen vorgibt. Professionelles Handeln bedeutet absichtsvolles, geplantes, auf die Lösung bzw. Erreichung eines expliziten praktischen Problems bzw. Ziels gerichtetes Handeln gemäss dieser Struktur (vgl. ebd.: 20ff.). Da professionelles Handeln abhängig ist von (ausgewähltem) grundlagenwissenschaftlichem Wissen, besteht ein Verknüpfungsbedarf zwischen Handlungs- und Basiswissenschaften, der zuweilen als Kluft zwischen Theorie und Praxis wahrgenommen wird.<sup>35</sup> Die Metatheorien liefern sowohl erkenntnistheoretische wie auch methodologische Grundlagen.<sup>36</sup> In interprofessioneller Kooperation müssen die beteiligten Professionellen «ihre spezialisierte Arbeit als Teilfunktion eines umfassenderen Ganzen» verstehen und koordinieren, «das sich auf ein transdisziplinär integriertes System von handlungswissenschaftlichem Wissen stützt» (ebd.: 2). Dadurch ergibt sich eine teilweise «Entspezialisierung» durch das Teilen von übergeordnetem Wissen, aber verbunden mit einem Gewinn an Professionalität für jede einzelne der beteiligten Professionen (vgl. ebd.: 2f.).

---

<sup>35</sup> Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind in der Bearbeitung von Problemen der Klientinnen und Klienten z.B. oft mit einem disziplinären «Mix von Fakten» konfrontiert, der über das ganze mögliche Spektrum von basiswissenschaftlichen Objekttheorien reichen kann: physikalische (Wohnverhältnisse), biologische (Ernährung, Krankheiten), psychische (Orientierung), soziale (strukturelle Marginalität), kulturelle (religiöse Bezugssysteme), und das auf unterschiedliche Arten und Niveaus sozialer Systeme (Familie, Nachbarschaft, Gemeinde, Organisationen, Nation) (vgl. Obrecht 2005: 22f.).

<sup>36</sup> Die logische Kette hängt nach Obrecht so zusammen: «Ohne ein Verständnis der Natur von Handlungen keine professionelle Methode, ohne professionelle Methode keine professionelle Handlung, ohne professionelle Handlung keine Profession und ohne Profession keine *Interprofessionelle Kooperation.*» (ebd.: 27)

## 2 Grundlegende Konzepte und Modelle

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird für die Felder der Sozialen Arbeit und der Pflege exemplarisch von jeweils einem aktuell verbreiteten Ansatz ausgegangen. Für den Bereich der Sozialen Arbeit ist dies der Ansatz der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch (Thiersch 2014), für den Bereich der (Alters-)Pflege das Roper-Logan-Tierney-Modell (Roper/Logan/Tierney 2009), in einer älteren Form bekannt unter dem Namen ATL. Die Analyse des jeweiligen sozialen Feldes erfolgt hauptsächlich anhand des gewählten Praxiskonzepts. Die Felder werden als Wissens- und Handlungsfelder untersucht. Zusätzlich wird die Soziale Gerontologie als für die Thematik Alter wesentliches Feld aufgerollt. Dabei wird nicht von einem Modellansatz ausgegangen. Ein kurzer Abriss der historischen Entwicklung gehört zur Feldanalyse (s. jeweils Kapitel «Geschichtlicher Überblick»). Vor dem Abstecken der Felder nach den aus der Feldtheorie nach Bourdieu gewonnenen Kategorien («Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen», «Akteure/Akteursgruppen», «Habitus», «Doxa-Illusio», «Kapital/ Handlungsressourcen», vgl. Arbeitspapier mit Stichworten zu den Analyse-kategorien in Anhang 1) wird jeweils kurz umrissen, welchen Bezug die Disziplin bzw. das Berufsfeld zum Thema Sehbehinderung und welchen Bezug zum Thema Alter hat. Bei der Feldanalyse werden die Thematiken Alter und Behinderung besonders beachtet. Ausgegangen wird immer von der Situation in der Schweiz.

### 2.1 Soziale Arbeit

#### 2.1.1 *Geschichtlicher Überblick*

Die Soziale Arbeit entwickelte sich aus entscheidenden Impulsen von Sozialen Bewegungen, v.a. der Frauen- und Jugendbewegung (vgl. Münchmeier 2011: 533). Von einem Frauenberuf mit Aufgaben, wie sie traditionellerweise von Hausfrauen und/oder Personal wahrgenommen wurden, wurde sie zunehmend zu einer eigenständigen Profession (vgl. Thiersch 2014: 45). Bis im 19. Jahrhundert bestanden die Hauptaufgaben der Armenfürsorge in der minimalen Unterstützung von Verwahrlosten, Schwachen und Armen und der Rekrutierung von Arbeitskräften. Sie war lokal und verbandlich organisiert und basierte auf freiwilligen (wohltätigen) Ressourcen. Zu Beginn des 19. Jh. setzte ein Prozess der Ausdifferenzierung der früher multifunktionalen Anstalten zu einer Vielzahl spezialisierter und räumlich getrennter Einrichtungen ein («Anstaltenjahrhundert»), die sich als Armenerziehungs- und Rettungsanstalten für Kinder und Jugendliche, als Arbeitserziehungsanstalten verstanden (vgl. Wolfensberger 2010: o.S.). Im Übergang zum 20. Jh. vollzog sich ein Pädagogisierungs- und Psychologisierungsprozess, der die Aufmerksamkeit auf die von Armut betroffene Person lenkte. Auf dieser Basis wurden die Aufgabenfelder zunehmend als pädagogische verstanden: Die Betroffenen sollten ein alternatives Handeln lernen (vgl. Münchmeier 2011: 533).

Zu Beginn des 20. Jh. wurden Soziale Bewegungen mit ihrer «prostetativen» Kraft stark. Gesellschaft und Staat fingen an, Regelungen für die Lösung sozialer Probleme anzugehen, es entstanden die Sicherungssysteme des modernen Sozialstaats (vgl. Thiersch 2014: 223). Die soziale Frauenbewegung schuf auf dem Hintergrund eines spezifischen Verständnisses vom «Wesen» der Frau («Fähigkeiten und Begabungen im Bereich von Erziehung, Pflege, Fürsorge, Emotionalität und Zuwendung, zusammengefasst unter dem Begriff ‚Mütterlichkeit‘») Aufgabenfelder für soziale Hilfsarbeit und persönliche Fürsorge (ebd.: 534). Früh bestand der Anspruch, dass dies planvoll, systematisch und auf wissenschaftlicher Grundlage geschehen sollte; entscheidende Konzepte dafür lieferte Alice Salomon. Aus den ersten Schulungskursen für ehrenamtlich tätige «höhere Töchter» wurden bald «Soziale Frauenschulen», ein erster Schritt in Richtung einer Verberuflichung der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.). Wichtige Theorieimpulse kamen aus der Jugendbewegung mit ihren Reformideen und ihrer kritischen Haltung gegenüber Massengesellschaft und Verstädterung. Gleichaltrigen- und gruppenpädagogische Ansätze bildeten die Basis für neue Modelle der «Jugendpflege». Ergänzt wurden sie durch ein verbandlich organisiertes ehrenamtliches Engagement «lebenserfahrener Bürger» im regionalen Umfeld (vgl. ebd.).

Mit der Weimarer Republik setzte eine Konsolidierung des Praxisfeldes Soziale Arbeit ein und begann die Professionalisierung. Verrechtlichung, zunehmende Institutionalisierung und Ausdifferenzierung der Sozialen Arbeit und ihrer wichtigsten Handlungsfelder sowie eine Ausweitung des Adressatinnen-/Adressatenkreises kennzeichnen nach Füssenhäuser und Thiersch (2011) die Entwicklung im 20. Jh. (vgl. ebd.: 1632). Massgebliche Entwicklungsanstöße für eine Differenzierung der Aufgabenfelder und Theorieansätze gab die Situation nach dem Ersten Weltkrieg, als sich zeigte, dass die sozialpädagogische Ausrichtung wenig geeignete Antworten auf die politisch-ökonomisch bedingten Notlagen prekärer Lebensumstände wie steigende Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Verschuldung und Resignation gab (vgl. Münchmeier 2011: 536). Die Sozialpädagogik fokussierte auf Erziehungsprobleme und deren gesellschaftliche Bedingtheit, die Sozialarbeit auf soziale Probleme. Methodisch entwickelte sich eine klassische Dreiteilung in Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit (vgl. Heiner 2010: 19). Zunehmend wurde neben materieller auch psychische Not Thema der Sozialen Arbeit.

Im Zuge der Studentenbewegung der 1960er-Jahre mit ihrer Kritik an pädagogischen Disziplinierungskonzepten versuchte die Heimkampagnen-Bewegung Anfang der 1970er-Jahre, auf der Basis von Goffman und Foucault, Heimerziehung und alle Arten von «Anstalten» (Gefängnisse, Heime, psychiatrische Kliniken) zu demokratisieren oder aufzulösen. Die Bewegung vermochte sich nicht durchzusetzen, hatte aber grossen Einfluss auf die öffentliche und fachliche Debatte, auf Reformen und sozialpädagogische Konzepte und Ausbildungsgänge.

Mit der sozialökologischen Wende in den 1970er-Jahren kamen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und das soziale Umfeld als mögliche Belastungsfaktoren in den Blick, das soziale Umfeld (Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, umfassendere soziale Systeme) wurde als Res-

source für die Unterstützung und Förderung der Klientinnen und Klienten einbezogen. Zudem entstand ein selbstkritisches Bewusstsein für das eigene Handeln im bestehenden politisch-ökonomischen System, in dem die Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Mitglieder von Organisationen und Infrastruktureinrichtungen gesellschaftliche Interessen der Anpassung und Disziplinierung vertreten und durchsetzen (vgl. Füssenhäuser/Thiersch 2011: 1639f.).

Für Thiersch ist die Pluralität in der Struktur der Sozialen Arbeit ein Indiz der historischen und gesellschaftlichen Nachrangigkeit. Im Vergleich zum Bildungswesen hat sich die Soziale Arbeit spät entwickelt, in Rücksicht auf bereits gegebene Organisations- und Angebotsformen (vgl. Thiersch 2014: 168). Die daraus resultierende Offenheit in der Trägerstruktur (öffentliche Träger, grosse Verbände, und Selbsthilfeinitiativen) sieht er in der Gegenwart als Vorteil, denn sie kommt den offenen Lebensentwürfen und der Pluralisierung und Individualisierung entgegen (vgl. ebd.: 169).

Auch die Soziale Arbeit unterliegt den heute allgemein geltenden Professionalisierungs- und Spezialisierungstendenzen (vgl. ebd.: 34). Lange Zeit war die Ausbildung fast ausschliesslich nicht-akademisch definiert, heute lässt sich eine zunehmende Akademisierung und teilweise übergewichtige Professionalisierungsdiskussion feststellen (vgl. ebd.: 196). Für Thiersch ist die «Notwendigkeit einer Qualifikation zur wissenschaftlich gestützten, souveränen und reflexiven Sozialarbeit (...) strukturell evident» (ebd.: 186). Professionsintern fehlen aber nach wie vor oft die Erfahrung und Überzeugung, dass theoretische Erkenntnisse für die konkrete Praxis nützlich sind (vgl. ebd.: 190).

«Die moderne Soziale Arbeit ist zu einer öffentlichen, sozialstaatlichen Institution der Sozialintegration geworden. Sie soll dazu beitragen, eine soziale Balance zwischen individuellen Lebenswelten und dem Prozess der Modernisierung zu finden.» (Münchmeier 2011: 538) Dabei bleibt das Spannungsverhältnis zwischen öffentlichen Aufgaben, Praxisorganisationserfordernissen, fachlichen Ansprüchen und finanzpolitischen Rahmenbedingungen konstitutiv (vgl. ebd.).

### **2.1.2 Exkurs 1: Anmerkung zu Sehbehinderung in der Sozialen Arbeit**

Eine befähigend ausgerichtete Behindertenarbeit ist im Zusammenhang mit Blindheit früh entstanden.<sup>37</sup> Fachlich spezialisiert auf Blindheit und Sehbehinderung sind die Sozialpädagogik sowie – traditionell zunächst ausgerichtet auf Kinder und Jugendliche, heute alle Altersstufen berücksichtigend – die Heil- und Sonderpädagogik.

Ging es zunächst um spezielle Schulungsangebote für Kinder und Jugendliche (Blindenpädagogik) sowie Lebens- und Arbeitsheime für blinde Menschen, verstärkte sich zunehmend die rehabilitative und integrative Ausrichtung. Dafür werden Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität, für die Kommunikation, für Alltagsverrichtungen, Freizeit und die Bewältigung beruflicher Aufgaben entwickelt und eingesetzt. Zudem haben sich Mitte des 20. Jh. die spezia-

---

<sup>37</sup> Die erste Blindenschule in Paris wurde 1784 von Valentin Haüy gegründet, die Braille-Schrift 1825 vom im Alter von drei Jahren erblindeten Louis Braille fertig entwickelt (vgl. [www.blind.ch](http://www.blind.ch)).

lisierten Rehabilitationsfächer Orientierung + Mobilität (O+M), Lebenspraktische Fähigkeiten (LPF) und Low Vision (LV) entwickelt, die eine weitgehend selbstständige Alltagsbewältigung ermöglichen können. Berufseingliederungsmassnahmen und spezifische soziale Beratungsangebote unterstützen blinde und sehbehinderte Menschen dabei, ihre Lebensbedingungen zu verbessern und den Zugang zu individuellen Lösungen zu finden. Die Blindenverbände in der Schweiz sind zum Grossteil als Selbsthilfeorganisationen aufgebaut, führen Beratungsstellen (mit öffentlichem Mandat) und vermitteln Hilfsmittel und rehabilitative Unterstützung. In den Beratungsstellen sind zumeist spezifisch ausgebildete Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf der Basis professionsspezifischer Beratungs- und Unterstützungsmethoden tätig.

In der längeren Tradition von Heim- und Lebensgestaltung für behinderte Menschen<sup>38</sup> hat sich die Sozialpädagogik/Soziale Arbeit mit Themen auseinandergesetzt wie Absicht und Gefahren besonderer Settings (besonderen Bedürfnissen in besonderer Weise gerecht werden, Schutz, Entlastung, Anregung, vielfältige Möglichkeiten des besonderen Lernens, der Therapie und der Arbeit, Stigmatisierung, Teilhabebeschränkung), spezifische und spezialisierte Rollen, Arbeitsteiligkeit von Teams (vgl. Thiersch 2014: 89), Ablösung, Übergang vom Elternhaus ins Heim,<sup>39</sup> Alternativen zu stationären Angeboten, Betreuungs- und Begleitthematiken in ambulanten Angeboten, präventive, offene, ambulante Massnahmen usw.

Leitprinzipien der Sehbehinderten- wie überhaupt der Behindertenarbeit sind Befähigung, Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe. Die Arbeit richtet sich einerseits an die Betroffenen und ihr unmittelbares privates und berufliches Umfeld wie auch an die Öffentlichkeit und die Gesellschaft. Behinderung wird als Nichtpassung von individueller Situation und Umgebung verstanden, die nicht durch eine Anpassung der behinderten Person an die Umgebung aufzulösen ist, sondern eine Anpassung der Umgebung erfordert, in der die behindernden Elemente aufgelöst werden (Barrierefreiheit, Normalisierungsprinzip). Auf individueller Seite nötig sind Befähigung und Beratung in der Verlustbewältigung bei neu auftretender Behinderung, die Vermittlung von Fähigkeiten, Techniken und Technologien der Alltagsbewältigung und Schulung in ihrer Nutzung (inkl. Hilfsmittel) und die Beratung im Zugang zu rechtlich zur Verfügung stehenden Leistungen. Im Verlauf der Geschichte der Sehbehindertenarbeit ist in der Sozialen Arbeit eine spezialisierte Expertise entstanden, die verschiedene

---

<sup>38</sup> Diese Tradition hatte durchaus viele aus heutiger Sicht bedenkliche Aspekte von «Versorgung». U.a. deshalb ist Im Kontext stationärer Langzeitversorgung der Begriff «Versorgung» in der Schweiz ambivalent. Gesetzlich und fachlich bezeichnet er neutral das Bereitstellen von lebensnotwendigen Gütern, Dienstleistungen, Infrastruktur und Transferleistungen (von «versorgen» in der Bedeutung von «1.a. jemandem etwas, was er [dringend] braucht, woran es ihm fehlt, geben, zukommen lassen (...) d. jemandem, einer Sache die erforderliche Behandlung zuteilwerden lassen, medizinische Hilfe zukommen lassen (...) 2. sich [als Verantwortlicher] um etwas kümmern, sich einer Sache annehmen», [www.duden.de/rechtschreibung/versorgen](http://www.duden.de/rechtschreibung/versorgen)). Im Begriff schwingt allerdings auch die Bedeutung «verwahren, verstauen, unterbringen», «(in einer Anstalt) unterbringen, einsperren» (ebd.) mit, die Bedenken hinsichtlich Verlust von Selbstbestimmung und Autonomie aktiviert und zudem historisch belastet ist (vgl. Hinweis auf Heimkampagnen-Bewegung in Kap. 2.1.1).

<sup>39</sup> In vielen Familien mit behinderten Kindern entsteht eine übermässige Fürsorglichkeit, «ein Ineinander von Ängstlichkeit und Risikoscheu, wodurch das Kind in einer abhängigen Behindertenrolle befestigt und in Unselbstständigkeit gehalten wird.» (Thiersch 2014: 88) Eine sozialpädagogisch auf Befähigung, Selbstständigkeit und Autonomie ausgerichtete Wohn- oder Heimplösung ist darauf ausgerichtet, aus dieser Unselbstständigkeit und Abhängigkeit herauszuführen.

Bereiche umfasst: Verständnis für die komplexen biopsychosozialen Zusammenhänge, sozialpädagogische und rehabilitative Unterstützungsmethoden (u.a. Milieugestaltung und Normalitätsprinzip), spezifische Sozialberatungskompetenz, Reflexion über Stigma, Integration und Inklusion, Anwaltschaftlichkeit im Hinblick auf Beseitigung behindernder Elemente in der Arbeitswelt, der Öffentlichkeit und der Gesellschaft.

Bisher gab es wenig Spezialisierung auf erst im AHV-Alter erworbene Sehbehinderung. Die Beratungsstellen des Behindertenwesens stehen selbstverständlich auch alten Menschen offen, diese machen sogar einen Grossteil der Klientel aus. Diese Beratung erreicht aber nur einen kleinen Teil der Betroffenen und vorwiegend zuhause Lebende.

### **2.1.3 Exkurs 2: Anmerkung zu Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen und in der Altersarbeit**

Die Soziale Arbeit gehört seit ihren Anfängen zu den im Gesundheitswesen tätigen Professionen und erfüllt Aufgaben, welche die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen ergänzen. Ihre Arbeitskontexte betreffen v.a. Armut, Krankheit, Gefährdung, soziale Benachteiligung und Behinderung (vgl. Homfeldt 2010: 489). Obwohl die zweitgrösste Gruppe<sup>40</sup> aller in der Sozialen Arbeit Tätigen mit Gesundheitsaufgaben im öffentlichen Auftrag betraut ist, «verblasst die Bedeutung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. In den Fachdiskussionen wird die Ausrichtung Gesundheit in der Sozialen Arbeit nur selten fokussiert, in der Forschung kaum zur Kenntnis genommen.» (Geißler-Piltz/Gerull 2009: 13). Die Soziale Arbeit kümmert sich um komplexe Problemstellungen zwischen den Expertensystemen, z.B. im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit und verbindet dabei physischen Zustand mit psychischer Befindlichkeit und Lebenssituation der Betroffenen (vgl. ebd.: 14).

In der stationären Altersarbeit sind trotzdem nur wenige Fachkräfte mit sozialpädagogischer oder sozialarbeiterischer Ausbildung tätig (vgl. Hünersdorf 2005: 109). Von der Sozialen Arbeit sind Konzepte wie Lebensweltorientierung, Normalisierungsprinzip, Biografiearbeit u.a. in die Altersarbeit eingebracht worden, werden aber kaum von Professionellen der Sozialen Arbeit vollzogen (vgl. ebd.: 109f.). Die Notwendigkeit sozialer Betreuung hat in stationären Settings eine hohe Bedeutung, geht es doch darum, Orte des Lebens zu gestalten, nicht nur Orte der Pflege. Für die Soziale Arbeit sind Gesundheitsdienste aber sekundäre Umfeldler (vgl. Homfeldt 2010: 489), den Pflege- und Gesundheitsbezügen immer nachgeordnet. Wo es Ansätze gemeinsamer Gestaltung der Altersarbeit durch Pflege und Soziale Arbeit gibt, werden die pflegerischen Kompetenzen höher bewertet (vgl. ebd.). Hünersdorf plädiert deshalb für einen «spezifisch disziplinären Beitrag der Sozialpädagogik für die stationäre Altenhilfe (...), der (...) eine spezifische Sicht auf die Organisationsentwicklung ermöglicht» (Hünersdorf 2005: 111).

---

<sup>40</sup> Annemarie Jost nennt die Zahl von 20–25% (vgl. Jost 2013).



Mit der Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen und dem steigenden Anteil älterer, multimorbider Menschen wird ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung notwendig. Aufgaben verändern sich, kürzere Aufenthaltsdauer und frühere Entlassungen in den stationären Akuteinrichtungen bringen einen erhöhten Hilfebedarf bezüglich weiterer Versorgung mit sich (vgl. Geißler-Piltz/Gerull 2009: 15f.). Dabei gelingt es der Sozialen Arbeit oft nur ansatzweise, ihre spezifische Kompetenz im multidisziplinären Umfeld zu benennen und zu vertreten. Nur in Ausnahmefällen gehören die Professionellen der Sozialen Arbeit den Teams der kurativen oder therapeutischen Patientenversorgung an. Homfeldt (2010) verweist in Anbetracht wachsender Komplexität menschlicher Gesundheitsprobleme und eines ausgeweiteten Gesundheitsverständnisses auf die Notwendigkeit interprofessioneller Kooperation (vgl. ebd.: 497). Schweppe plädiert für eine «Mixtur aus lebensweltlicher und professioneller [pflegerischer] Hilfe, durch die lebensweltliche Hilfe ausreichende Unterstützung erfährt und sich beide Hilffsysteme gegenseitig ergänzen» (Schweppe 2010: 512) Allerdings dominiert im Alter das medizinische Paradigma, wodurch sozialpädagogische Tätigkeitsfelder – auch im ambulanten Bereich – keinen einfachen Stand haben (vgl. ebd.: 513).

Die strukturellen Veränderungen und finanziellen Einschränkungen im Gesundheitswesen führen zu einer Tendenz, dass die fachspezifische Expertise der Sozialen Arbeit von anderen Berufsgruppen übernommen wird (vgl. Geißler-Piltz/Gerull 2009: 155). Die Konkurrenz steigt, Kooperation wird wichtiger. Das Umfeld im Gesundheitswesen wird von den Professionellen der Sozialen Arbeit oft als abweisend und abwertend erlebt, wobei diese Tendenz sinkt, je höher die Ausbildung der Fachkräfte ist. Soziale Arbeit muss in multiprofessionellen Teams ihre Kompetenzen «offensiv nach aussen vertreten, dokumentieren und konturieren. Teamartige, integrative Kooperationsformen, die Leistungen miteinander abstimmen, sie gemeinsam und gleichberechtigt erbringen, liessen sich als Chance für die Soziale Arbeit verstehen: Dies ist eine Aufgabe, die auf individueller, institutioneller sowie professionspolitischer Ebene geleistet werden muss.» (ebd.: 156)

Die Klinische Sozialarbeit<sup>41</sup> versteht sich als spezialisierte Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen. Ihr Fokus liegt auf der biopsychosozialen Gesundheit und Entwicklung des Menschen (vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005: 12). Der Begriff «klinisch» drückt aus, dass sie behandelnd tätig ist und mit besonderen Kompetenzen Teil des Behandlungsprozesses ist: Ganzheitlichkeit, Anwaltschaftlichkeit, eigenständige Fachlichkeit, Schnittstellenkompetenz, prophylaktischer Handlungsansatz und Aussenwirkung der Institution (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003: 100f.). Im deutschsprachigen Raum ist das Fachgebiet relativ jung, es stützt sich aber auf eine langjährige Tradition in den USA.<sup>42</sup> Unter Berücksichtigung von Alltag und

---

<sup>41</sup> Zu unterscheiden von den Kliniksozialdiensten.

<sup>42</sup> Das American Board of Examiners beschrieb 1995 die Ziele der Clinical Social Work als «Diagnose and treat bio-psycho-social dysfunction, achieve optimal prevention of bio-psycho-social dysfunction, support and enhance bio-psycho-social strength and functioning. Clinical social work practice applies specific knowledge, theories, and

Lebenswelt der Erkrankten will die Klinische Sozialarbeit diese bei der Bewältigung der Krankheit motivieren und unterstützen, sie «befähigen, ihre Ressourcen zu erkennen, zu nutzen und selbstbestimmt und verantwortungsvoll zu handeln.» (ebd.: 14) Klinische Sozialarbeit ist kontextspezifisch und personenzentriert in multiprofessionellen Teams tätig, vertritt eine eigenständige psychosoziale Behandlungsperspektive (vgl. Geißler-Piltz/Gerull 2009: 12f.) und «übernimmt klinische Aufgaben, wenn und wo immer die methodische soziale bzw. psychosoziale Mitwirkung an der Fallarbeit bzw. Behandlung erforderlich ist» (Geißler-Piltz et al. 2005: 13). Geißler-Piltz et al. verweisen zwar u.a. auf das Handlungsfeld der gerontologischen Arbeit inkl. Geriatrie und Gerontopsychiatrie, doch scheint die Klinische Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum bisher wenig in der Langzeitaltersarbeit tätig zu sein. Zu den Hauptaufgaben der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gehört Rehabilitation im Sinne einer Förderung der alltäglichen Bewältigung des Lebens mit einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung, alters- und situationsangepasst, ausgehend von den Ressourcen der Klientinnen und Klienten, innerhalb ihrer Lebenswelt, mit möglichst grosser Wahlfreiheit und subjektiver Lebensqualität und angemessener materieller Ausstattung (vgl. Homfeldt 2010: 500). Eine wichtige Arbeitsweise in diesem Kontext liegt in der psychosozialen Arbeit. Dabei geht es um die Unterstützung der Entwicklung im Lebenszyklus und der Bewältigung kritischer Lebenssituationen als Lebensaufgabe, ausgehend von der Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen. Berücksichtigt wird immer sowohl die individuelle als auch die soziale Seite, insbesondere in ihren Wechselwirkungen («person-in-environment»). Der psychosoziale Ansatz stellt «die bio-physiologische und neuro-psychologische Natur des Menschen in ein soziales Bezugssystem», denn wie die gesundheitswissenschaftliche Forschung inzwischen belegt hat, sind die «psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung» (Pauls 2011: 32). Gearbeitet wird sowohl mit der Person selbst als auch mit ihrem Umfeld. Das Gesundheitsverständnis des psychosozialen Ansatzes spiegelt sich im biopsychosozialen bzw. sozialökologischen Modell des ICF (vgl. WHO 2001).

In der geriatrischen Rehabilitation spielt die umfassende psychosoziale Arbeit mit Betroffenen und ihren Angehörigen eine unverzichtbare Rolle (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003: 56). Sie zielt auf ein selbstbestimmtes Leben *mit* einer vorübergehenden oder andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung (z.B. Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Unterstützung der seelischen Stabilisierung, Förderung sozialer Kompetenz, Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, Information und Beratung von Angehörigen, Kontaktvermittlung zu lokalen Selbsthilfe- und Beratungsangeboten, Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Beratung für Inanspruchnahme von Leistungen, vgl. ebd.: 67). Gerade bei alten Menschen im stationären Umfeld ist zu beobachten, dass Betroffenen Kraft und Mut fehlen, sich aktiv an Überlegun-

gen zu einer Zukunft zu beteiligen, dass sie sich aufgeben und auf den Tod warten. Die Mobilisierung interner und externer Ressourcen gehört in diesem Zusammenhang zu den wichtigsten Inhalten der psychosozialen Arbeit (vgl. ebd.: 123).

In Altersarbeit gehört Soziale Beratung zu den wichtigsten Methoden der Unterstützung durch die Soziale Arbeit. Sie bezieht sich auf die aktuellen Lebensverhältnisse, engagiert sich im weiten Bereich von Lebensschwierigkeiten, hat aber auch beschränkte Aufgaben und Möglichkeiten (was sie von falschen Ansprüchen entlastet, vgl. Thiersch 2014: 124). Zunächst ist Soziale Beratung Kommunikation auf der Basis von Vertrauen, konstitutiv dafür ist die Freiwilligkeit (beides muss allerdings teilweise im Verlauf der Beratung erst erarbeitet werden), sie ist in Phasen strukturiert und bedient sich verschiedener Methoden und Techniken, muss immer innerhalb der gegebenen Rechtsvorschriften erfolgen und kontrolliert werden können. Eine ständige selbstkritische Prüfung ist wichtig. Soziale Beratung betrifft den Alltag und vermeidet ein Gesellschafts- und Lebensverständnis in therapeutischen Kategorien (vgl. ebd.: 131). Die enorme Pluralisierung der «Altenpopulation» und Entstandardisierung (vgl. Schweppe 2010: 505) bedeutet eine Herausforderung. Fixierte und standardisierte Lebensentwürfe entfallen, was zu einer Erweiterung von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen und einer Notwendigkeit der Gestaltung führt: «Alter [ist] eine gestaltbare und gestaltungsnotwendig gewordene Lebensphase geworden (...) und [muss] durch eigenes Handeln, ohne Rückgriff auf gemeinsam geteilte Lebensformen hergestellt werden» (ebd.: 508). Die klassischen Altersrisiken im Zusammenhang mit abhängigem Alter lösen sich dadurch nicht auf.<sup>43</sup> Da Gestaltung immer auch überfordern oder misslingen kann, ist die Soziale Arbeit zunehmend auch im Altersbereich gefragt.

Wichtige Themen der Unterstützung in gegebenen Lebensverhältnissen durch die Soziale Arbeit im Altersbereich sind der Übergang in den Ruhestand, Wohnformen, Koordinationsprobleme verschiedener Bereiche (z.B. Gesundheit–Wohnen–Finanzen), Bewältigung körperlicher Altersfolgen, Umgang mit Verlusten und Auseinandersetzung mit Sterben und Tod sowie die Unterstützung von Angehörigen, die ältere, pflegebedürftige Menschen begleiten. Die Soziale Arbeit hat nach Schweppe (2005: 39) «die Alten noch nicht so recht entdeckt». Bisher ist es ihr jedenfalls wenig gelungen, «eine eigenständige Expertise innerhalb dieses von Medizin und pflegerischen Tätigkeiten beherrschten Arbeitsfeldes zu entwickeln und zu verdeutlichen, auf welche Weise sie zur Bearbeitung, Linderung oder Lösung altersspezifischer Problematiken bzw. zur Herstellung befriedigender Lebensentwürfe im Alter beitragen kann.» (Schweppe 2010: 516f.) Schweppe erachtet es als denkbar, dass sich als sozialpädagogischer Zugang der Lebensbewältigungsansatz von Böhnisch eignen könnte (vgl. ebd.: 517); Schweppe 2005: 36f.).

---

<sup>43</sup> «Die heutigen Lebenslagen und -formen im Alter lassen sich als Kontinuum verstehen, das an einem Ende durch die Normalität individualisierten und biografisierten Alter(n)s gekennzeichnet ist. Am gegenüberliegenden Pol sind jene alten Menschen zu finden, deren Lebensbedingungen durch Krankheit, Behinderung und/oder Armut gekennzeichnet sind und alte Menschen in ihren Handlungsspielräumen erheblich einschränken.» (ebd.: 505f.)

### **2.1.4 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit**

Unter Lebensweltorientierung versteht Thiersch (2014: 5) «den Bezug auf die gegebenen Lebensverhältnisse der Adressaten, in denen Hilfe zur Lebensbewältigung praktiziert wird, (...) den Bezug auf individuelle, soziale und politische Ressourcen, (...) auf soziale Netze und lokale/regionale Strukturen.» Lebensweltorientierung ist Alltagsorientierung, es geht um das Agieren in pragmatisch überschaubaren Verständnis- und Handlungsmustern (vgl. ebd.: 6), um die Kooperation zwischen «natürlichen» und fachlich arrangierten Lebensorten. Entwickelt und in verschiedenen Kontexten angewendet wurde der Ansatz zunächst vorwiegend in der Kinder- und Jugendarbeit. Die zugrundeliegenden wissenschaftlichen Konzepte entstammen einer «interdisziplinären Landschaft zwischen Soziologie, Psychologie, Kriminologie und Pädagogik» (ebd.: 233).<sup>44</sup> Das theoretische Konzept umfasst die Entwicklung der gesellschaftlich bedingten Lebensverhältnisse, eine Theorie des Lebenslaufs und der lebenslaufspezifischen Lebens- und Bewältigungsmuster. Besonders aktuell war die Diskussion des Ansatzes in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren (vgl. ebd.: 38).

Alltag wird im Ansatz der Lebensweltorientierung verstanden als heuristisches sozialwissenschaftliches Leitkonzept zur Rekonstruktion von Lebensverhältnissen und Handlungsmustern (vgl. ebd.: 39f.). Immer ist Alltag als vergesellschaftet zu verstehen; heutige Lebensverhältnisse sind stark sozialpolitisch und institutionell geprägt (vgl. ebd.: 41). Im Alltag überschneiden sich objektive Strukturen und subjektive Verständnis- und Bewältigungsmuster.

Alltagsorientierung ist durchaus ambivalent, geht es doch nicht nur um das unmittelbare Umfeld und unmittelbar Erforderliche, sondern schliesst auch das Banale, Triviale und Routinisierte ein (vgl. ebd.), Alltag ist geprägt von der Pragmatik des Überschaubaren und Selbstverständlichen und gleichzeitig durch Brüche und Unzulänglichkeiten (vgl. ebd.: 42). Die Lebensgeschichte der Individuen, ihre Erfahrungen, Kompetenzen, Erwartungen, Hoffnungen und Traumatisierungen charakterisieren die Alltäglichkeit und bedingen die Möglichkeiten des Alltagshandelns. In den aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen wird Alltag «zunehmend Schauplatz von Desorientierung und Ratlosigkeit» (ebd.: 41), weil routinisierte und verlässliche Traditionen im Alltag brüchig werden, Rollenmuster und Lebensstrukturen ihre Legitimation verlieren (vgl. ebd.), wodurch die Lebenssituation unübersichtlich wird.

Thiersch geht immer wieder aus von der Feststellung der Pluralisierung und Individualisierung der Lebensverhältnisse in der modernen Gesellschaft.<sup>45</sup> Pluralisierung bezieht er dabei auf die Unterschiedlichkeit von Lebensstrukturen (z.B. Stadt–Land, Migration und Nationalität, Unterschiede durch Zugehörigkeit zu Jahrgangskohorten), Individualisierung auf das Brüchigwerden tradierter Lebensformen und Deutungsmuster und die Öffnung der Möglichkeiten der Lebensführung für Gruppen und für Einzelne (vgl. ebd.: 18f.). Die beiden Konzepte gehören

---

<sup>44</sup> Thiersch weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die sozialpädagogische Ausbildung lange abgekoppelt war von eigener Forschung und Theorieproduktion.

<sup>45</sup> Diese Tendenz verstärkt sich über die Moderne hinaus und hält weiter an.

für Thiersch zusammen, weil darin die Dimensionen der gesellschaftlichen Strukturen und der individuellen Formen, sich in ihnen zu bewegen, beschrieben werden und somit die objektive wie die subjektive Seite berücksichtigt werden.

In den westlichen Gesellschaften laufen die beiden Entwicklungen von Zunahme der Vergesellschaftung und Zunahme der Individualisierung gleichzeitig ab. Die Individualisierung fordert dabei besonders heraus, weil Orientierung, Selbstdefinition und Selbstbehauptung individueller, aufwendiger und herausfordernder werden. Der einzelne Mensch wird zunehmend mit der Aufgabe konfrontiert, sich in jeder Lebenssituation gleichsam selbst zum Projekt zu werden («Regisseur seines Lebens», ebd.: 42 u.a.). Das ist gleichzeitig Chance und Überforderung und subjektiviert Probleme der Lebensführung. Pluralisierung führt dazu, dass die Lebensverhältnisse nicht mehr an wenigen Indikatoren festgemacht werden können (z.B. ökonomischen oder statusbezogenen), sondern komplexer und vielschichtiger werden (vgl. ebd.: 19f.). Damit werden auch die gesellschaftlichen Unterschiede bezüglich Teilhabechancen und Gerechtigkeit vielfältiger und unübersichtlicher. Es existieren unterschiedliche, aber gleich gewichtige Lebensentwürfe nebeneinander. Die gesellschaftlichen Entwicklungen verlangen angepasste Angebote in den Dienstleistungen der Sozialen Arbeit, «Angebote jenseits allgemeiner, standardisierter Formen, unterschiedliche, offene, flexible, nachgehend-individualisierende Hilfsangebote.» (ebd.: 170)

Der lebensweltorientierte Ansatz ist ein sozialpädagogischer Ansatz. Es geht sowohl um Hilfe für den Umgang mit Brüchen und Schwierigkeiten, wie auch um das Leben mit Brüchen und Schwierigkeiten. Familienleben wird in der individualisierten und pluralisierten Gesellschaft zum «Vermittlungsakt zwischen immer wieder neu auszuhandelnden Rollen und widersprüchlichen Ansprüchen von Intimität und gesellschaftlichen Einflüssen; es verlangt eine aufwendige Balance.» (ebd.: 81) Diese allgemeinen Strukturprinzipien konkretisieren sich z.B. in der Vermittlung der Raumhoheit, der sozialen Bezüge, der Rollenansprüche, der geschlechtsspezifischen Rollenmöglichkeiten, des Medienkonsums und der Lebensperspektiven (vgl. ebd.) Lebensweltorientierte Soziale Arbeit konzentriert sich stark auf die Arbeit mit Gruppen, Peergruppen, Selbsthilfegruppen, Ehrenamtlichen, Bürgerinitiativen usw.

Die Grunddimensionen Lebenswelt, Zeit, Raum und soziale Bezüge bestimmen den Ansatz: «Alltäglichkeit als spezifische Form des Verstehens und Handelns ist charakterisiert durch ihren Bezug auf die erfahrene Zeit, auf den erfahrenen Raum, auf erfahrene Sozialbezüge, durch eine pragmatische Handlungsorientierung und die Sicherung durch Typisierungen und Routinen» (ebd.: 45). Wichtige Stichworte bei der Zeiterfahrung sind Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsbezüge und -möglichkeiten, bei der Raumerfahrung Aktivitäts- und Lebensradien, Möglichkeiten für eigenes Gestalten und Austesten eigener Verhältnisse sowie die Aneignung von Raum. Soziale Bezüge betreffen unmittelbarere und weitere Kreise, in denen Unterstützung und Ressourcen zu finden sind (Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, Stadtteil usw.), die aber auch «inszeniert» werden müssen (vgl. ebd.: 46f.).

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe, knüpft an den gegebenen Struktur-, Verständnis- und Handlungsmustern an und versucht die individuellen, sozialen und politischen Ressourcen so zu stabilisieren und zu stärken, dass die Beteiligten Möglichkeiten der Erfahrung von Geborgenheit, Kreativität, Sinn und Selbstbestimmung finden können (vgl. ebd.: 21); es geht um die Bewältigung des Lebens in den gegebenen Lebensverhältnissen. Zu berücksichtigen sind dabei die Entwicklung der gesellschaftlichen Bedingungen sowie der Lebenslauf, der zu spezifischen Lebens- und Bewältigungsmustern geführt hat (vgl. ebd.: 23). Eines der Handlungsfelder ist die Soziale Beratung, eine allgemeine Beratung in Lebens-, vor allem sozialen Schwierigkeiten (vgl. ebd.: 120). Dabei ist «das Aushandeln von Aufgaben- und Problemdefinitionen und Lösungsmöglichkeiten auf der Basis von Offenheit, wechselseitiger Zuständigkeit und Freiwilligkeit» wesentlich (ebd.: 141f.).

