

## Arbeitsbündnis in der Pflegeberatung

### Zusammenfassung

Pflegebedürftigkeit ist mittlerweile ein wichtiges Thema in der Beratung. Dass die Beratung bei Pflegebedürftigkeit auch selbst ein relevantes Thema für die Supervision ist, will dieser Beitrag exemplarisch, an einem Fall aus der Pflegeberatungspraxis, begründen. Die hier verwendeten Ausschnitte einer Fall Erzählung sind der Dissertation der Autorin entnommen (Lebeda 2021). Bevor die eigentliche Fall Erzählung beginnt, wird in einem kurzen Abschnitt, wenn auch stark verdichtet, erläutert, warum insbesondere die Beratung bei Pflegebedürftigkeit eine hohe Bedeutung für die Professionsentwicklung der Pflegeberufe hat.

### 1. Pflegebedürftigkeit und Beratung

Pflegebedürftigkeit ist seit 1995, mit Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), in die gesamtgesellschaftliche Verantwortung übergeben worden. Die Sorge um pflegebedürftige Angehörige ist nun nicht mehr nur private Angelegenheit, oder gar individuelles Problem, der einzelnen Familien bzw. Sorggemeinschaften, sondern wird seither gesamtgesellschaftlich abgesichert, verhandelt und beraten.

Aktuell gilt Beratung als *die* Strategie, um soziale und gesundheitliche Problemlagen zu steuern. Im SGB XI wurde die Beratung zu und bei Pflegebedürftigkeit (zunächst) exklusiv an die Pflegeberufe übergeben. Diese verstanden Pflegeberatung sodann auch zunehmend als ein spezifisches Handlungsfeld der Pflege. Dieser Bereich, das wurde schnell klar, musste nun professionalisiert werden. Beratung bei Pflegebedürftigkeit sollte also gelernt, gelehrt, beforscht und tiefer ausgearbeitet werden.

Auch der Gesetzgeber reagierte in jedem Schritt der SGB XI Reformen auf diesen immer differenzierter wahrgenommenen Bedarf. So wurden die Paragraphen zur Beratung kontinuierlich erweitert, konkretisiert oder ergänzt. Mit diesem Anschub hat sich im Verlauf

der letzten Jahrzehnte eine breite und diverse Pflegeberatungslandschaft entwickelt, in der die Pflegeberufe fest eingebunden sind.

Die o.g. Dissertation (Lebeda 2021) argumentiert nun, dass trotz dieser Entwicklung und Ausarbeitung die Pflegeberatung nicht die angestrebte, versorgungsrelevante Tiefe erreicht hat. Sondern, dass die durchaus recht prominent gewordene Pflegeberatung, sich aktuell vor allem als klassische funktionale Sozialberatung, als Fallmanagement, als Lotse durchs System oder auch auf die pflegepraktische Anleitung vorstellt. Hin und wieder bietet Sie sich zudem als psychosoziale Beratung an, bei der jedoch nicht immer eine entsprechende Qualifikation vorgewiesen werden kann.

Die Absicht der Autorin war es, auf verschiedenen Ebenen ausführlich darzulegen, dass die Forderung, Beratung bei Pflegebedürftigkeit in den genannten vorrangig angebotenen Formaten, nur weiter auszurollen, eben nicht reicht. Um auch durch Beratung eine bessere Bewältigung bzw. Versorgung von Pflegebedürftigkeit zu erreichen, erscheint es daher dringend erforderlich ein anderes, ein tiefer und spezifischer ausgearbeitetes Beratungsverständnis sowie entsprechende Qualifikationen für die Pflegeberatungspraxis zu erarbeiten - und einzufordern. An dieser Stelle rückt auch die reflexive Supervision ins Bild.

## **2. Impulse zur Weiterentwicklung**

Zur Weiterentwicklung der so bedeutenden Interaktion Beratung bei Pflegebedürftigkeit, wird in der Wissenschaft der systematische Blick in einzelne Fallverläufe als erkenntnisreich erachtet (vgl. Schütze 1984, Darmann-Finck 2009, Völter 2013, Bayern MDK 2018). Diesen Impuls aufnehmend, wird im Folgenden die Perspektive der pädagogischen Beratung eingenommen. Im Verständnis der pädagogischen Beratung, wie sie an der Universität Bielefeld gelehrt wird, baut Beratungskunst auf drei Elementen auf: Vertrauen, Arbeitsbündnis und Kontrakt (vgl. Gröning 2015: 59ff.). Konkret geht es um Vertrauen, das im Beziehungsraum gebildet wird und durch ein inneres und äußeres Arbeitsbündnis begründet sowie durch einen Kontrakt abgesichert wird. Dieser Fokus führt konsequenterweise zur Betrachtung der Beziehungsgestaltung zwischen den Interakteur\*innen im Feld der Pflegeberatungspraxis. In der vorgestellten Sequenz (Punkt 4) lässt sich

exemplarisch ein Moment der Vielschichtigkeit, sowie der Beziehungsdynamik in Beratungsverläufen auffalten und betrachten. Darüber hinaus zeigt es die Relevanz der Fähigkeit zur Selbstreflexion von Berater\*innen auf.

