

Esther Matolycz

Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen



Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen

Esther Matolycz

Fallverstehen in der Pflege von alten Menschen

 Springer

Esther Matolycz
Wien, Österreich

ISBN 978-3-7091-0768-3 ISBN 978-3-7091-0769-0 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-7091-0769-0
Springer Wien Heidelberg New York Dordrecht London

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

Springer Medizin

© Springer-Verlag Wien 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Geriatrische Pflege ist vielschichtig und anspruchsvoll. Es steht außer Frage, dass die Pflege Betagter, wenn ausgebildete Pflegepersonen sie leisten, der (weiteren) Professionalisierung bedarf. Niemand wird mehr in Zweifel ziehen, dass fachliche Expertise hier unabdinglich ist. Auch: Wer heute in diesem Fach ausgebildet ist, erlernt neben der Pflorgetechnik – um nur wenige Beispiele zu nennen – ein Herangehen an Biografiearbeit und ganz selbstverständlich auch an die Arbeit mit unterschiedlichen Modellen und Konzeptionen, die genau auf die Bedürfnisse geriatrischer Klientinnen und Klienten abgestimmt sind. Als ebenso selbstverständlich darf hier mittlerweile eine ganzheitliche Sichtweise gelten.

Allerdings: Professionalisierung meint in einem weiteren Verständnis auch, dass professionell Tätige das in der Theorie Erlernte so anwenden, dass es der je unterschiedlichen Situation in der Praxis gerecht wird. Sie müssen dazu in der Lage sein, auf ganz bestimmte Weise auf Distanz zum eigenen Tun zu gehen, es auch von außen sehen zu können und damit in professioneller Weise handlungsfähig zu werden. Dieser Blick von außen gilt dann dem „Fall“ in seiner Gesamtheit. Damit er möglich wird, ist die Entwicklung einer fallverstehenden Haltung wichtig.

Das vorliegende Buch möchte Pflegenden helfen, diese Haltung zu entwickeln. Ziel dabei ist auch, jene Werkzeuge und Kenntnisse zur Reflexion, derer sich andere Berufsgruppen im sozialen Bereich längst selbstverständlich bedienen, auch der Pflege zu erschließen.

Vielen Menschen bin ich zu Dank verpflichtet, von denen ich hier einige nennen möchte: Dr. Katrin Lenhart vom Springer Verlag danke ich für die äußerst angenehme Zusammenarbeit, Gisa Windhüfel für das umsichtige Lektorat, den Betagten, die ich kennenlernen durfte, für das Miteinander – ebenso den Kollegen an den unterschiedlichsten Orten. Schließlich danke ich den Auszubildenden für Diskussion und interessante Stunden und ganz besonders meinen Eltern, Adam und Barbara Matolycz, und Siegmund.

Esther Matolycz

Wien, im Frühjahr 2013

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
I	Grundsätzliches	
2	Fallbezogenes Arbeiten	7
2.1	Kurzer Rückblick – und: Was macht den Fall zum Fall?	8
2.2	Die Beziehung zum Klienten	10
2.3	Kasuistik: Den Einzelfall betrachten	10
2.4	Theorie und Praxis, Alltagswende und Lebensweltorientierung	11
2.5	Fallbezug und Pflegehandeln	12
2.6	Pflegehandeln ohne Fallbezug: Wenn das Verstehen fehlt	13
3	Professionelles Handeln und Fallverstehen	15
3.1	Zwei Verständnisse professionellen Handelns und die Rolle des Fallverstehens	16
3.2	Hilfe in Zusammenhang mit Krisen: Die besondere Aufgabe professioneller, fallverstehender geriatrischer Pflege	18
3.3	Vorausspringende und einspringende Fürsorge	19
3.4	Pädagogisches und pflegerisches Handeln und das Problem der Ungewissheit	20
4	Säulen eines Falls in der geriatrischen Pflege	23
4.1	Die Säule „Klient“	25
4.2	Die Säule „Beziehung“	25
4.3	Die Säule „Organisation/Institution“	26
5	Erste Fragen und Antworten	29
5.1	Worum geht es beim Fallverstehen in der geriatrischen Pflege?	30
5.2	Findet Fallverstehen immer statt?	30
5.3	Müssen beim Fallverstehen die Daten für alle Säulen erhoben werden?	30
5.4	Kann und muss man in Zusammenhang mit dem Fallverstehen immer alles im Blick haben?	31
5.5	Wie verhält sich die fallverstehende Haltung zur Intuition?	32
5.6	Wie verhält sich die fallverstehende Haltung zur Pflegediagnostik?	32
5.7	Wie verhält sich die fallverstehende Haltung zur Supervision und zur Psychologie?	32
5.8	Wann ist ein Fall „verstanden“?	33
5.9	Was sind die Vorteile einer fallverstehenden Haltung in der geriatrischen Pflege?	33