Handlungsmaximen lebensweltorientierter Sozialer Arbeit sind die Prävention, die Regionalisierung/Dezentralisierung, die Alltagsorientierung, die Integration und die Partizipation (vgl. ebd.: 27). Bei der Prävention geht es um ein frühzeitiges Einsetzen, bevor sich Probleme verhärten und verdichten (vgl. ebd.: 28)<sup>46</sup>. Die Dezentralisierung und Regionalisierung sieht nicht nur eine Verankerung der Angebote in unmittelbarer Erreichbarkeit, sondern auch eine Verlagerung von Zuständigkeiten an die Basis vor, was Planung und Kooperation im Umfeld der lokalen Gegebenheiten und zusammen mit den dort vorhandenen Initiativ- und Selbsthilfegruppen ermöglicht (vgl. ebd.: 29). Alltagsorientierung als Strukturmaxime verlangt zwar nicht eine Auflösung von Spezialisierungen, aber die Einbettung spezialisierter Zugänge in den Kontext der lebensweltlich gegebenen weiteren Problemzusammenhänge (vgl. ebd.: 30). Mit Integration ist die Nichtabsonderung, Nichtisolation als Grundprinzip gefordert (vgl. ebd.: 30). Partizipation spricht die Unterstützung und Förderung von selbstständiger Wahl und Entscheidung, die Sicherung von Antrags-, Einspruchs- und Verweigerungsrechten und von Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Planung, Gestaltung und Durchführung von Angeboten an (vgl. ebd.: 30f.). Partizipation muss nach Thiersch übergehen in Kooperation zwischen Professionellen, Betroffenen, dem Umfeld, Initiativen und freiwilligen Helfenden (vgl. ebd.: 31f.). Gerade im Sektor von Behinderung muss ein offen-kooperatives Verhältnis von Selbsthilfe und professioneller Hilfe gefunden werden; es braucht eine «offene Kollegialität zwischen Betroffenen und Professionellen» (ebd.: 97), die «bei aller Unterschiedlichkeit in Sachzuständigkeiten die Gleichwertigkeit von Positionen unterstellt» (ebd.: 31).

### **2.1.5 Soziale Arbeit als soziales Feld**

In den folgenden Ausführungen zu einzelnen Kategorien, die aus der Feldtheorie nach Bourdieu gewonnenen sind, ist zu beachten, dass die Kategorien eng miteinander verwoben

---

<sup>46</sup> Thiersch selbst weist darauf hin, dass das Konzept ambivalent ist, weil es einerseits vom (noch nicht eingetretenen, aber immer mitgedachten) «worst case» als Normalfall ausgeht und andererseits der primär in der Medizin verwendete Begriff die Gefahr birgt, medizinisch-therapeutischen Sichtweisen Vorschub zu leisten (vgl. ebd.)

sind und sich nicht einfach separieren lassen. Die Struktur und Logik des Feldes wird z.B. von der Konstellation der Akteure und Akteursgruppen mit ihrem Habitus, von den unhinterfragten Voraussetzungen und den gemeinsamen Selbstverständlichkeiten (Doxa und Illusio) sowie den auf dem Feld relevanten Kapitalien bestimmt. Eine gewisse Redundanz ist deshalb in der separaten Betrachtung der einzelnen Stichworte nicht zu umgehen.

### **2.1.5.1 Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen**

«Die Soziale Arbeit trägt zur Veränderung von Lebenslagen und Lebensweisen bei, indem sie Kräftefelder schafft oder beeinflusst, die solche Veränderungen erleichtern. Soziale Arbeit ist Arbeit in und an den sozialen Kräftefeldern, in denen Menschen leben; ist Arbeit mit ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld, in Kooperation mit anderen Organisationen. Sie zielt dabei als Beruf auf die Beeinflussung gesellschaftlicher und politischer Konstellationen.» (Heiner 2010: 34)

Das Feld der Sozialen Arbeit ist seit einigen Jahren mit der Zusammenführung der früher eher separaten Bereiche der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik in einem Veränderungsprozess, der sich auch auf die Struktur des Feldes auswirkt. Zu beachten bei den folgenden Ausführungen ist die Tatsache, dass der lebensweltorientierte Ansatz nach Thiersch seine Wurzeln in der sozialpädagogischen Arbeit hat. Prinzipien und Haltungen gelten ebenso für den Teilbereich der Sozialarbeit.

Thiersch umschreibt die Aufgabe der Sozialpädagogik als: Sie «soll Menschen befähigen, sich selbst zu helfen, die mit den gegebenen gesellschaftlichen Strukturen und Ressourcen nicht zu Rande kommen. Sozialpädagogik sieht sich konfrontiert mit dem Widerspruch von Gesellschafts- und Lebensansprüchen und Gesellschafts- und Lebensrealität. Sie sieht Defizite und muss sie einklagen. Sie sieht und agiert also notwendig in kritischer Attitude.» (Thiersch 2014: 220) In der Sozialen Arbeit geht es immer um die Hilfe und Unterstützung in sozialen Problemlagen und Konflikten, inkl. Beratung und Prävention,<sup>47</sup> um die Förderung der Entwicklung und um Schutz in Krisen. Dabei dürfen die korrigierenden, kompensierenden und ersetzenden Hilfen im Alltag das Grundmuster eines Lebens in den Alltagsstrukturen nicht aufheben (vgl. Thiersch 2014: 94).

Die Soziale Arbeit (und die lebensweltorientierte Soziale Arbeit) umfasst viele unterschiedliche Arbeitsfelder. Diese differenzieren sich laufend aus und führen zu einer zunehmenden Spezialisierung. Dem setzt Thiersch die Forderung nach Kooperation und Vernetzung entgegen (vgl. ebd.: 129). Das Nebeneinander unterschiedlicher Arbeitsansätze hat nicht nur Auseinandersetzungen auf der fachlichen Ebene zur Folge, sondern auch ein Buhlen um gesellschaftliche und politische Anerkennung, weil davon die Zusprache von Ressourcen (Aufträge, Stellen, Finanzen) abhängt.

---

<sup>47</sup> Für das Umreißen des Aufgabenbereichs der Sozialen Arbeit auf von einzelnen Praxisfeldern abstrahiertem Niveau s. die Stichworte Exklusionsvermeidung, Inklusionsvermittlung und Exklusionsverwaltung (vgl. Bommers/Scherr 2000).

Der Handlungsrahmen der Sozialen Arbeit wird gestaltet einerseits durch politische<sup>48</sup> und rechtliche Vorgaben, andererseits durch intraprofessionelle Konzepte und Leitlinien, die von Professionsverbänden<sup>49</sup> und Ausbildungsstellen vertreten werden. Die Fachpersonen haben in ihrer Tätigkeit mehrere Perspektiven gleichzeitig zu berücksichtigen: Professionssicht, Klientensicht und gesellschaftliche Sicht (Multiperspektivität). AvenirSocial beschreibt das in der Verpflichtung zum Dreifachmandat: der Gesellschaft bzw. dem Arbeitgeber gegenüber, den Klientinnen und Klienten gegenüber sowie der eigenen Profession gegenüber.<sup>50</sup> Diese Rahmung muss zunächst als Eigensicht verstanden werden. Sie wird kaum von allen Akteuren/Akteursgruppen auf dem Feld und vom Umfeld (öffentliche Meinung) geteilt.

Verbände und Curricula konkretisieren die Vorstellung einer «professionellen Haltung». Zu deren wichtigsten Elementen gehören die Grundwerte der Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Ermächtigung (Empowerment) (vgl. AvenirSocial 2010: 8f.), die Vorstellung, dass die angestrebte Dienstleistung nur in Koproduktion erfolgen kann<sup>51</sup>, eine bewusste Gestaltung von Nähe und Distanz, ein Bewusstsein der Ambivalenz der Aufgabenkombination von Hilfe und Kontrolle sowie die Selbstreflexion als ständige, reguläre Aufgabe. Als Voraussetzung für gelingendes professionelles Tun gilt das Bewusstsein, dass Veränderung nicht möglich ist ohne Einsicht der Betroffenen in die Notwendigkeit und ohne ihre Bereitschaft zur Kooperation. Ausschlaggebend ist das Wissen um Lebensverhältnisse, Lebenseinschränkungen und Lebensmöglichkeiten, unabhängig von Arbeitskonzepten und ihrem Verständnis von Hilfsbedürftigkeit und Hilfschancen (vgl. Thiersch 2014: 122). Bedürfnisse und Beratungsangebote müssen als unabhängige Grössen zueinander in Beziehung gesetzt werden, damit institutionelle und professionelle Deutungsmuster eine Gegeninstanz bekommen (vgl. ebd.: 123).

Soziale Arbeit muss sich innerhalb der gegebenen strukturellen, gesetzlichen und finanziellen Bedingungen realisieren (vgl. ebd.: 37); gesetzliche Regelungen strukturieren und erzwingen professionelle Handlungen (vgl. ebd.: 135). Für ihr Gelingen ist die Soziale Arbeit aber angewiesen auf eine gewisse (professionelle) Autonomie.<sup>52</sup> Professionelles Tun zeichnet sich aus «durch die besonderen Ressourcen von Zeit, Erfahrung, Methode und anwaltschaftlicher

---

<sup>48</sup> Die «Soziale Arbeit ist eine wohlfahrtsstaatlich konstituierte Profession, deren Handlungsspielräume sehr stark von den jeweiligen sozialpolitischen Rahmenbedingungen bestimmt werden» (Heiner 2010: 45).

<sup>49</sup> In der Schweiz besonders einflussreich ist AvenirSocial, der Interessenverband der Professionellen in Sozialer Arbeit auf Ebene Fachhochschule, Höhere Fachschule und Universität, der Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession versteht und im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz Grundsätze, Grundwerte und Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit aus Professionssicht beschreibt (vgl. [www.avenirsocial.ch](http://www.avenirsocial.ch)).

<sup>50</sup> «Soziale Arbeit ist einem dreifachen Mandat verpflichtet: (1) dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle seitens der Gesellschaft und der Anstellungsträger, (2) dem impliziten oder offen ausgesprochenen Begehren seitens der Menschen, die Soziale Arbeit nutzen, und (3) seitens der Sozialen Arbeit dem eigenen Professionswissen, der Berufsethik und den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Dieses dritte Mandat steuert Professionelle der Sozialen Arbeit durch mögliche Konflikte zwischen dem ersten und dem zweiten Mandat» (AvenirSocial 2010: 7)

<sup>51</sup> Die (Dienst-)Leistung wird nicht von Fachperson der Sozialen Arbeit erbracht, sondern gemeinsam von Fachperson und betroffener Person, oft unter Einbezug weiterer Personen oder Institutionen.

<sup>52</sup> vgl.: «Mobile Jugendarbeit gelingt nur da, wo ihr im Kontext der sozialen Arbeit zugestanden wird, in eigener Verantwortung zu handeln.» (Thiersch 2014: 72)



Solidarität.» (ebd.: 123) Soziale Arbeit agiert in einer «schwer überschaubare[n] Vielgestaltigkeit von Trägerschaften und unterschiedlichen, oft auch noch nicht sehr alten Aufgaben; die Institutionen sind häufig nicht groß (z.B. Beratungsstellen), Traditionen sind unübersichtlich und öffentlich nur bedingt respektiert.» (ebd.: 135) Die plurale Strukturierung ist typisch für die Soziale Arbeit, einerseits im Zusammenspiel von Staat und freien Trägern, andererseits auch im Zusammenspiel der verschiedenen Träger (vgl. ebd.: 168). Die Ausrichtung auf Gesetzesvorgaben und die Eingliederung in die öffentliche Verwaltung sind stark (vgl. ebd.: 13). Eine konstant in fast allen Tätigkeitsbereichen präsente Schwierigkeit ist die Ressourcenknappheit an Finanzen und Mitarbeitendenzeit; die sozialpolitische «Grosswetterlage» ist gekennzeichnet von Sparpolitik und neoliberaler Ideologie gegen soziale Probleme und die Soziale Arbeit (vgl. ebd.: 185). «Es fehlt ihr [der Sozialpädagogik] öffentliches Ansehen, es fehlen Anerkennung und Geld. Sie ist neben anderen Berufen im Sektor sozialer und pädagogischer Dienstleistungen randständig und in der Hierarchie der Professionen unten angesiedelt.» (ebd.: 219) Thiersch identifiziert sie aber auch als «Aufsteiger in der Reihe der helfenden Berufe, der Ärzte, der Pfarrer, der Psychologen» (ebd.: 220) und postuliert einen «notwendigen Aufstieg der Sozialen Arbeit zum integralen Moment der modernen Gesellschaft» (ebd.: 221).<sup>53</sup>

Als massgebliches Element einer professionellen Haltung wird das Bewusstsein für und die Reflexion von Macht, Machtmitteln sowie Mitteln der Kontrolle und Disziplinierung betrachtet (wobei Personen, Gruppen, Einrichtungen oder grössere Organisationen Machtträger sein können). Individuelles professionelles Handeln erfolgt im Rahmen von ökonomischen, politischen, rechtlichen und normativen Zwängen, die mit den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen einhergehen; sie bilden «die entscheidenden einschränkenden oder ermöglichenden Grundlagen für individuelle Verhaltensoptionen» (Heiner 2010: 39).

Da die Kernaufgaben der Sozialen Arbeit im Sozialen liegen, gehören Vorstellungen, Modelle und/oder Theorien von Gesellschaft, gesellschaftlicher Entwicklung und gesellschaftlichen Trends zum Professionswissen und zum Deutungsrahmen. Die Gleichzeitigkeit von gegenläufigen Bewegungen kennzeichnet das gesellschaftliche Umfeld heute: sowohl die Vergesellschaftung wie die Individualisierung nehmen zu (vgl. Thiersch 2014: 19, 80). Strukturelle Veränderungen in relevanten Lebensbereichen können zu Problemen in der Gestaltung der Lebensführung und der Bewältigung von zunehmend offenen und widersprüchlichen Lebensvorgaben führen (z.B. bezüglich Familie, Schule, Jugendszene, Ausbildung, Arbeit, öffentlich-politisches System) (vgl. ebd.: 21).

Die Lebensweltorientierung fordert die Ausrichtung auf Hilfe zur Lebensbewältigung in den gegebenen Lebensverhältnissen der Adressatinnen und Adressaten, den Bezug auf individuelle, soziale und politische Ressourcen, das Agieren im Alltag, in pragmatisch überschau-

---

<sup>53</sup> Zu beachten: Die Erstauflage von «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit» erschien im Jahr 1992.

baren Verständnis- und Handlungsmustern sowie in den sozialen Netzen und lokalen/regionalen Strukturen. Dabei ist eine Kooperation zwischen «natürlichen» und fachlich arrangierten Lebensorten nötig. (vgl. ebd.: 5f.)

Lebensverhältnisse und -schwierigkeiten gleichzeitig im Kontext der aktuellen gesellschaftlichen Strukturen und Entwicklungen und der unmittelbaren Erfahrung der Klientinnen und Klienten zu betrachten, ist zwar ein Ansatz, der sich auf dem Feld der Sozialen Arbeit in den letzten Jahrzehnten weitgehend durchgesetzt hat, ist aber nach wie vor nicht unumstritten. Der lebensweltorientierte Ansatz versteht sich auch als Gegensteuer zur dramatisierenden Beachtung von Randphänomenen und eines Menschenbildes, das die Klientinnen und Klienten als therapie- bzw. beratungsbedürftig betrachtet (vgl. ebd.: 18). Der Versuch, Probleme, Schwierigkeiten und Defizite immer wieder von der Normalität der Lebensverhältnisse her zu verstehen, führt zu Fragen nach der Begründung von Normen und nach den Möglichkeiten, Handlungsspielräumen und dem eigenen Versagen im Umgang mit ihnen (vgl. ebd.).

Das Vorgehen bei der Bearbeitung der Aufgaben ist nicht hierarchisch geordnet und muss situativ bestimmt werden, «Alltagsregeln strukturieren das Handlungsfeld.» (ebd.: 111) Auch wenn sie als effektiv und pragmatisch orientiert anerkannt werden, haben sie als gefährlich zu gelten, weil sie üblicherweise nicht problematisiert werden und deshalb nicht nach Begründungen oder alternativen Möglichkeiten gefragt wird. Das birgt die Gefahr von Situationsblindheit (vgl. ebd.: 112). Trotzdem braucht es für die Lebensbewältigung auch Strukturen, Übereinkünfte und Routinen, die ohne Situationsprüfung gelten (vgl. ebd.: 118).

Durch die Orientierung an Zeit, Raum und sozialen Bezügen als Grunddimensionen der Lebenswelt konkretisiert sich Soziale Arbeit in den Handlungsmaximen von Prävention, Regionalisierung/Dezentralisierung, Alltagsorientierung, Integration und Partizipation sowie Kooperation (vgl. ebd.: 27; unten Kap. Doxa–Illusio).

Zu den Prinzipien einer professionellen Deutungsrahmung gehört für Thiersch eine Grundhaltung («Moral»), die den Tendenzen der modernen Welt zur Pluralisierung, Individualisierung und Globalisierung, in der «das Verhältnis vom Allgemeinen zum individuell Besonderen problematisch, ja irrelevant wird» (ebd.: 213), (nicht feldspezifische) Werte wie Gerechtigkeit, Partizipation, menschenwürdiges Leben und ökologische Voraussetzungen zukünftigen menschenwürdigen Lebens so entgegensetzt, dass sie gleichzeitig mit diesen Tendenzen korrespondieren. Diese Werte müssen als allgemein (für alle Felder) verbindlich und unumgänglich vertreten werden (vgl. ebd.: 213f.). Von Seiten der Klientinnen und Klienten geht es zumeist weniger um diese Werte, sondern um Bedürfnisse und Bedürfnisbefriedigungsmöglichkeiten. Professionelles Handeln erfolgt als Einzelfallarbeit (Kasuistik) auf der Basis dieser Grundwerte unter Einbezug aller Handlungsebenen (individuell, sozial, gesellschaftlich) in Auseinandersetzung mit den Alltagsgegebenheiten, Institutions- und Strukturzwängen und wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen. Immer sind Wahl- und Entscheidungsfreiheit sowie Verantwortung des Individuums gefragt (vgl. ebd.: 215f.).

Als eine der grundlegenden Forderungen professionellen Handelns gilt die kritische Reflexivität und die Selbstreflexivität (Thiersch 2014: 34ff.), ganz besonders für das Handeln in Institutionen bzw. im Auftrag von Institutionen. Deshalb sind intensive Teamarbeit, Praxisberatung, Intervention und Supervision zentrale Bestandteile Sozialer Arbeit und als reguläres Element der Tätigkeit vorzusehen (vgl. ebd.: 131).<sup>54</sup> Selbstreflexion und Supervision werden als unverzichtbar für die Aufrechterhaltung der nötigen Grundhaltungen (Nähe-Distanz, Machtfragen, Umgang mit belastenden Situationen usw.) verstanden.

### **2.1.5.2 Akteure/Akteursgruppen**

Am häufigsten arbeiten die *Fachpersonen der Sozialen Arbeit* direkt mit ihren *Klientinnen und Klienten*<sup>55</sup>. Dabei sind sowohl Auftrag wie auch Verhältnis durchaus ambivalent (vgl. Kap. 2.1.5.1: Ausführungen zu Dreifachmandat und zu Hilfe–Kontrolle). Sozialarbeitende sind im Normalfall ihren Klientinnen und Klienten gegenüber in einer Machtposition und haben neben beratenden und unterstützenden Aufgaben auch solche der Kontrolle und Disziplinierung. Je dichter Soziale Arbeit «im Zeichen der Lebensweltorientierung an die Erfahrungen der Adressaten heranrückt, umso dichter wird auch die Kontrolle.» (Thiersch 2014: 36) Die Klientinnen und Klienten sind sowohl Koproduzierende der Dienstleistung wie auch Dienstleistungsempfangende, im Normalfall aber nicht Kostenträger. Je nach Situation stehen an der Seite der Klientinnen und Klienten (seltener stellvertretend für sie) *Begleitbeistände*, *Beistände oder Vormunde*, auch sie können Fachpersonen der Sozialen Arbeit sein. In vielen Arbeitskontexten unterstehen die Fachpersonen *Vorgesetzten* der eigenen Profession.

In der unmittelbaren Erbringung der Dienstleistung spielen oft weitere Personen oder Personengruppen aus dem *direkten und weiteren Umfeld der Klientinnen und Klienten* eine Rolle (z.B. Angehörige, Freundeskreis, Mitbewohnende, Nachbarschaft, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, Arbeitgebende usw.) sowie *Kooperationspartnerinnen und -partner* aus demselben oder einem anderen fachlichen Umfeld (z.B. ärztliche Fachpersonen, Spitex, therapeutische Fachpersonen, Sozialarbeitende mit zusätzlicher fachlicher Spezialisierung, Initiativgruppen usw.). Eine kooperative und partizipative Zusammenarbeit ist nach Thiersch Voraussetzung für die Erbringung der erwarteten Leistung (vgl. Thiersch 2014: 35).

Eine einflussreiche Rolle bezüglich Struktur- und Handlungsrahmen auf dem Feld üben die *Träger bzw. Einrichtungen* aus, in deren Auftrag oder mit deren Finanzierung die Dienstleistung der Sozialen Arbeit erbracht wird. Sie hängen zumeist strukturell und/oder finanziell von *politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern* ab, die auf Deutungsrahmungen Einfluss

---

<sup>54</sup> «Handeln mit Menschen in Institutionen kann nur praktiziert werden als reflexives Handeln, also als Handeln, das sich in Aufgaben und Situationen seiner selbst versichert.» (Thiersch 2014: 145) Die Forderung nach Reflexivität spiegelt sich auch in den Handlungsmaximen von AvenirSocial (2010: 11) bezüglich der eigenen Person: «Die Professionellen der Sozialen Arbeit (...) nutzen kontinuierlich Intervention, Supervision, Coaching und Fortbildung.»

<sup>55</sup> In der Diskussion der Bezeichnungen spiegeln sich verschiedene Auffassungen: Adressatinnen/Adressaten, Klientinnen/Klienten, Nutzerinnen/Nutzer, Kundinnen/Kunden (vgl. z.B. Graßhoff 2010). In der vorliegenden Arbeit werden synonym die Begriffe Adressatinnen/Adressaten und Klientinnen/Klienten verwendet.

zu nehmen versuchen. *Fachverbände und Berufsorganisationen* haben Einfluss auf Deutungsrahmen und Habitus der Berufsangehörigen der Sozialen Arbeit und vertreten deren Anliegen sowie Fachthemen und die Deutungsautonomie den politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern, der Öffentlichkeit und anderen Fachgebieten, Professionen, Disziplinen und sozialen Feldern gegenüber.

### **2.1.5.3 Habitus**

Professionelle der Sozialen Arbeit verstehen ihren Auftrag als Unterstützung und Hilfe in Orientierungsschwierigkeiten und Notlagen (vgl. Thiersch 2014: 17), im Auftrag und Interesse der Adressatinnen und Adressaten und unter Berücksichtigung ihrer pluralen und individualisierten Ansprüche (vgl. ebd.: 32). Leitbilder sind Autonomie, Teilhabe, Partizipation und Integration bzw. Inklusion. Den professionsintern erwarteten und anzustrebenden Habitus fasst der «Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz» zusammen (vgl. AvenirSocial 2010).<sup>56</sup>

Im Feld gibt es Ausbildungsgänge auf unterschiedlichen Niveaus (vgl. Kap. 2.1.5.5). Die Berufsangehörigen arbeiten in sehr unterschiedlichen Berufskontexten mit unterschiedlichen professionellen Bezugsrahmen; ob die Orientierung stärker an Modellen und Theorien oder stärker an der Logik von Arbeitsinstrumenten und vorgegebenen Handlungsmustern erfolgt, dürfte deshalb wenig einheitlich sein. Die Orientierung an der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten und der professionelle Auftrag zur Anwaltschaftlichkeit bewirkt eine gewisse Annäherung des Habitus an die Klientel im jeweiligen Berufskontext. Anwaltschaftlichkeit bezieht sich dabei einerseits auf die Forderung, sich im Prozess auf die Seite der Klientinnen und Klienten zu stellen und sich andererseits im lebensweltlichen und strukturellen Umfeld, in der Gesellschaft und Finanzierungsträgern gegenüber für die Interessen der Klientinnen und Klienten einzusetzen. Fallaustausch und kontinuierliche, handlungsfeldspezifische Weiterbildung gehören zu den Grundforderungen des Berufsfeldes und sind in der Praxis im Allgemeinen gut verankert. Dadurch werden professionelle Denk-, Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsschemata häufig bewusst gemacht, wiederholt und verfestigt.

Die Erbringung der sozialarbeiterischen bzw. sozialpädagogischen Leistung ist ohne kooperative Beteiligung der Adressatinnen und Adressaten selten möglich, jedenfalls nicht nachhaltig. Trotzdem verweist Thiersch auf die Gefahr einer professionellen Voreingenommenheit: «Professionelle denken, weil sie eine Tätigkeit übernehmen, für die sie ausgebildet sind und bezahlt werden, daß sie in ihr gut und allein zuständig sind und verteidigen dieses Selbstverständnis auch mit Urteilen und Handlungsstrategien, in denen sie den Nichtprofessionellen, den Laien, den Nur-Selbst-Betroffenen ihre Nachrangigkeit unterstellen und immer wieder

---

<sup>56</sup> Der Frage, wie professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit gestaltet sein sollte, wie professioneller Habitus in gebildet wird und ob es anerkannte, einheitliche Handlungsrahmen gibt, gehen Becker-Lenz und Müller in einer empirischen Untersuchung nach (vgl. Becker-Lenz/Müller 2009).

auch demonstrieren.» (Thiersch 2014: 92) Angesprochen ist in dieser Feststellung auch ein berufsfeldspezifischer Anspruch auf Fachkompetenz im Sozialen (im weitesten Sinn).

Tätigkeiten der Sozialen Arbeit haben oft nachrangig, in abhängiger Position, unter Berücksichtigung professionsferner Mandatsanteile (vgl. Kap. 2.1.5.1: Dreifachmandat) zu erfolgen.<sup>57</sup>

Der gesellschaftliche Status der Sozialen Arbeit ist eher niedrig, was sich oft auch ökonomisch zeigt (z.B. Lohnniveau, Priorität bei Sparrunden). Einer der Gründe dafür dürfte in der Geschichte des Berufsfeldes zu finden sein (vgl. Kap. 2.1.1: Entwicklung aus altruistischer Freiwilligentätigkeit vorwiegend von Frauen), ein anderer im Gewicht der Tätigkeiten mit sozial und ökonomisch Benachteiligten, Menschen, die häufig keinen hohen Status in der Gesellschaft geniessen. Masterstudiengänge sind relativ neu, es gibt noch wenige Professionelle mit solchen Abschlüssen. Führungspositionen im Feld werden oft von «Fachfremden» mit höheren Ausbildungen besetzt.

Nicht selten spiegelt sich das eher geringe soziale Ansehen in Befangenheiten (bis hin zu Minderwertigkeitsgefühlen) von Professionsangehörigen anderen Berufsgattungen und Disziplinen gegenüber.

#### **2.1.5.4 Doxa – Illusio**

Grundüberzeugungen der Sozialen Arbeit besagen, dass Notlagen und Konflikte aus gesellschaftlichen Strukturen oder der Inkompatibilität individueller Möglichkeiten und gesellschaftlicher Gegebenheiten entstehen<sup>58</sup> und sie zu bearbeiten eine gesellschaftliche Aufgabe ist, die professionell erfolgen muss.

Benachteiligung und Unterprivilegierung werden als Folge der herrschenden ökonomisch-politischen Verhältnisse verstanden (vgl. Thiersch 2014: 55). Sie resultieren als Kehrseiten aus einer gespaltenen Gesellschaft, deren Strukturen und Funktionsweisen dazu führen, dass nicht alle an ihren positiven Möglichkeiten teilhaben. Ein grösserer Teil der Menschen profitiert von Lebensmöglichkeiten und Ressourcen, ein kleinerer Teil gerät an den Rand (vgl. ebd.: 20, 55, 57), das hat nicht nur direkte Folgen auf den Lebensstandard der betroffenen Individuen und Gruppen, sondern auch indirekte<sup>59</sup>. In der Sozialen Arbeit geht es um Grundfragen nach Teilhabe(chancen) und Gerechtigkeit in der Gesellschaft (vgl. ebd.: 19).<sup>60</sup> Die Prinzipien der Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Ermächtigung haben für Professionelle der Sozialen Arbeit handlungsleitend zu sein (vgl. AvenirSocial 2010: 8f.).

---

<sup>57</sup> Die Soziale Arbeit selbst versteht Inklusionsvermittlung und Exklusionsvermeidung als Kernaufgaben, während Aufgaben der «Exklusionsverwaltung» eher als strukturell auferlegtes «Muss» wahrgenommen werden.

<sup>58</sup> «Lebensverhältnisse, Lebensschwierigkeiten und daraus resultierende Aufgaben der Unterstützung und Hilfe [werden] immer schon im Kontext der institutionellen und professionellen Ordnung gesehen» (Thiersch 2014: 17).

<sup>59</sup> «Die Erfahrung von Ungleichheit, von vorgehaltenen Lebensmöglichkeiten erzeugen Haß, Protest und Rückzug in die Verzweiflung» (Thiersch 2014: 63).

<sup>60</sup> In der Behindertenarbeit geht es z.B. darum, selbständiges, eigenverantwortliches Leben der Betroffenen bezüglich Wohnen, Arbeiten, der öffentlichen Partizipation (Normalitätsprinzip) auszubauen und zu stützen (vgl. Thiersch 2014: 93). Dabei ist das Bewusstsein aufrechtzuerhalten, dass auch Normalisierung die «Gefahr einer kolonialisierenden Aufdringlichkeit der normalisierenden Manipulation» beinhaltet (ebd.: 130).

Als kennzeichnend für die heutigen Gesellschaftsstrukturen gelten Pluralisierung, Individualisierung und Ungleichheit (vgl. Thiersch 2014: 123). Mit der Pluralisierung von Lebenslagen ist die gesellschaftliche Dimension angesprochen, mit der Individualisierung der Lebensführung die individuelle Dimension. In ihrer Folge werden tradierte Lebensformen, Alltags- und Deutungsmuster brüchig, Rollenvorlagen verlieren bezüglich Zeit und Raum ihre Legitimation, Alltag wird in sich ambivalent<sup>61</sup>, vergesellschafteter Schauplatz zunehmender Desorientierung und Ratlosigkeit (vgl. ebd.: 41).

Einerseits öffnen sich damit neue Möglichkeiten der Lebenskonzepte für Einzelne und für Gruppen, andererseits folgt eine Notwendigkeit zur Wahl und zum Selbstentwurf; Lebensbewältigung wird zunehmend komplizierter (vgl. ebd.: 209).<sup>62</sup> «Im Zeichen der zunehmenden Vergesellschaftung von Lebensaufgaben angesichts einer Pluralisierung und Individualisierung der Lebensverhältnisse kompliziert sich das Leben, Hilfen zur Bewältigung der Normalität werden nötig. Sozialpädagogische Aufgaben erweitern sich von hier aus zu lebensweltorientierten Hilfen zur Lebensbewältigung.» (ebd.: 228)

Der Arbeitsansatz ist bei den Klientinnen und Klienten, in den gegebenen Struktur-, Verständnis- und Handlungsmustern zu nehmen<sup>63</sup>, angezielt wird Hilfe zur Selbsthilfe, Stabilisieren, Stärken und Wecken der individuellen, sozialen und politischen Ressourcen (vgl. ebd.: 21) zur Bewältigung der Lebensverhältnisse für ein «gelingenderes» Leben (vgl. ebd.: 22, 25, 49). Das fusst auf der Überzeugung, dass Menschen Subjekte ihres Lebens sein sollen und dass sie Erfahrungen von Geborgenheit, Sinn, Produktivität und Selbstständigkeit brauchen (vgl. ebd.: 25). Es geht darum, den Betroffenen in den Schwierigkeiten zu helfen, die sie mit sich und für sich selbst haben, nicht aber in denen, die andere mit ihnen haben. Zu berücksichtigen sind die individuelle Situation, das unmittelbare Umfeld, die Biografie, die wirtschaftliche Situation, das weitere Umfeld sowie politische, rechtliche und gesellschaftliche Bedingungen. Es ist eine Professionshaltung von «Betroffene zu Beteiligten machen» gefordert (Motto des Zukunftsforschers Robert Jungk), Klientinnen und Klienten sind als Expertinnen und Experten für ihr eigenes Leben zu betrachten. Die professionelle Arbeit ist auszurichten auf Förderung von Kompetenzen, weniger auf Kompensation von Defiziten. Darin drückt sich ein historischer Paradigmenwechsel von versorgender zu aktivierender und partizipativer Sozialer Arbeit aus.

---

<sup>61</sup> «Die Enge der Erfahrungen, die Pragmatik eingespielter Verständnis- und Handlungsregeln, die Routinen mit ihrer Entlastung können borniert, ruinös sein und mit Leerlauf, vorurteilsgeprägter Starre und mit Ausgrenzungen einhergehen; Kosik (1971) spricht von der Pseudo-Konkretheit des Alltags, die destruiert, aufgebrochen werden muß im Horizont von ‚Praxis‘, im Horizont der Frage nach einem gelingenderen, freien, produktiven, solidarischen Leben.» (Thiersch 2014: 49)

<sup>62</sup> «Die Aufgabe, sich zu orientieren, wird eine eigene, aufwendige und schwierige; sie bedeutet in der Zumutung der Selbstbehauptung zugleich Chance und Überforderung.» (Thiersch 2014: 19)

<sup>63</sup> «Ausgang aller Hilfe kann nur das Leben der Menschen in ihren gegebenen Verhältnissen, in ihrem Alltag sein, also in den im Alltag vorhandenen Ressourcen, in den Stärken, in den Schwächen, in den mit ihnen verbundenen eigenen Deutungsmustern.» (Thiersch 2014: 94)

Das eigene Handlungsfeld der Sozialen Arbeit wird bei den Benachteiligten, bei den nur teilweise oder gar nicht Integrierten/Inkludierten definiert. Zu den unterstützenden und helfenden Aufgaben kommen kontrollierende und disziplinierende. Positionsmacht und Machtgefälle sind in den meisten Aufgabenfeldern konstituierende Bestandteile der Situation zwischen Professionellen und den Adressatinnen und Adressaten ihrer Arbeit. Auch die modernen Leitbilder von Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe wirken normierend: kontrollierend, regulierend und normalisierend (vgl. Schroeter 2013: 11). Dem ist entgegenzuwirken durch eine hohe Priorisierung von Selbst-, Mitbestimmungs- und Partizipationsrechten, durch auf Zeit ausgehandelte und prinzipiell revidierbare Verträge mit den Klientinnen und Klienten (vgl. Thiersch 2014: 118) sowie durch ständige Selbstkritik, Selbstreflexion, Fallbesprechung und Supervision. Ziel ist die Aufrechterhaltung von Bewusstsein und Respekt vor der Gefahr «der in aller Professionalität liegenden Verführung zu einer aus der eigenen Arbeit und ihren Organisationszwängen stammenden Einschätzung und vor expertenhaft einseitiger Problemdefinition und Handlungsvorgabe; entschiedene Arbeit an der Bedingtheit des eigenen professionellen Handelns sind dazu eine unabdingbare Voraussetzung.» (ebd.: 96)

Zusätzlich zur Fallarbeit ist von den Professionellen der Sozialen Arbeit anwaltschaftliche Parteilichkeit der Gesellschaft und der Politik gegenüber einzunehmen. Einmischung den Klientinnen und Klienten gegenüber hat dagegen möglichst nur auf deren Auftrag und Wunsch hin zu erfolgen.

Schroeters Stichworte zu den Kernelementen der Illusio der Sozialen Arbeit decken sich in etwa mit den Elementen bei Thiersch: Förderung und Wiedererlangen von sozialer Kompetenz und Autonomie, Lebenswelt, Biografie, Produktivität, aktives Gestalten individueller und gesellschaftlicher Lebenspraxis, Neuorientierung und mögliche Steigerung der Selbstständigkeit in problematischen Lebenslagen (vgl. Schroeter 2013: 10).

Als hoch reflexives Feld thematisiert die Soziale Arbeit ihre Doxa und Illusio immer wieder.

#### **2.1.5.5 Kapital/Handlungsressourcen**

Soziale Arbeit legitimiert sich über einen Bedarf (im Wirtschaftlichen, Ökonomischen, Sozialen, Psychischen, Gesundheitlichen, v.a. in den Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Ebenen), den die Klientinnen und Klienten nicht selbst befriedigen können. Dieser «Mangel»/Unterstützungsbedarf ist eines der wesentlichen Kapitalien auf dem Feld. Als Pendant dazu ist Wissen um Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbedingungen zu bedarfsdeckenden oder -lindernden feldspezifischen Kapitalien eine der ausschlaggebendsten Handlungsressourcen.

- *ökonomisches Kapital*: Finanzielle Ressourcen spielen auf dem Feld zumeist eine paradoxe Rolle. Einerseits ermöglichen finanzielle Mittel direkt oder indirekt die benötigte Unterstützung, andererseits ist der Zugang zu diesen Mitteln gesellschaftlich hoch reglementiert und limitiert. Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben als Feldspieler kein eigenes ökonomisches Kapital. Sie verwalten aber im Auftrag institutioneller und politischer Finanz- und Ent-

scheidungsträger unter den Vorgaben rechtlicher Bedingungen einen Teil des ökonomischen Kapitals auf dem Feld. Oft ist mangelndes ökonomisches Kapital bei den Adressatinnen und Adressaten Voraussetzung für das feldspezifische Spiel, gleichzeitig haben die Professionellen der Sozialen Arbeit erschwerte Bedingungen zur Erfüllung ihres Auftrags durch Restriktionen im Zugang zu den Mitteln. Politisch und öffentlich ist die Freigabe von ökonomischem Kapital für das Feldspiel häufig umstritten (Gleichzeitigkeit von ausgebautem Sozialnetz und politisch-gesellschaftlichen Spardruckvorgaben) und in wirtschaftlichen Krisensituationen unsicher.

- *kulturelles Kapital*: Eine zentrale Rolle auf dem Feld spielt *inkorporiertes* kulturelles Kapital: Kenntnisse grundlegender Fragestellungen, In-Beziehung-Setzen von individueller Situation und gesellschaftlichen sowie administrativen und institutionellen Strukturen, spezifisches methodisches Wissen, ein spezielles Verständnis von Alltag und Hilfsbedürftigkeit (Gefahr: Therapeutisierung<sup>64</sup>), Verständnis der komplexen Zusammenhänge in der modernen Gesellschaft, Kenntnisse der rechtlichen, strukturellen und finanziellen Gegebenheiten vor Ort, Kenntnisse des Zugangs und des Umgangs mit ihnen. Die *institutionalisiert* vergebenen Ausbildungstitel gelten im Allgemeinen als Voraussetzung für die Annahme von Professionalität und für die Berechtigung der beruflichen Tätigkeit im Feld. Akkreditierte Ausbildungstitel sind oft auch Bedingung für Betriebsbewilligungen und Qualitätszertifikate von Einrichtungen der Sozialen Arbeit. Einfluss und Spielstärke der Fachpersonen ist zumeist abhängig von ihrem Ausbildungsstand und fachlichen Niveau (im Bereich der Sozialen Arbeit gibt es Ausbildungsgänge an Hochschulen, Fachhochschulen, Höheren Fachschulen) sowie ihren Spezialisierungen. In der Praxis sind oft handlungstheoretische Fragestellungen relevant, selten aber systematische wissenschaftliche Begründungen professionellen Handelns. *Objektiviertes* Kapital spielt kaum eine Rolle.