### **3. Das Arbeitsbündnis**

Für diesen Beitrag wird eines der oben genannten Elemente besonders herausgehoben: Das Arbeitsbündnis. Grundgelegt ist hier das pädagogisch fundierte Arbeitsbündnismodell von Ulrich Oevermann, schließt aber auch an die Theorien der reflexiven Professionsentwicklung von Fritz Schütze (vgl. Schütze 2000) oder Jürgen Dewe und Hans-Uwe Otto, (Dewe/Otto 2012) an. Wie lässt sich das Arbeitsbündnis nun in der Handlungspraxis darstellen?

Im nächsten Kapitel kommt es in der Fallschilderung zu einer Szene, die sich als Kippunkt im Pflegeberatungsverlauf verstehen lässt und in der in diesem Moment das Arbeitsbündnis zwischen Ratsuchender und Pflegeberaterin angefragt wird. Mit der Rekonstruktion und Reflexion der Szene wird so auch klar, welche Folge die Antwort der Pflegeberaterin auf diese (latent gestellte) Anfrage für die Beratungsbeziehung und den weiteren Verlauf hatte.

### **4. Fallverlauf einer Pflegeberatung**

Am folgenden Fallverlauf wird deutlich, wie wichtig die Eröffnung eines reflexiven Zugangs des Ereignisses für die Pflegeberaterin war. Durch die eigene rekonstruierende Erzählung und gemeinsame Betrachtung zeigen sich der Pflegeberaterin neue Dimensionen im Fall und eröffnen sich auch mögliche neue Handlungsoptionen. Damit finden sich in diesem Beispiel gute Argumente für die kontinuierliche reflexive Supervision in der Pflegeberatung.

#### **4.1. Sozialrechtlicher Rahmen und Beratungsauftrag**

Der sozialrechtliche Rahmen, in dem der geschilderte Fallverlauf stattfand ist die sogenannte individuelle häusliche Schulung (§45 SGB XI). Pflegekurse werden in der Pflegeversicherung ebenfalls den Pflegeberatungsleistungen zugeordnet und deswegen durch Pflegeberater\*innen angeboten. Verbunden mit der Forderung nach einer neuen Fundierung bezeichnet Katharina Gröning (2021) den §45 SGBXI als den Bildungsparagrafen in der Pflegeversicherung.

Im erzählten Fall wurde die häusliche Schulung an einen Krankenhausaufenthalt angeschlossen und von der Klinik initiiert. Mitarbeiter\*innen im Sozialdienst vermuteten im Zuge einer Entlassung aus dem Krankenhaus, dass es sich bei dieser häuslichen Pflegesituation womöglich um eine Überforderung für die sogenannte Hauptpflegeperson in der Familie handeln könnte.

Deswegen wurde eine Pflegeberaterin beauftragt, direkt an den Ort der Pflegesituation zu gehen, um sich der Lage dort zu vergewissern und um ggf. alltagsnahe Hilfe anzubieten, die im Krankenhaus nicht erkannt bzw. abgelehnt wurde. Die Pflegeberaterin schildert den Beratungsanlass bzw. -auftrag über den Sozialdienst an sie, nach einer kurzen Benennung der Diagnosen sowie der persönlichen Daten, folgendermaßen:

Interview Zeile 381-384: „Geh mal da hin. Guck mal, ob da alles läuft, ob die Angehörigen nach Hilfe fragen.“ Und ähm ..“die sind Beide sehr alt, das ist ja auch ungewöhnlich, dass da keine Hilfe nötig ist.“ Und ja, dann bin ich nach einem Telefonat da mal einfach zum Hausbesuch gegangen. [...].“

Konkreter wird der Austausch mit dem Casemanagement bezüglich des Auftrags zu Beratung in der Erzählung nicht. Es ist allerdings nicht ungewöhnlich, dass ein Auftrag zur Pflegeberatung erfolgt, indem nur ein diffuses Bild von möglichen Pflegeberatungsbedarfen besteht. Oft soll die Beraterin allein, eben am Ort der Pflege, ein Bild gewinnen. Es gehört weiterhin noch nicht zur Routine der Entlassung aus dem Krankenhaus, das interdisziplinäre Wissen der verschiedenen Expert\*innen über den Fall zusammenzutragen, festgelegte fachliche Kriterien zu nennen und schon mal Bedarfslagen für die Beratung zu erheben oder auszutauschen.