II Die Säule „Klient“

6	Was kann man sehen?	37
7	Was bedeuten Symptome und Interventionen für den Klienten?	41
7.1	Symptom- und Interventionsgeschichte	42
7.2	Konnotation	43
7.3	Die Bedeutung der Lebensgeschichte	44
8	Unerwünschte Wirkungen von Pflege	49
9	Was bedeutet es, in einer Pflegeeinrichtung zu leben?	55
9.1	Deprivation oder psychischer Hospitalismus	56
9.2	Reaktanz	58
9.3	Krankheitsgewinn	58
9.4	Rollen, Rollenverlust und Rollenerhalt	59
9.5	Erwartungen an Pflegende	60
9.6	Die Situation der Klienten	61
10	Wie kann man Ausdruck und Verhalten von Klienten beschreiben? .	63

III Die Säule „Beziehung“

11	„Nicht alles ist, wie es scheint“ – Psychodynamik und Fallverstehen 69	
11.1	Probleme und Lösungsversuche	70
11.2	Eine andere Dimension des Verstehens	70
12	Falsche Adressen: Übertragung und Gegenübertragung	73
12.1	Was eine Übertragung ist und wie sie ein Miteinander beeinflussen kann	74
12.2	Die Bedeutung von Übertragungen in der Beziehung von Helfer und Klient ..	75
12.3	Die Gegenübertragung	78
13	Unbemerkttes Zusammenspiel mit klaren Regeln: Kollusion	81
14	Zugeschriebenes und hervorgerufenes Verhalten: Projektionen	87
14.1	Zuschreiben und Hervorrufen	88
14.2	„Wir“ und „Die“	92

IV Die Säule „Organisation/Institution“

15	„Institutionen wirken!“	97
16	Team- und Pflegekulturen in Organisationen und Institutionen	101
16.1	Was in Leitbildern steht	102
16.2	Andere Team- und Pflegekulturen – was nicht in Leitbildern steht	102
16.3	Vereinfachungen durch „Wir“ und „Die“ – die entlastende Funktion mancher Teamkulturen	104
16.4	„Gartenbau“ und „Lagerhaus“ – die vereinfachende Funktion mancher Pflegekulturen	105
16.5	Richtig oder falsch?	106
17	„Darüber wird nicht viel gesprochen“: Gefühle in Organisationen .	107
17.1	Die (heimliche) Funktion starrer Regelungen	108
17.2	Regulierung von Handlungsabläufen und Beziehungsabläufen	109
17.3	Warum und wie Nähe vermieden wird – verschiedene Widersprüchlichkeiten	110
17.4	Kognitive Dissonanz	112
18	„Bis man nicht mehr kann ...“ – das eigene Handeln verstehen	115
18.1	Kein Platz für Widersprüchlichkeiten?	116
18.2	„Touch and go“ und „heimliche“ Gewalt – mögliche Folgen, wenn Widersprüche keinen Platz haben	119
18.3	Sich eigene Ambivalenz eingestehen	120