- *soziales Kapital*: Einbettung in den lokalen/regionalen Gegebenheiten, Vernetzung mit anderen Fachstellen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit, Fachaustausch, fallbezogene Kooperation mit Personen und Institutionen anderer Professionen und Disziplinen, ständige Weiterbildung und Zugang zu Informationen von Berufs- und Fachverbänden. Die Orientierung in sich ständig wandelnden strukturellen Bedingungen und Handlungsrahmen ist ein wichtiges feldspezifisches Kapital.

- *symbolisches Kapital*: Professionelle der Sozialen Arbeit genießen im Allgemeinen kein besonderes aus ihrer Professionszugehörigkeit bzw. ihrer Tätigkeit resultierendes Ansehen in gesellschaftlicher Hinsicht. Dabei spielt eine Rolle, dass sie oft mit gesellschaftlichen «Losern» zu tun haben, teilweise stark reglementierte Hilfstätigkeiten ausüben (z.B. im Gesundheits-

---

<sup>64</sup> «Ein anderer Ausweg in den Alltagsschwierigkeiten ist der in ein therapeutisches Selbstverständnis. In ihm gelten nur Aufgaben, die gezielten Methoden zugänglich sind oder doch zumindest im setting einer spezifischen Supervision aufgearbeitet werden können. Solche Therapeutisierung scheint, im Zeitalter des allgemeinen Therapiebooms, fortschrittlich und effektiv. Die Komplexität des Alltagslebens aber wird in solchem Zugriff reduziert auf psychische Probleme von Beziehungshintergründen und Beziehungsklärungen. Dies bedeutet die Vernachlässigung der so vielfältigen anderen Alltagsaufgaben; sie werden minderwertig, bleiben dem Zufall überlassen oder unerledigt.» (Thiersch 2014: 117f.)



wesen, wo die hochangesehene Medizin Leitdisziplin ist), wie sie traditionellerweise von Hausfrauen und/oder Personal wahrgenommen wurden (vgl. Thiersch 2014: 45), und kein besonders hohes Gehalt beziehen. Professionsintern wird die Frage, inwieweit Soziale Arbeit als Beruf, als Profession oder als eigene Disziplin verstanden werden kann, diskutiert. Die traditionelle Ausrichtung auf die Beherrschung von Arbeitsinstrumentarien, die Erfüllung reglementierter Wohlfahrtsaufgaben und die Fokussierung auf die Praxisnähe, verknüpft mit einem eher niedrigen Status verweist auf das Verständnis als Beruf. Inzwischen etabliert sich eigenes Fachwissen und auf Handlungstheorien basierende eigene Methodik, es wird auf eigene Fachkriterien Bezug genommen, der Tätigkeit werden eigene Handlungsbegründungen zugrunde gelegt, es gibt ein unbestrittenes gesellschaftliches Mandat zur Bearbeitung sozialer Probleme, im öffentlichen Diskurs und in der Sozialpolitik ist die fachliche Expertise der Sozialen Arbeit zunehmend gefragt. Das spricht für eine neuere Positionierung als Profession. Bei der wissenschaftlichen Begründung (Voraussetzung für eine Disziplin) wird immer noch stark auf angrenzende Disziplinen zurückgegriffen: die Soziologie, Psychologie, Pädagogik u.a. Inwiefern und in welchem Zeitrahmen sich das mit dem Ausbau höherer Ausbildungsgänge in Sozialer Arbeit und verstärkten fachinternen Forschungsanstrengungen verändert, ist noch offen.

#### **2.1.5.6 Grundprinzipien**

Teilhabe, Befähigung, Partizipation, Autonomie, Integration/Inklusion, Anwaltschaftlichkeit

## **2.2 Pflege**

### **2.2.1 Geschichtlicher Überblick**

Zwei grundlegende Entwicklungslinien kennzeichnen die Entwicklungsgeschichte der Pflege: die von der nichtberuflichen zur beruflichen Pflege und die von einer (nichtberuflichen) Unabhängigkeit über eine starke Abhängigkeit von der Medizin (medizinische Hilfstätigkeit – medizinischer Hilfsberuf) zu einer neuen steigenden Unabhängigkeit.

Häusliche Versorgung kranker, schwacher und alter Angehöriger und Hausgenossinnen und –genossen dürfte über lange Zeit und in den meisten Kulturen vorwiegend von Frauen und Hausbediensteten geleistet worden sein. Daneben entwickelte sich in Europa eine ausserhäusliche Versorgung in oft religiös getragenen Einrichtungen (Klöstern, Hospitälern), in denen sich die Trennung von medizinischer Versorgung und Pflege erst allmählich vollzog.

Auf der Basis der gewaltigen medizinischen Fortschritte im 19. Jh. veränderte sich der Charakter von Hospitälern grundlegend von einer «Aufbewahrungsstätte für mittellose Kranke, Alte und Gebrechliche zu einem medizinischen Zentrum, das mit neuen, vielversprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden alle, auch begüterte Bevölkerungsgruppen, aufnahm.» (Braunschweig 2004: 114) Mit dieser Entwicklung stieg der Bedarf an Pflegepersonal,

das bildungsfähig war und Vor-/Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten zuverlässig besorgen konnte (vgl. ebd.).

In der Schweiz entstanden in der Folge um 1900 Pflegerinnenschulen, die sich «an junge, bildungshungrige Frauen, die sich das Schulgeld leisten konnten», richteten (ebd.). Krankenpflege wurde zu einer Alternative zu den für Frauen noch weitgehend verschlossenen universitären Ausbildungen. Bis dahin hatten vorwiegend Ordensschwestern die Kranken gepflegt. Durch die strukturellen und inhaltlichen Gemeinsamkeiten von Hausarbeit und Krankenpflege galt Krankenpflege als geeignete Vorbereitung (oder Ersatz) für spätere Hausarbeit und Mutterschaft (vgl. ebd.: 115). Zum Zwischenstatus von Beruf und Nichtberuf gehörten die nach wie vor aus der klösterlichen Tradition stammenden Elemente einer Ideologie der fürsorglichen «Liebestätigkeit» (vs. bezahlter Berufstätigkeit), die Verfügbarkeit der ganzen Person, das Fehlen von Leistungsorientierung (vgl. ebd.: 115f.) sowie der Charakter der Hilfstätigkeit als Ergänzung zur ärztlichen Tätigkeit und ihr untergeordnet. In der Berufsbezeichnung «Krankenschwester» bzw. «Krankenpfleger» schwebten diese Konnotationen noch lange mit.

Nach dem Zweiten Weltkrieg begann in den meisten westeuropäischen Ländern eine Veränderung in der gesellschaftlichen Altersstruktur: Die Geburtenrate fing an, sich langfristig rückläufig zu entwickeln, und die Anzahl älterer Menschen in der Gesellschaft nahm kontinuierlich zu (vgl. Roper et al. 2009: 20f.). In derselben Zeit setzte eine Phase intensiven technologischen (auch medizinisch-technologischen) Fortschritts ein, der immer komplexere und effektivere Behandlungsmöglichkeiten für immer mehr Krankheitsbilder zur Verfügung stellte. Arbeits- und ressourcenintensive medizinische Spezialgebiete wurden eingerichtet. Gleichzeitig entwickelten sich gesundheitsorientierte Dienstleistungen, in denen die professionelle Pflege eine wichtige Rolle übernahm, z.B. in der Entbindungspflege, bei der Gesundheitsberatung, in Schulen und Unternehmen. Die Gesundheitskosten begannen in einem Mass zu steigen, das niemand vorausgesehen hatte (vgl. ebd.: 21).

Seit Mitte des 20. Jh. professionalisiert und akademisiert sich die Pflege zunehmend, entwickelt und verbreitet Pflegemodelle und -theorien<sup>65</sup>, forschungsgestützte Zugänge, eigene wissenschaftliche Zugänge und eigene Bezugssysteme (z.B. ICN). In der Schweiz wurden erst 2003 die neuen Berufsbezeichnungen «Pflegefachfrau» bzw. «Pflegefachmann» eingeführt, die den Anspruch der Fachlichkeit und der eigenständigen Professionalität ausdrücken. Seit 2004 unterstehen der Pflegeberuf und die Ausbildung dazu dem Eidgenössischen Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI), nicht mehr dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) (vgl. [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch)). Der Pflegeberuf wird heute als professioneller Dienstleistungsberuf verstanden, innerhalb dessen sich verschiedene Spezialisierungen auf

---

<sup>65</sup> vgl. Meleis 1999; Schaeffer et al. 2008. Roper et al. (2009: 173) führen in Anlehnung an Fawcett (1992, 1995) grundlegende konzeptuelle Modelle der Pflegepraxis auf, weisen aber auch darauf hin, dass in der amerikanischen Literatur (auch bei Fawcett) keine Pflegemodelle behandelt werden, die nicht in Nordamerika entwickelt wurden.

Teilbereiche entwickelt haben (Akutpflege, Pflege von Kindern und Jugendlichen, Psychiatriepflege, Geriatriepflege usw.), die teilweise den Charakter eigener Berufsgruppen aufweisen. In derselben Zeit veränderte sich das medizinische Paradigma langsam weg von einem «patriarchalischen» System (Professionelle des Gesundheitswesens, allen voran ärztliche Fachpersonen wissen und bestimmen, was für die Patientinnen und Patienten gut ist; vorherrschend in den 40er- bis 70er-Jahren), über eine evidenzorientierte Leistungserbringung (Zusammenbringen von individueller Expertise und externer Evidenz; 90er-/2000er-Jahre) zu einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung, in der den Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle in Entscheidungsprozessen der Gesundheitsversorgung und eine Mitbeteiligung am Zielsetzungsprozess zukommt (vgl. Rentsch 2009: 28f.).<sup>66</sup> In der Pflege spiegelt sich dieser Prozess in der Abkehr von der an Tätigkeiten orientierten Funktionspflege hin zu einer patientenorientierten Pflege mit ganzheitlichem Anspruch (vgl. Roper et al. 2009: 252). Zunehmend wichtige Teilbereiche der Aufgaben in der Pflegepraxis (neben der traditionellen Krankenpflege) sind die Förderung von Gesundheit und die Vorbeugung gegen Krankheiten.<sup>67</sup> Ebenfalls ab den 1970er-Jahren entwickelt sich – stark aus dem angelsächsischen Raum befördert – eine Pflegewissenschaft und erste pflegewissenschaftliche Studiengänge an Hochschulen. Die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege führte zu einer weiteren Abstufung in den Ausbildungsgängen, mit verschiedenen Abschlüssen auf Sekundarstufe II und auf Tertiärstufe (Niveau Höhere Fachschule und Niveau Fachhochschule/Universität). Einer der aktuellen Themenbereiche in der Entwicklung der Pflege sind die Pflegediagnosen, ein komplexes professionelles Klassifikationsschema vom Weltbund der Pflegefachpersonen (ICN), das Phänomene, die Fokus von Pflegeinterventionen sind, beschreibt (vgl. Roper et al. 2009: 156). Ziel ist es, mit den Pflegediagnosen eine einheitliche Fachsprache zu entwickeln, «um pflegerisch erkennbare, benennbare und beeinflussbare aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme und Entwicklungspotenziale von Klienten zu benennen.» (Georg Jürgen in ebd.: 227)

Professionelle pflegerische Entwicklungslinien gehen teilweise weit auseinander. Als gemeinsam anerkannten Bezugsrahmen führen Roper et al. (2009: 72) die von Fawcett (1984) als Metaparadigmen der Pflege genannten Konzepte «Person», «Umgebung», «Gesundheit» und «Pflege» auf, verweisen aber auch auf die Kritik von Meleis und Trangenstein (1994), dass diese Konzepte sehr unterschiedliche Interpretationen und eine mangelhafte systematische Entwicklung erfahren haben und sich deshalb nur beschränkt zur Definition der Disziplin Pflege eignen (vgl. ebd.).

---

<sup>66</sup> Die Entwicklung charakterisiert Salvage (2000) mit der eingängigen Aussage: «For decades we understood the professions [doctors and nurses] as a conventional nuclear family, with doctor-father, nurse-mother, and patient-child. But our hope for total wisdom and protection from father is forlorn, our wish for total comfort and protection from mother unachievable, and the patient has grown up. A new three way partnership should displace this vanishing family.» (ebd.: o.S.)

<sup>67</sup> Deshalb wird heute vermehrt von Gesundheitspflege statt von Krankenpflege gesprochen. Darin drückt sich auch eine Verschiebung bzw. Erweiterung des Fokus aus.

### **2.2.2 Exkurs 1: Anmerkung zu Sehbehinderung in der Pflege**

Bisher ist die Behinderung als Folge einer Sinnesschädigung kaum Aufgabe der pflegerischen Tätigkeit. Liegt eine Sehschädigung vor, richtet sich der Fokus der Pflege vorwiegend auf die pflegerischen Aufgaben im Zusammenhang mit der Behandlung augenorganischer Sehschädigungen (Augentropfen, Augensalben usw.) und der Information über Behandlung und Behandlungsmöglichkeiten. Die ophthalmologischen Bedingungen, Möglichkeiten und Erfordernisse bilden die Grundlage für den pflegerischen Zugang, die mentalen und neuroophthalmologischen Bedingungen gehören nicht dazu.

### **2.2.3 Exkurs 2: Anmerkung zu (Langzeit-)Alterspflege**

Mit dem steigenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft, der steigenden Lebenserwartung und den technologischen und medizinischen Fortschritten steigt der Bedarf an gesundheitsorientierten Dienstleistungen für ältere und alte Menschen, der Alters- und Langzeitpflegebedarf. Dieser Teilbereich der Pflege wächst stark und gewinnt seit einigen Jahrzehnten ständig an Bedeutung.

Die demografische Entwicklung stellt besondere Anforderungen an die Pflege, weil bei älteren Menschen häufiger Krankheiten auftreten als bei jüngeren und es proportional weniger Menschen im berufstätigen Alter geben wird, um die zunehmende Anzahl an älteren Menschen zu pflegen. Allerdings steigt auch die Anzahl älterer Menschen, die in der letzten Phase der Lebensspanne weitgehend bis vollständig unabhängig leben können (gesunde ältere Menschen). Gesundheitsberatung ist in dieser Phase eine der wichtigsten Aufgaben der Pflege und kann dazu beitragen, die Unabhängigkeit zu fördern und zu erhalten und auch Hochaltrige dabei zu unterstützen, so gesund, aktiv und unabhängig wie möglich zu bleiben. Eine weitere wichtige Aufgabe besteht in der Organisation der Hilfestellungen, die in einzelnen Bereichen erforderlich werden (vgl. Roper et al. 2009: 112).

Höpflinger et al. (2011) weisen darauf hin, dass nur eine Minderheit der daheim lebenden alten Menschen bei alltäglichen Aktivitäten regelmässig Hilfe brauchen.<sup>68</sup> Einen Selektionseffekt hat dabei die Tatsache, dass bei starker Pflegebedürftigkeit öfter ein Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt. Neben primärer Pflegebedürftigkeit gehören auch soziale, psychische und wirtschaftliche Probleme (z.B. soziale Isolation, Depressivität, Suchtprobleme, Armut) und altersbedingte Fragilität (z.B. hohes Sturzrisiko, Sinneseinschränkungen) zu den Gründen für einen Eintritt in eine Alters- oder Pflegeeinrichtung (vgl. ebd.: 8f.).

Die informelle (Laien-)Pflege durch Angehörige deckt nach wie vor einen grossen Teil der pflegerischen Betreuung alter Menschen ab. Professionelle Pflege spielt in diesem Kontext oft

---

<sup>68</sup> «... gut 4% der zuhause lebenden älteren Bevölkerung (65plus) [sind] als mittelmässig bis stark pflegebedürftig zu klassifizieren, und weitere gut 6% als höchstens leicht pflegebedürftig.» (Höpflinger et al. 2011: 8)

eine Rolle in Form von Beratung und Anleitung sowie Ergänzung und Entlastung (z.B. Spitex).<sup>69</sup>

Pflegerische Fachkenntnisse in Bezug auf die Lebensphase Alter sind sowohl im Akutbereich wie auch in spezialisierten geriatrischen Pflegeabteilungen und -einrichtungen erforderlich. In der Pflegepraxis wie in der Pflegewissenschaft ist die Beschäftigung mit «care» wichtiger geworden als die mit «cure»; stand früher vorwiegend die Beherrschung der Krankheit im Mittelpunkt, richtet sich die pflegerische Aufmerksamkeit heute mehr auf das Leben und Erleben der Betroffenen<sup>70</sup> (vgl. Moers/Schiemann/Schnepp 1999: 7). Haltungen, Fokus und Gestaltung der pflegerischen Praxis sowie Pflegekonzepte aus dem Bereich chronischer Krankheiten gehören zu den wichtigsten Bezügen für die Alterspflege. Der Alltag und die alltägliche Lebenswelt spielen dabei eine zentrale Rolle (vgl. ebd.: 16). Trotzdem muss sich die Pflege in vielen stationären Einrichtungen nach wie vor hauptsächlich am medizinischen Paradigma orientieren und kann sich nur schwer vom damit verbundenen «reduktionistisch-schützenden Verständnis instrumenteller Körperbeherrschung» lösen (Schweppe 2010: 514, in Anlehnung an Jansen/Klie 1999). Eine zusätzliche Hürde bieten Privatisierungstendenzen bei stationären Alterseinrichtungen mit marktwirtschaftlichen Konzepten, Denkkategorien und Orientierungen (vgl. ebd.).

Lebensweltorientierung gewinnt nach Schroeter (2004b) in der Pflege an Bedeutung. Die Pflegebeziehung wird als spezifischer Lebenszusammenhang verstanden, in dem gemeinsam erlebte und gedeutete soziale Wirklichkeit den Alltag strukturiert und in dem der Mensch handelt und lebt (vgl. ebd.: 142). Die Pflegeorte (daheim, im Spital, im Heim) werden als Lebenswelten verstanden. Eine Alters- oder Pflegeeinrichtung ist damit nicht nur als Ort der Pflege, sondern immer auch als Ort des Wohnens, Lebens und Erlebens zu gestalten (vgl. ebd.). Damit das möglich ist, muss lebensweltorientierte Pflege von den Lebensmustern der Akteurinnen und Akteure ausgehen<sup>71</sup> – allerdings im Rahmen der gesellschaftlichen Vorgaben (z.B. Pflegeeinstufungen, Versorgungspfade).<sup>72</sup> Lebensweltliche Pflege kritisiert den in der

---

<sup>69</sup> Im Kontext der vorliegenden Arbeit wird «Pflege» jeweils nicht als Sammelbegriff für alle Formen der Pflege verwendet, sondern synonym für die professionelle (durch in Pflege ausgebildete Personen erbrachte) Pflege. Wo Pflege durch nicht professionell ausgebildete Pflegenden erbracht wird, wird explizit von «Laienpflege» gesprochen.

<sup>70</sup> «Nicht die Krankheit und ihre Behandlung stehen im Vordergrund pflegewissenschaftlichen Interesses, sondern das Kranksein und der Umgang mit den Folgen der Krankheit und des Hilfebedarfs.» (Moers et al. 1999: 12)

<sup>71</sup> «Denn die [stets im Kontext ihrer Rahmen (frames) und Rahmungen (framing) analysierten Strukturen der persönlichen Erfahrung] sind es, die den sozialen Interaktionen Sinn verleihen: die Rahmen als vorgegebene Strukturen des sozialen Sinns und die Rahmungen als sinnaktualisierende Praxis.» (vgl. Schroeter 2004b: 143)

<sup>72</sup> Die Folgen eines solchen Ansatzes sind beträchtlich: Die individuelle Lebensführung des zu pflegenden Menschen wird zum Ausgangspunkt für die Gestaltung des Umgangs miteinander, für die Bestimmung der Pflegeaufgaben und Pflegeziele und für die Art, wie diese Ziele erreicht werden sollen (vgl. Schroeter 2004b: 143). Es geht darum, die Deutung der Person, der Angehörigen, der objektiven Pflegeaufgaben, der Bedingungen des Lebensalltags und die normativen/organisatorischen Bedingungen der Pflegeeinrichtung in Übereinstimmung zu bringen (vgl. ebd.: 144). Die Professionellen der Pflege müssen dafür gleichzeitig verschiedene Perspektiven einnehmen: Sicht des pflegebedürftigen Menschen, Sicht der organisierten Umwelt Heim; im Schnittpunkt geschieht der interpretative Bedeutungszusammenhang der pflegerischen Praxis, die individuell zugeschnittene Hilfe und Pflege ermöglicht (vgl. ebd.). Dafür müssen die Pflegenden vertraut sein mit den Sozialisationserfahrungen der zu pflegenden Menschen, Kenntnis der Bedingungen der organisierten Pflegeumwelt haben, die nicht nur dem pflegerisch betreuerischen Sachziel verpflichtet ist, sondern auch dem Formalziel einer zweckoptimierten, organisatorisch und ökonomisch vertretbaren Betriebsführung. Bereits Ersteres ist nicht selbstverständlich, stammen doch die Pflegen-

Pflege üblichen Regelkreis des Pflegeprozesses (vgl. ebd.: 146, inkl. Fussnote 6), sofern er nur medizinische Standards nachzuahmen versucht und den verstehenden lebensweltorientierten Ansatz nicht konzeptionell einschliesst. Den bedürfnisorientierten Pflegemodellen (ATL, AEDL) wird vorgehalten, sie orientierten sich primär an Krankenhausituationen und gingen von temporären stationären Behandlungen aus, die keine Rücksicht auf den gewohnten Lebensstil ermöglichen; arbeitsorganisatorisch spielen arbeitsteilige Spezialisierungen eine zentrale Rolle, nicht die Integration des Wohn- und Häuslichkeitsaspekts (vgl. ebd.).

In der Schweiz gilt der Grundsatz «ambulant vor stationär»,<sup>73</sup> für die Gesundheitsversorgung älterer Menschen werden Lösungen präferiert, die einen Heimeintritt vermeiden helfen. Spitex-Dienste spielen dabei eine zentrale Rolle. Oft ermöglicht dies den Betroffenen, dass sie im angestammten Umfeld bleiben können. Lässt sich ein Eintritt in eine Langzeitpflegeeinrichtung nicht vermeiden, muss es deren oberstes Ziel sein, die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner so weit wie möglich zu stützen. Das ist allerdings personalintensiv.

Naegele (2011) ist der Ansicht, dass die Gesundheitspolitik in Zukunft ihre ambulanten und stationären Versorgungssysteme zielgenauer auf die Bedürfnisse ihrer Adressatinnen und Adressaten ausrichten muss. Die bisher «stark auf Diagnose, Kuration und Medikalisierung fokussierte Gesundheitspolitik stellt sich (...) als wenig gewappnet dar für die neuen Herausforderungen (...). Veränderte Ziele sind insbesondere die Weiterentwicklung und Umsetzung von geriatrischer Prävention und Rehabilitation, die Stärkung der Chronikermedizin, Ausweitung integrierter Versorgungsmodelle unter Einbezug der Pflege, vernetztes Handeln der Professionen sowie Schaffung neuer Altersbilder in der Medizin, Kranken- und Altenpflege.» (ebd.: 44)<sup>74</sup> Besondere Handlungserfordernisse ortet Naegele bei den Gruppen der älteren Langzeitarbeitslosen, der unfreiwillig Frühverrenteten, bei älteren Menschen mit Migrationsgeschichte, bei hochaltrigen Menschen, bei älteren bzw. älter gewordenen behinderten Menschen sowie bei an Demenz erkrankten Personen, zudem müssen unterstützende Angehörige und weitere informelle Helfende als Zielgruppe einbezogen werden (vgl. ebd.).

#### **2.2.4 Das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell)**

Die ehemalige Leiterin einer Pflegeschule in England und Pflegeforscherin Nancy Roper veröffentlichte 1980 mit «Principles of Nursing» ein Werk, das in den folgenden Jahrzehnten zunächst von ihr selbst, später in Zusammenarbeit mit Winifred Logan und Alison Tierney mehrfach weiterentwickelt wurde, auch in Auseinandersetzung mit den Ansätzen der nord-

---

den und die zu Pflegenden zumeist aus verschiedenen Generationen und leben damit in verschiedenen Lebenswelten, auch wenn sie in den Pflegesituationen in der Lebenswelt der zu Pflegenden zusammen sind und an relevanten Alltagsstrukturen partizipieren. Vermittlung ist nur beschränkt möglich, ein direkter Zugang bleibt versperrt (vgl. ebd.).

<sup>73</sup> Weiterer Grundsatz: Rehabilitation vor Pflege (vgl. Mühlum/Gödecker-Geenen 2003: 61).

<sup>74</sup> Eine Antwort auf diese Herausforderung ist z.B. der Ansatz des «grade and skill mix», der professionellen Differenzierung in der Personalzusammensetzung bezüglich Ausbildungsqualifizierung, Aufgabenbereichen und Funktionen. Das führt im Handlungsfeld Pflege zu stärkerer Funktionsdifferenzierung und Hierarchisierung.

amerikanischen Theoretikerinnen Virginia Henderson, Dorothea Orem, Martha Rogers und Callista Roy. Das Pflegemodell<sup>75</sup> basiert auf einem Lebensmodell und fünf eng und wechselwirkend miteinander in Verbindung stehenden Kernkonzepten (vgl. Roper et al. 2009: 11). Es ist in ganz Europa weit verbreitet und bildet die Grundlage für verschiedene Weiterentwicklungen durch andere Autorinnen.

Die Autorinnen weisen selbst darauf hin, dass das Modell nicht primär als Beitrag für die Theoriediskussion konzipiert wurde, sondern zunächst für den Einsatz in der Ausbildung gedacht war, dann aber grosses Interesse auch in der Praxisanwendung fand (vgl. ebd.: 15). Sie verstehen das Modell nicht als statisch und präsentieren den Entwicklungsstand vom Ende der 1990er-Jahre in der Erwartung, dass andere das Modell weiterentwickeln. Das RLT-Modell ist ein theorie- und wissensgestützter Ansatz, der auf Ideen aus der Praxis basiert und deshalb als nützlich für die Praxis angesehen wird (gewisse Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Pflege, vgl. Roper et al. 2009: 182).

Das dem Pflegemodell zugrundeliegende Lebensmodell<sup>76</sup> wird als auf wesentliche Merkmale (Konzepte<sup>77</sup>) reduziert vorgestellt: die Lebensaktivitäten<sup>78</sup>, die Lebensspanne, das Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum, Faktoren, welche die Lebensaktivitäten beeinflussen, und die Individualität im Leben (vgl. Roper et al. 2009: 11, 27).

Das Konzept der *Lebensaktivitäten (LAs)* bildet den Mittelpunkt des Modells. Es fasst in 12 Kategorien (für eine sichere Umgebung sorgen, kommunizieren, atmen, essen und trinken, ausscheiden, sich sauber halten und kleiden, regulieren der Körpertemperatur, sich bewegen, arbeiten und spielen, seine Geschlechtlichkeit leben, schlafen, sterben)<sup>79</sup> die grundlegenden,

---

<sup>75</sup> Roper, Logan und Tierney weisen darauf hin, dass die Begrifflichkeit und Unterscheidung von Pflegemodellen, Pflegekonzepten und Pflege-theorien im Fachdiskurs ungenau und verwirrend ist. Pflegemodelle wurden u.a. auch als Philosophien, konzeptuelle Bezugsrahmen, Paradigmen, Theorien, Grand Theories und Metatheorien bezeichnet. Die Autorinnen beziehen sich begrifflich auf den von Fawcett definierten Ausdruck «konzeptuelle Pflegemodelle», den sie deutlich von Theorien unterscheidet: «Konzeptuelle Modelle bestehen aus Konzepten, die anhand von Worten die geistigen Vorstellungen von Phänomenen beschreiben; sie bestehen auch aus Annahmen, also Aussagen, welche die Beziehungen zwischen den Konzepten verdeutlichen. Ein konzeptuelles Modell soll somit eine Reihe von Konzepten und Aussagen darstellen, welche sie in eine sinnvolle Konfiguration integrieren.» (Fawcett 1984 nach Roper/Logan/Tierney 2009: 172). Als Modell will es Klarheit über die Kernwerte und zentralen Konzepte der Profession schaffen (vgl. ebd.: 190).

<sup>76</sup> Das Lebensmodell liegt zwar dem Pflegemodell zugrunde, ist aber ein aus der Logik des pflegerischen Feldes angelegtes Modell.

<sup>77</sup> «Konzept» definieren Roper et al. (2009: 29) als Wortsymbol, das eine Verallgemeinerung ermöglicht, als Mittel zur Organisation und Klassifikation von Daten dient und als schlanke Möglichkeit zur Speicherung und Anwendung einer Vielzahl von Datenbruchstücken dient. Unter konzeptuellem Modell verstehen sie in Anlehnung an Fawcett (1995) eine «Reihe abstrakter und allgemeiner Konzepte und Annahmen (Aussagen, die Konzepte verbinden), die diese Konzepte in eine sinnvolle Struktur integrieren.» (ebd.)

<sup>78</sup> Nach Roper et al. geht ihr Konzept der Lebensaktivitäten von den 14 Komponenten der grundlegenden pflegerischen Versorgung von Virginia Henderson (1969), den Pflegeaktivitäten, aus. Roper verwendete 1976 den Ausdruck «Aktivitäten des täglichen Lebens» (ATLs), der sich in der Pflege weit verbreitete (vgl. 2009: 100). Die Autorinnen bevorzugen seit den späteren Modellüberarbeitungen den Begriff «Lebensaktivitäten» (LAs), weil die Bezeichnung «täglich» nicht für alle Aktivitäten zutrifft. Zudem verstehen sie darunter nicht Pflegeaktivitäten, sondern Aktivitäten der Klientinnen/Patienten (vgl. ebd.: 101). Mit dieser Begriffswahl setzen sie sich bewusst vom Ausdruck «menschliche Grundbedürfnisse» ab, der auf Maslows Ansatz der hierarchischen Stufung der menschlichen Bedürfnisse beruht. Im Unterschied zu Bedürfnissen können viele Aspekte von Lebensaktivitäten beobachtet, klar beschrieben und teilweise auch objektiv bewertet werden (vgl. ebd.).

<sup>79</sup> Im Vergleich dazu die Kategorien des Konzepts I («Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen können») im Prozesspflegemodell nach Monika Krohwinkel: kommunizieren können; sich bewegen können; vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können; sich pflegen können; sich kleiden

für das Leben bestimmenden Aktivitäten, von denen jede aus zahlreichen Einzelaktivitäten besteht, viele Dimensionen enthält. Sie hängen untereinander wechselwirkend und teilweise komplex zusammen und sollen nur zu Beschreibungszwecken isoliert betrachtet werden (vgl. ebd.: 30). Pflege wird verstanden als Unterstützung einer Person im Zusammenhang mit aktuellen oder potenziellen Problemen bei der Ausführung von LAs, sowohl präventiv (verhindern, dass potenzielle Probleme zu aktuellen werden oder dass gelöste Probleme wieder auftreten) als auch kurativ und rehabilitativ (lösen erkannter aktueller Probleme, lindern von nicht lösbaren Problemen), und schliesst psychosoziale Unterstützung ein (positiv mit nicht lösbaren und/oder nicht linderbaren Problemen umgehen, sich so wohl wie möglich fühlen, möglichst schmerzfrei leben, Lebensqualität auch angesichts des Todes noch maximieren) (vgl. Roper et al. 2009: 99f.). Obwohl einige LAs lebenswichtiger sind als andere (z.B. atmen), gibt es nach den Autorinnen grundsätzlich keine Rangfolge unter den LAs; «je nach den gegebenen Umständen und nach persönlichen Kriterien ändern sich die Prioritäten der LAs. Prinzipiell nehmen jedoch alle Aktivitäten, die zum Überleben und für die Sicherheit notwendig sind, bei akuten körperlichen oder geistigen Erkrankungen sowie in lebensbedrohenden Situationen einen Vorrang gegenüber anderen ein.» (ebd.: 103) Nicht alle LAs sind in jeder Situation gleich relevant. Zu den Aufgaben der Pflegenden gehört es, die Prioritäten und Relevanz nach den gegebenen Umständen abzuschätzen und demgemäss Dokumentation und Information zu gestalten, zu jeder LA, bei jeder einzelnen Person (vgl. ebd.: 103).

Das Konzept der *Lebensspanne* interagiert stark mit den Lebensaktivitäten. Diese betreffen die gesamte Lebenszeit des Menschen in den verschiedenen Lebensphasen (Säuglingsalter, Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter, Rentenalter) in unterschiedlicher Weise. In der Pflege gibt es auf einzelne Lebensphasen spezialisierte berufliche Qualifikationen und Berufszweige. «Die Lebensspanne beeinflusst alle Phasen des Pflegeprozesses (Einschätzen, Planen, Durchführen und Bewerten) und stellt einen wichtigen Anhaltspunkt für die Individualisierung der Pflege dar.» (ebd.: 105)

In den verschiedenen Lebensabschnitten können aus unterschiedlichen Gründen die Lebensaktivitäten selbständiger oder weniger selbständig ausgeführt werden. Im Modell wird deshalb jede LA mit dem *Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum* verbunden, auf dem der aktuelle Stand zwischen vollständiger Abhängigkeit und vollständiger Unabhängigkeit in der Ausübung der entsprechenden LA festgehalten werden kann (wobei darauf hingewiesen wird, dass auch eine vollständige Unabhängigkeit nicht absolut sein kann (vgl. ebd.: 76). Unabhängigkeit wird dabei definiert als die «Fähigkeit, eine LA ohne fremde Hilfe auf einem

---

können; ausscheiden können; essen und trinken können; ruhen, schlafen, sich entspannen können; sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können; die eigene Sexualität leben können; für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können (vgl. Krohwinkel 2013: 40f.). Krohwinkel ergänzt dieses Konzept durch weitere: Konzept II («Soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen können»), Konzept III («Mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln können»), Konzept IV («Soziale Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen können») (vgl. ebd.).



persönlich und gesellschaftlich akzeptablen Standard auszuführen» (ebd.: 74). Es gibt eine enge Verbindung zwischen dem Konzept des Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuums und dem Konzept der Lebensspanne. Heute liegen statistische Durchschnittswerte vor, die angeben, in welchem Alter bei einer bestimmten LA welcher Grad von Abhängigkeit/Unabhängigkeit zu erwarten ist.<sup>80</sup> Abhängigkeit erfordert Unterstützung, entweder durch andere Personen oder durch technische Hilfsmittel und Geräte. Ergeben sich im Erwachsenenalter Veränderungen im Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum, kann Unterstützung bei der Ausführung der betroffenen LAs erforderlich sein, evtl. auch Übernahme durch die Pflege, und/oder Unterstützung darin, «sich an den veränderten Zustand der Abhängigkeit/Unabhängigkeit zu gewöhnen und damit fertig zu werden» (ebd.: 115). Die Pflege versteht psychosoziale Unterstützung ist als eine ihrer Aufgaben. Genaue Informationen über den Status der Abhängigkeit/Unabhängigkeit für jede einzelne LA ist für die Gestaltung der Pflege grundlegend. Dabei gilt es auch «unterstützte» Unabhängigkeit zu berücksichtigen, also bereits vorhandene Bewältigungsmechanismen, Hilfsmittel oder Geräte (vgl. ebd.: 116). Im Kontext der Pflege ist es wichtig im Bewusstsein zu halten, dass die Bewegung auf dem Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum grundsätzlich immer in beide Richtungen stattfinden kann (vgl. ebd.: 118). Zu den wichtigen professionellen Kompetenzen von Pflegenden gehören die Einschätzung der Fähigkeiten eines Menschen bezüglich LAs, die Beurteilung des aktuellen Grades an Unabhängigkeit bei jeder LA, der Bewegungsrichtung auf dem Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum, des Umfangs der benötigten Unterstützung für die Bewegung auf diesem Kontinuum sowie die Einschätzung der erforderlichen pflegerischen Unterstützung, um die vereinbarten Ziele zu erreichen und die Fortschritte im Vergleich zu den Zielsetzungen zu beurteilen (vgl. ebd.).

Sowohl die LA selbst wie auch der Grad an Abhängigkeit/Unabhängigkeit wird von *verschiedenen Faktoren beeinflusst*, die als weiteres Modellkonzept vorgestellt werden. Sie werden in fünf Faktorengruppen gebündelt: biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische<sup>81</sup> (vgl. ebd.: 77), die aus unzähligen Einzelaspekten bestehen. Sie überschneiden sich und stehen in enger Wechselwirkung miteinander, was die pflegerische Beurteilung des Einflusses schwierig machen kann. Für Einschätzen, Planen und

---

<sup>80</sup> Es besteht die Gefahr einer normierenden Wirkung solcher Werte und die Gefahr (krasser) Fehlrteile auf dieser Basis, ganz besonders weil die hohe Heterogenität im Alter die Streuung maximiert. Zudem besteht die Gefahr, dass auch Fachpersonen wider besseres Wissen die Normwerte als Richtwerte behandeln.

<sup>81</sup> Biologische Faktoren: anatomische und physiologische Leistungsfähigkeit des Körpers (vgl. Roper et al. 2009: 77f.). Psychologische Faktoren: inkl. intellektuelle/kognitive und emotionale Aspekte (vgl. ebd.: 78ff.). Soziokulturelle Faktoren: schliessen geistige, religiöse, philosophische, ethische Aspekte ein; umfassen Kultur, Spiritualität, Religion, Ethik, Gemeinschaft, Rolle, Status, Beziehungen, soziale Gruppen, soziale Schichtung/Stratifizierung und soziale Klasse (vgl. ebd.: 81ff.). Umgebungsabhängige Faktoren: Einflussfaktoren all dessen, was sich räumlich betrachtet ausserhalb des Menschen befindet, z.B. Licht, Schall, organische und anorganische Partikel, natürliche Umgebung, Gebäude (vgl. ebd.: 84ff.). Wirtschaftspolitische Faktoren, inkl. gesetzliche: Staat, Gesetz, Wirtschaft (vgl. ebd.: 88ff.)

Durchführen relevanter Pflegemassnahmen und ihrer Beurteilung sind Kenntnisse über die verschiedenen Faktoren wichtig.<sup>82</sup>

Das letzte Konzept des Lebensmodells ist die *Individualität im Leben*, die «als Ergebnis der Einflüsse aller anderen Modellkonzepte auf die LAs und der vielfältigen Wechselwirkungen untereinander» verstanden wird (ebd.: 91f.). Individualität äussert sich u.a. durch die Art, wie, wo, wann und wie oft der Mensch eine bestimmte LA ausführt, warum er sie auf eine bestimmte Weise ausführt, was er über sie weiss, was er in Bezug auf die glaubt und welche Haltung er ihr gegenüber hat (vgl. ebd.: 92). Die einzigartige Verbindung der vier anderen Konzepte kennzeichnet die Individualität. Im Pflegemodell entspricht ihr die *Individualisierung der Pflege*. Sie wird erreicht durch die Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten bei jeder LA in jedem Schritt des Pflegeprozesses und durch die Beteiligung der Patienten/Klientinnen in jedem dieser Schritte (so weit und so aktiv wie möglich).