Es ging im konkreten Fall nun darum, den Kontakt mit zwei hochaltrigen Frauen aufzunehmen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind und in einem Haushalt zusammenleben. Der Sozialdienst vermutete zwar keine Gefahr im Verzug, aber da sich weder Demenz noch Hochaltrigkeit mit der Zeit in Richtung Wiederherstellung von Gesundheit

oder Zunahme körperlicher Leistungsfähigkeit entwickelt, sollten zielgenaue entlastende Angebote gemacht werden, die evtl. – auch im Sinne der Klinikökonomie – eine baldige Wiederaufnahme verhindern. Die Erwartung an das individuelle aufsuchende Beratungsangebot war, dass es womöglich doch gelänge, mit Kenntnis der genaueren Umstände vor Ort und vertrauensbildender, persönlicher Zuwendung, Hilfe anzubieten. Denn bisher war von den Betroffenen kein unterstützender Pflegedienst zu der schweren Pflege eingebunden worden.

Die Beratung wird hier hinter den akuten Krankenhausaufenthalt platziert. Verstanden wird die angebotene zugehende Beratung als „Plus“, als eine zusätzliche besondere Leistung, nicht als eine mit Fachsprache gut ausgearbeitete, fachlich begründete Regel/Routine im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. Es ist gerade die fehlende Standardisierung, die allen Akteur\*innen den Anschein einer entkoppelten, aber zugewandten, persönlichen Hilfeleistung vermittelt. Die Fachexpertise der Pflegeberaterin ist zwar über den schlicht formulierten Auftrag angefragt, bleibt aber dadurch verdeckt, dass sie im Gesamtverlauf der Behandlung nicht gefragt bzw. eingebunden war. Das Krankenhaus bleibt in den Kernprozessen vor allem kurativ und pathogenetisch orientiert. Pflegeberatung, ausgelöst durch absehbar langfristige Pflegebedürftigkeit, wird somit vom Kernprozess losgelöst und nachgeordnet. Sie bleibt nur locker mit der sonstigen Versorgung verkettet. Dem diffusen Zweifel des stationären Casemanagement wird das Instrument der zugehenden Hilfe gegeben, um Zugang und damit Einsicht in die häusliche Situation zu bekommen, die unklar und daher nur fraglich stabil ist.

An der Stelle lässt sich ein Bruch oder zumindest eine Unschärfe markieren, an der sich widersprüchliche Anforderungen an den Auftrag der Pflegeberaterin zeigen, die auch Einfluss auf die Interventionen im anschließenden Beratungsverlauf nehmen: Auf der einen Seite ist die reibungslose Prozessorientierung der Krankenhausesentlassung in eine sichere Versorgung mit entsprechenden Verordnungen, Routinen und Prozessschritten gefordert. Auf der anderen Seite vermittelt sich das implizite Angebot der individuellen Pflege, die auf die Personen ausgerichtete, persönliche, womöglich liebevolle Zuwendung und Fürsorge.

## **4.2. Der Pflegeberatungsverlauf**

Die freundliche Pflegeberaterin ist sehr erfahren, zudem Expertin im Thema Demenz und bekommt telefonisch schnell einen guten Kontakt zu der pflegenden Angehörigen, die das Angebot einer individuellen häuslichen Schulung sodann gerne annimmt.

### **4.2.1. Das erste Treffen**

Beim ersten Treffen trifft die Pflegeberaterin auf eine nationalitätengemischte und ungewöhnliche Konstellation der Pflege- und Sorgebeziehung. Es handelt sich um die Pflege einer von Demenz betroffenen etwa 80-jährige Frau, die von ihrer noch etwas älteren, Freundin gepflegt wird. Die Beiden wohnten knapp 50 Jahre gemeinsam mit einem Mann, dem Ehemann der Pflegebedürftigen, in einer Wohnung. Nachdem der Mann verstorben ist, leben sie nun schon weitere ca. 10 Jahre zu zweit. Hilfe in Haus und Garten ist vorhanden, jedoch keine Hilfe bei der körperbezogenen Pflege bzw. bei allem, was die Konsequenzen aus der Demenz angeht.