V Fallverstehend arbeiten

19	Nähe und Distanz – zwei unterschiedliche Beziehungstypen	123
19.1	Geriatrische Pflege als Form der Bewältigung bestimmter Krisen	124
19.2	„Rollenbeziehungen“ und „familiale Beziehungen“ – zwei Arten, miteinander umzugehen	125
20	Die Professionalität nicht verlieren – Grundregel und Abstinenzregel	127
20.1	Zwei Regeln erleichtern das Aустarieren zwischen Nähe und Distanz	128
20.2	Prozesse der Übertragung im Rahmen der Pflege	128
20.3	Gegenübertragung, Grundregel und die Wichtigkeit der „Abstinenz“	129
21	Was gehört dazu? Der Fall und seine Daten	131
21.1	Was ist der konkrete Fall?	132
21.2	Aussagen innerhalb eines Falls: allgemeine und fallspezifische Aussagen ...	134
22	Über Fälle sprechen – verschiedene Ebenen	137

23	Wo man steht, bestimmt, was man sieht: sich identifizieren	143
23.1	Sich mit der Situation eines anderen identifizieren als Teil des Fallverstehens	145
23.2	Identifiziertheit im Rahmen des Fallverstehens	147
24	Was der Klient denkt – Kommentar und Eigentheorie	149
24.1	Erzählungen und Erleben des Klienten.....	150
24.2	Kommentar, Eigentheorie und Deutung des Klienten	150
25	Was der Klient sagt und zeigt – die Rolle der Sprache	155
25.1	Das Problem standardisierter Befragungen	156
25.2	Verhalten als Sprache und analoges Kommunizieren	157
26	Liege ich richtig? Abgleich mittels Meta-Sensibilität	159
26.1	Sich ein Bild machen und der Abgleich mittels Meta-Sensibilität.....	160
26.2	Das Problem einer fehlenden Gesamtschau.....	164
27	Sechs Thesen zum Fallverstehen in der Pflege alter Menschen	169
	Serviceteil	173
	Glossar	174
	Literatur.....	178
	Sach- und Personenverzeichnis.....	180

Einleitung

Pflegehandeln kennzeichnet nicht nur, dass es anspruchsvolles, komplexes Tun ist, sondern auch, dass die jeweils einzelne Situation sich nie zur Gänze planen lässt. Freilich: Die Dokumentation der Pflege macht sie nachvollziehbar und in gewissem Sinn (endlich) auch sichtbarer, vor allem nach außen; das Denken und Handeln in einem prozesshaften Verständnis wird ihrer Komplexität gerecht. Verschiedene Konzepte und Modelle bieten gute Orientierung auf dem Weg zur Erfüllung der Bedürfnisse gerade auch betagter Klienten: Beispielsweise trägt die Einbeziehung der Biografie Wesentliches zur Individualisierung von Pflege bei oder Kommunikationskonzepte bieten die Möglichkeit, Verstehen und Verständigung zu verbessern, und rücken zunehmend auch das Befinden der Pflegenden selbst in den Interessensfokus.

Beschäftigt man sich allerdings mit der Professionalisierung von personaler Dienstleistung, so kommt man am Begriff des Fallverstehens nicht vorbei. Fallverstehen hat unterschiedliche Funktionen, allem voran aber soll es zu situationsadäquatem Handeln führen. Das geschieht dadurch, dass theoretisches Wissen (das Regelwissen) mit den Anforderungen der je einzelnen, komplexen Situation verbunden wird.

Beides (also Wissen und Situation) im Blick zu haben, erfordert aber eine besondere Perspektive. Um in einem Bild zu sprechen, wäre das jene, in der man von außen auf den Klienten (samt allen ihm zukommenden Interventionen) *sowie* das Miteinander zwischen Helfern und Klienten sieht *und* man dabei auch im Blick hat, dass dieses Miteinander sich im Rahmen einer Institution/Organisation abspielt, die ebenfalls Wirkungen auf alle, die sich in ihr bewegen, zeigt. Es sind also Prozesse vielschichtigen und umfassenden Verstehens, die letztlich stattfinden sollen.

So hat man es also mit einem Pool an Einzubeziehendem zu tun, der nicht nur Daten zum Klienten, sondern auch noch anderes enthält. Ein zeitweilig distanzierter, analytischer Blick soll es erlauben, sich dem *gesamten* Geschehen zu nähern, und zwar so, dass auch das (eigene) Pflegehandeln selbst Gegenstand der genannten Betrachtung von außen wird. Pflegediagnostik und -dokumentation sind also keine „Parallelschiene“ zu einer fallverstehenden Haltung, sondern ebenfalls „Material“ dieser Form der Reflexion.