Roper et al. konzeptualisieren ihr Pflegemodell analog zum vorgestellten Lebensmodell (schematisch dargestellt in Anhang 1). Pflegemodell und Lebensmodell unterscheiden sich im fünften Konzept; im Lebensmodell geht es dort um die Individualität im Leben, im Pflegemodell um die Individualisierung der Pflege. Anliegen des RLT-Ansatzes ist eine nur minimale Störung der Lebensstrukturen, wo professionelle Pflege nötig ist (Ausnahme, wo die Hilfe zum Umgang mit einem veränderten Lebensstil erforderlich ist). Dafür bemühen sich die Pflegenden, auf der Basis der ersten vier Konzepte die Individualität der Person im Leben zu erkennen, um sie in der Planung und Ausführung der Pflege berücksichtigen zu können.

Dem RLT-Modell wurde v.a. von Fraser (1990, 1996) vorgeworfen, übermässig physisch und physiologisch orientiert zu sein (vgl. Roper et al. 2009: 184), was die Autorinnen mit Verweis auf die starken Möglichkeiten, mit dem Modell die psychosozialen Dimensionen zu berücksichtigen, zurückweisen.

Das Modell versteht sich als dem Konzept einer «gesundheitsfördernden Pflegepraxis» verpflichtet (vgl. Roper et al. 2009: 181). Die relative Unabhängigkeit des RLT-Ansatzes vom medizinischen Modell wurde in der Rezeption immer wieder kritisiert. Die Autorinnen selbst verweisen auf eine Koexistenz, die besondere Stärken hervorbringen kann, «da Ärzte und Pflegenden und alle anderen im Gesundheitsteam Tätigen immer mehr gefordert sind, in der alltäglichen Pflege und Betreuung von Patienten, Familien und Gemeinschaften enger zusammenzuarbeiten.» (Roper et al. 2009: 180) Nach dem RLT-Pflegemodell werden den Pflegenden mehr Kompetenzen zugeschrieben und grössere Entscheidungsspielräume zugesprochen (Empowerment der Mitarbeitenden, vgl. ebd.: 182).

---

<sup>82</sup> Explizit genannt werden bei Roper et al. Humanbiologie, Einschätzung der Kognition (u.a. im Zusammenhang mit Verständnisprozessen und Lernfähigkeit) und der emotionalen Situation (wichtig im Zusammenhang mit Bewältigungsmechanismen; biografische Informationen können einen Zugang dazu liefern), Berücksichtigung soziokultureller und individueller Haltungen zu Krankheit/Gesundheit (vgl. ebd.).

## **2.2.5 (Langzeit-)Pflege als soziales Feld**

Für die folgende Analyse gelten dieselben Vorbemerkungen wie zu Kap. 2.1.5.

### **2.2.5.1 Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen**

Für die Analyse des sozialen Feldes der Pflege wird im Folgenden nicht nur vom Lebensaktivitätenkonzept nach Roper, Logan und Tierney (RLT-Modell genannt) im Hinblick auf die Feldkategorien nach Bourdieu ausgegangen, sondern auch auf Schroeter abgestützt, der in zahlreichen Publikationen die Pflege ausführlich und detailliert als figuratives bzw. soziales Feld analysiert hat (vgl. u.a. Schroeter 2004a, 2006).

«Mit dem *figurativen Feld der Pflege* wird ein differenzierter (und in eine Vielzahl von Subfeldern untergliederter) gesellschaftlicher Teilbereich im Gesundheitssystem mit spezifischen und spezialisierten Akteuren umrissen, der über eigene materiale und soziale Ressourcen verfügt und nach eigenen Regeln und Logiken funktioniert.» (Schroeter 2004b: 141). Die Unterfelder (z.B. Akutpflege, Gesundheitspflege, Pflege bei Gesundheitsproblemen, Altenpflege), die sich wiederum in Unterfelder differenzieren lassen (z.B. kurative, präventive, rehabilitative Pflege oder Selbstpflege, Laienpflege, professionelle Pflege oder stationäre, teilstationäre, häusliche Pflege) funktionieren teilweise nach eigenen Logiken, mit differenzierten eigenen Strukturen. Pflege ist kein eindeutig definierter Begriff. Im Positionspapier «Perspektive 2020» des Berufsverbandes SBK wird professionelle Pflege in Übereinstimmung mit dem International Council of Nurses ICN definiert (vgl. SBK 2011)<sup>83</sup>.

Die Aufgaben der Pflege umfassen Förderung und Erhaltung der Gesundheit, Vorbeugen gegen Krankheiten, Pflege bei Erkrankungen und körperlichen Dysfunktionen sowie im Sterbeprozess, oft in enger Zusammenarbeit mit ärztlichen Fachpersonen (bestimmte pflegerische Tätigkeiten werden nach wie vor von ärztlichen Fachpersonen angeordnet, z.B. die Medikamentenabgabe) (vgl. u.a. Roper et al. 2009: 121ff.). Roper et al. verweisen auf die Zunahme und Rolle von unabhängigen (von der Pflege initiierten) gegenüber abhängigen (von der Ärzteschaft angeordneten) Aspekten der Praxis (vgl. ebd.: 180).

Die biologischen Einflussfaktoren auf die Ausführung von Lebensaktivitäten (LAs) stehen in der Pflege seit jeher besonders im Fokus. Wissen um die Komplexität und Wechselwirkung der verschiedenen Körpersysteme und ihrer möglichen Dysfunktionen gehört zum Grundwissen von Pflegefachpersonen. Als Bezug für die Wertung als Krankheit bzw. Dysfunktion gelten altersabhängige Normbereiche biologischer Funktionen mit individuellen Abweichun-

---

<sup>83</sup> «Professionelle Pflege (durch diplomierte Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner) umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schliesst die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.» (SBK 2011: 6)

gen. Daraus ergibt sich auch das relevante Wissen für die Aufgaben der Förderung und Erhaltung von Gesundheit und der Vorbeugung von Krankheit.

Herrschte früher der Blick auf den «defizitären Körper» der Patientin/des Patienten vor, auf dessen Defizit mit arbeitsteilig organisierten Pflegeverrichtungen geantwortet wurde, gelten heute patientenorientierte Bereichs- und Bezugspflege als «state of the art». Als Aufgabenfeld der Pflege gilt der ganze Mensch als unteilbare Einheit aus biologischen, psychologischen und psychosozialen Aspekten. Mit einer Praxis nach aktuellen Pflegemodellen, z.B. dem RLT-Modell, löst sich die Pflege von dem lange Zeit bestimmenden medizinischen (krankheitsorientierten) Modell und integriert Aspekte der Gesundheitspflege und der Lebensgestaltung von Patientinnen und Patienten. Die Verlagerung der Betonung von Krankheit auf Gesundheit spiegelt sich auch im Selbstverständnis, wie es nationale und internationale Berufsverbände vertreten (vgl. SBK 2011), und in den Konzepten der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Pflegerisches Tun tangiert die körperliche Integrität der Patientinnen und Patienten, teilweise bei eingeschränkter Entscheidungs- und Reaktionsfähigkeit und in einem Kontext von deutlichem Wissens- und Machtgefälle. Das Tätigkeitsfeld unterliegt deshalb starken Reglementierungen, sowohl auf rechtlicher wie auf struktureller Ebene. Limitierend und regulierend wirkt sich auch ein ständig präsender und steigender Kostendruck im Gesundheitswesen aus. Verschiedene Faktoren verstärken diesen Trend: einerseits die fachliche, technologische und pharmazeutische Entwicklung im medizinischen Kontext, andererseits die höhere Lebenserwartung, die eine Ausdehnung fragiler, abhängiger und pflegebedürftiger Lebensjahre mit sich bringt. Deshalb verlangen die Kostenträger die Belegbarkeit von Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Leistungen. Eine Vielzahl von Richtlinien, Standards und Planungs-/Erfassungsinstrumenten strukturieren und steuern pflegerisches Handeln. Leitwissenschaft ist dabei grösstenteils die Medizin (z.B. bei den auch für die Pflege geltenden Richtlinien der SAMW – Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften).

Der Pflegealltag wird von Pflegestandards sowie von pflegerischen Routinen und Ritualen bestimmt. Wichtige Elemente sind darin neben der Sicherung von «best practice»-Know-how u.a. die Schaffung einer stimulierenden Umgebung, die sorgfältige Abwägung und Berücksichtigung von Möglichkeiten der Eigenaktivität der Patientinnen und Patienten bei der Übernahme von Pflegehandlungen und die Unterstützung bei der Aneignung bzw. Anwendung von Bewältigungsmechanismen – soweit das in der zur Verfügung stehenden Zeit möglich ist. Strukturierend wirkt der Pflegeprozess als schrittweise logische Vorgehensweise. Seine Ausgestaltung im Detail hängt vom zugrunde liegenden Pflegemodell ab, wobei die Schritte grundsätzlich planungsprozestypisch und nicht feldtypisch sind.<sup>84</sup> Im ersten Schritt geht es um das

---

<sup>84</sup> Bei Roper et al. (2009) gliedert sich der Pflegeprozess in vier interaktiv miteinander verflochtene Phasen, andere Modelle kommen auf 6–7 Schritte. Immer geht es um ein ähnlich aufgebautes strukturiertes Vorgehen zur Vorbereitung, Planung, Durchführung und Auswertung der Pflegemassnahmen. Die Schritte bei Roper et al. sind: Ein-

Sammeln von Informationen von der und über die Person, die Prüfung der gesammelten Information, die Identifizierung der aktuellen und der potenziellen Probleme mit den jeweiligen LAs, die Festlegung der Rangfolge der Probleme (Priorisierung) sowie die Dokumentation all dieser Informationen (vgl. Roper et al. 2009: 144f.). Dann werden die (realisierbaren) Ziele für die erkannten Probleme festgelegt (in Zusammenarbeit mit den Betroffenen); sie müssen messbar sein und mit einem Zeitpunkt versehen werden. Zur Erreichung dieser Ziele wird nach Abschätzung der Ressourcen im Pflegekontext (betreffend Person, Einrichtung, Personal und räumlichen Bedingungen) ein detaillierter Plan über alle notwendigen Pflegemaßnahmen erstellt und so dokumentiert, dass andere Pflegende ihn nachvollziehen können. Er beschreibt, was wann und wie zu tun ist. Begleitet wird der Pflegeplan im Alltag vom Pflegebericht, in dem Beobachtungen und Zusatzinformationen der täglichen Arbeit festgehalten werden. In der Umsetzung des Pflegeplans (Implementation der Maßnahmen) wird üblicherweise mehr getan, als explizit in der Dokumentation festgehalten ist. Im Verlauf des Pflegeprozesses wird ständig weiter beobachtet, werden zusätzliche Informationen gesammelt und dokumentiert. Bei der Priorisierung der erkannten Probleme haben lebens- oder gesundheitsbedrohende Probleme Vorrang vor weniger akuten. Heute gilt es angebracht, dass die Person selbst und ggf. Angehörige über die Rangfolge der Pflegeprioritäten mitentscheiden (vgl. ebd.: 156). Jeder Schritt und jede Handlung im Pflegeprozess sind systematisch und detailliert zu dokumentieren. Dafür werden in der Praxis verschiedene Instrumente verwendet, wobei sich computergestützte durchsetzen. Die Tendenz geht zu multiprofessionell nutzbaren Systemen, d.h. dasselbe Instrument wird von verschiedenen Professionen desselben Gesundheitsdienstes verwendet (z.B. von Ärzteschaft, Pflege, medizinischer Therapie). Die stete Dokumentation erfüllt verschiedene Funktionen: Sie unterstützt die Weitergabe von Informationen an andere Pflegende, damit diese möglichst uneingeschränkt Pflegedienste übernehmen können, dient der Rechnungslegung für die erbrachten Leistungen, dem Controlling und der Qualitätssicherung, liefert den Verantwortlichen Tatsacheninformationen bei Abweichungen von der Planung, steht bei allfälligen juristischen Auseinandersetzungen als Material zur Verfügung und kann als Datenbank für die Pflegeforschung genutzt werden (vgl. ebd.: 162). Genauigkeit und Qualität bei der Erstellung der Dokumentation sind eine wichtige Anforderung an die damit betrauten Fachpersonen. Die Berechtigung dafür wird institutionell geregelt, üblicherweise in Abhängigkeit von Funktion und Ausbildungsniveau der Pflegeperson. Der Zeitaufwand für die umfassende Dokumentation ist beträchtlich und wird von Pflegenden in der Praxis teilweise als notwendiges «Muss» den «eentlichen» Pflegeaufgaben im unmittelbaren Kontakt mit den Patientinnen und Patienten gegenübergestellt. Mit der umfassenden Datenerhebung und -festhaltung sind strenge Datenschutzgesetze und ein

---

schätzen (Pflegeassessment oder -anamnese) – Planen (Pflegeplanung) – Durchführung des Pflegeplans (Pflegeimplementation) – Bewerten (Pflegeevaluation). Jürgen Georg weist darauf hin, dass der Schritt des Assessment in den neueren Ansätzen in die beiden Teilschritte Pflegeassessment und Pflegediagnose differenziert wird, womit die Identifikation von Problemen zu einem eigenständigen Prozessschritt wird (vgl. ebd.: 227).

besonderes Bewusstsein für die Verantwortlichkeit und persönliche Haftung verknüpft. In der Langzeitpflege übliche Pflegebedarfserfassungs- und -dokumentationsinstrumente<sup>85</sup> verknüpfen Assessment- mit Bedarfs- und Planungsinformationen und «produzieren» auf der Basis der einzugebenden Daten durch logarithmische Verknüpfungen mit Richtwerten und Leistungsstandards standardisierte Vorschläge, die «präzise, einheitlich und transparent» erfassen, was an Körperpflege, Ernährung, Kommunikation oder Rehabilitation nötig ist (vgl. Schroeter 2004b: 152). Solche Instrumente werden von Kostenträgern entwickelt und dienen hauptsächlich der Kontrolle der erbrachten Leistungen im Hinblick auf deren Finanzierung.

In einer ganzheitlichen Pflege, in der die pflegerische Zuständigkeit mehrere Lebensbereiche umfassen kann, kommen mit Blick auf Lebenswelt, Lebensführung und Lebensqualität zu den körperbezogenen Items zusätzliche Beobachtungsbereiche in den pflegerischen Blick und die Dokumentation. Unter dem Anspruch von Ganzheitlichkeit kann der pflegerische Blick zu einem Überwachungssystem werden, in dem die zu pflegende Person vollständig erfasst, geprüft und unter pflegerische Kontrolle gestellt wird.<sup>86</sup> Das ist in einer kürzerzeitigen Akutsituation einigermaßen überschaubar, kann aber in einer Langzeitsituation die Privatheit bedrohen, was eine gewisse Gefahr von Resignation der Betroffenen birgt.

In der Pflege spielen Diskurs, Praxis, Wissen und Macht jeweils in spezifischer Weise zusammen.<sup>87</sup> Heute ist der Wissensstand der Patientinnen und Patienten (oder ihrer Angehörigen) über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten im Allgemeinen relativ hoch (Zugang zu Informationen z.B. über das Internet). Die Berücksichtigung dieser Tatsache und des Wissensstandes selbst gehört zum pflegerischen Tun. Das Recht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung für die Gesundheit werden immer stärker als Grundprinzipien der Gesundheitsversorgung angesehen. In der Folge ist heute Patientenbeteiligung während des gesamten Pflegeprozesses vorgesehen, wann immer möglich und möglichst aktiv (Roper et al. 2009: 142). Das ist eine neuere Entwicklung. «Früher haben Patienten im System der Gesundheitsversorgung alles akzeptiert, was mit ihnen geschah, in der Annahme, dass der Arzt und die Pflegeperson ‚alles schon am besten wüssten‘.» (ebd.: 143)

Das dominierende ökonomische Verständnis von Produktivität in der Gesellschaft beeinflusst auch den Aussenblick und den Handlungsrahmen pflegerischen Handelns. Im Zusammenhang mit den steigenden Gesundheitskosten und Bedenken bezüglich der langfristigen

---

<sup>85</sup> Im Langzeitbereich sind in der Schweiz v.a. BESA (BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) und RAI (Resident Assessment Instrument) verbreitet, welche die Situation der älteren Menschen in der Langzeitpflege präzise mit Ressourcen und Pflegebedürfnissen erfassen sollen und die – elektronisch geführt – auch die Auswertung von Daten auf übergeordneter Ebene erlauben.

<sup>86</sup> Deswegen beschreibt Schroeter die pflegerische Situation in Anknüpfung an Goffman als totale Inklusion in eine «Lebenswelt ohne soziale Hinterbühne» (Schroeter 2002a nach Schroeter 2004b: 151), wo man beobachtet, versorgt, behandelt und sozial diszipliniert wird.

<sup>87</sup> Schroeter versteht deshalb Pflege im foucaultschen Sinn als Dispositiv, als «heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Äußerungen, philosophische, moralische oder philanthropische (sic!) Lehrsätze (...) umfasst. (...) Das Dispositiv selbst ist das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann.» (Foucault 1978: 119f., zitiert nach Schroeter 2004b: 147f.). In diesem Netz stehen Diskurs und Praxis komplementär zueinander in Beziehung, Wissen und Macht verschränken sich neu (vgl. ebd.: 148).

Finanzierbarkeit<sup>88</sup> spielen im politischen Diskurs deshalb Effizienz und Effektivität eine zentrale Rolle.<sup>89</sup> Standardisierte Abläufe und Pflegeerfassungsinstrumente sollen helfen, die Kosten im Griff zu behalten. Sie, die personelle Situation und Kostenvorgaben stehen oft dem Anliegen entgegen, in Alterseinrichtungen und in Langzeitpflegeeinrichtungen «den Menschen zu helfen, ihre Unabhängigkeit bei der Ausführung der LAs so weit wie möglich zu erhalten, aber auch eine Atmosphäre und entsprechende Umgebung zu schaffen, in der sich ältere Menschen möglichst wie ‚zu Hause‘ fühlen können.» (ebd.: 112f.). Dem starken Druck zur ökonomischen Rahmung kann sich die Profession nicht ganz entziehen, setzt ihm aber das Einfordern der nötigen Ressourcen für die Umsetzung der Pflege nach professionseigenen Standards entgegen (vgl. ebd.: 245). Mischo-Kelling warnt, dass ein ökonomisches Verständnis für die Pflege kontraproduktiv sei und es «systembedingt eher zu einer Vernichtung als zur Aufrechterhaltung der für den Patienten wichtigen Ressourcen führt.» (ebd.: 251)

Die Berücksichtigung der Individualität von Klientinnen und Patienten gehört mehr und mehr zum Auftrag der Pflege. «Die heutige Tendenz zur individualisierten Pflege mithilfe des Pflegeprozesses (...) bietet Langzeitpatienten dagegen einen Weg, ihre Individualität im Leben – d.h. ihre Individualität in Relation zu den relevanten LAs – beizubehalten.» (ebd.) Eine solche Pflege baut auf dem Grundprinzip auf, dass einem Menschen (egal welchen Alters) nie die noch vorhandene Unabhängigkeit bei der Ausführung bestimmter Lebensaktivitäten entzogen werden soll (vgl. ebd.: 117). Dem können allerdings strukturelle Bedingungen entgegenstehen (Personal-, Zeitmangel, betriebswirtschaftliche Vorgaben). Der Schwerpunkt der Pflege liegt darin, den Menschen zu ermutigen, eine grösstmögliche Unabhängigkeit bei den Lebensaktivitäten zu gewinnen oder wiederzugewinnen, und ihn dabei zu unterstützen und anzuleiten.

Gesundheit und Krankheit werden verstanden als «Produkte eines komplexen Spektrums sowie der Interaktion von internen und externen Faktoren» (ebd.: 181), was nicht nur die Individualität der Patientinnen und Patienten einschliesst, sondern auch das Umfeld, Familien und Gemeinschaften. In unterschiedlichem Mass sind Selbstpflege und Kompetenzen des/der Pflegebedürftigen, Sorgearbeit von Angehörigen und professionelle Kompetenz der Pflegefachkräfte aktiv an der Pflege beteiligt, wodurch eine Koproduktionssituation entsteht (vgl. Schroeter 2004b: 156).

---

<sup>88</sup> Bezüglich medizinisch-pflegerischem Kontext ist im öffentlichen Diskurs die Rede von der Kostenexplosion ständig präsent. Immer wieder wird die Frage nach der mittel- und längerfristigen Notwendigkeit der Kontingenzierung von Leistungen aufgeworfen. Ein weiteres präsent Thema sind die Auswirkungen der demografischen Veränderungen. Die Anzahl hochaltriger Menschen mit höherem Krankheits- und Pflegebedarfsrisiko wird erwartungsgemäss weiter steigen, während es proportional weniger Menschen im Erwerbsalter geben wird, die diese Menschen versorgen können (vgl. Roper et al. 2009: 112). Diese Entwicklung wird oft unter dem Begriff «Pflegenotstand» diskutiert.

<sup>89</sup> Schroeter und Rosenthal stellen fest, dass ein Krankenhaus zugleich an zwei verschiedenen Zielorientierungen ausgerichtet funktioniert: am Sachziel der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und am Formalziel einer zweckoptimierten, organisatorisch und betriebswirtschaftlich vertretbaren Betriebsführung (vgl. Schroeter/Rosenthal 2005: 19). Die Pflegenden sind oft in dieser widersprüchlichen Logik gefangen.

Professionelle Pflege ist als Teil des Gesundheitssystems abhängig von gesellschaftlichen Bedingungen (vgl. Roper et al. 2009: 20). In einer Gesellschaft, in der zunehmend die Eigenverantwortung auch für die eigene Gesundheit in Fokus steht, werden die Patientinnen und Patienten und v.a. die Bewohnenden in Alters- und Pflegeeinrichtungen zunehmend zu Kundinnen und Kunden bzw. Konsumentinnen und Konsumenten betreuerischer und pflegerischer Leistungen.<sup>90</sup> «Pflegerische erbringen für die Gesellschaft pflegerische Dienstleistungen, die auf dem für die Pflegepraxis spezifischen Wissen basieren, das unter anderem in konzeptuellen Modellen und Theorien artikuliert wird.» (Mischko-Kelling in Roper et al. 2009: 252)

Die Abhängigkeit vom medizinischen Feld ist in den meisten Subfeldern der Pflegepraxis nach wie vor stark, doch entwickelt sich, ausgehend besonders von den nicht-akut-pflegerischen Subfeldern, ein eigenes selbstreferenzielles Regelsystem der Pflege und damit eine gewisse Selbstständigkeit. Die Pflegewissenschaft spielt dabei eine zentrale Rolle.<sup>91</sup> Die Ausrichtung der Pflege nach Modellen wie dem der ATLS führt zu einer neuen Arbeitsbeziehung zwischen Medizin und Pflege (vgl. ebd.: 248) sowie zwischen Pflegenden und zu Pflegenden. Das Konzept der Lebensaktivitäten (LAs) und ähnliche Ansätze lösen die Pflege von der «einseitigen Krankheitsorientierung, die im ‚medizinischen Modell‘ vorherrschend sei und die Gesundheitsversorgung des 20. Jahrhunderts dominiert habe.» (ebd.) Dabei bietet die Rückbindung der LAs an den Körper und seine Funktionsfähigkeit eine gemeinsame Plattform für Medizin und Pflege. Der Bereich der Pflege wird eigenverantwortlicher, autonomer, «im Mittelpunkt steht die Unterstützung des Patienten bei der Aufrechterhaltung seiner gewohnten Alltagsroutinen, die durch Krankheit, aber auch durch die entsprechende medizinische Behandlung erheblichen Veränderungen ausgesetzt sein können.» (ebd.: 249). Massgeblich ist dabei die Aufmerksamkeit der Pflegepersonen auf die zu pflegende Person statt auf die medizinische Diagnose, auf den Alltag und den Unterstützungsbedarf dabei statt auf mikrobiologische Vorgänge (vgl. ebd.: 250). Die Konkretisierung hängt ab von den Schwerpunkten des jeweiligen Pflegemodells (bedürfnis-, interaktions-, ergebnisorientierte Pflege; vgl. z.B. Meleis 1999; Schaeffer et al. 2008).

Der Anspruch der Pflege auf professionelle Autonomie und Selbstreferenzialität drückt sich auch aus in der Entwicklung und Ausbreitung des Konzeptes der «Pflegediagnosen», worunter eine umfassende Einschätzung der Situation von Adressatinnen und Adressaten und Darstellung der erkannten Probleme mittels Pflegeeinschätzung durch Pflegefachpersonen verstanden wird.<sup>92</sup> Pflegediagnosen beschreiben Probleme, die durch Pflegehandlung-

---

<sup>90</sup> Das ist einerseits einer Veränderung der Selbstbestimmungsrechte (vgl. neues Erwachsenenschutzrecht) und der Rollen im Pflegekontext geschuldet, hängt aber ganz stark mit Finanzierungsthemen zusammen (Kontrolle durch die Patientinnen und Patienten, Trennung von Betreuungs- und Pflegeleistungen, wobei Betreuungsleistungen die nicht als Pflege deklarierten Leistungen umfassen und von den zu Pflegenden selbst zu bezahlen sind).

<sup>91</sup> Es stellt sich die Frage, ob die Pflegewissenschaft derzeit nicht als eigenes soziales Feld zu betrachten wäre.

<sup>92</sup> «Nimmt man als konzeptionelle Grundlage die Lebensaktivitäten (LAs) und andere Elemente des RLT-Modells von Roper, Logan und Tierney (2002) zu Hilfe, dann kann man Pflegediagnosen wie folgt definieren: ‚Eine *Pflegediagnose* ist eine unterscheidende Beurteilung, die von professionell Pflegenden nach einem einschätzenden Pflegeassessment – bestehend aus Beobachtung, Interview, körperlicher Untersuchung und Ressourcenabschät-



gen beeinflusst werden können. Der Begriff ist umstritten, weil «Diagnose» im Gesundheitswesen zunächst mit der ärztlichen Diagnose assoziiert wird, gleichzeitig drückt sich darin das Begehren auf Gleichrangigkeit aus eigener Professionsexpertise aus. Das Konzept der Pflegediagnosen wird besonders im Kontext von Langzeitpflege, die durch die demografische Entwicklung zu einem der gewichtigsten Subfelder von Pflege geworden ist und weiter wächst, zunehmend wichtig.<sup>93</sup>

### **2.2.5.2 Akteure/Akteursgruppen**

*Pflegepersonen* verstehen ihre berufliche Kernaufgabe zumeist als Arbeit direkt mit und an den *Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern*<sup>94</sup> («am Bett»). Aufgaben und Kompetenzen sind von Ausbildungsniveau (vgl. Kap. 2.2.1), Spezialisierung und Funktion abhängig und strukturell wie institutionell eindeutig geregelt. Die Unterschiede in der Deutungs- und Handlungsautonomie von Fachpersonal mit Diplomabschluss und Pflegehilfspersonal sind sehr gross. Die zu Pflegenden sind heute in allen Schritten des professionellen Tuns (Pflegeprozesses) einzubeziehen: zu informieren, an Entscheidungen zu beteiligen, es sind mit ihnen Absprachen und Pflegevereinbarungen auszuhandeln und festzuhalten. In der Praxis ist diese Beteiligung beim teilweise überwältigenden Wissens- und Kompetenzgefälle gegenüber den Adressatinnen und Adressaten der Pflege in praktisch allen Pflegekontexten schwierig. Auch wenn der Dienstleistungscharakter in den Vordergrund rückt, bleibt das Gefälle gross. In den meisten Kontexten spielen *Angehörige* von Patientinnen und Bewohnern im Zusammenhang mit Information, Entscheidungsfindung, Anleitung zur Laienpflege usw. eine nicht unerhebliche Rolle.

---

zung – gemacht wird. Diese Beurteilung bezieht sich auf die Art, die möglichen Einflussfaktoren und die Merkmale oder Risikofaktoren für aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme oder -syndrome und -entwicklungspotenziale von Individuen und Familien, deren Unabhängigkeit hinsichtlich der Lebensaktivitäten (LAs) beeinträchtigt oder entwicklungsfähig sind. Pflegende sind für das Stellen von Pflegediagnosen zuständig und verantwortlich. Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Interventionen auszuwählen, planen und durchführen zu können und um gemeinsam vereinbarte Ziele und angestrebte Ergebnisse erreichen und bewerten zu können (Georg, 2006)'.» (Jürgen Georg in Roper et al. 2009: 228)

<sup>93</sup> Bereits länger in der Praxis verbreitet sind Case- und Care-Management-Modelle. Care-Management zielt auf die Koordination und Steuerung der Versorgungsstrukturen, setzt also an der Schnittstelle von Organisations- und Gesellschaftsebene an (vgl. Schroeter 2004b: 155), wobei die Steuerung des gesundheitlichen und pflegerischen Leistungsprozessen durch einen zentralen Akteur unter marktwirtschaftlichen Bedingungen erfolgt (vgl. ebd.: 153). Im Case-Management (CM) wird einzelfallbezogen die Person durch den Versorgungsprozess geleitet, damit sie so schnell wie möglich die als effizient erachtete Behandlung bekommt und stationäre Unterbringungen vermieden werden können. Zu den Zielen gehört die Verwirklichung grösstmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, auch bei gravierenden gesundheitlichen Belastungen oder chronischen Krankheiten (organisierte Empowermentstrategie). Die CM-Leistung wird entweder durch neutrale Instanzen, durch Leistungserbringer oder durch Kostenträger erbracht. Auch im CM kommt eine ambivalente Beziehung von Hilfe und Kontrolle zum Tragen: der hilfebedürftige Mensch wird zu einem beschreibbaren, analysierbaren Gegenstand, zu einem handhabbaren Fall (case). Das CM muss ständig zwischen den verschiedenen Feldsegmenten und den unmittelbar anschliessenden sozialen Feldern (z.B. Soziale Hilfe, Recht, Ökonomie, Technik) wechseln können, dafür mit der Illusio des jeweiligen Feldes vertraut sein und im richtigen Moment die passenden Bedeutungsrahmen aktivieren können. Case-Managerinnen und -manager sind Feldexpertinnen und -experten.

<sup>94</sup> Je nach Subfeld und Kontext verbreiten sich auch in der Pflege, wo traditionell aus der Logik der Krankenpflege von Patientinnen und Patienten gesprochen wird, weitere Begriffe wie Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeeinrichtungen, Klientinnen und Klienten in ambulanten und Beratungskontexten sowie Kundinnen und Kunden in Präventions- und Gesundheitsberatungskontexten.

Pflegepersonen arbeiten in fast allen Kontexten im *Pflegeteam*, in dem an Rapporten Informationen über die zu Pflegenden weitergegeben und ausgetauscht, offene Fragen diskutiert werden. Die Zusammenarbeit mit *ärztlichen Fachpersonen* ist je nach Kontext eng (in Akutsituationen) oder etwas punktueller (in Alterspflegesituationen), wobei die pflegerische Arbeit zumeist unter medizinischer Verantwortung erfolgt und mit hoher Priorität die Umsetzung von ärztlichen Anordnungen einschliesst. Hierarchische Strukturen dominieren den Kontext. Den Vorgesetzten auf Professionsstufe (Pflegedienstleitung) sind in Langzeitpflegeeinrichtungen oft medizinisch-ärztliche Vorgesetzte übergeordnet. Zentrale Koordinations- und Kommunikationsfunktionen kommen der Pflege in der Regel in der fachlich abgestimmten Zusammenarbeit mit *medizinischen Therapiefachpersonen* (z.B. Physio- oder Ergotherapie) und *Aktivierungsfachpersonen, Küche/Hotellerie* und *Betreuung* sowie weiteren *Hilfsdiensten* zu. Direkt sehr einflussreich bezüglich Struktur- und Handlungsrahmen sind *Verantwortliche und Vorgesetzte in den Trägerorganisationen* (diese können öffentlich, privat, gemeinnützig oder gewinnorientiert sein), sie gestalten und verantworten Aufbau- und Ablauforganisation<sup>95</sup>. Indirekt wirken *politische Entscheidungsträgerinnen und -träger* auf das Feld ein, deren Fokus auf eine Sicherung langfristiger Finanzierbarkeit sowie rechtlicher Absicherung gerichtet ist. Einen grossen Einfluss üben *Finanzträger* aus, mit denen auf politischer Ebene Verträge darüber ausgehandelt und geschlossen werden, was als pflegerische Leistung abrechenbar ist. Dabei werden ökonomische Berechnungen sowie organisatorische und fachliche Überlegungen mit- und gegeneinander abgewogen.

Im Weiteren versuchen *Berufs- und Fachverbände* Einfluss auf die Feldgestaltung zu nehmen. Sie bieten Weiterbildungen an und engagieren sich in der Weiterentwicklung der Profession auf inhaltlicher und struktureller Ebene. Zudem vertreten sie die Interessen der Professionsangehörigen und der Profession im sozial- und gesundheitspolitischen Diskurs.

### **2.2.5.3 Habitus**

«Pflegende unterstützen die Patienten/Klienten bei der Ausführung der LAs, wenn sie unter einem oder mehreren Problemen leiden, oder sie übernehmen die professionelle Verantwortung für die Ausführung bestimmter LAs», wenn die Betroffenen dies nicht oder nicht mehr selbst übernehmen können (Roper et al. 2009: 99). Das betrifft aktuelle wie potenzielle Probleme bei der Ausführung von LAs, gilt präventiv, kurativ und rehabilitativ und schliesst psychosoziale Unterstützung ein (vgl. ebd.: 99f.). Immer hat es im Interesse der betroffenen Menschen zu erfolgen.

«Ist ein Mensch ‚krank‘, kann es zu (aktuellen oder potenziellen) Problemen mit den LAs kommen.» (ebd.: 98) Aktuelle Probleme erfordern teilweise Unterstützung, z.B. durch Pflege, potenzielle Probleme beziehen sich auf Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie auf

---

<sup>95</sup> In der Aufbauorganisation werden die Organisationsstrukturen mit Aufgaben und Kompetenzen beschrieben, in der Ablauforganisation die Arbeitsprozesse inhaltlich, zeitlich und räumlich vorgegeben.

Krankheitsverhütung (vgl. ebd.). Die meisten Menschen erleben im Verlauf ihres Lebens Ereignisse, die sich auf die Ausführung der LAs auswirken und zu aktuellen oder potenziellen Problemen damit führen können. «Die spezifische Funktion der Pflege besteht darin, dem einzelnen Menschen dabei zu helfen, (aktuelle oder potenzielle) Probleme mit den LAs zu vermeiden, zu lindern, zu lösen oder aber positiv damit umzugehen.» (ebd.: 99) Das tut sie mit ganzheitlichem Anspruch. Wer in irgendeiner Form eine Pflegedienstleistung braucht, soll sie – soweit es die strukturellen Gegebenheiten zulassen – den individuellen Umständen angepasst («maßgeschneidert») und nicht durch die Pflegenden aufgezwungen erhalten (vgl. ebd.: 96).<sup>96</sup> Deshalb müssen die individuellen Lebensmuster der Person sowie die aktuellen oder potenziellen Probleme bei jeder LA bestimmt werden. Das betrifft den Lebensstil der Person selbst wie – je nach Situation – auch denjenigen der Familie und/oder weiterer Bezugspersonen. Unter Berücksichtigung der Individualität sind mit den Betroffenen oder ihren Angehörigen die Ziele zu vereinbaren und die pflegerische Unterstützung zu klären, die Pflege zu individualisieren (vgl. ebd.: 116). Den Pflegefachpersonen kommt dabei eine informierende und beratende Rolle zu.

Pflegefachpersonen, v.a. solche mit höherer Ausbildung, haben umfangreiche Kenntnisse um komplexe Zusammenhänge im humanbiologischen, kognitiven und emotionalen Bereich und die Wechselwirkungen mit Biografie sowie soziokulturellen und individuellen Haltungen einzubeziehen (vgl. ebd.: 77ff.). Auf diesem Hintergrund müssen sie im professionellen Kontext Beobachtetes und Handlungen beurteilen und sowohl planend wie auch kontrollierend berücksichtigen. Das Arbeiten nach dem Pflegeprozesses wird als professionell und qualitätssichernd für die Praxis verstanden. Die tägliche Wiederholung professionspraktischer Abläufe nach solchen Vorgehensweisen und die Notwendigkeit, im Alltagsgeschehen als grundlegendes Element von Fachlichkeit ständig die Vorgaben strenger Reglementierungen einzuhalten, verfestigt Denk-, Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsschemata (Habitus) stark. Das Wissen der Pflegepersonen bleibt ärztlichen Diagnosen und Weisungen nachgeordnet. In einem fachlich und technologisch rasch sich entwickelnden Umfeld besteht im pflegerischen Kontext ständig die Gefahr des Veraltens von Wissen. Gegenüber den Patientinnen und Patienten haben die Pflegenden mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung bezüglich gesundheitlichen Zusammenhängen und pflegerischen Möglichkeiten einen Vorsprung, der die Gefahr einer Voreingenommenheit bezüglich Verständnis der Interessen der Betroffenen birgt.

Pflegehilfspersonen haben sich an den Weisungen und Standards zu orientieren und sind vor allem für Betreuungsaufgaben im pflegerischen Kontext vorgesehen. Im Pflegeprozess haben sie keine steuernden und verantwortlichen Funktionen.

Die Rolle der Pflegenden hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert, dieser Umbruch dauert an. Von Helferinnen und Helfern, die die zu Pflegenden umsorgen, sind sie

---

<sup>96</sup> Allerdings lassen in vielen Pflegekontexten die strukturellen Gegebenheiten wenig «Massschneiderei» zu.

mehr und mehr zu professionellen Dienstleistenden im Gesundheitsbereich geworden, teilweise mit Anleitungs- und Supervisionsaufgaben, die in Kooperation mit den zu Pflegenden, mit Angehörigen und weiteren Fachpersonen des Umfeldes sowohl aus dem Gesundheitswesen selbst (ärztliche Fachpersonen, medizinischen Therapiefachpersonen usw.) wie auch aus weiteren Fachbereichen (z.B. Soziale Arbeit) agieren. Nach neueren Pflegemodellen haben Pflegende mehr Kompetenzen und grössere Entscheidungsspielräume (vgl. ebd.: 182), was Selbstverständnis und Handlungsorientierung verändert und zu Konflikten zwischen Professionsangehörigen unterschiedlicher Ausbildungs-«Generationen» führen kann.

#### **2.2.5.4 Doxa – Illusio**

Professionelle Pflege versteht sich heute als gesundheitsbezogene Versorgung und Betreuung<sup>97</sup> von Menschen aller Altersgruppen und in allen Lebenssituationen und schliesst neben der Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen auch die Verhütung von Krankheiten und gesundheitlichen Schädigungen sowie die Gesundheitsförderung ein. Die Pflege versteht ihre Aufgabe darin, «Menschen zu helfen, (aktuelle oder potenzielle) Probleme bei der Ausführung ihrer Lebensaktivitäten zu verhindern, zu lindern, zu lösen oder damit zurechtzukommen» (Roper et al. 2009: 177). Dabei sollen die Pflegenden «auch ihr eigenes ‚Leben‘ – ihre eigenen relevanten LAs – nicht vernachlässigen, während sie professionelle Pflege leisten.» (ebd.: 99)

Der Fokus richtet sich damit heute gleichzeitig auf Krankheit (Bewältigung des Umgangs mit Krankheiten, Neuorientierung, grösstmögliche Steigerung von Selbstständigkeit bei bleibender Krankheit oder Behinderung, Befähigung zu angemessener Selbst- oder Laienpflege, Ermöglichen eines würdevollen Sterbens) und auf Gesundheit (Erhaltung, Förderung, Wiedererlangen von Gesundheit, Vorbeugung von Krankheiten, Produktion und Verbreitung von Wissen und Techniken, um Gesundheit zu erhalten). Pflegende leisten Hilfe, unterstützen, begleiten, informieren und instruieren. Grundlage ist umfangreiches Wissen über die komplexen Zusammenhänge zwischen biologischen (physiologischen) und anderen Faktoren.