Die Pflegeberaterin beobachtet einen, offensichtlich lange eingeübten, sehr eigenwilligen Umgang im Miteinander der beiden Frauen. Erstaunt nimmt sie z.B. die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Frau wahr, die bei fortgeschrittener Demenz und erkrankungsbedingt bereits gestörter Kommunikation, die Zweisprachigkeit mit der Freundin dennoch aufrechterhalten kann. Die pflegefachlich versierte und erfahrene Beraterin erkennt zudem eine gewisse Unsicherheit der pflegenden Freundin im Umgang mit den sich immer wieder verändernden Alltagseinschränkungen der Demenz, die z.B. zum schlechten Ernährungszustand und anderen gesundheitlichen Gefährdungen beitragen.

Die Diagnose vor Ort: Die professionelle Einschätzung der Pflegeberaterin lautet nach der ersten Begegnung in der Wohnung der Ratsuchenden in etwa so: „Wissensdefizit im Umgang mit Demenz und fehlende Strategien für eine gelingende Alltagsgestaltung der Nahrungsaufnahme“. Als helfende Interaktion vereinbart sie darum zunächst eine Art Sachbildung, in welcher der Zusammenhang zwischen Bewegungsdrang, Unruhe und Kachexie bei Demenz aufgeklärt wird. Gemeinsam mit der pflegenden Angehörigen sollte nun, im Verlauf einiger Termine, ein alltagstauglicher Ernährungsplan entwickelt werden, der die schlechte Ernährungssituation der pflegebedürftigen Frau verbessert, die

offenbar ihrem demenzbedingten Verhalten entspringt. Etliche Folgeschäden durch Unterernährung oder Flüssigkeitsmangel können so vermieden werden. Damit sorgt sie mit der individuellen Anleitung vor Ort für mehr Sicherheit bei der Pflegebedürftigen und zudem, durch die Alltagsnähe, auch zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

#### 4.2.2. „Kipppunkt“ – neue Beratungsherausforderungen

Bei einem der Besuche, in dem die Ratsuchende weiter über Demenz aufgeklärt werden soll, entfaltet sich allerdings eine zusätzliche Dimension des Alltags: Spannungen im Pflegealltag. Die Pflegeberaterin erzählt eine Szene, in der diese Spannungen zwischen den Frauen sichtbar werden: Die Pflegeberaterin sitzt mit der pflegenden Angehörigen gemeinsam an einem Tisch und erläutert Demenzverläufe. Dabei führt sie auch die Möglichkeiten zur Selbstvergewisserung durch Familienfotos ein. Die von Demenz betroffene Dame setzt sich, atmosphärisch angezogen, dazu und bekommt prompt von der Freundin ein Foto präsentiert. Das Bild zeigt eine Szene die 30 – 40 Jahre zurück liegt. Zu sehen sind zwei fröhliche Frauen in deren Mitte ein lächelnder Mann steht. Die hübschere Frau ist, so stellt sich raus, die pflegende Angehörige. Die andere Frau ist die Freundin, die von dieser aktuell gepflegt wird. Schnell entdeckt die pflegebedürftige Dame sich selbst. Ihre Reaktion kommt rasch:

„DAS BIN JA ICH!“ (Interview Zeile 324):, Die Pflegeberaterin erzählt die Szene weiter: Interview Zeile 323-324:„[...] und über die hübsche Frau, die ja jetzt nun neben ihr saß, nur etliche Jahre älter, hat sie gesagt: „Das weiß ich nicht, wer das ist. Kenne ich nicht!“

Hier entwickelt sich eine Irritation bei der pflegenden Angehörigen, die sofort ernst und dringend insistiert: „ABER DAS BIN DOCH ICH!“ Sie drängt geradezu darauf von der Freundin erinnert zu werden. Damit beginnt es unangenehm zu werden ... denn, die von Demenz betroffene Dame kramt tatsächlich in ihrer Erinnerung und erzählt, auf diese Weise angestoßen, Erinnerungsfetzen „aus dem Nähkästchen“ der wohl nicht immer harmonisch verlaufenen im Bild gezeigten Dreierbeziehung. Die Pflegeberaterin nimmt in der Szene deutliche Konflikte aus der Vergangenheit wahr. Geht es nach der pflegenden Frau, sollen diese aber offenbar vor ihr verdeckt gehalten werden, interpretiert die Beraterin.