Was findet sich nun in den einzelnen Kapiteln des vorliegenden Buches? Zunächst: Ein Zugang zum Fallverstehen in der geriatrischen Pflege ist sein Anliegen, und zwar auf praxisbezogener Ebene. Wenn auch einleitend einige Darstellungen zuerst zur Herkunft fallbezogener Arbeit (► Kap. 2), dann zum Verhältnis von Professionstheorie und Fallverstehen (► Kap. 3) Platz haben sollen, beschäftigt sich bereits ► Kap. 4 – innerhalb der einführenden Sektion „Grundsätzliches“ – mit den Dimensionen (= Säulen), die ein Fall in der Pflege alter Menschen haben kann.

Der nächste große Part, die Sektion „Die Säule ‚Klient‘“, zeigt Hilfreiches für die Betrachtung eines Falls. Zum Beispiel sind das Überlegungen in Zusammenhang mit Beobachtungen und ihrer systematischen Beschreibung (► Kap. 6, ► Kap. 10), mit der Geschichte von Symptomen oder Interventionen (► Kap. 7) und schließlich auch eine Reihe von Phänomenen, die in der Pflege betagter Klienten interessant sind (► Kap. 9, ► Kap. 10). Ebenfalls geraten unerwünschte Wirkungen von Pflege in den Blick (► Kap. 8).

Die Sektion „Die Säule ‚Beziehung‘“ hat Erscheinungen des zwischenmenschlichen Miteinanders zum Inhalt; es handelt sich dabei etwa um die Bedeutung unbewusster Bilder (► Kap. 11 bis ► Kap. 14), die sowohl in Betagten als auch in professionellen Helfern entstehen und das gesamte Pflegegeschehen beeinflussen können.

In der Sektion „Die Säule ‚Organisation/Institution‘“ stehen die Wirkungen, die Einrichtungen (und die jeweiligen Kulturen darin) auf alle, die in ihnen leben oder tätig sind, haben können, im Zentrum des Interesses (► Kap. 15 bis ► Kap. 18).

Ziel der Sektion „Fallverstehend arbeiten“ ist es dann, ein praktisches Herangehen an das Fallverstehen bzw. die Erlangung einer fallverstehenden Haltung zu entwickeln (► Kap. 19 bis ► Kap. 26). Es ist dabei ein Anliegen, dass geriatrisch Pflegende die Fähigkeit vertiefen können, der Individualität der jeweiligen Situation Rechnung zu tragen, und schließlich immer wieder auch in der Lage sind, auf Distanz zum eigenen Tun zu gehen, um es quasi von außen anzusehen. Besonders soll dabei auch das einbezogen werden können, wofür man im Berufsalltag sonst vielleicht „blind“ ist.

Freilich sind die einzelnen Dimensionen (Säulen) nicht immer so einfach voneinander zu trennen, wie die Unterteilung in die Sektionen vielleicht nahelegt. Das eine oder andere Phänomen hätte durchaus an mehreren Stellen seine Berechtigung, aber die Trennung mag es – zumindest am Anfang – erleichtern, einzelne Bereiche systematisch zu betrachten. Es soll allerdings nicht der Eindruck entstehen, eine fallverstehende Haltung sei etwas, wozu man im Verständnis einer „Rezept“-Logik oder eines Wenn-dann-Denkens gelangt.

Am Ende des Buches werden sechs Thesen zum Fallverstehen formuliert (► Kap. 27). Dem schließt sich ein kleines Glossar an, in dem für das Fallverstehen in der Pflege alter Menschen wesentliche Begriffe kurz erklärt werden; alle sind aber auch – ausführlich – Inhalt der einzelnen Kapitel.

Zugunsten einer leichteren Lesbarkeit wurde nicht nur auf jede Form der genderneutralen Formulierung verzichtet (selbstverständlich sind aber jeweils beide Geschlechter gemeint), sondern auch meist auf Querverweise auf Begriffe, die bereits erklärt wurden oder die noch weiter, als es an der jeweiligen Stelle getan ist, ausgeführt werden. Das bedeutet allerdings, dass der Gewinn der Lektüre dann am größten sein wird, wenn die Kapitel auch entlang ihrer Reihung gelesen werden.