Das RLT-Modell basiert auf der Grundannahme, dass Leben als Verbindung von LAs beschrieben werden kann und die verschiedenen Varianten der Gestaltung von LAs zur Individualität im Leben beitragen. Bis ins Erwachsenenalter werden die meisten Menschen bei der Ausführung von LAs zunehmend unabhängiger, im Alter kann bei einzelnen oder mehreren LAs die Abhängigkeit wieder zunehmen, häufig kommen Einschränkungen in Mobilität und Selbstpflege vor.<sup>98</sup> Der Verlust kann sich allmählich vollziehen und tritt selten bei allen LAs gleichzeitig auf (ebd.: 116).

---

<sup>97</sup> Die Rehabilitation ist anderen Berufsfeldern der medizinischen Therapie zugeordnet: Physiotherapie, Ergotherapie usw.

<sup>98</sup> Pflege besteht nach Schröck (1988: 86) primär darin, kranken Menschen als helfendes und unterstützendes Tun bei den alltäglichen Aufgaben beizustehen, die Erwachsene in unserer Kultur üblicherweise selbstständig, unabhängig und kompetent durchführen können (nach Schroeter/Rosenthal 2005: 21).

Pflege agiert auf Wunsch und Bedarf der Patientinnen und Patienten und soll in die Lebensstrukturen nur so minimal wie möglich eingreifen. Sie ist meist tätig im persönlichen und intimen Bereich eines Menschen und hat oft mit situativem oder andauernden Verlust von Unabhängigkeit bei einzelnen oder mehreren LAs zu tun. Damit ist sie immer wieder konfrontiert mit dem Thema Würde, das individuell unterschiedlich wahrgenommen und gleichzeitig durch gesellschaftliche Normen und Leitwerte geprägt ist. Grundregel und -haltung im pflegerischen Tun muss immer sein, dass auch bei höchster Abhängigkeit in mehreren LAs die Würde des Menschen unantastbar bleibt. Pflegerische Tätigkeiten dürfen die Würde und Selbstachtung des Menschen nicht verletzen (vgl. ebd.: 118).

Zur professionellen Pflege gehört eine professionelle Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten/Klientinnen, bei der Patientinnen/Klienten nach Möglichkeit autonom und urteilsfähig bleiben. Sie (und ggf. Angehörige) sind im Pflegeprozess einzubinden und so zu informieren, dass sie nicht nur wissen, worum es geht, was mit ihnen geschieht, sondern dass Prioritäten, Pflegeziele und -massnahmen mit ihnen abgesprochen werden. Mit Ausnahme der LA «Atmen» hängt die Rangfolge der LAs von den gegebenen Umständen und persönlichen Kriterien der zu Pflegenden ab, doch ist das Prinzip der Vorrangigkeit der zum Überleben und für die Sicherheit notwendigen Aktivitäten bei akuten körperlichen oder geistigen Erkrankungen sowie in lebensbedrohlichen Situationen so stark (vgl. ebd.: 103), dass es sich im Normalfall auch in Langzeitkontexten und der Alterspflege nicht (ganz) abschütteln lässt.

Die Anerkennung, dass Vermeidung von Problemen zu den Kernaufgaben der Pflege gehört, und ein wachsendes Bewusstsein dafür, dass Gesundheit und Krankheit des Menschen eng mit seinem Lebensstil verknüpft sind, gestützt von Forschungsergebnissen im medizinischen Kontext, führte in den letzten Jahrzehnten zu einer zunehmenden Berücksichtigung von psychologischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Aspekten im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen und der Frage, «wie all diese Faktoren zusammen die Reaktionen eines Patienten und die Maßnahmen der Pflege beeinflussen können» (ebd.: 19).

Im Hinblick auf eine adäquate (ganzheitliche) Pflege, die individualisiert gestaltet werden soll, werden umfangreiche Informationen über die Person (und einen Teil ihres Umfeldes) zusammengetragen, dokumentiert, ausgewertet und in den Schritten des Pflegeprozesses berücksichtigt.<sup>99</sup> «Die Individualisierung der Pflege erfolgt durch die Umsetzung des Pflegeprozesses

---

<sup>99</sup> Schroeter weist darauf hin, dass auch in einer ganzheitlichen Pflege, die Körper, Geist und Seele gleichermaßen berücksichtigen will, der Blick in der Praxis primär auf den Körper gerichtet ist (vgl. Schroeter 2004b: 149). Beobachtungsmethoden, Dokumentationsformen sowie Untersuchung und Behandlung sind stark körperzentriert. Insofern stimmt der Bezug der Pflege mit der medizinischen Orientierung überein: Krankheit zeigt sich in Symptomen und Indikatoren, die Hinweise geben darauf, was eintreten wird (prognostisch), was vorausgegangen ist (anamnetisch) und was sich gerade ereignet (diagnostisch) (vgl. Foucault 1991b nach Schroeter 2004b:149). «Der medizinische Blick registriert Häufigkeiten und Abweichungen, Regelmäßigkeiten und Unregelmäßigkeiten. Alles wird sorgsam erfasst und in einem medizinischen Tableau dokumentiert. Aber auch in der Pflege findet sich dieser verobjektivierende und klassifizierende Blick» (ebd.: 150). Informationen werden systematisch gesammelt und miteinander in Beziehung gesetzt, auf dieser Basis werden Pflegeziele (messbare, in genauen, quantitativen Begriffen), Pflegezeiten und Pflegeorte strukturiert und kontrolliert, durch Vergleiche von Patientendaten «Normalitäten» definiert, wobei Abweichungen in den Fokus von Überwachung und Interventionen genommen werden (vgl. ebd.).

in die Praxis» (ebd.: 96); es wird davon ausgegangen, dass der Pflegeprozess Individualisierung ermöglicht und sichert.<sup>100</sup>

Auch wenn in gewissen Kontexten die Abhängigkeit von der Medizin gross bleibt (am stärksten im Akutbereich), beansprucht die Pflege als Fach und als Praxis eine eigenständige Expertise. Sie versteht ihr Tun als kooperative Aktivität mit eigenem Wissen und Können, das eng mit der Medizin, Fachpersonen der medizinischen Therapie und weiteren medizinischen Hilfsprofessionen (z.B. Diätassistentinnen und -assistenten) zusammenwirkt. Das Zugeständnis der Eigenständigkeit ist in der Praxis allerdings nicht allgemein anerkannt.

Trotz der komplexen Herausforderungen an die Pflege in der Praxis darf nicht davon ausgegangen werden, «dass einzelne Pflegepersonen oder ein Stationsteam von sich aus aktiv Gebrauch von pflegetheoretischen Ansätzen machen.» (Mischo-Kelling in Roper et al. 2009: 250) Theoriegeleitete Arbeit kann nicht selbstverständlich angenommen werden; die enge Einbindung der Berufspraxis in Reglementierungen hemmt grundsätzlich theoriegeleitetes Handeln.

### **2.2.5.5 Kapital/Handlungsressourcen**

Das Grundkapital auf dem Feld der Pflege sind akute oder potenzielle gesundheitliche Probleme, die Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen (können). Im Unterschied zur Medizin, in der es um Diagnose, Festlegung und Veranlassung, ggf. auch Durchführung von Therapie geht, richtet sich die Pflege aus auf Beratung, Unterstützung und Hilfe im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten (LAs). Die Spannungsfelder von krank–gesund und gesundheitsbezogen angewiesen–hilfend sind konstitutiv für das Feld der Pflege.

• *ökonomisches Kapital*: Trotz gesellschaftlicher und politischer Anerkennung der Notwendigkeit der Pflege und einer volkswirtschaftlich gesehen höchst gewichtigen Ausstattung des Feldes mit ökonomischem Kapital besteht auf dem Hintergrund der Entwicklung medizinischer und technischer Möglichkeiten und der demografischen Entwicklung ein ständiger, gewichtiger Spardruck. Besonders stark wirkt er sich einerseits bei personalkostenrelevanten Grössen (Stellenpläne, Qualifikationsschlüssel und Lohnniveaus) aus, andererseits in den Verhandlungen und Diskussionen um die Abrechenbarkeit von Leistungen und die Kostenverteilung unter den verschiedenen Kostenträgerinnen und -trägern. Die Verhandlungen darüber werden von einer (gewinnorientierten) Aktiengesellschaft der Heime (BESA Care AG) mit der öffentlichen Hand und den Krankenkassen geführt, der Professionsverband SBK ist kein Verhandlungspartner. Die Finanzierung der Leistungserbringung in der Pflege wird somit vom Rahmen vorgegeben. Auch in wirtschaftlich schwierigen Situationen ist die Freigabe ökonomischer Mittel für die Pflege grundsätzlich unumstritten, gerungen wird dann um

---

<sup>100</sup> Wenn in den Assessment-Schritten die Selbstbeurteilung der Patientinnen und Patienten wenig berücksichtigt wird, bleibt sie kaum berücksichtigt im weiteren Prozess. Beurteilen die Pflegenden Prioritäten und Relevanz nach fachlichen Kriterien, steigt die Gefahr von Fremdbestimmung.

Effizienzsteigerung. Die Regelungen um Abrechenbarkeit führen dazu, dass die Professionsangehörigen auf dem Feld teilweise auf die Umsetzung professioneller Leitkonzepte verzichten müssen. Die Pflegenden selbst sind Feldspieler ohne eigenes ökonomisches Kapital.

- *kulturelles Kapital*: Kulturelles Kapital spielt auf dem Feld eine zentrale Rolle, nicht nur für Eignung und Spielstärke, sondern auch für die Berechtigung, überhaupt als Pflegeperson am Spiel teilzunehmen. Wichtiges *inkorporiertes* kulturelles Kapital: fundierte Kenntnisse im anatomischen, physiologischen, pharmakologischen, psychologischen und psychosozialen Bereich, darüber hinaus zu Wechselwirkungen mit biografischen, soziokulturellen, umgebungsabhängigen und auch wirtschaftspolitischen Faktoren; handlungspraktische Kompetenzen zu pflegertypischen Handlungen und Abläufen; Kenntnisse über und Beherrschung von objektiviertem Kapital auf dem Feld; Kommunikations- und Motivationsfähigkeiten; ein geschulter Umgang mit medizinischer Fachsprache. Wichtiges *institutionalisiertes* Kapital: anerkannter Ausbildungsabschluss und spezialisierte Weiterbildungen, wobei es Abschlüsse auf unterschiedlichen Niveaus gibt, die für den Handlungsspielraum und die Spielstärke auf dem Feld ausschlaggebend sind. Wichtiges *objektiviertes* Kapital: Arbeitsinstrumente wie Pflegedokumentation, Pflegepläne, Pflegestandards, technische Hilfsmittel (von einer Vielzahl von medizinischen und pflegerischen Instrumenten und Geräten bis zu speziellen Betten), im Normalfall spezifisch gestaltete Gebäude; nicht im Besitz der Professionsangehörigen; ein versierter Umgang mit den technischen Hilfsmitteln gehört zu den professionellen Grundanforderungen.

- *soziales Kapital*: Einbettung in den Kontext des Gesundheitswesens mit Nähe zum hoch angesehenen ärztlich-medizinischen Umfeld, das gleichzeitig den Anspruch auf Eigenständigkeit und Autonomie des Feldes und im Feld der Pflege bedroht. Kooperation mit Ärzteschaft, medizinisch-therapeutischen Fachpersonen, Angehörigen und Freiwilligen. Durch die Notwendigkeit einerseits und Abhängigkeit andererseits ist die professionelle Beziehung der Pflegenden zu den zu Pflegenden im konkreten Kontext zumeist gegeben und kann von beiden Seiten kaum frei gewählt werden. Die pflegerische Arbeit erfolgt in der Regel im Team, das durch klare Funktions-, Zuständigkeits- und Aufgabenzuordnungen strukturiert ist, die es sich nur beschränkt selbst geben kann. Ausbildungs- und Erfahrungsniveau sowie strukturelle Vorgabe in der Institution steuern diese Zuordnungen.

- *symbolisches Kapital*: Das Berufsfeld der Pflege wird getragen von einer breiten unhinterfragten gesellschaftlichen Anerkennung seiner Wichtigkeit und Notwendigkeit. Die Professionsangehörigen genießen ein gutes Ansehen. Die Pflege hat aber Schwierigkeiten, aus dem Schatten als Hilfsdienst der Medizin und als «Nächstenliebesdienst» zu treten und als autonome Profession mit eigenständiger Expertise anerkannt zu werden. Mit der Zunahme von Aufgaben im Zusammenhang mit Alterspflege und Pflege chronisch kranker Menschen geht eine gewisse Autonomie der pflegerischen Ansätze einher. Pflegewissenschaft und Pflegeforschung entwickeln solche Ansätze (weiter) und bauen eine berufseigene Expertise auf und aus.

### 2.2.5.6 Grundprinzipien

Sicherheit, Fürsorge, gesundheitliche Versorgung<sup>101</sup> unter Berücksichtigung der ganzen Person, Regelkonformität

## 2.3 Gerontologie

### 2.3.1 Geschichtlicher Überblick

Der Begriff «Gerontologie» wurde erstmals 1903 von Elie Metchnikoff verwendet. Die Gerontologie beschäftigt sich mit einer Vielzahl von Altersthemen, ausgehend von unterschiedlichen Disziplinen. Aufgrund dieser Heterogenität fehlt bis heute eine einheitliche, allgemein akzeptierte Definition von Gerontologie (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.).

Wahl/Heyl (2004) gliedern in Anlehnung an Birren die Entwicklung der Gerontologie in eine Frühphase (bis zum Ersten Weltkrieg), den Beginn einer systematischen Altersforschung (zwischen den Weltkriegen), eine Expansionsphase gerontologischer Forschung (Ende des Zweiten Weltkriegs bis Anfang der 1960er-Jahre) und eine Konsolidierungsphase (bis heute anhaltend) (vgl. ebd.: 70). Nach einem Blick auf Altersmythen, Altersbezüge und Altersbilder vom Altertum her über Mittelalter und Renaissance in die noch weitgehend vorwissenschaftliche Periode (17./18. Jh.) sehen sie eine Frühphase der eigentlichen Altersforschung anbrechen mit der Entwicklung der Geriatrie. In den frühen altersmedizinischen und biologischen Werken wird Altern als Rückentwicklung (Involution) nach einer Phase von Entwicklung (Evolution) im Lebenslauf verstanden. Mit dem Mathematiker und Statistiker Adolphe Quételet, setzte ab 1835 eine empirisch arbeitende Lebenslauf- und Altersforschung ein, die Mortalitätsentwicklung, Entwicklung der geistigen Leistungen über die Lebensspanne oder die Rolle sozialstruktureller Faktoren untersuchte (vgl. ebd.: 80). Bald kamen erste Längsschnittuntersuchungen dazu. Medizinische und biologische Fragestellungen dominierten, es interessierten Fragestellungen wie die, ob Alter als Krankheit oder als normaler physiologischer Vorgang zu verstehen sei (vgl. ebd.: 82). Es gab aber auch schon sozialmedizinische Thematiken. Parallel dazu fand die Lebenssituation älterer Menschen Ende des 19./Anfang des 20. Jh. erstmals politisch-gesellschaftliche Beachtung (vgl. ebd.: 83).<sup>102</sup>

Zwischen den beiden Weltkriegen setzte eine systematische Altersforschung ein, die ab den 1930er-Jahren expandierte, ausgehend von den USA (vgl. Karl 1999: 32).<sup>103</sup> 1938 wurde in

---

<sup>101</sup> Zur Ambivalenz des Begriffs Versorgung, besonders im langzeitlichen Kontext, vgl. vorliegende Arbeit Fussnote 38, S. 27.

<sup>102</sup> Einschneidend war dafür der Beginn des Industriezeitalters, der ein neues Lebenslaufregime mit Bindung an das chronologische Alter und eine um die Erwerbsarbeit herum organisierte Dreiteilung des Lebenslaufs einführte (vgl. Schweppe 2005: 33). Wahl/Heyl (2004) weisen auf die Bismarcksche Rentengesetzgebung von 1889 hin mit einer ersten institutionalisierten Regelung der finanziellen Absicherung im Alter und die Herabsetzung der Altersgrenze von 70 auf 65 Jahre 1916 sowie die Gründung von «Pro Senectute» in der Schweiz 1917 als private, gemeinnützige Stiftung der Altersarbeit und Altenhilfe (vgl. ebd.: 83).

<sup>103</sup> In den USA wurde das Thema Alter/Altern sehr früh aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht von der Psychologie her bearbeitet, u.a. mit psychometrischen Testverfahren. Es gab erste multidisziplinäre (Geschichte, Medizin, Lite-



Deutschland die «Zeitschrift für Altersforschung» als «Organ für Erforschung der Physiologie und Pathologie der Erscheinungen des Alters» gegründet, eine der ältesten wissenschaftlichen Fachzeitschriften der Gerontologie (vgl. Wahl/Heyl 2004: 86), die in interdisziplinärem Anspruch auch psychologisch-psychiatrische Beiträge veröffentlichte. Als markanter Meilenstein (und «eigentliche ‚Geburtsstunde‘ einer interdisziplinären Altersforschung») gilt nach Karl (1999: 32) die Publikation «Problems of Aging» von 1939 aus dem Zentrum für Längsschnitt-Forschung zur menschlichen Entwicklung an der Harvard-Universität/USA, in der neben der Medizin auch die Psychologie, die Soziologie und die Soziale Arbeit vertreten waren.<sup>104</sup> Zunächst blieben Biologie und Medizin die Leitwissenschaften der Altersforschung, es entstanden aber bereits sehr wesentliche psychologische Arbeiten zur lebenslangen Entwicklung und zum Altern (vgl. Wahl/Heyl 2004: 85).

In den 1950er- und 1960er-Jahren war die deutschsprachige Gerontologie geprägt durch die Beschreibung und Erforschung des individuellen Alterns vorwiegend mit seinen physischen und psychischen Verlusten.<sup>105</sup> Es wurden v.a. chronologische Altersgrenzen beachtet, Alter wurde primär als individuelles Phänomen und als individuelle Entwicklungsaufgabe gesehen (vgl. Karl 1999: 32). Eine ausgeprägte Defizit-Orientierung im Hinblick auf das Alter war vorherrschend, sowohl im Forschungskontext wie auch in der praktischen Altersarbeit (vgl. Wahl/ Tesch-Römer/Ziegelmann 2012: 13; Höpflinger 2012b: o.S.). Mehr und mehr kamen weitere Themenbereiche in den Fokus der Untersuchungen: sozioökonomische Bedingungen und sozialstrukturelle Ungleichheiten im Alter, Unterschiede zwischen Altern in ländlichen und in städtischen Kontexten, Altersarmut, Familie und Generationen, Arbeit/Beruf, Aktivität und Altern (vgl. Wahl/Heyl 2004: 98), die zu einer Konturierung von Sozialer Gerontologie führten. In derselben Zeit gab es in den USA bereits grosse wegweisende empirische Längsschnittstudien und Publikationen, Theorieentwicklungen, Lehrstühle, Forschungszentren und internationale Kongresse in Gerontologie (vgl. ebd.: 99). Es entwickelte sich dort eine einflussreiche sozialwissenschaftliche und psychosoziale Ausprägung der Gerontologie, z.B. mit dem Konzept der Entwicklungsaufgaben und der Lebenslaufkonzeption von Havighurst, das die Bedeutung materieller Bedingungen für den Verlauf des Alterns herausstellte und Aspekte wie Wohnen, soziale Einbindung und Bedürfnisse nach gesellschaftlicher Anerkennung und Integration alter Menschen thematisierte (vgl. ebd.: 103), mit der Disengagement- oder

---

ratur, Biologie, Psychologie) und multimethodische (systematische Auswertung von Quellen, Fragebogenerhebungen) Forschungsprojekte, die die Stärken, nicht die Grenzen des Alters hervorhoben und auf die grosse Heterogenität des Alters hinwiesen, und grosse Querschnittstudien zur Altersabhängigkeit der geistigen Leistungsfähigkeit (vgl. Wahl/Heyl 2004: 91f.).

<sup>104</sup> Das Buch war zunächst aus biologisch-medizinischer Sicht konzipiert, wurde unter dem Druck der finanzgebenden Macy-Foundation aber für soziale, psychologische und psychiatrische Fragestellungen geöffnet (vgl. Karl 1999: 32).

<sup>105</sup> Höpflinger weist darauf hin, dass die angelsächsische, v.a. die angloamerikanische Gerontologie bereits relativ früh soziologische Fragestellungen und Analysen integrierte (vgl. Höpflinger 2012: o.S.). 1978 wurde in Kassel die «Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für angewandte Soziale Gerontologie» (ASG) vom Psychiater und Psychoanalytiker Radebold zusammen mit Soziologen, Pädagogen, Psychologen und einem Rechtswissenschaftler gegründet (vgl. Karl 1999: 36).

mit der kritisch darauf antwortenden aktivitätsorientierten Theorie. 1950 wurde in den USA die «International Association of Gerontology» (IAG) gegründet und bereits 1953 die «Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie» (SGG), wichtige Institutionalisierungsschritte. Die SGG war zu Beginn stark von biologisch-medizinischen Arbeiten bestimmt und entfaltete erst deutlich später Wirkung auf die Alter(n)sforschung in der Schweiz (vgl. Wahl/Heyl 2004: 97). In den späten 1960er-Jahren wurden vermehrt soziale Einflussfaktoren untersucht und den individuellen gegenübergestellt. Die beiden Grundperspektiven auf Ressourcen/Kompetenzen/Potenziale und auf Verluste/nachlassende Ressourcen gibt es seit Beginn gerontologischer Fragestellungen (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.). Die kompetenzorientierten Ansätze (Ressourcen, erfolgreiches Alter(n)) und die sozialwissenschaftliche Forschung und Konzeptentwicklung («Alter(n) als zu differenzierendes soziales Problem sozial ungleicher Gruppen älterer Menschen», ebd.) werden seit den 1970er-Jahren immer stärker betont. Gleichzeitig differenziert sich eine psychologisch ausgerichtete Gerontologie aus. Themen waren und sind Strukturwandel des Alters<sup>106</sup>, Zusammenhänge von Alter, Sozialpolitik und gesellschaftlichem Wandel und geschlechtsspezifische Ansätze. In öffentlichen Diskursen blieben defizit- und problembezogene Zugänge präsent und oft auch dominant. In der Folge von Befunden aus der Forschung und aus Trainings- und Interventionsprogrammen, «in denen die hohe Plastizität des Alters im Bereich der geistigen Leistungsfähigkeit und im Bereich der alltäglichen Handlungsfertigkeiten belegt wurde» (Wahl et al. 2012: 13), folgte ab den 1970er- und 1980er-Jahren die Abkehr von einer stark biologisch determinierten Sicht auf das Alter hin zu einer zunehmenden Aufmerksamkeit auf die Einflüsse von (sozialen und räumlichen) Umweltbedingungen auf die Veränderbarkeit von Altersverläufen. Klassische Alter(n)s-konzepte wie Disengagement-, Aktivitäts- und Kontinuitätsthesen, interaktionistische Ansätze (Stigma) und sozialpolitische Ungleichheitskonzepte aus den USA wurden im deutschsprachigen Raum aufgenommen und weiterentwickelt (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.). Auch in Deutschland starteten grosse Längsschnittstudien.<sup>107</sup> Themen der empirischen Forschung u.a. wurden das unselbstständige Verhalten alter Menschen in Heimen, der Einfluss der sozialen Umwelt, Lernprozesse im Alter, Alltagskompetenz, erfolgreiches Altern, geschlechtsspezifische Alter(n)sfragen, sozialgerontologische und demografische Fragestellungen (vgl. Wahl/Heyl 2004: 110f.). Innerhalb weniger Jahre erschienen mehrere «Handbooks of Aging».<sup>108</sup> In den 1970er- und 1980er-Jahren etabliert und institutionalisiert sich die gerontologische Forschung in den beteiligten Disziplinen. Geriatrische und gerontopsychiatrische Forschung inkl. geriatrische

---

<sup>106</sup> Stichworte: Entberuflichung, Verjüngung, Feminisierung, Singularisierung, Hochaltrigkeit und steigende Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Aner/Karl 2010: 9).

<sup>107</sup> Die «Bonner Längsschnittstudie über das Altern» (BOLSA) wurde 1965 begonnen und führte bis 1980/81 Messungen zu sieben Zeitpunkten durch (vgl. Wahl/Heyl 2004: 107f). Sie war nicht auf die Überprüfung von Hypothesen angelegt, sondern interdisziplinär (auf somatische, psychische und soziale Aspekte ausgerichtet), offen und explorativ und berücksichtigte die individuellen Biografien.

<sup>108</sup> 1976 das «Handbook of aging and the social sciences» von Binstock und Shanas (Hg.), 1977 das «Handbook of the psychology of aging» von Birren und Schaie (Hg.), ebenfalls 1977 das «Handbook of the biology of aging» von Finch und Hayflick (Hg.) (vgl. Kohli 1978: 12, Wahl/Heyl 2004: 113f.).

Rehabilitationsforschung erlebt ab Ende der 1960er-Jahre einen grossen Aufschwung (vgl. ebd.: 111).

Seit der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre öffnet sich ein zunehmend starker Fokus auf den demografischen Wandel und den Strukturwandel des Alters, die gesellschaftlichen Folgen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. Gleichzeitig wurden die zunehmende soziale Differenzierung der Lebenssituation im Alter, die Bedeutung des nachberuflichen Lebens und intergenerationelle Fragestellungen wichtige Themen gerontologischer Forschung (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.). In den 1990er-Jahren entstehen grössere Studien und Forschungsprojekte, u.a. zu Pflegebedürftigkeit und psychischer Gesundheit, die mit öffentlichen Fördermitteln unterstützt werden.<sup>109</sup>

In den USA erreichte die Gerontologie bereits zu Beginn der 1960er-Jahre einen hohen Grad an Etablierung und eine Anerkennung als eigenständiges Wissenschaftsgebiet. Wesentliche Themen der Altersforschung waren dort z.B. die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit, Lernen und Gedächtnis, die Entwicklung der Persönlichkeit oder die Rolle der räumlich-dinglichen Umwelt für das Altern (Ökologische Gerontologie). In der anglo-amerikanischen Gerontologie ist die Interventionsforschung stark und Rehabilitationsforschung und Gerontoprophylaxe gewinnen an Bedeutung.<sup>110</sup>

In der Schweiz entstanden bereits früh spezialisierte Altersinstitutionen, Beratungsdienste und Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen, doch blieben sie lange losgelöst von fachlich-wissenschaftlichen Entwicklungen<sup>111</sup> (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.). Für das Wahrnehmen und die Aufnahme gerontologisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis wurden die sozialpolitischen Berichte der eidgenössischen Kommission für Altersfragen (1966, 1979, 1995) und umfangreiche Studien (Berliner Altersstudie 1990–1993ff., Genfer Zeitvergleich 1979–1994) wichtig (vgl. ebd.).

### **2.3.2 Exkurs 1: Anmerkung zu Sehbehinderung in der Gerontologie**

Als Altersthema ist Sehbehinderung für die Soziale Gerontologie eine relevante Fragestellung. Nicht nur die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Seh- und Höreinbussen im Alter ist hoch, es ist auch ein Grossteil der Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen über 60 Jahre alt (nach Tesch-Römer/Wahl 2012: 407 beträgt ihr Anteil etwa 70%). Die häufigsten Augenkrankungen im Alter sind Katarakt, Makuladegeneration (v.a. die Altersbedingte Makula-

---

<sup>109</sup> Wahl und Heyl (2004) nennen eine ganze Reihe von Beispielen, u.a. den «Alterssurvey – die zweite Lebenshälfte», die «Berliner Altersstudie (BASE)» als interdisziplinär angelegte Studie zu Hochaltrigen, die Interventionsstudie «Selbständigkeit im Alter (SIMA)» und das Nationale Forschungsprogramm «Alter» (NFP 32) in der Schweiz (vgl. ebd.: 112).

<sup>110</sup> Daraus stammt das sog. «Geriatrische Assessment» als fachgerechte, umfassende (multidisziplinäre) Einschätzung der Fähigkeiten und Kompetenzen älterer Menschen im Hinblick auf Behandlungsansätze und die Prognose von Alterskrankheiten (vgl. Wahl/Heyl 2004: 113).

<sup>111</sup> «Es ergab sich das Muster einer hochentwickelten Altersarbeit ohne wissenschaftliche Begleitung bzw. einer Praxis ohne Theorie. Eine ausdifferenzierte Altersarbeit entstand früh, aber getrennt von der Entwicklung einer gerontologischen Forschung.» (Höpflinger 2012: o.S.)

degeneration – AMD), Glaukom und diabetische Retinopathie. Ab dem 85. Lebensjahr dürfte über die Hälfte der älteren Menschen an AMD erkranken (vgl. ebd.: 408 mit Bezug auf Wahl/Heyl 2007).

Aufgrund ihrer Umwelrelevanz haben Seh- und Hörbeeinträchtigungen unmittelbare Auswirkungen auf die Alltagskompetenz und die Alltagsgestaltung und sind stark mit psychosozialen Folgen korreliert, die auch den Verlauf des Alternsprozesses beeinflussen (vgl. ebd.), sogar den Verlauf der Sehfähigkeit selbst<sup>112</sup>. Seheinschränkungen beeinträchtigen die Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens, schränken Freizeitaktivitäten und die Mobilität ein und haben negative Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit und das subjektive Wohlbefinden. Das widerspricht den Ansprüchen einer Generation «neuer» älterer Menschen, die auch im höheren Alter noch neue Interessen entwickeln und umsetzen wollen (vgl. Wahl/Heyl/Langer 2008: 735). Sehbeeinträchtigte alte Menschen zeigen eine reduzierte Selbstwert einschätzung und eine erhöhte Depressivität (vgl. Tesch-Römer/Wahl 2012: 408). Höpflinger et al. (2011) nennen Sinnesbehinderungen als einen der Gründe für den Eintritt in eine Alterseinrichtung (vgl. vorliegende Arbeit, Kap. 2.2.3)

Die zur Verfügung stehenden medizinischen Massnahmen (z.B. Operationen bei Katarakt) helfen nicht in allen Fällen und teilweise nur kurzfristig. Bei der AMD gibt es nur deutlich begrenzte Therapiemöglichkeiten. Operative und medikamentöse Massnahmen müssen häufig ergänzt werden durch rehabilitative, bei denen technische Hilfsmittel eine herausragende Rolle spielen (vgl. Tesch-Römer/Wahl 2012: 409). Für eine bestmögliche Rehabilitation sind in der Regel weitere Interventionen notwendig. Anpassungen wie Verbesserung der Beleuchtung, die Erhöhung von Kontrasten und der Abbau von Barrieren gehören dazu. Orientierungs- und Mobilitätstrainings, wie sie bei Früherblindeten üblich sind, haben sich auch bei alten Menschen als erfolgreich erwiesen. Dabei sind Besonderheiten wie Einschränkungen der Gehfähigkeit, kognitive Veränderungen usw. zu beachten (vgl. ebd.: 409f.). Trainings in Lebenspraktischen Fähigkeiten helfen, die Alltagsbewältigungskompetenz weitgehend aufrechtzuerhalten oder wiederzuerlangen. Im Hinblick auf die Reduktion von Depressivität und die Erhöhung von Selbstwirksamkeit haben sich psychosoziale Interventionsprogramme in Gruppen als erfolgreich erwiesen, auch bei hochaltrigen Menschen. An verschiedenen Orten wurden positive Ergebnisse mit solchen Programmen erzielt, u.a. am Deutschen Zentrum für Altersforschung (DZFA) in Heidelberg mit AMD-Betroffenen (vgl. Wahl et al. 2008).

In der Forschung der Gerontologie, Alternspsychologie und wissenschaftlichen Ergotherapie haben die psychosozialen Auswirkungen von Seheinschränkungen im Alter, ganz besonders von AMD, in den letzten zwei Jahrzehnten grosse Aufmerksamkeit gefunden. So hat sich in Querschnitts- und Längsschnittstudien gezeigt, dass die AMD erhebliche Auswirkungen auf

---

<sup>112</sup> Nach einer Studie von Rovner et al. von 2007 «scheint sich Depression selbst wieder auf die Sehfähigkeit auszuwirken» (Wahl et al. 2008: 737).

die psychosoziale Lebensqualität hat und bei Betroffenen die Depressionsrate<sup>113</sup> und das Suizidrisiko deutlich erhöht sind (vgl. ebd.: 737). Substanzielle Verluste bei den Alltagskompetenzen (besonders oft genannt: des Lesens), Unerfüllbarkeit von Zukunftsvorstellungen, enttäuschte Therapieerwartungen, Erfahrung von Multimorbidität und von Abhängigkeit, Autonomieverlust, Selbstwertverlust usw. haben sich als multifaktoriell belastend gezeigt (vgl. ebd.). Allerdings sind auch deutliche interindividuelle Unterschiede festzustellen. Eine sehr grosse Zahl an Betroffenen schafft eine gute psychosoziale Anpassung und die Bewahrung eines recht hohen kognitiv-affektiven Wohlbefindens (vgl. ebd.). Als bedeutsam zeigen sich dabei der Umgang mit Lebenszielen<sup>114</sup>, der einen Einfluss auf Depressivität hat, eine optimale Rehabilitation und effiziente Hilfsmittelnutzung, die die Autonomie stärken, das Erleben von Handlungsfähigkeit und Kontrolle, die Verfügbarkeit von familiärer und ausserfamiliärer sozialer Unterstützung sowie geeignete bzw. angepasste Wohnbedingungen (vgl. ebd.: 737ff.).

Tesch-Römer/Wahl (2012: 411) kritisieren, dass Seh- und Höreinbussen im Alter trotz ihrer Häufigkeit in der angewandten Gerontologie bisher «noch nicht die Aufmerksamkeit erfahren, die ihnen aufgrund ihrer hohen alltäglichen Bedeutung zukommt.» Trotz gestiegenem Wissen über psychosoziale Interventionsmöglichkeiten und technologischen Fortschritten sind alte Menschen mit Seh- und Hörbeeinträchtigungen rehabilitativ deutlich unterversorgt. Das gilt in besonderem Mass für die Hörsehbehinderung, da in der Praxis Seh- und Höreinbussen zumeist unabhängig voneinander angegangen werden (vgl. ebd.: 411). Auch Wahl et al. (2008: 737) stellen fest, dass der psychosoziale Unterstützungsbedarf, den die negativen Auswirkungen der Seheinbuse erfordern, bisher kaum gedeckt wird, dass diesbezüglich «heute weniger ein Erkenntnis-, denn ein Umsetzungs- und Implementierungsproblem» besteht. Die engen Verschränkungen zwischen sensorischen Beeinträchtigungen, kognitiven und emotionalen Veränderungen sowie zentralnervösen Zusammenhängen legen eine hohe Priorisierung von Rehabilitationspraxis bei schweren Sehbeeinträchtigungen im Alter nahe; Wahl et al. stellen sich eine psychosoziale Regelversorgung bei AMD vor (vgl. ebd.: 742).

### **2.3.3 Exkurs 2: Gerontologie und Soziale Gerontologie**

Gerontologie wird im Allgemeinen als übergeordnetes Wissens- und Handlungsgebiet zu Alter und Altern verstanden, das verschiedene Grundausrichtungen einschliesst. Eine verbreitete Gliederung unterscheidet den medizinischen Ansatz der Geriatrie (Alter(n)smedizin) von dem der Sozialen Gerontologie.<sup>115</sup> Becker stellt die Gerontotechnologie (technikgestützte

---

<sup>113</sup> Die Depressionsrate bei AMD-Patientinnen und -patienten ist nach Angaben von Wahl et al. (2008: 736) gemäss Forschungsliteratur ähnlich hoch wie bei Karzinomen oder HIV-Erkrankung.

<sup>114</sup> Wer es schafft, weiterhin erreichbare Ziele (z.B. eine hohe Selbstständigkeit im näheren Umfeld) anhaltend zu verfolgen und sich von nicht mehr erreichbaren Zukunftsplänen zu lösen, steht in Längsschnittbetrachtungen oft psychosozial besser da, weil er sich selbst und die Angehörigen nicht durch unrealistische Erwartungen überfordert (vgl. Wahl et al. 2008: 737).

<sup>115</sup> Schmitz-Scherzer und Tews bestimmen Soziale Gerontologie 1985 als «den Teil der Gerontologie, der nicht Geriatrie ist. Damit umfasst sie ein sehr heterogenes Feld von gerontologisch arbeitenden, einzeln voneinander mehr oder weniger unabhängigen Disziplinen.» (zitiert nach Karl 1999: 40)

Hilfsmittel) und die Psychologische Gerontologie/Gerontopsychologie (Erleben und Verhalten älterer Menschen) als eigenständigere Fächer neben die Soziale Gerontologie (soziale Altersfragestellungen) und grenzt sie gemeinsam ab von den medizinischen Disziplinen der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie (vgl. Becker 2014: 27f.). Wahl und Heyl präsentieren eine Systematik der Gerontologie mit neun grundlegenden Ansätzen und jeweiligen disziplinären Bezeichnungen: biologische Altersforschung, Geriatrie/Altersmedizin, Gerontopsychiatrie, Gerontopsychologie, Alterssoziologie/Soziale Gerontologie, Demografie des Alters, Gerontologische Pflegewissenschaft, Geragogik/Altenbildung und Gerontologische Anthropologie (vgl. Wahl/Heyl 2004: 39f.). Im Gliederungsvorschlag von Wahl/Heyl erscheint die Soziale Gerontologie im engeren Sinn als sozialwissenschaftlicher, von der Soziologie geprägter Zugang, der sich z.B. mit der Bedeutung sozioökonomischer Aspekte des Alterns oder Fragen der Altenpolitik beschäftigt und Beiträge leistet zum Erkennen sozialstruktureller Risiken des Alterns, der Förderung gesellschaftlicher Partizipation alter Menschen usw. (vgl. ebd.: 39). Backes und Clemens (2013) fassen unter Sozialer Gerontologie alle Ansätze zusammen, die ihre Konzepte und Fragestellungen «auf die Lebensphase Alter als soziales und gesellschaftliches Konstrukt hin ausrichten», was überwiegend soziogerontologische, soziologische oder soziologisch begründete Ansätze umfasst, «die auf der individuellen und z.T. sozialpsychologischen Ebene durch sozialwissenschaftlich ausgerichtete psychogerontologische Ansätze zu ergänzen sind.» (ebd.: 122)

Nach Baltes und Baltes (1992: 8) beschäftigt sich die Gerontologie «mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von alternsrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen.» (zitiert nach Wahl/Tesch-Römer/Ziegelmann 2012: 12).<sup>116</sup> Damit ist Gerontologie «ein prototypisch multidisziplinäres Wissenschaftsfeld (also keine Wissenschaftsdisziplin)» (vgl. Wahl/Heyl 2004: 35f.), in dem sich äußerst verschiedene Disziplinen und Berufsgruppen treffen: Biologie, Medizin (Geriatrie, Gerontopsychiatrie), Pharmakologie, Pflege (Alterspflege) und Pflegewissenschaft, Psychologie (Gerontopsychologie), Soziologie (Alterssoziologie), Pädagogik (Geragogik), Demografie, Politologie, Volkswirtschaft, Betriebswirtschaft, Ernährungswissenschaft, Bewegungswissenschaft, Architektur, Ethnologie, Anthropologie, Geschichte, Philosophie usw. Die Anwendungen umfassen so unterschiedliche Bereiche wie das Gesundheitswesen, die Soziale Arbeit, Wirtschaft, Technik, Stadtplanung usw. Die Gerontologie unterscheidet zumeist zwischen der physischen, der psychischen und der sozialen Dimension des Alterns und ordnet die Thematisierung (und Behandlung) der physischen Dimension der Geriatrie, die der psychischen und sozialen Dimension der Sozialen Gerontologie zu (vgl. Schroeter 2005: 148). Allerdings gibt es zwischen diesen Dimensionen Wechselwirkungen, die es nahe legen, auch die körperliche

---

<sup>116</sup> Diese und weitere Definitionen finden sich auch bei Wahl/Heyl 2004: 35ff.