Interview Zeile 340-341: „[...]“, weil nämlich die andere das Gespräch beenden wollte. Die wollte davon nichts.../ Die wollte nicht, dass ihre demente Freundin davon erzählte.“

So schiebt sich nun also während der Interaktion „Anleitung zur Biografiearbeit mit Fotoalben“ eine belastete Seite in der Beziehung der Frauen nach vorne – und damit auch in das Pflegeverhältnis der Beiden. Die Szene ist für die Pflegeberaterin unerwartet aufgetreten. Einen Moment vorher war sie noch in einer Demonstration, die zur geplanten Edukation bei Demenz passen sollte. Dann verlebendigt sich das edukative Thema auf einmal. Das Erzählsegment im Interview zeigt, dass nicht nur die von Demenz betroffene Frau in die Vergangenheit eintaucht, sondern auch sie selbst in diesem verdichteten Moment der vielfältigen Lebenswelt der Frauen begegnet. Sie macht sich auf einmal Gedanken über die Dreiecksbeziehung, über den biografischen Verlauf. Und: Sie ist berührt. Klar, es ist eine ungewöhnliche Konstellation, und es ist nur wahrscheinlich, dass über die Jahre Spannungen oder Geheimnisse entstanden sind, die sich in die Beziehung der Frauen eingeschrieben haben. Der Fantasie bieten sich hier viele Richtungen. Die Pflegeberaterin ist jetzt gefordert, sie muss urteilen und entscheiden, welchen Einfluss diese neue Wahrnehmung auf ihre Pflegeberatungsintervention hat.

#### 4.2.3. Intervention der Pflegeberaterin

Die Pflegeberaterin hat eine ausgewiesene Expertise zur Pflege bei Demenz. Sie weiß, dass Beziehungsgestaltung *das* herausgehobene Thema des Expertenstandards bei Demenz ist (vgl. DNQP 2018, Thomsen 2019). Trotzdem greift sie in diesem Moment die Spannung, die für alle Akteurinnen aus der Szene erwächst, nicht als Thema für ihre Beratung auf.

Der Moment ist brisant, unangenehm – schambelastet.

„Ach, soviel hat sie ja noch nie erzählt!“ (Interview Zeile 360), bietet die pflegende Freundin an. Dann wendet sie die Szene von sich aus, indem sie fragt: „Willst Du noch etwas essen?“ und reicht sodann offensiv Kekse rum. Das Angebot der pflegenden Angehörigen, die ja selbst dieses erinnerungsanregende Foto ins Spiel gebracht hatte, aus der heiklen Szene einfach wieder hervorzutreten, dieses besondere Angebot, nämlich ei-



nen gemeinsamen Blick auf das Beziehungsgefüge in der Vergangenheit zu werfen, abzurechnen und stattdessen wieder zum geübten Ernährungsthema umzusteigen, nimmt die Pflegeberaterin an.

Die Beraterin befragt die Situation zwar still unter der unerwartet aufgetretenen Perspektive neu, demnach beurteilt sie diese auch nochmal. Sie kommt aber zu dem Schluss, dass sie einfach nur „gehört hat, was sie gehört hat“, wie sie sagt. Es berührt ihre zu Beginn getroffenen Vereinbarungen nicht. Das, was sie in der Szene *geföhlt* hat, wird dagegen nicht Gegenstand der professionellen Einschätzung - und so auch nicht Teil einer, die Beziehung womöglich vertiefenden, neuen Pflegeberatungsintervention.

Aber, so kann man die Szene und den weiteren Verlauf verstehen: Das Arbeitsbündnis war angefragt! Die Frage lautet: Wie weit kann sich die pflegende Angehörige in dieser Beratungsbeziehung vorwagen und sicher fühlen? Was hält die Pflegeberaterin stellvertretend mit ihr aus? Oder von der anderen Seite: Welche Ebenen und Aspekte der Pflege kann die Pflegeberaterin mit der pflegenden Angehörigen ansprechen? Die Antwort, die über die weiteren Handlungen geliefert wird, lautet: Wir machen weiter wie bisher, denn tiefer geht es nicht. Die „Beratung“ wird an der Stelle demnach wieder funktional, sie landen bei dem bewährten gemeinsamen Thema Ernährung und sichern die Ergebnisse aus der dort begonnenen Edukation.

Die Atmosphäre im Beziehungsraum hat sich allerdings insgesamt verändert. Nennt sie das Verhältnis zwischen ihr und der Ratsuchenden vorher herzlich, ist es ab diesem Zeitpunkt, verändert. Zudem verschiebt sich über diesen Moment der biografischen Belebung, auch ihre eigene Perspektive auf die Pflegebeziehung der beiden Frauen: Die Pflegeberaterin bewertet auf einmal das Pflegeverhältnis der beiden Frauen zwar als sorgend – aber auf der Beziehungsebene doch eher funktional und kühl. Das eigentliche Pflegeemotiv der schweren Pflege bleibt ihr jedoch fremd, erkennt sie im Nachhinein.

Interview Zeile 390-403:

B: „Und da war ich auch noch herzlich willkommen wirklich, aber hinterher nicht mehr so.

I: Ah ja, das hat sich verändert.

B: Das hat sich verändert, ja.