Grundsätzliches

- Kapitel 2 Fallbezogenes Arbeiten – 7
- Kapitel 3 Professionelles Handeln und
Fallverstehen – 15
- Kapitel 4 Säulen eines Falls in der
geriatrischen Pflege – 23
- Kapitel 5 Erste Fragen und Antworten – 29

Fallbezogenes Arbeiten

- 2.1 Kurzer Rückblick – und: Was macht den Fall zum Fall? – 8
- 2.2 Die Beziehung zum Klienten – 10
- 2.3 Kasuistik: Den Einzelfall betrachten – 10
- 2.4 Theorie und Praxis, Alltagswende und Lebensweltorientierung – 11
- 2.5 Fallbezug und Pflegehandeln – 12
- 2.6 Pflegehandeln ohne Fallbezug: Wenn das Verstehen fehlt – 13

Dem Begriff „Fall“ haftet im Alltagsverständnis von Medizin und Pflege ein unangenehmer Beigeschmack an: Man ist versucht, dabei an die berühmte „Galle von Zimmer neun“ zu denken, von der vergessen wird, dass sie nur – organischer – Teil eines Menschen ist, der einen Namen, eine Lebensgeschichte, Vorlieben, Abneigungen, Interessen und Ängste hat. Für das Folgende sei darum – zunächst nur kurz – gesagt, dass der Fall hier anders zu begreifen ist; ganz im Gegenteil ist damit nämlich gemeint, dass man sich darin um ein besonders umfassendes Verständnis der Situation des Klienten bemüht.

Das Erfassen eines Falls in seiner Gesamtheit meint hier nämlich nicht allein den Klienten (im Folgenden eben den alten Menschen), es reduziert ihn nicht, sondern blickt sogar weiter. Man betrachtet dabei z. B.

- den Klienten selbst,
- eine ganze Organisation oder Institution,
- eine Gruppe oder eine Familie (Braun et al. 2011; <http://www.klauskramer.de/fallverstehen.pdf> [Stand: 30.4.2013]).

Für das Fallverstehen in der geriatrischen Pflege würde das bedeuten: Man versucht, einen Eindruck davon zu gewinnen,

- wie der alte Mensch seine Situation empfindet,
- wie die Station, die Abteilung, die Wohngruppe, der mobile Dienst das Pflegehandeln beeinflussen (hier gibt es, wie wir noch sehen werden, oft „blinde Flecken“),
- wie das Umfeld (das kann die Familie, das können aber auch die Pflegenden oder andere Bewohner sein) das Erleben und Verhalten des Klienten beeinflusst, in welche Rolle es ihn vielleicht drängt.

In der Bearbeitung eines Falls kann der Fall beobachtet, diskutiert und dargestellt werden (das tun Professionalisten untereinander, z. B. im Rahmen einer Fallbesprechung), oder es kann versucht werden, den Fall zu analysieren und zu verstehen (hier würden sich einzelne, professionell Pflegenden mit der Gesamtsituation eines Klienten in oben genannten Punkten auseinandersetzen – und zwar mit dem Ziel, eben zu einem umfassenden Verständnis zu gelangen). Allerdings: Darüber, was ein Fall ist, findet sich in den unterschiedlichen Zusammenhängen, in denen über Fälle gesprochen oder in denen verhandelt wird, was denn nun unter welchen Bedingungen als Fall zu gelten hat, eine Vielfalt von Begriffen, die teilweise synonym verwendet werden. So ist die Rede von Fallbeispielen, Fallstudien, Fallvignetten, Fallmethoden, Fallgeschichten oder Fall Erzählungen u. v. m (Hundenborn 2007, S. 35).

Damit gibt es also unterschiedliche Zugänge dahin gehend, was im Kontext nun wann interessiert und unter welchen Umständen jemand oder etwas zum Fall wird. Im vorliegenden Kapitel soll zunächst gezeigt werden, wo die Fallarbeit ihre Wurzeln hat und was ihre grundsätzliche Absicht ist. In einem weiteren Schritt soll (wie auch in den darauffolgenden Kapiteln) überlegt werden, wer oder was die Adressaten von Fallarbeit in der Pflege sein können, welche Rolle die Pflegenden dabei spielen und welche Perspektiven sie mit welchem Ziel dabei in den Blick nehmen.