Dimension sozialgerontologisch zu denken und zu untersuchen (wie es Schroeter 2005 und 2007 tut).

Jansen et al. nennen die Soziale Gerontologie eine «Querschnittswissenschaft zu einem existenziellen Thema: Alter(n).» (Jansen et al. 1999: 10) Sie beschäftigt sich mit dem Alt-Werden und Alt-Sein von üblicherweise über 64-jährigen Menschen als Individuen und als soziale Gruppen, mit Normen und Institutionen, mit historischen Entwicklungen und Kulturvergleichen. Künemund und Schroeter beschreiben sie als «Versuch der gegenstandsbezogenen interdisziplinären Kooperation verschiedener Geistes-, Human- und Sozialwissenschaften (...), die sich mit der Deskription, Analyse und Modifikation von physiologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Aspekten von Alter und Altern beschäftigen.» (Künemund/Schröter 2014: 16f.) Fragestellungen zum Alter werden sowohl in der Grundlagenforschung wie auch in der angewandten Forschung auf Mikroebene (Individuum), Makroebene (Gesellschaft) oder Mesoebene (Mischansätze mit Elementen aus beiden Ebenen) angegangen. «Ziel ist es, Grundlagen zur Optimierung sowohl kommunaler als auch nationaler Altenarbeit (...) zu schaffen. Zusätzlich sind sie [Gerontologinnen und Gerontologen] engagiert in der Konzeption, Planung und Gestaltung bestmöglicher Rahmenbedingungen für die Altersarbeit sowie der Entwicklung und Verbesserung rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Aufgaben in diesem Zusammenhang.» (Becker 2014: 29)

In der Sozialen Gerontologie haben sich über die noch relativ kurze Geschichte des Fachs verschiedene theoretische Ansätze entwickelt: rollentheoretische Ansätze, Aktivitätskonzept, Disengagementtheorie, Modernisierungstheorie, Etikettierungsansatz/Labeling approach, Kontinuitätsansatz, Altersschichtung/-stratifikation, Lebens(ver)laufsperspektive, politisch-ökonomischer Ansatz, Kritische Gerontologie, Mask-of-Ageing-Hypothese/Ageless-Self-Konzept, Gerotranszendenz, sozialkonstruktivistische Perspektive (vgl. Künemund/Schröter 2014: 19f.). Zentrale Themen sind die demografische Entwicklung und damit verbundene Themen und Problemlagen wie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung, Familien- und Generationenbeziehungen, Generationenwandel, Rentensicherung, soziale Differenzierung, politischer Einfluss der Älteren, Alter und Migration, Alter – Arbeit – Pension (Stellung älterer Arbeitnehmerinnen und -nehmer, flexible Übergänge in die Nachberufsphase, Altersteilzeitarbeit usw.), technologische Entwicklungen und Alter (sowohl bezüglich räumlicher und wohnlicher Gestaltung der Lebenslage langlebiger Menschen wie auch bezüglich Gestaltung und Anwendung von Technologien zur Kompensation physischer und sensorischer Einbußen).<sup>117</sup>

In der gerontologischen Forschung interessieren so unterschiedliche Themen wie Generationenbeziehungen, Generativität und Grosselternschaft, Konkurrenz zwischen Bevölkerungs-

---

<sup>117</sup> Vgl. z.B. die Thematiken in Tesch-Römer 2002: sozialpolitische Fragen im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit in Lebenslagen, demografischer Strukturwandel, Beschäftigungssituation von älteren Arbeitnehmenden in der Dienstleistungsgesellschaft, Beschäftigungschancen für Ältere, selbstständiges Wohnen im Alter, Erhaltung geistiger Kompetenz, neue Pflegelandschaft, Altenpflege, Makro- und Mikropolitik des Alters, Verwendung sozialgerontologischen Wissens, Forschung und Praxis in der Sozialen Gerontologie, Politikberatung.

gruppen verschiedener Altersgruppen, Wohn- und Versorgungsthemen, Lebens- und Wohnformen im Alter, die Bedeutung von Verwitwung, alte Menschen als Konsumentengruppe und als politische Meinungsträgerinnen und -träger, aber auch die geistig-seelische Entwicklung im Alter, Kreativität und Spiritualität (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.). Dabei ist der Blick nicht nur auf Schwierigkeiten, Nöte, Mängel und Unzulänglichkeiten alter Menschen gerichtet, sondern auch auf die spezifischen Möglichkeiten, Kräfte und Leistungen im höheren Alter. Bei aller Diversität der Zugänge und Fragestellungen besteht die Besonderheit der Sozialen Gerontologie darin, die Prägung durch die sozialgeschichtliche, sozialökonomische und historische Situation einzubeziehen, soziale Schichtung, regionale Bedingtheiten und biografische Erfahrungen zu berücksichtigen.

Die Soziale Gerontologie hat bewusst gemacht, dass die Gliederung des Lebens in Phasen sozial konstruiert ist und diese Phasen nicht einfach kalendarisch definiert werden können. Heute wird ein gesundes Rentenalter von einem fragilen Rentenalter und einer Phase der Pflegebedürftigkeit unterschieden (vgl. Kap. 1.2, bes. Fussnote 14). Im Zusammenhang mit der Bedeutung von Leistung und Erwerbstätigkeit in der Gesellschaft ist der Übergang von einer Phase des Arbeitendürfens in eine Nacharbeitsphase («Nichtarbeitensollen») als besondere Herausforderung zu verstehen, ebenso das Älterwerden in einer am Marktwert der Körperlichkeit (Attraktivität und Jugendlichkeit) orientierten Gesellschaft. Eine der grundlegendsten Erkenntnisse betrifft die äusserst hohe Heterogenität und Komplexität der individuellen Lebenslagen im Alter als Folge der zunehmenden Heterogenisierung im Lebenslauf. Das stellt hohe Anforderungen an angewandte gerontologische Felder (Gestaltung aller Arten von Angeboten, auch von Beratung und Unterstützung).

Der Beitrag der Sozialen Gerontologie mit ihren Zugängen zum Verhältnis von Individualität und gesellschaftlichen Gegebenheiten und Strukturen ist anregend und hilfreich für alle Disziplinen, Professionen und Tätigkeitsfelder, die mit dem höheren Alter zu tun haben.

### **2.3.4 Soziale Gerontologie als soziales Feld**

Für die folgende Analyse gelten dieselben Vorbemerkungen wie zu Kap. 2.1.5.

#### **2.3.4.1 Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen**

Die Soziale Gerontologie schliesst unterschiedliche Disziplinen mit ihren je eigenen Logiken und sowohl theoretische wie auch angewandte Teilfelder ein. Fast alle gerontologischen Fragestellungen und Themen sind in Berührungs- oder Überschneidungsbereichen verschiedener Disziplinen zu verorten. Das Feld ist noch jung, entwickelt sich an unterschiedlichen Knotenpunkten und hat noch nicht ein deutliches Zentrum mit Peripherie ausgebildet; die Soziale Gerontologie hat in den vergangenen 20–30 Jahren eine Fülle von Daten und Einzel-



befunden hervorgebracht, aber kaum ein einigermaßen widerspruchsfreies, konzises und schlüssiges Gesamtbild in theoretischer Hinsicht (vgl. Wahl 2002: 239).<sup>118</sup>

Mit der demografischen Entwicklung und den daraus folgenden, drängenden sozial- und gesundheitspolitischen Themen und Fragestellungen ist in Gesellschaft und Politik der Bedarf nach fundiertem Wissen, nach Konzepten und Interventionsmodellen im Zusammenhang mit dem Altern rasant gestiegen. Staatliche und nichtstaatliche Stellen fragen nach Entwicklungsperspektiven und Lösungsansätzen, eine Vielzahl von Interessengruppen und Stiftungen fördert die Auseinandersetzung mit der Thematik Altern, Alter und gesellschaftliche Implikationen, zahlreiche Disziplinen und Professionen stellen Fragen aus ihrer jeweiligen Position und gehen multi- und interdisziplinär Forschungs-, Ausbildungs- und Praxisprojektkooperationen ein. Das Themenfeld Alter und Altern erscheint als bedeutsames Profilierungs- und Geschäftsbereich. Vielerorts lässt sich ein Kampf um Vorherrschaft und Leitpositionen, um Deutungs- und Strukturierungshoheit beobachten.

Die Erwartung von Anwendbarkeit und Problemlösungskraft ist heute ein wesentlicher Eckpfeiler der Sozialen Gerontologie; es gibt einen hohen Erwartungsdruck hinsichtlich «Anwendungspotenz von sozialgerontologischen Erkenntnissen» (Wahl 2002: 237). Von der Gerontologie wird erwartet, dass sie Erkenntnisfortschritte und Weiterentwicklungen des Fachs bringt, das konkrete Altern verbessern hilft und Personen des praktischen Handlungsfelds (z.B. Sozialpolitikerinnen und -politikern) an Problemerkklärungen ausgerichtete Grundlagen für Lösungsansätze, Planungsentwürfe und den Einsatz von Mitteln an die Hand gibt (vgl. ebd.: 237, 242). Gesellschafts- und sozialpolitische Anforderungen und Aufgaben bieten eine starke Praxislegitimation; die Gerontologie soll für die Praxis verschiedener Berufsfelder und Disziplinen in der Altersarbeit spezifisches Wissen bereitstellen (vgl. Becker 2014: 33). Das stützt gerontologische Projekte und Forschung.

An Forschung, Lehre, Projekte und Ausbildung werden disziplinäre und überdisziplinäre Anforderungen gestellt. Für das Feld der Sozialen Gerontologie bezeichnend ist die multi-/interdisziplinäre Ausrichtung mit dem Anspruch, verschiedene Ansätze und Erkenntnisse synthetisch zu integrieren.<sup>119</sup> Sozialgerontologische Theorien beziehen sich oft auf das multi-/interdisziplinäre Feld und weisen bezüglich theoretischer Begründung, Fragestellungen, Methoden und Anwendungsfelder doch vorrangig disziplinäre Bezüge auf.

Die gerontologischen Forschungsmethoden sind stark von der Methodik aus den Sozialwissenschaften und der Psychologie geprägt. Empirische und epidemiologische sowie Inter-

---

<sup>118</sup> Wahl zählt in Anlehnung an Bengtson et al. (1997) die wichtigsten Theorien der Sozialen Gerontologie im angelsächsischen Raum auf: Perspektive der Sozialkonstruktivisten, Lebenslaufperspektive, Austauschtheorien, feministisch orientierte Ansätze, modernisierungstheoretische Ansätze, Theorien zur politischen Ökonomie des Alters, Kritische Theorie in der Sozialen Gerontologie, Altersstratifizierungsansatz, Aktivitätstheorie, Kontinuitätstheorie, Disengagement-Theorie (vgl. Wahl 2002: 240f.). Jansen et al. (1999) weisen kritisch darauf hin, dass empirische Befunde ohne Theoriebildung widersprüchlich oder beliebig bleiben und schnell veralten (vgl. ebd.: 15).

<sup>119</sup> Das Centre interfacultaire de Gérontologie CIG, 1992 in Genf gegründet, versteht sich z.B. explizit als interdisziplinäres Forschungs- und Ausbildungszentrum, in dessen Führungsausschuss Geriatrie, Soziologie, Demografie, Psychologie und Sozialethik vertreten sind (vgl. Höpflinger 1999: 74).

ventionsforschung, mit disziplinärer und überdisziplinärer Ausrichtung, dominieren das Feld. Das Interesse von Forschungsstellen an der wissenschaftlichen Begleitung von Altersprojekten ist gross. «Problemorientierte Forschung ist aber nicht nur interdisziplinär, sondern im eigentlichen Sinne transdisziplinär, und sie bezieht idealerweise auch Akteure ausserhalb des eigentlichen Wissenschaftsbereichs in den Forschungs- und Umsetzungsprozess ein, beispielsweise externe Experten/Expertinnen aus der Praxis oder die direkt Betroffenen selbst. Interdisziplinarität bzw. Transdisziplinarität als eine Form sozialer Kommunikation stellt allerdings hohe Voraussetzungen an die beteiligten Fachleute.» (Höpflinger 2012b: o.S.) Herausfordernd sind z.B. die Kommunikation (unterschiedliche fachsprachliche Besonderheiten, Begriffsdefinitionen und -kontexte), disziplinspezifische Vorstellungen über die Konstruktion der Wirklichkeit (inkl. entsprechende Unterschiede von Theorien und Methoden), Vorurteile und falsche Erwartungen durch mangelndes Wissen und Verständnis anderer Disziplinen, gruppenspezifische Probleme in der Zusammenarbeit sowie unterschiedliche Status- und Hierarchiemodelle in den verschiedenen Fachgebieten (vgl. ebd.). In der Gerontologie treffen verschiedene Paradigmen verschiedener Disziplinen, disziplinärer Richtungen (Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften) und Berufsfelder aufeinander. Die Beteiligten müssen ein Gleichgewicht zwischen Identitätsmanagement (Professionalität) und interprofessionellen Netzwerken und Kooperationen finden (vgl. von Kondratowitz 2002: 231). Als Querschnittswissenschaft fordert Gerontologie Kollegialität, Neugierde, wechselseitiges Zuhören, gegenseitige Rezeption und Dialog zwischen den Akteurinnen und Akteuren (vgl. Jansen et al. 1999: 10).

Gerontologische Fachkenntnisse und Weiterbildungen sind heute in einer Vielzahl von Arbeitsfeldern gefragt, z.B. in Leitungsfunktionen in verschiedenen Bereichen der Altenhilfe und der Forschung, in planenden, beratenden, organisierenden und verwaltenden Aufgaben in der ambulanten und stationären Altersarbeit und Langzeitpflege, Aufgaben in der öffentlichen Sozial- und Gesundheitsplanung und -verwaltung, in Diagnostik und Mitarbeit in rehabilitativen Konzepten in Pflege und Betreuung, in Entwicklung und Planung verschiedener Wohnformen und Alterseinrichtungen, in Personalarbeit in Unternehmen zu Fragen altersgemischter Belegschaft und Pensionsvorbereitung, Bildungsarbeit mit Seniorinnen und Senioren, in Medienarbeit zu Altersthemen, in Marketing und Werbung mit dem Zielpublikum Seniorinnen und Senioren (vgl. Becker 2014: 30).

Im Allgemeinen wird Gerontologie als Weiterbildung auf verschiedenen Niveaus an Bildungseinrichtungen des Sozial- und des Gesundheitswesens sowie verschiedener Disziplinen angeboten. Zentral ist dabei immer die Auseinandersetzung mit den Grundtrends der demografischen Entwicklung, Individualisierung, Singularisierung, Multimorbidität und Migration, die prägend sind für die gerontologischen Handlungsfelder und die Fragestellungen der Forschung (vgl. Becker 2014: 22f.). Die Weiterbildungsangebote sind zumeist interdisziplinär an-

gelegt, die Teilnehmenden stammen aus unterschiedlichen Berufsfeldern, integrieren Kenntnisse aus anderen Disziplinen und kehren oft in ihr eigenes Berufsfeld zurück.

Als Feld überschneidet sich die Gerontologie im Theoretischen wie im Angewandten mit anderen Feldern. Ein hoher Bedarf an angewandtem Wissen und an Steuerungswissen ist z.B. gefragt im Zusammenhang mit Betreuungs- und Pflegebedarf- sowie Pflegegestaltungsthematiken. Die Ausdifferenzierung der späteren Lebensphasen führt teilweise zu einer Trennung in gegensätzliche Forschungs- und Tätigkeitsfelder: in medizinisch geprägten Teilfächern z.B. mit einer starken Gewichtung primärer und sekundärer Prävention sowie klinischen und rehabilitativen Behandlungsmöglichkeiten v.a. für unter 80- bzw. 85-Jährige (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.), in der geriatrischen Pflege und Betreuung Thematiken im Zusammenhang mit nicht-aktivitätsorientierten Massnahmen und Begleitung am Lebensende. Dabei ist das Spannungsfeld von Intervention und Interventionsverzicht wesentliches Element. Die Vielfalt der individuellen Bedürfnisse und Lebenslagen älterer Menschen verstärkt sich, damit steigt der Bedarf an gerontologischem Fachwissen (vgl. Becker 2014: 31). In Grossbritannien wird bereits länger «interprofessionalism» als Teilfeld im Überschneidungsbereich zwischen Gerontologie und Pflegewissenschaft diskutiert (vgl. von Kondratowitz 2002: 231). U.a. geht es dabei auch um die Frage nach dem Wandel der Identitäten von professionellen Gruppen und die Art der Herstellung sozialer Dienstleistungen nicht nur aus Prozessen der Koproduktion, sondern auch in systematischer Einbeziehung der «user participation» als dritter Referenz- und Interaktionsebene (vgl. ebd.).

#### **2.3.4.2 Akteure/Akteursgruppen**

In *angewandten Praxisfeldern der Altersarbeit* (z.B. Pflege, Betreuung, Einrichtungsleitung, Soziale Arbeit, Sozial- und Gesundheitspolitik) ist gerontologisches Wissen gefragt. In verschiedenen Berufsfeldern gibt es professionsinterne Kurse, die entsprechende Kenntnisse vermitteln (z.B. Weiterbildungen in Langzeit- oder gerontologischer Pflege). (*Sozial-)*Gerontologinnen und -gerontologen sind Berufspersonen aus unterschiedlichen Fachkontexten mit einer interdisziplinären Weiterbildung in Gerontologie, zumeist auf Fachhochschul-/Universitätsniveau. Damit verlassen sie nicht ihre jeweilige Herkunftsdisziplin, sondern spezialisieren sich mittels interdisziplinärer Kompetenzerweiterung zur Thematik Alter(n). In vielen Anwendungskontexten sind das Interesse, die Bereitschaft und die Fähigkeit gefragt, multi- und interdisziplinär mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Disziplinen und Professionen zusammenzuarbeiten. Gerontologisch Ausgebildete arbeiten teilweise direkt mit *alten Menschen*, sind aber auch oft in anderen Kontexten tätig, z.B. in der öffentlichen Verwaltung, in Heimleitungen, Interventions- oder Forschungsprojekten. In einigen dieser Kontexte geht es zwar um die Themengruppe alter Menschen, doch werden diese nur beschränkt als aktive Teilnehmende ins «Spiel» einbezogen. Als Interessenvertretung alter Menschen verstehen sich verschiedene *Verbände, Seniorenorganisationen und Interessengemeinschaften* (z.B. Pro Senectute oder

der Seniorenrat<sup>120</sup>). Sie werden in öffentlichen und privaten Kontexten auch als solche anerkannt und oft im Zusammenhang mit Projekten und politischen Anliegen beigezogen.

Einfluss auf das Feld üben *Sozial- und Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Verantwortliche öffentlicher und privater Einrichtungs- und Finanzierungsträger, Forschungseinrichtungen sowie Anbieter von Ausbildungsgängen und Kursen* aus. Den Rahmen für die Realisierbarkeit von Altersprojekten auf allen Ebenen (Forschungs-, Interventions-, Konzept- und Infrastrukturprojekte) gestalten oft *gesellschaftspolitisch ausgerichtete Stiftungen* privater und öffentlicher Trägerschaft mit.

Gerontologinnen und Gerontologen organisieren sich in nationalen und internationalen *gerontologischen Gesellschaften*, die der Vernetzung dienen, eine Brücke zwischen den verschiedenen beteiligten Disziplinen und Berufsfeldern schlagen und die Anliegen älterer Menschen in Politik und Gesellschaft vertreten (vgl. Kap. 2.3.1).

### **2.3.4.3 Habitus**

Im noch jungen Feld der Sozialen Gerontologie mit seinen Leitpositionskämpfen und seinen sehr unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern dürfte es schwierig sein, von einem einheitlichen Habitus auszugehen. Noch gibt es wenig gesellschaftlich und fachlich vorgeformte Denk- und Handlungsdispositionen und -schemata. Die professionelle Herkunft prägt den Habitus stärker als die thematische Schwerpunktsetzung in Weiterbildung bzw. Spezialisierung.

Im interdisziplinären Kontext der Sozialen Gerontologie treffen mehrere professionelle Situationsdefinitionen aufeinander und justieren sich im besten Fall wechselseitig jeweils neu (vgl. von Kondratowitz 2002: 231). Allerdings zeigten sich im Kontext des «interprofessionalism» in Grossbritannien (vgl. Kap. 2.3.4.1) unter dem Druck neuer Märkte bei den Gesundheitsdienstleistungen eher Tendenzen defensiven Rückzugs der beteiligten Professionen auf rigidere Identitätsdefinitionen und verstärkte Rivalitäten zwischen professionellen Gruppen als eine transdisziplinäre Vermischung («Verunklarung») der professionellen Identitäten (vgl. ebd.: 232).

Der Einfluss auf Denk- und Handlungsschemata erfolgt teilweise disziplingebunden (Entwicklung der eigenen Disziplin bzw. Profession durch Erkenntnisse, Konzepte und/oder Modelle aus anderen Disziplinen/Professionen), teilweise überdisziplinär.

Da gerade Theorieorientierungen stark disziplinär geprägt sind, spielen im Feld der Sozialen Gerontologie Empirie, Praxisnutzbarkeit und die Reflexion von Praxiserfahrungen eine wesentliche Rolle. Es interessiert die wissensgesteuerte Gestaltung von Praxisanwendungen und die Lösung durch die demografische Entwicklung anstehender gesellschaftspolitischer und gesundheitspolitischer Aufgaben (Probleme).

---

<sup>120</sup> Zu Pro Senectute vgl. Fussnote 102. Der Schweizerische Seniorenrat SSR vertritt wirtschaftliche und soziale Anliegen der älteren Bevölkerung der Politik, Verbänden, Institutionen, Medien und der Öffentlichkeit gegenüber (vgl. [www.ssr-csa.ch](http://www.ssr-csa.ch)).

#### **2.3.4.4 Doxa – Illusio**

Soziale Gerontologie baut für Empirie wie Theoriebildung auf eine biopsychosoziale Sicht auf ihre Fragestellungen (vgl. Jansen et al. 1999: 15). Alter muss dynamisch und als Prozess von Veränderung und Entwicklung verstanden werden (vgl. Becker 2014: 23), ist keine eindimensionale statische Grösse (chronologisches vs. funktionales Alter) und muss multiperspektivisch betrachtet werden. Immer geht es um Individuum und gesellschaftlich-kulturelle Konstruktionen und Bedingungen von Alter und Altern in Wechselwirkung. Die Vielfalt der miteinander verknüpften altersrelevanten Themen erfordert einen multi-, inter- oder vielleicht auch transdisziplinären Zugang. Durch Interprofessionalismus sollen gewisse Rollenflexibilitäten möglich werden (vgl. Kondratowitz 2002: 232).

Durch multi- und interdisziplinäre Zugänge treffen auf kleinem Raum verschiedene Berufsgruppen und Disziplinen aufeinander, wodurch die fraglose Selbstverständlichkeit der jeweiligen Doxa entfällt und darüber explizit Diskurs geführt werden muss.

Die demografische Entwicklung seit Beginn des 20. Jh. (mit Langlebigkeit, Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung) und die Tatsache, dass für eine Reihe von daraus resultierenden gewichtigen sozial- und gesundheitspolitischen Themen noch keine anerkannten Konzepte oder Lösungen vorliegen, hält die gesellschaftliche Bedeutung von Wissen, Forschung und Praxisanwendungen im Zusammenhang mit Alter(n) hoch.

Leitbilder wie aktives, erfolgreiches, produktives, optimales Altern sowie Empowerment und Kompetenzorientierung haben durchaus auch kontrollierende und regulierende Aspekte (vgl. Schroeter 2013: 11; Schroeter 2005: 156). Als Indikatoren werden Lebensdauer, körperliche und geistige Gesundheit, psychosozialer Entwicklungsstand, soziale Kompetenz, persönliche Handlungskontrolle, Lebenszufriedenheit, Lebenssinn, soziale und gesellschaftliche Produktivität<sup>121</sup> genutzt (vgl. Schroeter 2005: 156).

Die späteren Lebensphasen werden als ausdifferenziert wahrgenommen, eine Phase guter Gesundheit und Aktivität (soziokulturelle «Verjüngung» von Rentnerinnen und Rentnern) deutlich von einer Phase vermehrter Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit unterschieden. Die zeitliche Ausdehnung der Phase guter Gesundheit bei steigendem Krankheits- und Abhängigkeitsrisiko führt zu einer Ambivalenz in Wahrnehmung und Präsentation von Alter(n).

#### **2.3.4.5 Kapital/Handlungsressourcen**

Gerontologisches Wissen, theoretisch und angewandt, ist in den heutigen westlichen Gesellschaften mit ihrer Langlebigkeit, ihrem hohen Anteil an Bevölkerung über dem gesetzlich festgelegten Rentenalter und ihren Sozialabsicherungssystemen eine gewichtige Handlungs-

---

<sup>121</sup> Produktivität wird dabei auf verschiedenen Ebenen betrachtet: individuelle Produktivität (Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung), intergenerative Produktivität (in inner- und ausserfamiliären Austauschbeziehungen zwischen verschiedenen Altersgenerationen), intragenerative Produktivität (Engagement, Hilfe, Unterstützung im Alter), Umfeldproduktivität (freiwillige, ehrenamtliche Tätigkeiten), gesellschaftliche Produktivität (Selbstorganisation älterer Menschen und deren politischer und kultureller Einfluss) (vgl. Tews 1996 nach Schroeter 2005: 157).

ressource. Da unter diesen Bedingungen die längerfristige Finanzierbarkeit und Organisierbarkeit der Alters- und Gesundheitsversorgung unsicher sind, sind innovative Ansätze, Konzepte und Projekte höchst gefragtes Kapital.

Trümpfe auf dem Feld der Sozialen Gerontologie sind das Wissen, dass individuelle und soziale Aspekte des Alterns sich wechselseitig bedingen, die übergeordnete Relevanz des eigenen Fachbeitrags zum Thema Alter(n) (verbunden mit Fachkompetenz in theoretischer und methodischer Hinsicht), die Bereitschaft zur Auseinandersetzung und Rezeption von Theorien, Modellen, Fragestellungen und Erkenntnissen anderer Disziplinen, ein Interesse an multidisziplinären Fragestellungen und Erkenntnissen, Wissen um die Funktionsweise anderer Disziplinen sowie Team- und kommunikative Kompetenz (vgl. Höpflinger 2012b: o.S.).

- *ökonomisches Kapital*: Auch auf dem Feld der Sozialen Gerontologie spielt ökonomisches Kapital eine entscheidende Rolle. Der Aspekt der längerfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit von Langlebigkeit und Hochaltrigkeit, Pflegebedürftigkeit usw. für die Gesellschaft ist zunächst ein ökonomischer und er treibt die Entwicklung und Realisierung von Projekten und Konzepten sowie die Forschung voran. Aus unterschiedlichen öffentlichen und privaten Quellen werden dafür bedeutende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Um den Zugang zu diesen Mitteln wetteifern Professionen, Disziplinen, Institutionen und Personen. Ökonomisch interessant ist auch die Finanzkraft eines Teils der älteren Bevölkerung, der grosse Vermögen zur Verfügung hat und damit für den Bedarf an altersgemässen Angeboten und Leistungen sowie an Betreuung und Pflege als kaufkräftige Konsumentengruppe auf dem Markt steht.

- *kulturelles Kapital*: Das kulturelle Kapital und dabei v.a. das *inkorporierte* hat grösstes Gewicht auf dem Feld, dazu gehören gerontologisches Fachwissen (professionsintern oder überdisziplinär), alter(n)srelevante Kompetenzen in der eigenen Profession, Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit alter(n)srelevanten Ansätzen anderer Professionen und Disziplinen. Weiterbildungsnachweise in Gerontologie und belegbare Erfahrung in der praktischen Arbeit mit alten Menschen zählen auf dem Feld. *Institutionalisiert* interessant ist die Möglichkeit der Vergabe von Bildungszertifikaten in Gerontologie. *Objektiviertes* kulturelles Kapital spielt auf dem Feld kaum eine Rolle.

- *soziales Kapital*: Interdisziplinäre Vernetzung, Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Professionen und Disziplinen, projektorientierte oder ständige Kooperation zwischen Lehrstühlen und Forschenden verschiedener Disziplinen, Entwicklungsarbeit oder angewandte Arbeit in multi- und interdisziplinären Teams gehören zu den feldspezifisch wichtigen Ressourcen. Die Vernetzung mit einflussreichen, innovativen Partnerinnen und Partnern ist strategisch ausserordentlich wichtig.

- *symbolisches Kapital*: Das Feld der Sozialen Gerontologie hat auf der Basis der demografischen Entwicklung und der gesamtgesellschaftlichen Relevanz ein enormes Potenzial. Neue Konzepte, innovative Ideen und Ansätze ermöglichen Profilierung und Prestige. Darum wird gerungen.

#### 2.3.4.6 Grundprinzipien

Ausgehen von der gesellschaftlichen Bedingtheit von Alter(n), überdisziplinäre Herangehensweise, Empirie, Praxisrelevanz

### 3 Vergleich der Felder: Gemeinsamkeiten – Unterschiede

Die Felder der Sozialen Arbeit und der Pflege sind differenziert und in verschiedene Subfelder gegliedert. Die (Langzeit-)Alterspflege sowie die Soziale Arbeit mit alten Menschen können dabei auch Teilfelder der Sozialen Gerontologie sein.

Auf der Basis der Feldanalyse (Kap. 2) wurden die Felder der Sozialen Arbeit, der Pflege und der Sozialen Gerontologie miteinander verglichen. Eine Übersicht über diesen Vergleich findet sich in Anhang 3. Im Folgenden wird nur noch auf ausgewählte Themen, die im Hinblick auf die Fragestellungen (Beiträge für die Langzeitbegleitung im Altersbereich, Basis für eine Kooperation, vgl. Kap. 1.4.3) und auf dem Hintergrund des besonderen Interesses für die Thematik Sinnesbehinderung im Alter relevant sind, eingegangen. Details finden sich in der Übersichtstabelle.

Im **Deutungsrahmen** unterscheiden sich Soziale Arbeit und Pflege und ergänzen sich mit für die Langzeitaltersarbeit grundlegenden Beiträgen. Die hohe Reglementierung bereits des Deutungsrahmens in der Pflege bietet eine Hürde für eine überdisziplinäre Kooperation. Die Soziale Gerontologie kann hier einen für die Altersarbeit gemeinsamen Wissens- und Deutungsboden bieten, der nicht dazu zwingt, die Deutungshoheit der jeweils eigenen Disziplin aufzugeben, sondern eher dazu beiträgt, den Deutungsrahmen zu ergänzen, weiterzuentwickeln oder zu relativieren. Die unterschiedliche **Strukturrahmung** und die starke aussenbestimmte Reglementierung der Pflege dürfte eines der grössten Hindernisse für eine Kooperation darstellen. Eine Aufweichung liegt zwar auch im Interesse und der Entwicklungsabsicht der Pflege, aber nicht in ihrer Autonomie. Hier kann die Soziale Gerontologie empirisch abgestützte Forschungsbeiträge zu allfälliger Kontraindikation der gegebenen engen Aussenrahmung für stationäre Alterseinrichtungen bieten. Selbst diese haben aber ohne Neukonzeptionen, die im Hinblick auf die demografisch verschärften sozial- und gesundheitspolitischen Probleme überzeugende Lösungsansätze bieten, wenig Chancen, eine Veränderung zu bewirken, weil auf Seiten der das Feld der Pflege strukturrahmenden Akteure grosse Macht- und Wirtschaftsinteressen tangiert sind. Aus gerontologischer Sicht müssten sich für eine überzeugende Altersarbeit Elemente aus beiden **Handlungsrahmen** in einer Alterseinrichtung verbinden: relevante Fachkompetenzen, methodische Zugänge und Arbeitsinstrumente. Dasselbe gilt für die **Doxa**. Die Soziale Gerontologie bietet und verlangt eine Auseinandersetzung mit den Doxa der beteiligten Disziplinen und Professionen. Das birgt die Gefahr eines Rückzugs auf das Eigene, weil eine Relativierung der Doxa die Feldlogik bedrohen kann,

bietet aber auch die Chance, in einem konkreten Anwendungsbereich (Langzeitaltersarbeit) relevanter Teil eines übergeordneten Ganzen zu sein und damit das Eigene aufzuwerten.

Hinsichtlich der **Positionierung** auf dem eigenen Feld bietet eine Kooperation in der Altersarbeit einen Zugewinn sowohl für die Soziale Arbeit wie auch für die Pflege. Die Auseinandersetzung mit Theorien und Methoden des jeweils anderen Feldes kann (je nach Form der Zusammenarbeit) zu einer Wissens- und Kompetenzerweiterung führen, die das kulturelle Kapital erhöht. Die Soziale Gerontologie kann dabei vermittelnd wirken und mit institutionalisiert vergebenen Ausbildungstiteln den Wert des inkorporierten Kapitals erhöhen. Allerdings bedeutet eine überdisziplinäre Kooperation zunächst eine «häretische» Positionierung, was Unsicherheit auslösen kann. Der Pflege kann die Soziale Gerontologie Begründungszusammenhänge für ihre Autonomisierungsbestrebungen und die eigene Theoriebildung liefern, auch eine Kooperation zwischen Pflege und Sozialer Arbeit kann beides stärken.

Aus ihrem je eigenen **Zentrum** bringen beide Professionen für Alter(n) und stationäre Umfeldler hoch relevante Expertisen ein, die über die Soziale Gerontologie miteinander verbunden werden können. Die Soziale Arbeit hat eine lange Erfahrung und geeignete Prinzipien, Zugänge und Methoden für den Umgang mit Behinderung (u.a. Barrierefreiheit, Selbstbestimmung, gewisse Risikobereitschaft, Partizipation, Milieugestaltung, Normalisierungsprinzip, Selbsthilfegruppen), die aber noch kaum mit Alter und Hochaltrigkeit verknüpft sind. Zudem bringt sie eine Expertise im Zusammenhang mit autonomie- und teilhabefördernder Heimgestaltung mit, die durch die Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention in der Schweiz auch für den Alterspflegebereich hoch relevant werden kann. Die Themen Alter und Gesundheit sind in der Sozialen Arbeit als Fokus relativ neu. Die Pflege hat eine längere Erfahrung mit gesundheitlichen Belangen und Multimorbidität im Alter; die Verbindung von Alter und Gesundheit ist in der Pflege ein eigenes Subfeld mit hoher Expertise.

Bezüglich **Verhältnis der professionell Handelnden zu ihren Adressatinnen und Adressaten** müssen beide Professionen mit einem Wissens- und Machtgefälle umgehen, allerdings in zumeist sehr unterschiedlichen Ausgangslagen. Die Autonomie der Klientinnen und Klienten ist in der Sozialen Arbeit ein grundlegendes Element des Auftrags («Nicht ohne uns über uns»), das Gefälle und die eigene Rolle in der Leistungserbringung müssen ständig **reflektiert** werden. Die Soziale Arbeit erbringt ihre Dienstleistung in Koproduktion mit den Klientinnen und Klienten, was das Verhältnis kennzeichnet. Die Pflege ist oft in Kontexten tätig, in denen die Patientinnen und Patienten keine Kooperation leisten, evtl. auch nicht mitentscheiden können. Die Soziale Gerontologie kann Argumentationsbeiträge bieten für die Problematik unterschiedlicher Rahmungen zwischen den Professionellen und den Bewohnenden in stationären Langzeiteinrichtungen und für den Umgang mit Situationen, in denen sich die Autonomie der Bewohnenden und fachliche Vorgaben entgegenstehen.

In ihren **Denk- und Handlungsschemata** gehen Professionelle der Pflege und der Sozialen Arbeit unterschiedlich an ihre Aufgaben heran, obwohl beide einen ähnlichen rückgekoppel-



ten Planungs- und Problemlösungsprozess verwenden. Die Zugangsweisen beider Professionen sind für den Kontext einer Alterseinrichtung wichtig und sinnvoll. Über die Soziale Gerontologie kann ein Verständnis und ein Austausch, auch eine gewisse Integration von Wahrnehmungs- und Beurteilungsschemata vermittelt werden. Grössere Schwierigkeiten für eine Kooperation bieten die unterschiedlichen Handlungszugänge mit ihren Standardisierungen bzw. ihrer Offenheit bezüglich Vorgehensweisen.

Im **Habitus** unterscheiden sich Professionsangehörige der Pflege und der Sozialen Arbeit trotz der Gemeinsamkeit im Anliegen, ihren Adressatinnen und Adressaten zu «helfen», sehr stark. In der Pflege ist der Habitus stark der engen strukturellen Einbindung und den Anforderungen an die Einhaltung von Fachlichkeitsnormen, Vorgaben und Bestimmungen in Details der täglichen Arbeit geprägt und von diesen Bedingungen und Normen beeinflusst. Die unterschiedlichen Handlungsfelder in der Sozialen Arbeit mit ihren je eigenen Methoden, das Koproduktionsverständnis, die Orientierung an der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten und das Prinzip der Anwaltschaftlichkeit führen dagegen eher zu einer gewissen Annäherung im Habitus an diejenigen der Klientinnen und Klienten. In der Pflege gibt es im Zusammenhang mit der Entwicklung eigener unabhängiger Professionsansätze in der Theorieentwicklung eine bewusste Reflexion von Habitus im Hinblick auf ein sich veränderndes Verhältnis der Pflegenden zu ihren Klientinnen und Klienten.

Soziale Arbeit bringt eine Offenheit hinsichtlich **Austausch von Wissen und Fähigkeiten** zwischen den Feldern mit. Mit ihrer Expertise für Problemstellungen zwischen Expertensystemen, der Übersetzungs- und Vermittlungsnotwendigkeit innerhalb ihrer eigenen Handlungskontexte und gegenüber den Klientinnen und Klienten gehören ein solcher Austausch und die dafür notwendigen **Kommunikationskompetenzen** zu den Berufsanforderungen. Die Pflege als Expertensystem für komplexe Problemstellungen in einem Kontext mit spezifischer medizinischer Fachsprache hat gegenüber den Patientinnen und Patienten ebenfalls eine Vermittlungs- und Übersetzungsaufgabe, ist aber wegen der Komplexität der Problemstellungen und der pflegerischen Lösungsansätze gegenüber dem Austausch von Professionswissen und -fähigkeiten zurückhaltend. Einer Kooperation entgegen kommt die Tatsache, dass sich in beiden Feldern die Stufung der Ausbildungsniveaus entspricht.

Hinsichtlich Verfügbarkeit von **ökonomischem Kapital** sind alle drei Felder von aussen abhängig. Die besten Chancen, eine Finanzierung von Kooperationssettings zu erreichen, hat ein Zugang über die Soziale Gerontologie, wenn der Nutzen im Hinblick auf eine angemessene und die Sozialversicherungssysteme entlastende Wirkung wissenschaftsbasiert belegt werden kann.

Die **rahmenbildenden Prinzipien** der drei Felder sind in den Kap. 2.1.5.6, 2.2.5.6, 2.3.4.6 und in Anhang 3 aufgezählt. Sie zeigen ein grosses Ergänzungspotenzial von Pflege und Sozialer Arbeit für die Langzeitaltersarbeit. Die Soziale Gerontologie kann den verbindenden und vermittelnden Rahmen schaffen.