I: In dieser Szene?

B: In dieser Szene. Ich habe dann aber in dem Moment auch erst bemerkt, dass die gesunde Freundin sehr ernst war. Sie hat ihre Aufgabe erfüllt, weil es zu ERFÜLLEN war. Es war keine Herzlichkeit zwischen den Beiden.

I: Ah ja...

B: (.) Sie war fürsorglich und (.) oder, naja, sie hat einfach alles GEMACHT, auch in meinem Beisein, sehr ernst immer geguckt und immer nur (.) besorgt, war ernst, ich weiß nicht warum. Aber es war ja auch eine große Aufgabe, auf so eine kranke Frau aufzupassen. [...] Entlastungsangebote waren auch da. Es gab auch Haushaltshilfen, all solche Dinge waren eingestielt, aber die Pflege hat sie eben alleine gemacht.“

#### 4.2.4. Das Ende des Pflegeberatungsprozess

Der Beratungs- und Bildungsprozess wird danach von der Ratsuchenden zügig beendet und es kommt nicht zu weiteren Terminen.

Im Abschied unterbreitet die Pflegeberaterin noch das Angebot, in dieser Form weiter miteinander zu arbeiten. Denn sie weiß um die ständigen Veränderungen bei Demenz, die phasischen, schwer voraussagbaren Verläufe. Die Störung in der Beziehung wird in der Erzählung erst nebenbei erwähnt, aber in ihrer Bedeutung für den Fall „fragliche Überlastung“ zunächst nicht verstanden.

Auf die Frage, ob diese Szene Einfluss auf ihre Beratung bzw. das Angebot „Eduktion zur Demenz“ hatte, antwortete die Pflegeberaterin zunächst spontan abwehrend, erkennt aber über die nachholende Erinnerung doch Zusammenhänge zum weiteren Beratungsverlauf:

„//Nein, nein.// hatte es nicht! Ich habe einfach nur gehört, was ich gehört habe ..und beobachtet habe und ähm....., ja....dieses Gespräch wurde dann aber auch GERNE von der anderen beendet. Sie wollte darüber nicht mehr sprechen. Sie hat der pflegebedürftigen Frau dann einfach was zu Essen angeboten, damit sie ruhig war (lacht) und hat gesagt: „So viel erzählt hat sie ja noch NIE.“ Hat sie mir gesagt „So viel erzählt hat sie ja noch nie“ und daraufhin hat die kranke Dame zu mir gesagt, ich soll nochmal kommen, es war so schön mit mir zu sprechen. (.) Und für die Andere...sollte ich dann natürlich nicht wiederkommen. Die gesunde Freundin hat mir dann gesagt, ich brauche nicht mehr kommen, obwohl die Kranke ja wollte, dass ich nochmal wiederkomme.“ (Interview Zeile 357-366)

Bezogen auf den Auftrag aus dem Casemanagement, so die erste Selbstbeurteilung der Pflegeberaterin, waren die Einheiten und Übungen mit der sorgenden Freundin hilfreich und im positiven Sinn alltagsverändernd und absichernd. Die Eduktion bei Demenz bewertet sie zunächst auch als gelungen, so dass sie den Auftrag der Klinik als erfüllt betrachtete.

Dennoch vermerkt sie für sich, dass irgendwie noch etwas offengeblieben sei. Sie vermutet es könnte der Wunsch der pflegebedürftigen Dame nach ihrer Gesellschaft sein, für die Sie jedoch keinen eigenen Auftrag aus der Klinik hatte.

## 5. Der reflexive Zugang der Pflegeberaterin zum Fallverlauf

Der Pflegeberaterin ist bekannt, dass bindungstheoretische Grundannahmen hier relevant sind, denn sie ist Demenzexpertin. Der Beziehungsaufbau zur pflegebedürftigen Person scheint ihr im Fallverlauf auch gut zu gelingen, wie sie berichtet. So gut, dass die pflegende Angehörige es bemerkt und erstaunt hervorhebt. Dass ihr parallel das Arbeitsbündnis zur pflegenden Angehörigen entgleitet (Kapitel 4.2.3.) schildert sie mit der Fotografie-Szene und soll noch deutlicher herausgearbeitet werden.

### 5.1. Das vage Gefühl am Ende der Pflegeberatung

Über die gemeinsame Betrachtung des Pflegeberatungsverlaufes rückt dieses vage Gefühl ins Zentrum ihrer Überlegungen. Die Pflegeberaterin verändert ihre Blickrichtung weg vom ersten Auftrag, hin zur Pflegemotivation und der Pflegebeziehung. Ging sie zu Beginn, nicht weiter hinterfragt, davon aus, dass 60 gemeinsam gelebte Jahre ausreichend verbinden, um zu pflegen, öffnet sich über das intensive Einlassen auf die erinnerte Szene eine neue Dimension.