2.1 Kurzer Rückblick – und: Was macht den Fall zum Fall?

Der *Fallbezug*, die Arbeit mit Fällen, steht zunächst mit der sozialen Arbeit in Zusammenhang, wobei es diese Bemühungen seit etwa dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts gibt; man begann

damals, die „Interaktion zwischen einem ‚Fürsorger‘ und einem ‚Befürsorgten‘“ zu methodisieren und dies wiederum zu reflektieren, wobei im Zuge dessen die „Fallperspektive“ entstand (Braun et al. 2011, S. 13). Anders gesagt: Man interessierte sich in der Fürsorge nicht mehr nur für das praktische Tun, sondern überlegte auch, wie sich beispielsweise das Miteinander zwischen Jugendlichen und ihren Familien und den Helfern gestaltete und welche Auswirkungen es vielleicht auf die Situation hatte. Man versuchte weiter, dieses Miteinander zu planen und bewusster einzusetzen und im Nachhinein und aus der Distanz darüber nachzudenken (es zu reflektieren).

Auch in der Sozialpädagogik hat die Arbeit mit dem Fall Tradition, die darauf beruht, dass die sich zunehmend verwissenschaftlichende Jugendkunde bzw. -forschung mit ihrem Interesse an Entwicklungsprozessen Jugendlicher sich schließlich auch Materialien wie Tagebüchern, Falldarstellungen oder autobiografischer Quellen bediente. Neben dieser „einzelfallbezogenen Perspektive“, die auf das Individuum, den Einzelnen, fokussiert, gibt es hier auch Arbeiten, in denen etwa *Projekte* der reformpädagogischen Bewegung Gegenstand von Fallschilderungen sind (Braun et al. 2011, S. 15).

Man wollte also einerseits wissen, wie diejenigen, denen Hilfe zukam, dachten, wie sie lebten, was sie empfanden, und sah sich darum auch Tagebuchschilderungen an oder griff auf andere Quellen zurück, die einen Zugang zum inneren Erleben der Klienten versprachen. Abgesehen davon betrachtete man aber auch Projekte (beispielsweise aus der Reformpädagogik) mit Abstand und stellte rückblickend dar, wie sie geplant, durchgeführt und empfunden wurden.

Nun gab es unterschiedliche Auffassungen darüber, ab wann man von einem Fall sprach. Es gab die Idee, dass

- die Klienten in der Sozialarbeit aufgrund unterschiedlicher sozialer *Probleme* und eines Bedarfs an entsprechender Hilfeleistung zum Fall werden, während
- in der Sozialpädagogik die Klienten allein aufgrund ihres *Lebensalters* Adressaten der „erzieherischen Einflussnahme“ (Braun et al. 2011, S. 15) sind, auch ohne dass besondere Probleme vorliegen.¹

Einmal ist es also zunächst die Zugehörigkeit zu einer bestimmten (Alters-)Gruppe, einmal sind es vorliegende Probleme und ist es Hilfebedarf, der jemanden zum Fall macht – immer aber sind professionelle Helfer darum bemüht, jemandes Situation zu verstehen, sie mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu deuten und unterschiedliche Angebote der Unterstützung bzw. eben auch Hilfestellung zu bieten.

Würde man sich die Frage, ab wann es sich um einen Fall handelt, im Rahmen von Pflege stellen, dann könnte man darüber nachdenken, ob das Fallverstehen für *jeden* Betagten, dem professionelle Pflege oder Betreuung zukommt, zum Einsatz gelangen wird oder nur dann, wenn es – einfach gesagt – Schwierigkeiten und Probleme gibt. Im vorliegenden Buch wird das angestrebte Fallverstehen als umfassende Haltung verstanden, die *immer* Teil des professionellen Handelns ist.