## 4 Schlussfolgerungen für eine feldübergreifende Kooperation – Antworten auf die Fragestellung

### 4.1 Schlussfolgerungen

Wegen der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen ist im Alter bei allen gesundheitsrelevanten Themen die Pflege zuständig. Eine auf gesellschaftliche Teilhabe und Autonomie ausgerichtete Rehabilitation entspricht zwar dem Gesundheitsverständnis der heutigen Pflege, ist aber in den streng reglementierten pflegerischen Leistungskatalogen nicht vorgesehen. Die dafür geeigneten Methoden, Vorgehensweisen und Rahmungsregeln sind aber Teil der Professionskompetenz verschiedener Subfelder bzw. Spezialisierungen der Sozialen Arbeit. Eine Kooperation von Pflege und Sozialer Arbeit ist also bei nicht ausschliesslich medizinischen Indikationen und bei Behinderung im Alter angebracht, wenn nicht notwendig.

Mit Jungert (2010, vgl. vorliegende Arbeit Kap. 1.5.3) wird im Folgenden Interdisziplinarität als Sammelbegriff für unterschiedliche Arten überdisziplinärer Kooperationsformen als disziplinenübergreifende Wissens- und Wissenschaftspraxen verwendet, der auch Transdisziplinarität als eine der möglichen Ausgestaltungsformen einschliesst. Obwohl es sich bei der Pflege und der Sozialen Arbeit nicht um eigene wissenschaftliche Disziplinen handelt, können sie auf Basis ihrer Handlungswissenschaften interdisziplinär kooperieren, um übergreifend komplexe, ihre jeweilige Einzelkompetenz übersteigende Probleme anzugehen und zu bearbeiten (vgl. ebd.).

Für die Praxis der Berufsausübung verwendet Obrecht den Begriff Interprofessionalität (2005, vgl. vorliegende Arbeit Kap. 1.5.3). Sie ist dort angebracht, wo komplexe biopsychosoziale Prozesse gleichzeitig kritisch verlaufen (vgl. Kap. 1.5.3)<sup>122</sup> und hat die Erhöhung von Effektivität und Effizienz bei der Lösung praktischer Probleme zum Ziel.

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der rahmenbildenden Prinzipien (vgl. Kap. 2.1.5.6 und 2.2.5.4) kann auch bei ähnlichem Grundverständnis von Gesundheit und analogen systematischen Vorgehensweisen zur Problemlösung nicht davon ausgegangen werden, dass sich Professionelle der Pflege und der Sozialen Arbeit mit geringem Aufwand auf einem gemeinsamen Handlungsfeld (in einem übereinstimmenden Rahmen) einfinden. Rahmendifferenzen und Rahmenstreitigkeiten bis hin zu Rahmenbrüchen sind wahrscheinlich. Es ist möglich, Professionelle des einen Feldes im jeweils anderen Feld als Akteurinnen und Akteure zu integrieren, doch hat das zur Konsequenz, dass ihre Kapitalien auf dem fremden Feld nicht

---

<sup>122</sup> Das ist bei einer im Alter auftretenden Sehbehinderung oft gegeben und kann in multimorbiden Situationen mit Notwendigkeit eines Eintritts in eine stationäre Einrichtung zusätzlich verstärkt werden. Auf dem Hintergrund der Häufigkeit von im Alter auftretenden Sinnesbehinderungen, der psychosozialen Belastung, die eine neu auftretende Behinderung altersunabhängig mit sich bringt, und der Gefährdetheit von Selbstständigkeit, Alltagsbewältigung, Teilhabe und Autonomie ganz besonders bei Sehbehinderungen und bei Hörsehbehinderungen ist es dringend angezeigt, rehabilitativ wirkende Bedingungen, Methoden und Massnahmen in die ambulante wie die stationäre Altersarbeit zu integrieren.

dieselben Handlungsmöglichkeiten eröffnen und Positionierungen erlauben wie auf dem eigenen – ihre Expertise, auch wenn deren Qualität und Wichtigkeit anerkannt sein sollte, bleibt immer nachrangig. Aufgrund der strukturellen Vorgaben dürfte es derzeit im Kontext von im Alter auftretender Behinderung und gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit (auch nur geringen Ausmasses) um eine Kooperation auf dem Feld der Pflege, im Kontext von im Alter auftretender Pflegebedürftigkeit (geringen oder mittleren Ausmasses) bei vorbestehender Behinderung um eine Kooperation auf dem Feld der Sozialen Arbeit gehen. Die Feldanalyse bestätigt, dass eine solche interprofessionelle Zusammenarbeit auf einem der Felder mit Hürden verbunden ist (vgl. Kap. 3). Mit der zunehmenden Ausdifferenzierung der Felder sinkt die Integrationskraft, sie schliessen sich gegeneinander ab. In der Sozialen Gerontologie kann ein gemeinsames handlungswissenschaftliches Menschenbild und Hintergrundwissen gefunden werden, das Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit bietet (vgl. Kap. 1.5.3, S. 22f.)

Deshalb bietet es sich an, die Kooperation über die Soziale Gerontologie als übergeordnetes bzw. die anderen beiden Felder teilweise durchdringendes Feld zu suchen, wenn es um Langzeitalterspflege und Soziale Arbeit mit alten Menschen handelt. Sie bietet nicht nur thematisch eine gemeinsame Basis und relevantes überdisziplinäres Wissen, das in beiden Feldern für die eigene fachliche Profilierung interessant sein kann, sondern erlaubt das Feldspiel ohne einheitlichen Habitus, mit Bezug auf die Orientierung an Empirie, Praxisnutzbarkeit und Praxisrelevanz. Über die Doxa muss notwendigerweise Diskurs geführt werden, was aber per se eine Anforderung bei Kooperation von Feldspielern aus unterschiedlichen Feldern ist. Anforderung ist die Bereitschaft zu interdisziplinärer Auseinandersetzung und Öffnung für die Logik des anderen Feldes. Auf dem Feld der Gerontologie könnten sich Langzeitalterspflege und Soziale Arbeit mit alten Menschen und (akuten oder potenziellen) Behinderungen zu einem neuen Subfeld treffen.

Es könnte sein, dass sich die Problematik des «Pflegetotstandes» und ungelöster Fragen im Zusammenhang mit der geeigneten Gestaltung von Lebenswelten<sup>123</sup> für ein sich ausdehnendes Alter und für eine sich ausdehnende Anzahl alter Menschen als gesellschaftliche Herausforderung im Sinne einer «Krise» erweist, die eine Synchronisierung nicht der ganzen Felder der Pflege und der Sozialen Arbeit, aber der Subfelder, die mit alten Menschen arbeiten, erleichtert. Das hätte eine Relativierung der Grenzen zwischen den Feldern zur Folge, die Akteurinnen und Akteure in homologen Positionen eine bessere Basis für eine inter- oder

---

<sup>123</sup> Schroeter und Rosenthal (2005) nennen im Zusammenhang mit dem Eintritt in ein Krankenhaus verschiedene belastende Elemente, die – in teils nur leicht abgeschwächter Form – auch für einen Eintritt in eine Alterseinrichtung gelten: das Herausgenommenwerden aus dem gewohnten sozialen Umfeld, gewisse physische wie soziale Isolierung, Rollenreduktion und Statusverlust, Notwendigkeit der Unterwerfung unter personenfremde und Autonomie verunmöglichende Regeln und Routinen und damit symbolische Infantilisierung, Abhängigkeit von der Handlungsbereitschaft anderer, unter totaler Beobachtbarkeit des Verhaltens und damit Auflösung der Privatheit, Ausgeliefertsein an unverständene, manchmal undurchsichtige Prozeduren und Kontrollen (vgl. ebd.: 17).

transdisziplinäre Kooperation bieten könnte (vgl. Kap. 1.5.1, S. 12), weil sich feldspezifische Positionskämpfe relativierten (vgl. dazu auch weiterführende Überlegungen in Kap. 5).

Die Pflege vertritt heute einen ganzheitlichen biopsychosozialen Ansatz und beansprucht ein erweitertes Handlungsfeld (neben Pflege bei Erkrankungen, körperlichen Dysfunktionen und im Sterbeprozess auch Gesundheitsförderung, -erhaltung und Krankheitsvorbeugung). Wenn sie diesen Anspruch umfassend versteht und der Überzeugung ist, über alle nötigen Kapitalien, die das andere Feld beitragen könnte, selbst zu verfügen, kann das eine interprofessionelle Kooperation verhindern oder beeinträchtigen. Rehabilitation gehört nicht in den primären Aufgabenkatalog von Pflegefachpersonen (dafür sind im Gesundheitswesen die medizinischen Therapien zuständig). Die Feldanalyse hat gezeigt, dass die Pflege in teils unauflösbaren Widersprüchen zwischen fachlichen Anforderungen (gerade Ganzheitlichkeit betreffend) und restriktiven strukturellen Anforderungen und Vorgaben gefangen ist. Strukturbedingungen und Doxa sind teilweise nicht miteinander vereinbar. Es überrascht nicht, dass gerade in der Langzeitpflege neue Orientierungen entstehen, die in Richtung vermehrter Autonomie der Pflege führen. Das Ringen um die Anerkennung der fachlichen Eigenständigkeit und die eigene Expertise der Pflege ist stark. Gerade im Langzeitbereich und der Alterspflege gelingt das zunehmend. Wenn die Pflege in der Praxis mit dieser Spannung konfrontiert ist, muss sie sie – notwendigerweise – in Richtung Anpassung an die strukturellen Bedingungen auflösen, während sie sich in der Theorieentwicklung und im handlungswissenschaftlichen Bereich davon distanzieren kann. Das führt dazu, dass sich das pflegewissenschaftliche Subfeld so deutlich von der Pflegepraxis unterscheidet, dass sich die Frage stellt, ob es nicht als eigenes Feld betrachtet werden müsste.

Die Soziale Arbeit musste sich historisch nicht von einer einzigen starken, weitgehend autonomen Leitdisziplin ablösen, sondern entwickelte sich aus einem von mehreren Disziplinen (v.a. der Pädagogik und der Soziologie) geprägten Handlungsfeld zunehmend zu einem sozialen Feld mit eigener Modell- und Theoriebildung (im wissenschaftlichen Bereich ist sie immer noch stark von ihren Referenzdisziplinen beherrscht). Da einer ihrer Schwerpunkte in der Expertise für Problemstellungen zwischen verschiedenen Feldern besteht, bringt sie für eine Kooperation eine deklarierte Offenheit und Handlungserfahrung aus der Praxis mit.

Als Hindernisse für eine Kooperation haben sich aus der Feldanalyse die hohe Reglementierung der pflegerischen Zugänge und Habitusdifferenzen zwischen den Feldern gezeigt. Auf einem gemeinsamen gerontologischen Handlungsfeld werden Positionsansprüche bezüglich Zuständigkeit und Relevanz des je eigenen Professionsbeitrags ein Thema. In der Handlungspraxis dürfte die enge Strukturrahmung der Pflege das grösste Hindernis für eine institutionalisierte interprofessionelle Kooperation von Pflege und Sozialer Arbeit in der stationären Langzeitaltersarbeit sein. Da weder die Soziale Arbeit, noch die Pflege und auch nicht die Soziale Gerontologie über das ökonomische Kapital verfügen, eine Institutionalisierung durchzusetzen, hängt die Realisierbarkeit einer solchen Praxis davon ab, ob und wie der

sozialpolitische Nutzen aufgezeigt und evidenzbasiert belegt werden kann. Solange nicht beide Professionen ihren je eigenen Auftrag für ihren je eigenen Zugang haben, bleibt die interprofessionelle Kooperation situativ. In dieser Konstellation können allerdings Formen der Kooperation entwickelt und getestet sowie wissenschaftlich begleitet ausgewertet werden.

Eine Kooperation kommt nicht nur den Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Alters- und Pflegeeinrichtungen zugute, sondern bietet auch die Chance für eine Profilierung auf den je eigenen Professionsfeldern für die Pflege und die Soziale Arbeit. Für die Pflege kann eine solche Profilierung eine Chance in der Autonomisierung gegenüber der Medizin bieten, die Soziale Arbeit kann ihr Handlungsfeld ausweiten. Eine interprofessionelle Kooperation bringt aber auch veränderte Rollen und Kompetenzen der beteiligten Professionen und Professionellen mit sich, was auf dem eigenen Feld in eine «häretische» Position drängen und verunsichern kann. Ob die Zusammenarbeit eher in Richtung einer interprofessionellen (gemeinsamen) Tätigkeit oder mehr im Austausch und der Integration von Kenntnissen und Methoden liegen kann, muss in der Praxis ausprobiert und evaluiert werden. In einem ersten Schritt muss es Ziel sein, den Nutzen beider Qualitäten den Menschen, die in Langzeiteinrichtungen leben, zugutekommen zu lassen.

Grundsätzlich ist für inter- und transdisziplinäre Kooperation eine eigene Disziplinarität nötig. Disziplinen- und professionenübergreifende Kooperation setzt sowohl im Forschungs- wie auch in allen Anwendungskontexten explizite und explizierbare Kenntnisse von theoretischem und praktischem Fachwissen in der eigenen Disziplin bzw. Profession voraus (gute Verankerung) sowie die Bereitschaft, die eigenen Doxa kritisch und auf dem Hintergrund neuen Handlungswissens zu thematisieren. Im wissenschaftlichen Kontext ist dies eher zu erwarten als im praktischen. Die Soziale Gerontologie kann hier als Referenzrahmen für die anderen beiden Disziplinen dienen.

## 4.2 Beantwortung der Ausgangsfragen

### 4.2.1 *Welche Beiträge können Soziale Arbeit und Pflege in der Langzeitbegleitung im Altersbereich einbringen?*

Wie die Ausführungen in Kap. 3 gezeigt haben, bringen sowohl Pflege wie Soziale Arbeit relevante und sich ergänzende Beiträge für die Langzeitbegleitung im Altersbereich ein. Dabei wird berücksichtigt, dass im Alter auftretende Sinnesbehinderungen so häufig und einschränkend sind, dass sie in der Langzeitbegleitung im Altersbereich berücksichtigt werden müssen.

- Beiträge der **Pflege**: Erfahrung und Spezialisierung im Zusammenhang mit gesundheitlichen Belangen und Multimorbidität im Alter; erleichterter Zugang zum medizinischen Feld und seiner Fachsprache sowie die Kompetenzen, diesbezüglich Vermittlungs- und Übersetzungsaufgaben zu übernehmen; rechtliche und strukturelle Zuständigkeit bei allen

gesundheitsrelevanten Themen im Alter. Die Pflege kann für die mit zunehmender Hochaltrigkeit wahrscheinlicher benötigte Versorgung und Beratung für komplexe gesundheitliche Problemstellungen die nötige Expertise sichern.

- Beiträge der **Sozialen Arbeit**: Wissen und Erfahrung aus traditionellen Handlungsfeldern im Zusammenhang mit Behinderung, Beistandschaft und Armut, auf Befähigung ausgerichtete Haltung und Methoden zur Förderung von Autonomie, Selbstständigkeit, Partizipation und Integration/Inklusion (z.B. Milieugestaltung, Normalisierungsprinzip, behinderungsspezifische Rehabilitationstechniken); Orientierung an der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten; Koproduktionsverständnis; Vermittlung von Kompetenz zur Lebensgestaltung; Anwaltschaftlichkeit; institutionalisierte Reflexion von Wissens- und Machtgefälle; bewusste Trennung der Anspruchsperspektiven; Expertise für Problemstellungen zwischen Expertensystemen. Die Soziale Arbeit kann für die mit zunehmender Hochaltrigkeit nötiger werdende soziale Integration und Teilhabe<sup>124</sup> die nötige Expertise sichern.

Angesichts der Anforderungen, die im Alter auftretende (Sinnes-)Behinderungen und chronische Krankheiten stellen, müssen beide Expertisen in die Langzeitaltersarbeit einfließen.

#### **4.2.2 Welche Basis für eine inter- oder transdisziplinäre Kooperation bieten Selbstverständnis, Grundkonzepte und Arbeitsschwerpunkte von Sozialer Arbeit und Pflege?**

hilfreich	hindernd
Soziale Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstverständnis: Befähigung, Ermächtigung</li> <li>– Grundkonzepte: Autonomie und Teilhabe</li> <li>– Arbeitsschwerpunkt: Benachteiligung, Behinderung</li> </ul> Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstverständnis: Unterstützung, Fürsorge</li> <li>– Grundkonzepte: Gesundheit, Lebensqualität</li> <li>– Arbeitsschwerpunkt: Gesundheitspflege</li> </ul>	Soziale Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> <li>– mangelnde strukturelle Einbettung</li> <li>– fehlendes ökonomisches Kapital</li> </ul> Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Machtbeschränkung durch enge strukturelle Rahmung von aussen</li> <li>– Anspruch auf umfassende Kompetenz zur Vermittlung von Lebensqualität</li> <li>– fehlendes ökonomisches Kapital</li> </ul>

Beide Felder ergänzen sich und bringen viel Kapital sowie die erklärte Bereitschaft zur Kooperation mit. Die hindernden Faktoren sind beachtlich und müssen entsprechend bearbeitet werden.

<sup>124</sup> Steigende Prävalenz, Sinnesbehinderungen und chronische Krankheiten in Verbindung mit der Behindertenrechtskonvention.

## 5 Diskussion des Vorgehens und Ausblick

Mit der vorliegenden Arbeit wurde der Frage nachgegangen, welche Beiträge die Pflege und die Soziale Arbeit in die Langzeitaltersarbeit im stationären Umfeld einbringen können und welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen sich in den beiden Feldern im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation beobachten lassen. Die Schlussfolgerungen und die Beantwortung der Fragestellungen finden sich im vorangehenden Kapitel.

Die Fragestellung wurde in einer Theoriearbeit mittels Feldanalyse nach Bourdieu angegangen. Für das nötige Rahmungsverständnis wurde Goffman beigezogen. Das Vorhaben, die Analyse anhand mehrerer Theoriekonzepte und Modelle im jeweiligen Wissens- und Berufsfeld zu unternehmen, erwies sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit als zu ambitiös. So wurde jeweils exemplarisch ein Modell ausgewählt. Sowohl der lebensweltorientierte Ansatz nach Thiersch wie das auf einem Modell von Lebensaktivitäten basierende Roper-Logan-Tierney-Konzept sind nach wie vor verbreitete Basis von Handlungspraxis und haben die jeweilige fachliche Theorie- und Konzeptbildung so nachhaltig beeinflusst, dass relevante Elemente auch spätere Konzepte kennzeichnen.

Es erwies sich als ausserordentlich wertvoll, die Soziale Gerontologie mit ihren auf Empirie abgestützten Erkenntnissen zu den Zusammenhängen von Alter(n) und gesellschaftlichen Entwicklungen beizuziehen. Sie stellt einerseits Ausgangslage, Bedarf und Bedürfnisse sowie Entwicklungslinien dar und bildet andererseits einen gemeinsamen Referenzrahmen für eine (mögliche und nötige) Kooperation.

Die Motivation und Absicht der Arbeit war es, einen relevanten Beitrag zu einem Konzept für die stationäre Langzeitaltersarbeit zu leisten, das im Alter auftretende Sinnesbehinderungen (insbesondere Sehbehinderungen) angemessen berücksichtigt.

Die Soziale Arbeit (Schwerpunkt Sozialpädagogik) hat in ihrer Entwicklung eine Expertise und ein Methodenrepertoire für den professionellen Umgang mit Behinderungen geschaffen, die bisher vorwiegend bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Menschen im Erwerbsalter eingesetzt werden.<sup>125</sup> Entsteht im Alter ein Unterstützungsbedarf aufgrund einer neu auftretenden organischen Schädigung, ist versicherungsrechtlich die Pflege zuständig. Sie stellt ein Expertensystem für komplexe gesundheitsbezogene Problemstellungen dar, führt aber mit ihren Rahmenprinzipien von Sicherheit und Fürsorge sowie den standardisierten methodischen Zugängen zu einer Medizinalisierung, die bei Behinderung nicht nötig und im Hinblick auf Autonomieförderung unter Umständen sogar kontraindiziert ist. Zudem sind stationäre Pflegeeinrichtungen von den im medizinischen und pflegerischen Feld geltenden Rahmenbedingungen geprägt, die einer Förderung von Teilhabe, Autonomie und Inklusion entgegen-

---

<sup>125</sup> Dazu gehören die konsequente Ausrichtung auf soziale Teilhabe und Autonomie, auf Selbstständigkeit und Selbstbestimmung (inkl. einer dafür notwendigen Risikobereitschaft), auf Partizipation und Inklusion, das Koproduktionsverständnis und die Anwaltschaftlichkeit sowie spezifische Methoden wie die Milieugestaltung, Barrierefreiheit, behinderungsspezifische Rehabilitationstechniken und die psychosoziale Beratung.

stehen können. Pflege allein bietet keine adäquate Antwort auf eine Sinnesbehinderung, auch im Alter nicht.

Der methodische Zugang erwies sich als ausserordentlich ergiebig und konnte ein vertieftes Verständnis für die spezifischen Beiträge von Sozialer Arbeit und Pflege sowie Anknüpfungspunkte und Hürden für eine Kooperation schaffen. Kritisch ist anzumerken, dass die Feldanalyse auf einer sehr basalen Kenntnis der zugrundeliegenden Theorien fusste und eine Vertiefung des Verständnisses von Feldkonzept und Rahmungstheorie auf der Basis von Foucault und in Auseinandersetzung mit Luhmann wünschenswert wäre. Auch eine systematischere und klarere Definition grundlegender Begriffe auf dem Hintergrund ihrer jeweiligen Theoriegeschichte und ein zusätzlicher Durchgang durch die Analyse zur Kürzung der Ausführungen auf die Kernthemen bei den einzelnen Kriterien stehen noch aus.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Beiträge der Pflege und der Sozialen Arbeit sowie der Sozialen Gerontologie. Für die Konkretisierung der Ergebnisse müssten in einem nächsten Schritt auch die Pflegewissenschaft, die Heil-/Sonderpädagogik und die Gesundheitswissenschaft mit ihren je eigenen Ansätzen einbezogen werden.

Eine spannende weiterführende Thematik führt in Richtung einer Kooperation zwischen Fachfeld und Laienfeld. Aus Kostengründen kann für die Altersversorgung der Druck dafür gross werden. In Freiwilligenarbeit liegt ein grosses Potenzial, nicht nur kosten- und ressourcenmässig, sondern auch inhaltlich, kann doch eine Aufweichung der zunehmenden Professionalisierung in Richtung von Normalität führen, was gerade in stationären Kontexten eine wünschbare Qualität einbringen kann. Die Soziale Arbeit mit ihrer Erfahrung in der Vermittlung zwischen Professionsfeldern und in der Begleitung von Freiwilligenarbeit im Rahmen der Gemeinwesenarbeit könnte dafür substantielle Beiträge leisten.

Als Weiterführung werden im Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) die Erkenntnisse im Hinblick auf im Alter auftretende Sinnesbehinderungen konkretisiert und auf unterschiedliche Settings differenziert (ambulant – stationär, allgemeine Alterseinrichtungen – spezifische Pflegekontexte sowie Behinderung und Multimorbidität).

Für KSIA ist die Arbeit von mehrfachem Nutzen:

- Sie stellt einen Beitrag dar zur neuen Fassung des gerontagogischen Konzepts: die Übertragung aus einer konkreten, spezialisierten Alters- und Behinderteneinrichtung auf allgemeine Alters- und Pflegeeinrichtungen. Dabei geht es auch um die Konzeption der Kooperation von Pflege und Sozialer Arbeit nach dem gerontagogischen Prinzip, das auf differente Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung oder chronischer Krankheit im Alter ermächtigend antwortet.
- Die Arbeit ist ein Beitrag für weitere konkrete Projekte in der Fachentwicklung betreffs höresehbehinderungsspezifischer Pflege und Betreuung.



- 
- Sie kann als Argumentationshilfe in der sozialpolitischen Diskussion mit Behörden genutzt werden, beispielsweise zur Abgrenzungsdiskussion von Pflege und Betreuung bei Menschen mit Sinnesbehinderungen im Alter.
  - Sie dient als Argumentationsbasis für den Fachaustausch mit Verbänden der Medizin, Pflege und Sozialen Arbeit betreffs Fachauftrag stationäre/ambulante Unterstützung von Menschen mit (Sinnes-)Behinderungen im Alter.
  - Nicht zuletzt wird sie Teil der Fachbasis in der Kurstätigkeit von KSiA sein (z.B. für den CAS Gerontagogik, ZHAW).

Ich danke allen Diskussionspartnerinnen und -partnern, insbesondere Fatima Heussler, für ihre wertvollen Beiträge zur vorliegenden Arbeit.

## Quellenverzeichnis

AvenirSocial (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale Arbeit. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial. URL: [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/Do\\_Berufskodex\\_Web\\_D\\_gesch.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf) [Zugriff 28.01.2014]

ABA Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants (Ed.) (2005). Voir en EMS. Rapport de l'étude sur la présence des déficits visuels dans la population âgée vivant en EMS. Etude conduite par Marie-Paule Christiaen-Colmez en collaboration avec Guy Donati et M. Markus W. Braun. Genève: ABA.

Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hg.) (2010). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Becker, Stefanie (2014). Gerontologie – eine interdisziplinäre Wissenschaft. In: Becker, S./ Brandenburg, H. (Hg.) (2014). Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Verlag Hans Huber. S. 21–34.

Becker, Stefanie/Brandenburg, Hermann (Hg.) (2014). Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Verlag Hans Huber.

Becker-Lenz, Roland/Müller, Silke (2009). Der professionelle Habitus in der Sozialen Arbeit. Grundlagen eines Professionsideals. Bern/Berlin/Bruxelles/Frankfurt a. M./New York/Oxford/Wien): Peter Lang (= Profession und Fallverstehen #01).

Bommes, Michael/Scherr, Albert (2000). Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Funktionen und Formen organisierter Hilfe. Weinheim/München: Juventa.

Bourdieu, Pierre (2009). Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft. Übersetzt von Cordula Pialoux und Bernd Schwibs. 2. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (= suhrkamp taschenbuch wissenschaft 291).

Bourdieu, Pierre (1998). Vom Gebrauch der Wissenschaft. Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes. Aus dem Französischen übertragen von Stephan Egger. Konstanz: UVK Universitätsverlag (= édition discours Band 12).

Bourdieu, Pierre (1987). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Übersetzt von Bernd Schwibs und Achim Russer. Frankfurt a. M.: Suhrkamp (= suhrkamp taschenbuch wissenschaft 658).

Boutinet, Jean-Pierre (2012): Vieillir en se formant, une nouvelle figure de l'avancées en âge. Conclusion à l'ouvrage *Formation et vieillissement*. URL: <http://www.jeanpierreboutinet.fr/upload/131029145406Vieillir%20en%20se%20formant.pdf> [Zugriff : 28.02.2014]

Brandenburg, Hermann (2012). Multi- und interdisziplinäre Perspektiven. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J. P. (Hg.) (2012). *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 28–33.

Braunschweig, Sabine (2004). Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz. In: Walter, I./Seidl, E./Kozon, V. (Hg.). *Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. Vorträge des 6. Internationalen Kongresses zur Geschichte der Pflege am 16. April 2004 in Wien*. Wien: ÖGVP Verlag 2004, S. 113-122. URL: <http://www.sozialgeschichte-bs.ch/html/img/pool/08braunschweig.pdf> [Zugriff: 21.06.2014]

Fuchs-Heinritz, Werner/König, Alexandra (2005). *Pierre Bourdieu. Eine Einführung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft (= UTB 2649)

Füssenhäuser, Cornelia/Thiersch, Hans (2011). Theorie und Theoriegeschichte Sozialer Arbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hg.). *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 1632–1645.

Geißler-Piltz, Brigitte/Gerull, Susanne (Hg.) (2009). *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings*. Opladen/Farmington Hills: Budrich UniPress.

Geißler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag (= Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 7, UTB 2697).

Goffman, Erving (1981): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (= edition suhrkamp 678).

Goffman, Erving (1980): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (= suhrkamp taschenbuch wissenschaft 329).

Graßhoff, Gunther (2010). AdressatInnen, KlientInnen, NutzerInnen und AkteurInnen der Sozialen Arbeit. In: Schröer, W./Schweppe, C. (Hg.). *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online*. Fachgebiet: Soziale Arbeit, Grundbegriffe. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Heiner, Maja (2010). *Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fähigkeiten*. 2. Auflage. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Heussler, Fatima (2011). *Gerontagogik-Konzept Mühlehalde*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Heussler, Fatima (2012). *Kernaussagen Gerontagogik-Konzept*. Unveröffentlichte Zusammenstellung der Kernaussagen aus dem Manuskript Gerontagogik-Konzept von Fatima Heussler für die Stiftung Mühlehalde, Zürich.

Heussler, Fatima (2014). «Ich bin nicht krank, aber ich sehe nicht gut!» Behindertenrechtskonvention und Menschen mit Sehbehinderung im Alter im Heim. In: *tactuel* Nr. 2/2014, S. 11–12.

Heussler, Fatima (2002). Gerontagogik in der Mühlehalde: Unser Weg für ein Leben mit Sehbehinderung im Alter. In: «Apropos» Mühlehalde Nr. 2/2002. S. 2–3.

Heussler, Fatima (2005). Gerontagogik: Erfolg nach 10-jähriger Entwicklung. In: «Apropos» Mühlehalde Nr.2/2005. S. 2–3.

Homfeldt, Hans Günther (2010). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hg.). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 3., überarb. und erweiterte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.489–503.

Höpflinger, François (2012a): *Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze*. 2. Auflage. Weinheim/München: Beltz Juventa.

Höpflinger, François (2012b). Gerontologie – Definition und Entwicklung im Blick auf den gesellschaftlichen Fortschritt. URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1O.html> [Zugriff: 28.02.2014]

Höpflinger, François (1999). Soziale Gerontologie in der Schweiz. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hg.). *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 65–76.

Höpflinger, François (2011). Wandel des dritten Lebensalters. «Junge Alte» im Aufbruch. Babyboom-Generation – zum Altern einer Generation. URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/DrittesLebensalter.pdf> [Zugriff: 28.02.2014]

Höpflinger, François/Bayer-Oglesby, Lucy/Zumbrunn, Andrea (2011): *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.

Hünersdorf, Bettina (2005). Der sozialpädagogische Blick auf die Altenpflege. In: Schweppe, Cornelia (Hg.). *Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (= Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 11). S. 109–130.

Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hg.) (1999). *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Johnson, Malcolm L. (Ed.) (2005). *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge/New York/Melbourne/Madrid/Cape Town/Singapore/ São Paulo: Cambridge University Press.

Jost, Annemarie (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Jungert, Michael/Romfeld, Elsa/Sukopp, Thomas/Voigt, Uwe (Hg.) (2010). Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG – Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Jungert, Michael (2010). Was zwischen wem und warum eigentlich? Grundsätzliche Fragen zur Interdisziplinarität. In: Jungert, M./Romfeld, E./Sukopp, T./Voigt, U. (Hg.) (2010). Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG – Wissenschaftliche Buchgesellschaft. S. 1–12.

Karl, Fred (1999): Gerontologie und Soziale Gerontologie in Deutschland. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hg.). Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 20–46.

Karl, Fred (2004): Soziale Arbeit. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber. S. 437–448.

Kern, Dominique (2002): L'intégration des personnes âgées dans la vie sociale de la ville. Mémoire à l'Université d'Evry Val d'Essone, Centre Universitaire de formation du travail social. URL: <http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/Kern%20M%E9moire%20DESS%20RT7.pdf> [Zugriff: 28.02.2014].

Kohli, Martin (1985). Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 37. Jahrgang 1985, Heft 1. S. 1–29.

Kohli, Martin (1978). Erwartungen an eine Soziologie des Lebenslaufs. In: Kohli, Martin (Hg.). Soziologie des Lebenslaufs. Darmstadt/Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag (= Soziologische Texte (Neue Folge), Band 109). S. 9–31.

Krohwinkel, Monika (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber.

Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.) (2004). Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Künemund, Harald/Schröter, Klaus R. (2014). Alterssoziologie. In: Endruweit, Günter/ Trommsdorff, Gisela/Burzan, Nicole (Hg.). Wörterbuch der Soziologie. 3., völlig überarbeitete Auflage. Konstanz/München: UVK Verlagsgesellschaft mit UVK/Lucius. S. 16–22.

Meleis, Afaf Ibrahim (1999). Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Brock. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Moers, Martin/Schiemann, Doris/Schnepp, Wilfried (Hg.) (1999). Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag (= Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 1, UTB 2473).

Münchmeier, Richard (2011). Geschichte der Sozialen Arbeit. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 528–540.

Naegele, Gerhard (2011). Alter. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 32–47.

Obrecht, Werner (2006). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. Rahmentext zum Unterthema «Interprofessionelle Kommunikation» der Fachtagung der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich «Soziale Probleme und Interprofessionelle Kooperation» vom 21./22.10.2005. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit. URL: [http://www.infostelle.ch/de/dyn\\_output.html?content.void=718](http://www.infostelle.ch/de/dyn_output.html?content.void=718) [Zugriff: 29.01.2014]

Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.) (2011). Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. Unter Mitarbeit von Klaus Grunwald, Karin Böllert, Gaby Flösser und Cornelia Füssenhäuser. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Pauls, Helmut (2011). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim/München: Juventa.

Pichler, Barbara (2010). Aktuelle Altersbilder: «junge Alte» und «alte Alte». In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 415–425.

Rentsch, Hans Peter (2009). Vom Kurativen zum Rehabilitativen. Handout zum Vortrag anlässlich des Jubiläumssymposiums REHAB LUKS am Luzerner Kantonsspital, 28.10.2009. URL: [http://www.ksl.ch/uploads/media/03-Rentsch\\_vom\\_Kurativen\\_zum\\_Rehabilitativen.pdf](http://www.ksl.ch/uploads/media/03-Rentsch_vom_Kurativen_zum_Rehabilitativen.pdf) [Zugriff: 11.06.2014]

Roper, Nancy/Logan, Winifred W./Tierney Alison J. (2009). Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). 2., korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Rehbein, Boike (2006). Die Soziologie Pierre Bourdieus. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft (= UTB 2778).

Salvage, Jane (2000). Doctors and nurses: doing it differently. The time is ripe for a major reconstruction. In: British Medical Journal, April 15, 2000; 320(7241): 1019–1020. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117926/> [Zugriff: 09.07.2014]

- SBK – Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2011). Professionelle Pflege Schweiz – Perspektive 2020. Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Bern: SBK. URL: [http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/online\\_shop/publikationen/de/docs/03\\_15\\_Perspektive2020-dt.pdf](http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/online_shop/publikationen/de/docs/03_15_Perspektive2020-dt.pdf) [Zugriff: 10.05.2014]
- Schaeffer, Doris/Moers, Martin/Steppe, Hilde/Meleis, Afaf (Hg.) (2008). *Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. 2., ergänzte Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schroeter, Klaus R. (2013). Aktives Altern: Die Produktion des zuverlässigen und flexiblen Menschen. In: *SuchtMagazin* 2/2013. S. 9–12.
- Schroeter, Klaus R. (2006). *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Schroeter, Klaus R. (2007). Zur Symbolik des korporalen Kapitals in der «alterslosen Altersgesellschaft». In: Pasero, Ursula/Backes, Gertrud/Schroeter, Klaus R. (Hg.) *Altern in Gesellschaft. Ageing – Diversity – Inclusion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften S. 129–148.
- Schroeter, Klaus R. (2005). «Doing Age», Korporales Kapital und Erfolgreiches Altern. In: *Spiel* 24 (2005), Heft 1. S. 147–162.
- Schroeter, Klaus R. (2004a). *Figurative Felder. Ein gesellschaftstheoretischer Entwurf zur Pflege im Alter*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Schroeter, Klaus R. (2004b). Der pflegerische Blick. «The Nursing Gaze – Big Sister is Watching You». In: Blüher, Stefan/Stosberg Manfred (Hg.). *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (= *Alter(n) und Gesellschaft*, Band 9). S. 139–166.
- Schroeter, Klaus R./Künemund, Harald (2010). «Alter» als Soziale Konstruktion – eine soziologische Einführung. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hg.). *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 393–401.
- Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB (Hg.) (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz. Eine Publikation zur Frage «Wie viele sehbehinderte, blinde und höresehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?»*. St. Gallen: SZB.
- Schweppe, Cornelia (2005). *Alter und Sozialpädagogik*. In: Schweppe, Cornelia (Hg.). *Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (= *Grundlagen der Sozialen Arbeit*, Band 11). S. 32–46.
- Schweppe, Cornelia (2010). *Soziale Altenarbeit*. In: Thole, Werner (Hg.). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 3., überarb. und erweiterte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 505–521.

Seibl, Magdalena (2013). Bericht Wirkungsanalyse zur Schulung «Sehbehinderung im Alter» im Pflegezentrum Witikon, Standort Bombach vom Mai 2013. Unveröffentlichter Bericht zuhanden des PZ Witikon/Bombach. Zürich: Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter.

Sukopp, Thomas (2010). Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Definition und Konzepte. In: Jungert, M./Romfeld, E./Sukopp, T./Voigt, U. (Hg.) (2010). Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme. Darmstadt: WBG – Wissenschaftliche Buchgesellschaft. S. 13–29.

Tesch-Römer, Clemens (Hg.) (2002). Gerontologie und Sozialpolitik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag W. Kohlhammer (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 214).

Tesch-Römer, Clemens/Wahl, Hans-Werner (2012). Seh- und Höreinbußen. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J. P. (Hg.) (2012). Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 407–412.

Thiersch, Hans (2014). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Thole, Werner (2010). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

UN-Behindertenrechtskonvention – Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities) (2010). Synoptische Fassung der amtlichen gemeinsamen Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Liechtenstein, der «Schattenübersetzung» des Netzwerk Artikel 3 e.V. und des Originaldokuments in englischer Sprache. Hg. vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Bonn: Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-Behindertenrechtskonvention. URL: [http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere\\_UNKonvention\\_KK.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff: 10.09.2013]

von Kondratowitz, Hans-Joachim (2002). Determinanten und Dynamiken der Verwendung sozialgerontologischen Wissens. In: Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Gerontologie und Sozialpolitik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag W. Kohlhammer (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 214). S. 219–233.

Wahl, Hans-Werner (2002). Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Sozialen Gerontologie: Allgemeine Überlegungen und eine konkrete Reaktion auf den Beitrag von v. Kondratowitz. In: Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Gerontologie und Sozialpolitik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag W. Kohlhammer (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 214). S. 235–250.



Wahl, Hans-Werner/Heyl, Vera (2004). Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (= Grundriss Gerontologie Band 1).

Wahl, H.-W./Heyl, V./Langer, N. (2008). Lebensqualität bei Seheinschränkung im Alter. Das Beispiel altersabhängige Makuladegeneration. In: *Der Ophthalmologe*, 8/2008, S. 735–743.

Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens/Ziegelmann, Jochen P. (Hg.) (2012). Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

WHO (2001). ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization. URL: <http://downloadpdfz.com/pdf/international-classification-of-functioning-disability-and-13947536.html> [Zugriff: 25.11.2013]

Wolfensberger, Rolf (2010). Anstaltswesen. In: *Historisches Lexikon der Schweiz*. URL: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16582.php> [Zugriff: 12.06.2014]

## **Internetquellen**

Bibliothèque de gériatrie et de gérontologie de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (iugm). URL: <http://catalogue.iugm.qc.ca> [Zugriff: 28.02.2014]

Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG) vom 13. Dezember 2002 (Stand 1. Juli 2013). URL: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002658/index.html> [Zugriff: 10.09.2013]

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 (Stand am 1. Januar 2014). URL: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19590131/index.html> [Zugriff: 19.02.2014]

Curaviva Schweiz. URL: <http://www.curaviva.ch> [Zugriff: 21.06.2014]

Pro Senectute Schweiz. URL: <http://www.pro-senectute.ch/ueber-uns.html> [Zugriff: 12.06.2014].