Sie [die pflegende Freundin] hat immer betont, dass sie sich seit 60 Jahren kennen. Ja, das hat mir in dem Moment wahrscheinlich auch erstmal gereicht. (.) Es hat sich ein bisschen gewandelt, als sie dann von sich erzählte....Dieses Bild, ne, dieses Bild von dieser Kreuzfahrt, wo dieser Mann in der Mitte saß in ihren Blütejahren, rechts und links die Frauen (lacht leicht).

Sie entwickelt und formuliert Fragen zur Pflegemotivation:

Das war auch sehr interessant, ne, ...diese Bereitschaft, jetzt so eine schwerstkranke Frau zu pflegen....warum macht man das? Warum ist das immer noch da, wieso ist diese ähm (.) diese Beziehung immer noch ... konstant, obwohl dieser Mittelpunkt, dieser Hahn im Korb ist ja nicht mehr da. Was war da früher ähm/ (.) Ich meine, man denkt ja dann drüber NACH und/ und es hat/ Es wurde auch durch diese Äußerungen der kranken Frau so ein bisschen bestätigt, dass da die Beziehung nicht immer so (.) so lief, wie sie sich das vorgestellt hat.“ (Interview Zeile 497- 501)

Auf einmal stehen viele unterschiedliche Fantasien zur Pflegemotivation im Raum, mit der Frage, ob bzw. welche Bedeutung diese für die Beratung der Pflegesituation haben könnten: Ist diese Frauengemeinschaft eine Loyalitätsbeziehung, eine Dienstbotenbeziehung, bestehen Abhängigkeiten, Zwang, Scham, eine bisher immer versteckt gehaltene Liebesbeziehung?

Die beiden Frauen haben eine lange gemeinsame Geschichte und leben schon Jahrzehnte ihren Alltag zusammen. Nehmen wir an, es ist eine tief verbundene Freundschaft oder Partnerschaft. Diese Art Loyalität oder Bindung bietet oft den grundsätzlichen Rahmen für die Pflegemotivation.

## **5.2. Pflegemotivation und Pflegeberatungsbedarfe zur Pflegebeziehung bei Demenz**

Pflege- und die Freundinnenbeziehung sind zwei verschiedene Rollen, die unterschiedlich wachsen und verschieden ausgestaltet und zudem erst gelernt werden müssen. Frühere gemeinsame Erfahrungen wie auch alte Konflikte wirken sich auf beide „Rollen“ aus. Aber bei zunehmender Demenz schiebt sich die Pflegebeziehung immer mehr in den Vordergrund. Denn insbesondere die Pflege bei Demenz ist im hohen Maße beziehungsorientiert und beziehungsintensiv (vgl. Kitwood 2000). Eine kontinuierliche Frage, die Menschen mit Demenz an ihre Umwelt stellen, ist die nach Hilfe bei der Beziehungsgestaltung, die Suche nach Vertrauen, nach Bindung und Orientierung von außen. Denn wenn die persönliche, innere Orientierung fragil wird, gehen sie auf die Suche nach einer „sicheren Basis“ (Stuhlmann 2007). Demenzkranke Menschen brauchen deswegen im Besonderen eine Beziehung persönlicher, nicht formeller Art.

Es geht daher in der Aufklärung zu Demenz nicht ausschließlich um Anleitung, um durch den fordernden Alltag zu kommen. Auf dieser Ebene könnten auch Entlastungsdienste greifen – und die sind in dem Fall offenbar schon installiert.

## **5.3. Vertrauensbeziehungen in der Pflegeberatung**

Es sind die belastbaren Vertrauensbeziehungen in der Beratung, die es pflegenden Angehörigen ermöglichen können, ihre neue Rolle selbst zu verstehen, diese zu akzeptieren und die damit verbundenen Aufgaben zu lernen – oder auch sie abzulehnen. Im Beziehungsraum erfährt die Ratsuchende die Pflegeberaterin als eine Art Zeugin ihres inneren Empfindens, womöglich ihres Leides oder ihrer Freude.

In dieser Weise vertraut, formieren sich die Beratungsthemen (oder lassen sich von der Pflegeberaterin formulieren), auf die die Angehörige einen eigenen Anspruch hat. Zu

nennen wären Scham z.B. vor Bloßstellung und all die anderen Ängste von Angehörigen, die Menschen mit Demenz pflegen. Dazu gehört weiter auch der Verlust von sozialen Beziehungen, fehlender gegenseitiger Austausch, Einsamkeit und Ängste vor der eigenen Verletzlichkeit im Alter.