¹ Es ist aber, so die Autoren, die „Trennschärfe von Sozialarbeit und Sozialpädagogik kaum mehr haltbar“ und von einer „zunehmenden Vermischung“ von Adressaten und Konzepten der Intervention auszugehen, ebenso fasst der Begriff „soziale Arbeit“ aktuell – in übergeordneter Weise – Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Braun et al. 2011, S. 15).

2.2 Die Beziehung zum Klienten

Seit den 1950er-Jahren hat sich die Arbeit mit dem Fall grundlegend verändert, und zwar dahin gehend, dass die *Psychologie* begann, darauf Einfluss zu nehmen. In diesem Zusammenhang interessierte vor allem die *Beziehung* zwischen Sozialpädagogen und Klienten.

Es wurde dabei also überlegt, ob es nicht neben der *Intervention* selbst noch andere, auf den Erfolg des helfenden Handelns einflussnehmende Phänomene geben könnte, die einer näheren Betrachtung bedürfen und die vielleicht in der *Art* des Miteinander zwischen Klienten und Helfern liegen.

Besonders waren (und sind) diese Überlegungen Anliegen der psychoanalytischen Pädagogik², die sich in diesem Zusammenhang speziell mit unbewussten Prozessen in der Interaktion beschäftigt und nach deren Auswirkungen fragt. In der psychoanalytischen Pädagogik hat die Falldarstellung eine lange Tradition. Bereits in den 1920er-Jahren wurden hier etwa Entwicklungsverläufe Heranwachsender, Erziehungspraxis und Erziehungsexperimente dokumentiert, wobei sie auch die Entwicklung von Theorien beeinflussten.

2.3 Kasuistik: Den Einzelfall betrachten

Ab den 1960er-Jahren spielte dann in der Pädagogik überhaupt ein kasuistischer (= den Einzelfall betrachtender) Blickwinkel eine Rolle. Diese Bemühungen wurden unternommen, um den Problemen in Zusammenhang mit dem Unterschied zwischen Theorie und Praxis zu begegnen. Die Arbeit am Fall bedeutet dabei, sich damit auseinanderzusetzen, wie professionelle Helfer ihn zu *verstehen* versuchen. Zudem ist folgender Aspekt für das Anliegen der Pflege besonders wichtig: Diese Form der Bearbeitung enthebt die Akteure von der Notwendigkeit, so schnell als möglich ein Problem zu lösen; vielmehr wird die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, *wie* man sich ihm nähert – das Verstehen des Falls selbst wird zum Fall (Braun et al. 2011, S. 17).

Auf die Pflege übertragen bedeutet das, dass es damit auch Raum für die Schwierigkeiten gibt, die Pflegenden mit dem Zugang zu Klienten haben können. Es bedeutet auch, dass nicht (mehr) allein die Frage nach der (möglichst schnellen) Erreichung eines Pflegeziels im Vordergrund steht, sondern dass auch Raum für alles das gegeben ist, was dieses Erreichen verhindert – denn nur der Einbezug dieser hindernden Faktoren (und nicht, sie zu übersehen) garantiert letztlich erfolgreiches Handeln.

Für das Fallverstehen in der Pflege ist Folgendes besonders interessant: Andreas Wernet (2006, S. 183) unterscheidet (für das pädagogische Handeln) zwischen *akteursorientierter* und *klientenorientierter* Kasuistik (also dem Blick auf den Einzelfall). Dieser Blick richtet sich

- einmal auf das intervenierende Handeln selbst (akteursorientiert) und
- einmal auf das Interesse des Klienten (klientenorientiert).

Der zweite, klientenorientierte Zugang ist in der Pflege gut bekannt. Er steht dafür, dass das Klienteninteresse ins Zentrum der Aufmerksamkeit gestellt wird: Man überlegt, was ihm aus pflegerischer Sicht zukommen soll, und plant entsprechend. Dies alles geschieht in Zusammenhang mit Pflegeanamnese, -diagnostik und -planung.

2 Die psychoanalytische Pädagogik beschäftigt sich in unterschiedlichen Formen mit der Anwendung der Psychoanalyse auf Prozesse der Erziehung und Bildung.