Duden online. URL: <http://www.duden.de> [Zugriff: 09.07.2014]

SAMW – Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. URL: <http://www.samw.ch> [Zugriff: 10.05.2014]

SBV – Schweizerischer Blinden- und Sehbehindertenverband. URL: [www.sbv-fsa.ch](http://www.sbv-fsa.ch) [Zugriff: 12.06.2014]

Schweizerischer Blindenbund. URL: [www.blind.ch](http://www.blind.ch) [Zugriff: 12.06.2014]

## Anhang 1:

### Arbeitspapier Analysekategorien gemäss Feldtheorie nach Bourdieu

#### Logik des Feldes: Struktur-, Deutungs- und Handlungsrahmen

(Feld → gesellschaftliche Ebene)

- Kräftefelder mit je eigener Logik, eigenen Regeln, Strukturen, Abhängigkeiten, Kapitalien und Institutionen
- historisch entstanden, zumeist durch Differenzierung, einigermaßen autonom; je eigene Geschichte → Analyse muss historisch vorgehen und die Dynamik der Kämpfe erfassen
- **Autonomie**: je ausschliesslicher Handeln am Ziel und den Regeln des Feldes ausgerichtet ist, desto autonomer und normativ richtiger ist es. Autonomie steigt. Trotzdem: Individuen bewegen sich auf mehreren Feldern gleichzeitig, die Felder durchdringen sich, jedes Feld enthält Elemente anderer Felder.
- **Struktur**: nach Kämpfen, Graden der Macht, Illusio, Interessen, Ausschluss und Inbesitznahme; durch Verteilung des relevanten Kapitals festgelegt
- **Strategien** verfolgen (vs. Regeln einhalten). Grundstrategien: erhalten, verändern. → Uneigennützigkeit ist immer nur scheinbar, verdeckt die Interessen an verschiedenen Formen von Kapital, an Prestige, Macht und Einfluss.
- **Kämpfe um Bewahrung und Veränderung**; sie differenzieren das Feld in Richtung Autonomie aus, schliessen sich dadurch zunehmend gegeneinander ab  
→ Damit entsteht hierarchische Struktur von **Zentrum** und **Peripherie**, Einschluss und Ausschluss, Herrschaft und Unterwerfung  
→ **Orthodoxie** (im Zentrum) mit Erhaltungsstrategien und **Häresie** (am Rand, ambitiös, subversiv) mit Veränderungsstrategien
- **materielle und strukturelle Bedingungen**, die Grenzen vorgeben und Möglichkeiten öffnen
- **Relationen von Akteuren und Akteursgruppen**  
→ Netz/Konfiguration von objektiven Relationen  
→ Akteure in aktuellen oder potenziellen Situationen (situs)
- feldspezifisch sind Akteure, Spieleinsätze, Regeln und Logiken
- Logik bestimmt **Profite, Einsätze und Formen des Handelns**
- Feld **bildet Sozialstruktur ab und reproduziert sie**
- **Grenze des Feldes**: wo Feldeffekte aufhören zu wirken (wo Einsätze, Logik, Illusio des spezifischen Feldes nicht mehr gelten)
- Lebensbedingungen im sozialen Raum analysierbar nach **Kapital, Habitus und Feld**

#### Akteure/Akteursgruppen

- SpielerInnen auf dem Feld mit verschiedenen Rollen
- stehen auf dem Feld in Konkurrenz zueinander
- Gewicht auf dem Feld durch Kapital bestimmt (was auch Handlungsmöglichkeiten bestimmt)
- feldspezifisch (vgl. auch feldspezifische Bezeichnungen)
- haben Einstellungen (inkorporierte Merkmale) und ökonomische + kulturelle Güter (objektivierte Merkmale): was Kurs hat, was relevant und effizient ist, Praxis bestimmt

## Habitus

(Pendant zum Feld auf Individuen-/Gruppenebene, nicht auf Einzelpersonen bezogen, sondern auf Gruppen/Klassen)

- statistische Schemata der Orientierung und des Handelns
- gesellschaftlich vorgeformte Denk- und Handlungsdispositionen, befähigen zur sozialen Praxis
- resultiert aus der Geschichte des Feldes
- abhängig vom Kapital, das ihm auf dem Feld zur Verfügung steht
- Orientierung an Handlungsmustern anderer (kaum an Theorien), die so oft wiederholt werden, dass sich Muster einprägt (Habitualisierung)
- erworbene Denk-, Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsschemata
- Produkt und Produzent von Handlungspraktiken
- Einmal konstituiert, ist Habitus träge → Generationenkonflikte
- Habitus kann veralten, wenn sich Feld historisch verändert
- angestrebte Kapitalien: ökonomische Güter, Ehre, Wissen, soziale Beziehungen, Kulturgegenstände usw.

## Doxa – Illusio

- Doxa: auf Feldebene – Illusio: auf Habitusebene
- impliziter Glaube an Sinnhaftigkeit des Spiels und an Bedeutung dessen, was auf dem Spiel steht
- Doxa: Gesamtheit der unsichtbaren, unhinterfragten gemeinsamen Voraussetzungen und Thesen, nicht individuell, zumeist nicht bewusst; strukturieren Erfahrung von Wirklichkeit (feldspezifische Illusio)
- Doxa: fraglose Selbstverständlichkeit; wenn durch divergierende Konstruktionsprinzipien und Deutungen Diskurs geführt werden muss über Doxa, entfällt zwar Fraglosigkeit, aber institutionell verankert wird daran festgehalten, was schicklich und richtig ist
- Orthodoxie: konkurrierende Sicht- und Bewertungskriterien werden unterdrückt
- Illusio: gemeinsame Selbstverständlichkeit über Struktur und Regelmäßigkeit des Feldes («Spielregeln»), der gemeinsame Glaube der Akteure
  - bestimmt die Interessen und Strategien
  - ist für Aussenstehende oft unverständlich, scheint sinnlos → wechselseitige Verständnisbarriere, die Autonomie der Felder anzeigt
- enge Verwandtschaft von Illusio und Doxa, nicht immer präzise unterschieden bei Bourdieu
- Durchsetzung von Bedeutungen und ihrer Anerkennung: symbolische Gewalt/Macht (Einsatzschemata spielen dabei eine Rolle)

## Kapital/Handlungsressourcen

- Handlungsressourcen im umfassenden Sinn
- Macht/Kapital, dessen Besitz über Zugang zum Feld und zu spezifischen Positionen entscheidet
- resultiert aus akkumulierter Arbeit
- Verteilung strukturiert das Feld
- verbindet Feld und Habitus
- Arten von Macht, deren Besitz über Zugang zum Feld und den auf ihm möglichen spezifischen Profiten entscheidet

- feldspezifisch, eröffnet Handlungsmöglichkeiten im Feld; je autonomer das Feld, desto höher der Wert des spezifischen Kapitals
- funktioniert nur in Verbindung mit einem Feld
- Drei grundlegende Arten von Kapital, dazu symbolisches:
  - *ökonomisches*: alle Formen materiellen Besitzes, das wichtigste K., liegt allen anderen zugrunde
  - *kulturelles*: Informationskapital, inkorporiert, objektiviert oder institutionalisiert:
    - inkorporiert: Bildung, Kenntnisse, Fähigkeiten usw.
    - objektiviert: technische Instrumente, Bücher, Kunstgegenstände usw.
    - institutionalisiert: Abschlusszeugnisse, Bildungstitel usw.
  - *soziales*: Möglichkeiten, Rat und Infos bei anderen einzuholen, Durchsetzungschancen, resultieren aus Gruppenzugehörigkeiten; ständige Beziehungsarbeit nötig, um es zu reproduzieren
  - *symbolisches*: Chancen, soziale Anerkennung und Prestige zu erhalten, z.B. Alter, Geschlecht, Ehre usw.
- Jedes Kapital hat eigene Gesetze und Funktionsweisen
- ineinander konvertierbar
- Praxisfelder: es geht um bestimmte Kapitalien, es herrschen spezifische Ökonomien

### **Deutungs- und Handlungsrahmen**

- Struktur eines Feldes ermitteln: Regeln und Positionen miteinander in Relation setzen: Wer ist wem untergeordnet/muss sich wem unterordnen? Wer verfügt über welches Kapital? Wer verfügt über welche Autonomie? Wer hat im Feld welche Position und verfolgt welche Interessen

## Anhang 2: Lebensmodell und Pflegemodell nach Roper, Logan und Tierney (2009: 28 und 97)

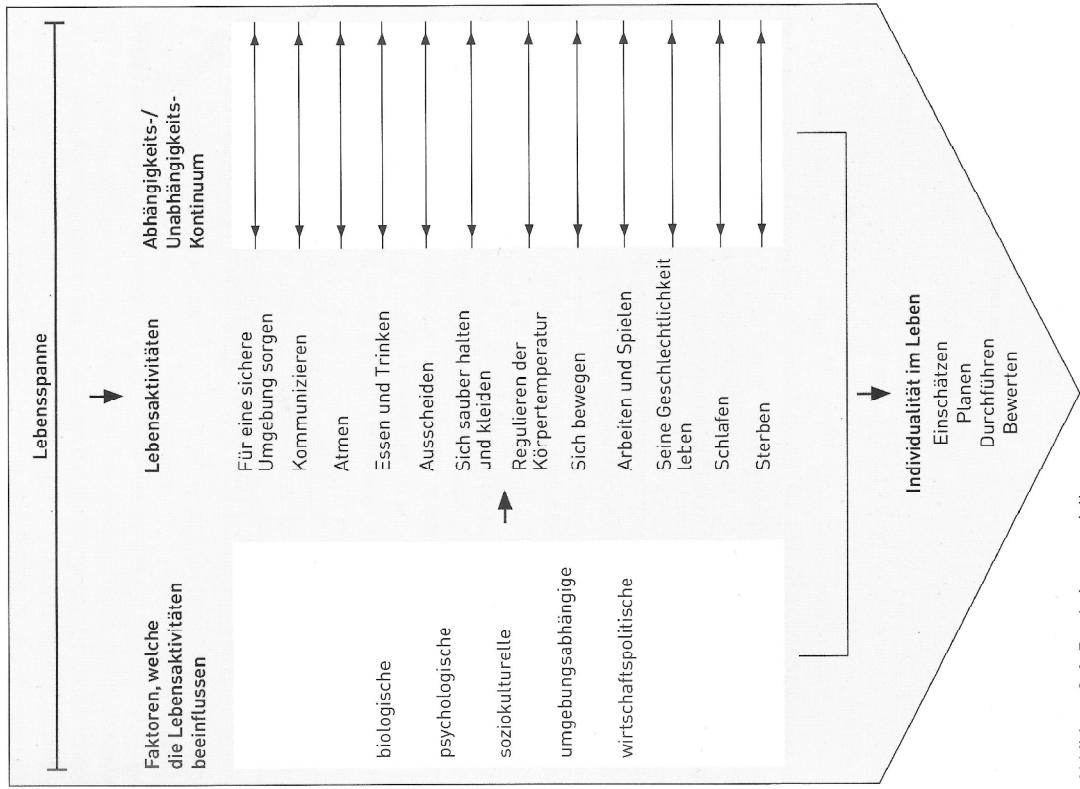


Abbildung 2-1: Das Lebensmodell

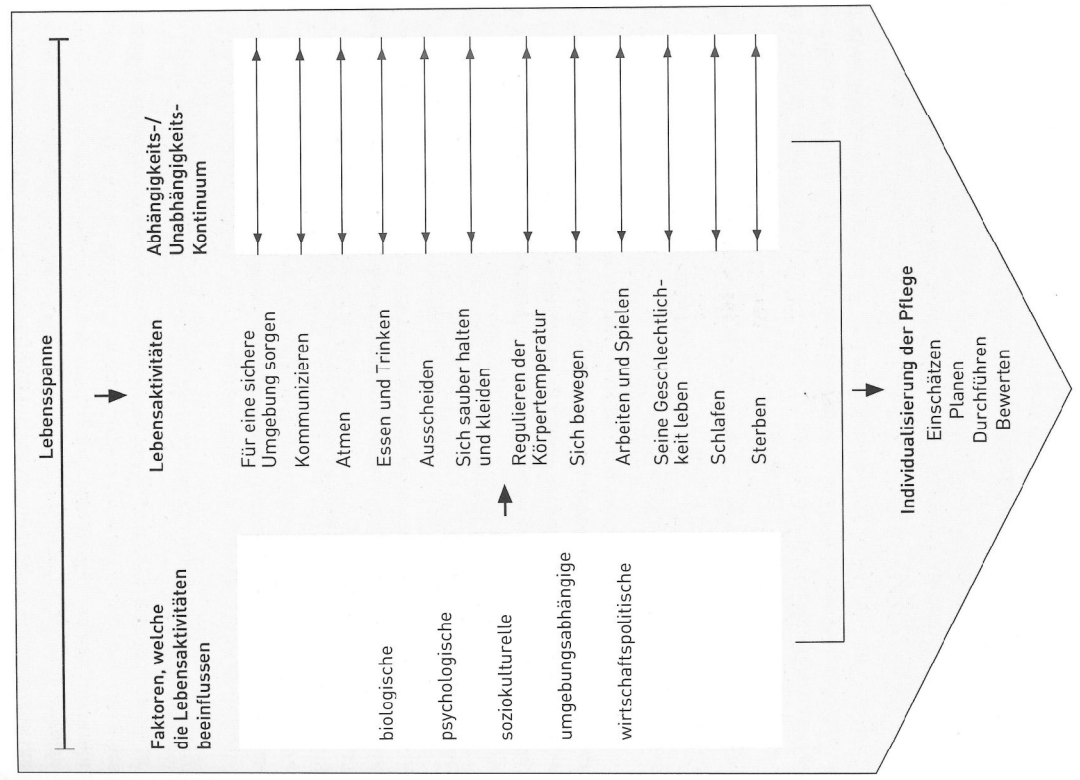


Abbildung 3-2: Das Pflegemodell

### Anhang 3: Auswertungstabelle Vergleich der Felder

	Soziale Arbeit	Pflege	Soziale Gerontologie	Anmerkungen
<b>Logik des Feldes:</b>	Sozialhilfe: staatlich, Public-private-Partnership, privat (z.B. kirchlich)  – aus Referenzdisziplinen (z.B. Soziologie, Pädagogik, Psychologie, Ökonomie) stammende und spezifische eigene fachliche Erklärungsmodelle – Berufskodex AvenirSocial – eigene methodische Zugänge, eigene Deutungsrahmungsregeln	Gesundheitshilfe: staatlich, Public-private-Partnership, privat (z.B. Seniorenresidenzketten)  – lange «Hilfsfeld» der Medizin, selbstständiger werdend – vom medizinischen Paradigma geprägt, inzwischen Tradition eigener Konzepte, Theoriebildung und eigene Referenzsysteme im Ausbau – Berufsethik – hoch reglementiert, sowohl bei eigenen method. Zugängen wie von aussen	Wissens-/Forschungsfeld und informierte Praxis: staatl., privat  – jede beteiligte Disziplin bzw. Profession bringt eigene Elemente ein – Überschneidungsbereiche von Disziplinen und Professionen – nach Projekt und Handlungsfeld unterschiedlich – (noch) kein Berufsbild	
– Deutungsrahmen:	– plurale Strukturierung feldtypisch – gesellschaftliches Mandat zur Bearbeitung sozialer Probleme – rechtliche Rahmenstrukturen, Vorgaben der Trägerschaften und der Finanzträger	– starke Strukturierung (Rahmung von aussen diktiert: medizinisch, rechtlich inkl. Kontrolle durch Versicherer, Institutionen)	– selbst formulierte Aufgaben und Strukturen (u.a. SGG) zur fundierten Kenntnisverweiterung, Konzepte, Interventionsmodelle; Projekte im Kontext von Alter(n) und Gesellschaft – kaum spezif. Strukturen, verschiedene Verflechtungen	
– Strukturrahmen:	– Fachkompetenz definiert durch Fachverband (AvenirSocial) und Bildungseinrichtungen des Feldes – Vorgaben feldtypisch und Klienten; rechtliche Vorgaben; Trägerschaften (Institutionen) und Finanzträger – verschiedene Handlungsfelder mit	– Fachkompetenz definiert durch SBK und Bildungseinrichtungen des Feldes – medizinisches und gesellschaftliches (→ rechtliches) Mandat zur pflegerischen Bearbeitung gesundheitlicher Probleme: bestimmt Handlungsrahmen mit	– Fachkompetenz in Entwicklung: feldtypisch – wenige; Multi-/Interdisziplinarität als gemeinsamer Nenner – Nachfrage aus Politik, Verbänden und Öffentlichkeit zur Lösung von Problemen demo-	
– Handlungsrahmen:				

	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
	eigenen methodischen Zugängen und Arbeitsinstrumenten – in direkter Arbeit mit Klient/innen relativ autonom	– marktwirtschaftlich orientierte Konzepte und Strukturen können fachlichen Standards entgegenstehen	grafischer Entwicklung – Aufgaben- und Funktionsbeschreibungen (noch) nicht formuliert – wenig eigene (Forschung, Umsetzungsprojekte); viele in anderen Feldern und in Überschneidungsbereichen	
<b>Doxa/Illusio</b> «Glaube an Sinnhaftigkeit des Spiels»	intakt: Autonomie und Teilhabe ermöglichen	Gesundheit ist ein höchstes Gut: → Einsatz für Gesundheit und für Lebensqualität bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen Intern ist Sinnhaftigkeit in stationären Kontexten teilweise bedroht: Auseinanderfallen des Wünschbaren/fachlich Nötigen und des Machbaren; wissensbasierte Aufgabenerfüllung stößt an strukturelle und finanzielle Grenzen → Spannungsfeld zu Habitus	alle Menschen haben eine Zukunft, auch im höchsten Alter, und ein Anrecht auf gute Bedingungen dafür	
<b>Strategien</b> , Kämpfe zur Verbesserung der Position auf dem Feld; «Orthodoxie vs. Härtesie»	– Akademisierung – Ausweitung der Handlungsfelder (z.B. in den Altersbereich hinein) – Dreifachmandat <sup>126</sup> (Trennung der Anspruchspektiven)	– Definitionsmacht-Ausmarchung zw. Wissenschaft u. Praxis (vgl. Doxa) – Akademisierung – theoriegestütztes methodisches Vorgehen (v.a. im Bereich Wissen, wenig in Handlungspraxis) – Ausweitung der Handlungsfelder (z.B. in Behindertenbereich hinein)	– Berufsidentität stützen (SGG) – Forschung und Entwicklung, Projekte zur Lösung sozial-/gesundheitspolit. Themen oder zur Verbesserung von Lebenswelt und Lebenslage alter Menschen	

<sup>126</sup> Das anerkannte Dreifachmandat sichert auch eine gewisse Handlungsautonomie.

	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
–intern	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Feldautonomie aufrecht erhalten</li> <li>– Akademisierung</li> <li>– theoriegestütztes methodisches Vorgehen</li> <li>– Wirkungsforschung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Generationenkonflikte («Krankenschwestern/Pfleger vs. Pflegefachfrauen/-männer»)</li> <li>– Anspruch auf Autonomisierung (gg. Medizin, Recht, Versicherer, evtl. Träger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vernetzung mit einflussreichen, innovativen, starken Projektpartner/innen</li> <li>– Kampf um Leitposition mit verschiedenen Theorie- und Erklärungsmodellen</li> </ul>	<p>Gerontologie kann Brücke sein, z.B. durch gemeinsame Sprache zwischen den Generationen (Krankenschwestern/Pfleger vs. Pflegefachfrauen/-männer)</p> <p>Gerontologie kann Begründungszusammenhänge für Autonomisierungsbestrebungen liefern</p>
–gegen aussen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Feldautonomie aufrecht erhalten</li> <li>– Akademisierung</li> <li>– Referenz auf übergeordnete rechtliche Ansprüche (inkl. Menschenrechte)</li> <li>– Wirkungsforschung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Autonomisierung (gg. Medizin, Recht, Versicherer, evtl. Träger)</li> <li>– Entwicklung Pflegewissenschaft mit eigener Theoriebildung u. Wirkungsforschung sowie eigenen Referenzsystemen (z.B. Pflegediagnosen)</li> <li>– Akademisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kampf um Leitposition in Forschungs-/Anwendungsprojekten</li> </ul>	
<b>Zentrum/Peripherie</b> (Orthodoxie)	<p>traditionelle Deutungsfelder immer noch, und durch Behindertenrechtskonvention wieder neu, tragend (Autonomie, Teilhabe)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Handlungsfelder im Zentrum (z.B. Kinder/Jugend, Beistandschaft, Armut, Behinderung) – neuere Handlungsfelder eher peripher (z.B. Klinische Sozialarbeit, Alter)</li> <li>– Erfahrung und Expertise in Heimgestaltung, die Autonomie und Teilhabe ermöglicht und fördert (Barrierefreiheit, Selbstbestimmung, gewisse Risiken)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– «Gesundheit erhalten und fördern» als starkes (Macht-)Zentrum: Formen werden neu gestaltet:</li> <li>– Akademisierung als Anpassung</li> <li>– Autonomisierung zur Stärkung des Zentrums</li> <li>– periphere Felder werden ins Zentrum gezogen (Forschung in Langzeitpflege)</li> <li>– Erfahrung in Gestaltung der eigenen Tätigkeit im Rahmen der gegebenen Strukturen</li> <li>– Expertise im Umgang mit komplexen biopsychosozialen Situationen</li> </ul>	<p>noch kein eigentliches Zentrum mit Peripherie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Profilierungen im Gang (Gerontosoziologie, -psychologie usw.)</li> </ul>	<p>In der Soz. Arbeit sind die Themen Alter und Gesundheit als Fokus relativ neu (peripher), in der Pflege ist die Kombination Alter + Gesundheit eines der Subfelder. Die Gerontologie kann beiden Übersetzungshilfen bieten.</p>



	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
	<p>kobereitschaft, Partizipation, Milieugestaltung, Normalisierungsprinzip)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–zunehmende Spezialisierung durch Diversifizierung der Handlungsfelder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erfahrungen und Expertise in Maximierung der Sicherheit durch korrekte Tätigkeit</li> <li>– zunehmende Spezialisierung durch technologische und medizinische Fachentwicklung, durch Diversifizierung von Handlungsfeldern mit unterschiedlichen Ansprüchen (Akut- – Langzeitbereich)</li> </ul>		
<p>Berufsbild zum <b>Verhältnis der professionell Handelnden zu den Klient/innen bzw. Patient/innen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anforderung</li> </ul>	<p>Grundsatz: Dienstleistung entsteht in Koproduktion zwischen professionell Handelnden und Klient/in</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeit mit Klient/innen auf gleicher Augenhöhe</li> <li>– Klient/innen, die mit gegebenen Strukturen und Ressourcen nicht zurendekommen, werden befähigt</li> <li>– Macht-/Wissensgefälle zwischen ihnen wird im Arbeitsprozess thematisiert, in Supervisionen etc. reflektiert (Berufsbild)</li> <li>– Autonomie der Klient/innen ist Element des Auftrags, Integration des Anspruchs «Nicht ohne uns über uns»</li> <li>– Klient/innen werden als Expert/innen für ihr Leben betrachtet, Professionelle als Expert/innen für Möglichkeiten u. (Zugangs-)Bedingungen für wünsch-</li> </ul>	<p>Grundsatz: Dienstleistung wird von professionell Handelnden im Interesse und Einverständnis der Patientin/des Patienten an dieser/diesem erbracht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeit unter Einbezug der Patient/innen /deren Angehörigen</li> <li>– Patient/innen mit gesundheitlichen Problemen oder Anliegen zur Verbesserung der Situation od. im Umgang damit werden leitend unterstützt</li> <li>– Patient/innen werden durch Anleitzung zu gutem Leben <i>mit</i> nicht verbesserbaren gesundheitlichen Einschränkungen befähigt (→ Lebensqualität)</li> <li>– Professionelle sind Expert/innen für komplexe physiologische Zusammenhänge und Wechselwirkungen im biopsychosozialen Kontext</li> <li>– Arbeitsvertrag liegt in Zielvereinbarung, Bezug der Patient/innen zur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grundhaltung in Theoriebildung beobachtend/beschreibend</li> <li>– Grundhaltung in Praxis noch nicht definiert</li> <li>– Gerontologen/innen werden als interne/externe Expert/innen zugezogen, selten Einzelfallsituation</li> <li>– Gerontologie bezieht Expert/innen aus Praxis oder direkt Betroffene in Forschungs- und Umsetzungsprojekte ein</li> </ul> <p>Gerontologie kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Soz. Arbeit Sicherheit geben bezügl. allfälliger Einschränkungen individuell erreichbarer Autonomie</li> <li>– Pflege Sicherheit geben bezügl. allfälliger Ausweitung individuell erreichbarer Autonomie</li> </ul>	

	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
– Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bare Veränderungen</li> <li>– profess. Handeln i. d. R. im Auftrag der Klient/innen; bei Urteilsunfähigkeit in deren Interesse</li> <li>– Anpassung der Umgebung an die Person</li> <li>– persönlich orientiert</li> <li>– Macht-/Wissensgefälle zw. Klient/in und professionell Handelnden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausführung nach Möglichkeit</li> <li>– Förderliches Umfeld in der gegebenen Umgebung gestalten</li> <li>– sachlich orientiert</li> <li>– grosses Macht-/Wissensgefälle, kann zu Abhängigkeit der Patientin/des Patienten führen</li> <li>– Autonomie der Patient/innen kann der Fachlichkeit entgegenstehen</li> <li>– primäre Rahmung kann v. a. in stationären Langzeitsituationen auseinandergehen (bis zu Rahmenbruch: Hilfe vs. Fremdbestimmung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keine erkennbar</li> </ul>	
<p>Besonderheiten der <b>strukturellen Rahmung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– zumeist öffentliche Aufgabe, aber kein rechtlicher Auftrag für Altersarbeit</li> <li>– untersteht öffentlicher u. administrativer Kontrolle; die fachliche Ausgestaltung von Sozialer Arbeit in Alters-einrichtungen ist relativ frei</li> <li>– Spardruck droht v. a. aus politischen Gründen; wenig direkte Auswirkungen</li> <li>– keine besonderen Tarifvereinbarungen</li> <li>– oft in Einzelfallarbeit tätig; Gruppensettings als methodischer Zugang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– öffentliche Aufgabe</li> <li>– untersteht enger fachlicher u. administrativer Kontrolle (Langzeitpflege: durch Krankenkassen)</li> <li>– Spardruck hoch (Spitaleistungen und Langzeitpflege: Tarifvereinbarungen zw. Vertretenden der institutionellen Leistungserbringer, ohne SBK (!), Versicherern und Bund)</li> <li>– im Pflegeteam; Aufgaben- u. Rollenübertragbarkeit ausserordentl. wichtig, abhängig von Ausbildungsniveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entwicklung mehrheitlich an Fachhochschulen und Universitäten</li> <li>– Forschungsfinanzierung teilweise über Bundesprojekte wie NFA u.ä.</li> <li>– Handlungsaufträge für die Praxis erst vereinzelt formuliert</li> <li>– teilw. überdisziplinär, teilw. spezifisches ergänzendes Fachwissen für Einzeldisziplin, -profession</li> </ul>		

	Soziale Arbeit	Pflege	Soziale Gerontologie	Anmerkungen
<b>Schemata:</b> – Denkschemata bzgl. Individualisierung/ Normierung:	– Grundsatz: Person in Lebenswelt – Individualisierung der professionellen Tätigkeit: Problem/Aufgabenstellung aus Perspektive der Klient/innen in ihrer Lebenswelt auf der Basis ihrer Ressourcen zusammen mit ihnen angehen	– Grundsatz: aktuell/potenziell krank-gesund; «das richtige Tun» wird angestrebt (→ Professionalität) – Individualisierung der Pflege: Ergebnis eines systematisierten Vorgehens unter Berücksichtigung aller Konzepte im Pflegeprozess (Patientensicht in Assessment und in Zielvereinbarung aufgenommen) (vgl. RLT-Konzept)	Grundsatz: noch kein widerspruchsfreies, konzises Gesamtbild	
– Wahrnehmungsschemata:	– Person ↔ Umwelt/Gesellschaft, auf Hintergrund gesellschaftl. Individualisierung, Pluralisierung, Ungleichheit	– Person ↔ Gesundheitszustand, -bewusstsein, -bedarf, -bedürfnisse	– alte Menschen als Individuen, Gruppen, Kohorten ↔ Umwelt/Gesellschaft/Kultur	
– Beurteilungsschemata:	– kritische Attitude – Probleme von Normalität differenter Lebensverhältnisse her verstehen (Hinterfragen von Normen)	– Bezug: u.a. altersabhängige Normbereiche biologischer Funktionen – Orientierung an durch pflegerische Handlungen beeinflussbare Situations-elemente, stark rückgebunden an biologische/physiologische Zusammenhänge in ihrer Wechselwirkung mit anderen Faktoren	– empirische, epidemiologische und Interventionsforschung im Vordergrund	
– Handlungsschemata:	– beeinflusst von Arbeitsinstrumenten, -methoden, professionellen Modellen und Erfahrungen, institutionellen Vorgaben – Problem von Ressourcen her angehen – oft Einzelfallarbeit auf Basis Grundwerte, alle Handlungsebenen berücksichtigend, Institutions- und Struktur-	– Orientierung an Verordnungen, Fachstandards, Arbeitsmethoden und -instrumenten, Patientenwunsch – weitgehend von Arbeitsmethoden (z.B. Pflegeprozess) und -instrumenten vorgegeben, die standardisierte Vorschläge für Vorgehen liefern (individuelle Pflegeplanungen gibt es,	– in Kenntnis der historisch sich rasch folgenden Modelle zwischen Passivität, Aktivität und in Kenntnis der normierenden Wirkung derselben auch kritische Zurückhaltung damit	

	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
	<p>zwänge beachtend, wissensbasiert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Angebote selten standardisiert, unterschiedliche, offene, nachgehend-individualisierte Angebote</li> <li>– befähigend, prozessbegleitend</li> <li>→ alle Schemata ständig bewusst gemacht durch Reflexions- und Weiterbildungserfordernisse</li> </ul> <p>Eigenständigkeit hoch gewichtet; gewisse Situations- und Handlungsfeldabhängigkeit der Schemata → kein einheitlicher Habitus</p>	<p>sollen aber vielerorts aus Kostengründen auf ein Minimum beschränkt werden); in deren Rahmen Berücksichtigung der Individualität</p> <p>«das richtige Tun» wird hoch gewichtet; Orientierung an Reglementierungen und strukturierten Instrumenten → stärkt Habitus</p>		
<b>Handlungslogik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geplantes, theoriebasiertes<sup>127</sup>, teilw. wissens-/theoriegeleitetes Vorgehen<sup>128</sup></li> <li>– kaum hierarchisch geordnetes Vorgehen bei Bearbeitung der Aufgabe, sondern stark situative Bestimmung</li> <li>– Strukturen, Übereinkünfte, Routinen</li> <li>– psychosoziale Prozesse stehen beim Klient/innensystem oft im Fokus</li> <li>– professionelle Nähe und Distanz werden systematisch und laufend durch Selbstreflexion und Supervision geprüft und gestützt</li> <li>– Gestaltung von Orten des Lebens</li> <li>– Arbeit mit Person und mit Umwelt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geplantes, theoriebasiertes Vorgehen gemäss Pflegeprozess</li> <li>– hierarchische Einbindung</li> <li>– theoriegeleitetes Handeln wird grundsätzlich durch enge Einbindung in Reglementierungen gehemmt</li> <li>– physische und psychische Prozesse im professionellen Fokus</li> <li>– Prüfung und Stützung der professionellen Nähe und Distanz bei Pflegefachpersonen der Psychiatrie üblich, sonst in Ausbildung thematisiert</li> <li>– Gestaltung von Orten der Pflege</li> <li>– Arbeit mit und an Person, in Abstimmung mit strukturellen Vorgaben und</li> </ul>		

<sup>127</sup> theoriebasiert: geplantes methodisches Vorgehen basiert auf Theorien

<sup>128</sup> theoriegeleitet: Professionelle gestalten ihr Handeln in konkreten Situationen auf der Basis theoretischen Wissens

	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
	<p>→ vergleichsweise spannungsfreies Handeln möglich</p>	<p>oft mit Angehörigen → diverse Spannungsfelder möglich</p>		
<p><b>Habitus</b> (analog zu Doxa/Illusio)</p> <p>– implizit:</p> <p>– explizit:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beitrag für eine gerechtere Welt</li> <li>– Anwaltschaftlichkeit; führt teilw. zu gewisser Annäherung des Habitus an Klient/innen</li> <li>– in Berufskodex beschrieben</li> <li>– Orientierung an Lebenswelt der Klient/innen, an deren Prioritäten u. deren subjektiven Lebensweltdefinitionen</li> <li>– Arbeit in Lebenswelt der Klient/innen</li> <li>– Koproduktionsverständnis</li> <li>– i. d. R. im Auftrag der Klient/innen</li> <li>– systematische Reflexion und Selbstreflexion bezüglich Handeln und Haltung</li> <li>– kontinuierliche Weiterbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– den Menschen in allen gesundheitlichen Belangen helfen</li> <li>– alle Anforderungen korrekt erfüllen</li> <li>– Respektierung der Menschenwürde</li> <li>– im Interesse der Patienten/innen, auf deren Bedarf und Wunsch</li> <li>– Einhaltung der Fachlichkeitsnormen, der strukturellen Vorgaben und Bestimmungen inkl. ärztlicher Verordnungen, wobei Bewusstsein besteht, dass strukturelle Vorgaben teilweise fachlichen Ansprüchen entgegenstehen können</li> <li>– Bewusste Reflexion von Habitus in Theorieentwicklung, weil sich ändernd mit Autonomisierung und sich veränderndem Verhältnis Pflegende – zu Pflegende (u.a. auf Basis Erwachsenenschutzrecht)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hohes wissenschaftliches Erkenntnisinteresse bei Forschenden, Offenheit für Überdisziplinäres bei praktisch Tätigen</li> <li>– kein einheitlicher Habitus, zeigt sich eher als Relativierung bzw. Ergänzung von disziplinärem od. professionellem Herkunftshabitus</li> <li>– starke Orientierung an Empirie, Praxisnutzbarkeit und Praxisrelevanz</li> </ul>	
<p><b>Übertragbarkeit von Wissen und Fähigkeiten</b> aus eigenem Feld in andere Felder</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– in nahe Felder bei vergleichbarem Ausbildungsniveau möglich; Offenheit dafür vorhanden</li> <li>– Expertise für Problemstellungen zwischen den Expertensystemen</li> <li>– Erfahrung mit Case Management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fallweise zu Medizin, da medizinische Sprachkompetenz gegeben</li> <li>– Expertensystem für komplexe Problemstellungen (u.a. Multimorbidität); Forde- rung nach interdisziplinärer Zusammenarbeit wird immer häufiger zur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sehr oft der Fall, teilweise Überlagerung der Felder</li> </ul>	

	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
	interdisziplinär	Lösung komplexer Situationen gefordert (Wissenstransfer?) – Case Management, Leitungsaufgaben		
<b>ökonomisches Kapital</b> auf dem Feld	– Feld hat kein Eigenkapital – Tarifverhandlungen/Verhandlungen zum Umfang der zur Verfügung stehenden Stellen situativ – Auftragslage nicht gut gesichert (soziale Leistungen werden in Krisenzeiten gekürzt/gestrichen) – Tätigkeit verlangt wenig Eigenmittel – wirtschaftliche Situation der Klient/innen – Aspekt der professionellen Tätigkeit	– Feld hat kein Eigenkapital – Tarifverhandlungen/Verhandlungen zum Umfang der zu Verfügung stehenden Stellen werden nicht von Pflege geführt – Abhängigkeit von Finanzträgern und deren Reglementen; diesbezüglich keine Autonomie – Auftragslage grundsätzlich gesichert, im Ausmass und bezüglich fachlichen Anforderungen bedroht (Versorgungsbedarf ausgewiesen, politischer Wille zu nötigen Leistungen ungenügend, schwankend) – wirtschaftliche Situation der Patient/innen kein Thema	– Feld hat kein Eigenkapital – Auftragslage abhängig vom Druck, den die Politik spürt (demografische «Bedrohung»)	
<b>rahmenbildende Prinzipien</b>	– Teilhabe, Befähigung, Partizipation, Autonomie, Integration/Inklusion, Anwaltschaftlichkeit – Koproduktionsverständnis	– Sicherheit, Fürsorge, gesundheitliche Versorgung unter Berücksichtigung der ganzen Person – Fachlichkeit, Regelkonformität	– Ausgehen von der gesellschaftlichen Bedingtheit von Alter(n) – überdisziplinäre Herangehensweise, Empirie, Praxisrelevanz	
<b>Selbstreflexion, Selbstkritik</b>	– ständige, reguläre Aufgabe, institutionalisiertes Instrument (Falltausch, Inter-/Supervision) – speziell im Hinblick auf Macht (Positionsmacht, Machtmittel, Kontrolle, Disziplinierung, Wissensgefälle, Verfügung über ökonomische Mittel usw.)	– Reflexion der fachlichen Adäquatheit und Qualität – Gefahr einer Voreingenommenheit bezüglich Interesse der Patient/innen wegen grossem Wissensvorsprung; wird in Theorie und Ausbildung thematisiert, aber nicht institutionalisiert	– Reflexion der kontrollierenden, normierenden und regulierenden Aspekte von Leitbildern (z.B. aktivem, erfolgreichem, produktivem, optimalem Altern, Kompetenzorientierung usw.) nur teilweise verbreitet,	

	<b>Soziale Arbeit</b>	<b>Pflege</b>	<b>Soziale Gerontologie</b>	<b>Anmerkungen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gefahr professioneller Voreingenommenheit («gut und zuständig wegen Ausbildung»)</li> <li>– fachlich sozialwissenschaftl. geprägte Sprache, administrative Fachbegriffe</li> <li>– je nach Handlungsfeld in verschiedenen Referenzdisziplinen u. -bereichen eingebunden, deshalb nicht einheitlich</li> <li>– Übersetzungs- u. Vermittlungsnotwendigkeit innerhalb der verschiedenen Handlungskontexte und gegenüber Klient/Innen</li> </ul>	<p>so reflektiert, dass in Praxis die Gefahr vermieden werden kann</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– innerhalb des medizinischen und fachlichen Kontextes Fachsprache, die Kommunikation eindeutig macht</li> <li>– wegen Fachsprachlichkeit Übersetzungs- u. Vermittlungsnotwendigkeit gegenüber Patient/innen (gehört zum Auftrag der Pflege)</li> </ul>	<p>eher in sozialwissenschaftlichen Traditionen verankert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– herausfordernd, weil überdisziplinär (verschiedene Fachsprachen), Zusammentreffen verschiedener Fachparadigmen</li> </ul>	
<b>Soziale Anerkennung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– eher niedrig</li> <li>– hat mit sozial Schwachen, mit Menschen ohne hohes Prestige und ohne eigene ökonomische Ressourcen, mit «Losem/Verlierern» zu tun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– als Berufs- und Handlungsfeld höheres Ansehen, deutlich niedriger als Medizin</li> <li>– hat mit von gesundheitlichen Themen Betroffenen zu tun, die zu allen gesellschaftlichen Schichten gehören</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– eher hoch, weil ungelöste Themen im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Alterung gesamtgesellschaftlich u. disziplinär gerontologisches Wissen zu Kapital mit hohem Wert machen</li> </ul>	