Der akteursorientierte Zugang soll im Rahmen des Fallverstehens eingeführt werden: Man nimmt nun auch das Handeln selbst in den Blick – und kommt damit zu einem Verstehen, das auch den gesamten Pflegeprozess (samt den in diesem Rahmen angesetzten und durchgeführten Pflegeinterventionen) mit Abstand betrachtet. Es handelt sich dabei um eine Außenperspektive, die ermöglichen soll, dass beispielsweise auch die *Bedingungen*, unter denen Pflege stattfindet, berücksichtigt werden – ebenso die Frage, wie sich Abläufe, Gegebenheiten, Rituale und das zwischenmenschliche Klima in Abteilungen auf das Pflegehandeln auswirken u. v. m.

2.4 Theorie und Praxis, Alltagswende und Lebensweltorientierung

In den 1960er- und 1970er-Jahren schließlich bemühte sich (wie heute die Pflege) die soziale Arbeit um Professionalisierung. Dies ging – und hier tut sich eine weitere Parallele zur Pflege auf – mit ihrer Verwissenschaftlichung einher, wobei die Professionalisten auf Grundlage des erworbenen Expertenwissens im Sinne ihrer Klienten handeln sollten. Dabei wurde angenommen, es könne das wissenschaftliche Wissen zu deren Wohl eben in der Praxis zur Anwendung kommen (Braun et al. 2011, S. 20).

In der sozialen Arbeit kam es Ende der 1970er-Jahre aber zur sogenannten Alltagswende, die die Anwendung des wissenschaftlichen Wissens, quasi der Theorie, auf die Praxis infrage stellte: Wissenschaftliches Wissen sei nicht in erster Linie darauf ausgerichtet, „besseres Handeln“ sicherzustellen, sondern habe Erklärungsfunktion (Braun et al. 2011, S. 20).

Und man überlegte Folgendes (und das wieder ist für das Fallverstehen von Bedeutung): Die Schwierigkeiten, denen man mit sozialpädagogischem Handeln begegnen wolle, können nicht für sich allein, nicht isoliert gesehen werden, sondern seien immer mit dem Alltag und der Umwelt der Betroffenen verbunden; das betreffe z. B. biografische Gegebenheiten, den aktuellen Lebenshintergrund oder das Milieu, in dem jemand lebe.

Das war zwar nicht neu (und ist auch für die Pflege nicht neu), aber in diesen Überlegungen wurde immerhin deutlich, was dem Bemühen, vorwiegend durch (wissenschaftliche) Expertise zu professionalisieren, fehlte. Nicht bedacht wurde dabei nämlich, dass die Probleme, denen man beizukommen versuchte, mit jeweils unterschiedlichen Eigenarten zu tun hatten, und dass diese Eigenarten so verschieden sind, wie das Erleben von Menschen, das Umfeld, in dem sie sich befinden, und ihre Wahrnehmung dazu eben sind (Braun et al. 2011, S. 20).

Denken wir nun an die Pflege alter Menschen: Hier würde das bedeuten, sich bewusst zu machen, dass eine alleinige Konzentration auf ein Pflegeproblem oder Pflegeziel dann nicht sinnvoll ist, wenn sie die Gesamtsituation, innerhalb derer es zu einem Problem kommt, außer Acht lässt. Teil dieser Gesamtsituation sind auch die Pflegenden und die Umstände und Bedingungen, unter denen Pflege geleistet wird. Auch das ist ein Teil der „Lebenswelt“, in der sich geriatrische Klienten befinden.

In der Entwicklung des Fallverstehens in der sozialen Arbeit machte nun der Begriff der *Lebensweltorientierung* das räumliche, zeitliche und soziale Ganze, eben die Lebenswelt eines Menschen, zur – in die Überlegungen unbedingt einzubeziehenden – Grundlage, auf deren Basis die Planung von Interventionen erfolgen soll. Das professionelle Handeln bewegte sich also weg von der „Anwendung“ wissenschaftlichen Wissens, der ja etwas Entscheidendes verloren gegangen war: die Berücksichtigung der *Besonderheiten des Einzelfalls*, die eben immer mit dem aktuellen Erleben des Betroffenen (das wiederum nicht unabhängig von seiner gesamten Umwelt ist) zu tun haben (Braun et al. 2011, S. 21).