Vielleicht lassen sich in dem Fall auch schon getroffene zentrale Pflegeentscheidung auf dem Hintergrund der Lebensschilderung und Lebenserfahrung neu einordnen oder gemeinsam befragen. Beispielsweise ist es der pflegenden Angehörigen offenbar besonders wichtig, gerade die Körperpflege nicht aus den Händen zu geben. Warum? Soll hier Beschämung vermieden werden? Spielen dabei Finanzen eine Rolle, ist sie vielleicht auf das Pflegegeld angewiesen, während die anderen Hilfeleistungen sich z.T. über Entlastungsleistungen finanzieren lassen?

Ohne ein anerkennendes Gespräch mit der pflegenden Angehörigen über diese Dimensionen greifen schnell andere Beurteilungskriterien, bis zu den eher „privat persönlichen Einschätzungen“ (= die lange gemeinsame Zeit reicht um zu pflegen) oder „primitiven Klassifikationen“, wie Fritz Schütze sie beschreibt (vgl. Schütze 2013, Gröning 2016).

## **6. Resümee zur Gestaltung des Arbeitsbündnisses in der Pflegeberatung**

Im Beziehungsraum der Beratung bei Pflegebedürftigkeit sind mehr Ebenen betroffen, die unterschiedlich gestaltet werden müssen. Soll die ratsuchende Freundin nicht nur über den Umgang mit der Erkrankung „belehrt“ werden, sondern soll ihr Verständnis der eigenen komplexen Situation gefördert werden, um zu mehr persönlicher Freiheit und Mündigkeit zu kommen, ist auch der Beziehungsaufbau der professionell Beratenden notwendigerweise ein reflexiver. In diesem werden durch die Beraterin auch die eigenen Gefühle wie auch die der Ratsuchenden angesehen und geordnet. Die Ratgebende konnte ja durchaus wahrnehmen, dass alte Konflikte in der Beziehung der Akteurinnen eine Rolle spielen. Das psychosoziale Anliegen wurde als Bedarf *gespürt*, aber nicht diagnostiziert, professionell eingeschätzt oder Beratungsinterventionen dazu entwickelt. Damit kühlte die Beziehung aber auch spürbar ab. Zur Kunst der lebensweltorientierten Pflege-

berater\*innen gehört es, von dem funktionalen Beratungsauftrag in dem es um die Aufklärung zum Thema Demenz, mit all den einzeln enorm wichtigen Themen, die tatsächlich gelernt werden müssen (wie Ernährung etc.), auch eine Beziehung anzubieten. Darin geht es dann um den inneren Kontrakt, in dem auch Affekte gespürt, geordnet und angesprochen werden können.

Betrachtet man die in der Szene vorgestellte Beziehungsgestaltung als einen nachvollziehbaren in Phasen verlaufenden Prozess innerhalb des Beratungsgeschehens, wurde das Arbeitsbündnis in der herausgehobenen Szene von der Angehörigen prüfend angefragt. Vielleicht hat sie sich hier Antworten auf andere brennende Themen erhofft. Die aufmerksame Pflegeberaterin spürt auch einen Bedarf, der allerdings über ihr Anleitungsangebot, das im ursprünglichen Auftrag formuliert war, hinausreicht. Sie sieht hier keine Zuständigkeit im Interventions- bzw. Hilfeangebot der Pflegeberatung. In der geschilderten Szene hat somit eine Klärung stattgefunden, die bedeutet: Wir bleiben bei der Sache – und somit funktional miteinander.

## **7. Schlussbetrachtung**

Das Fallbeispiel weist auf eine Pflegeberatung hin, die, wenn sie der Lebenswelt der zu Beratenden gegenüber reflexiv ist, neue Beratungsanliegen eröffnet, die in stabil gebauten, gut reflektierte Arbeitsbündnissen bearbeitet werden können. Dafür sind, neben berufsspezifischer Expertise, beraterisches Verstehen, unterschiedliche jeweils angemessene Interventionen sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion erforderlich.

Das geht allerdings weit über das am Anfang geschilderte Verständnis der aktuellen Beratung bei Pflegebedürftigkeit hinaus. Diese Fähigkeit wird jedoch auch von den Ratsuchenden oft unausgesprochen erwartet. Befördert wird diese Erwartung durch die persönliche Zuwendung, die nicht selten implizit am Anfang des Angebotes steht. Bedient werden die sehr berechtigten psychosozialen Beratungsanliegen bei Pflegebedürftigkeit dann häufig durch „privat persönlich“ ausgearbeitete Beratungspraxen, und nicht durch eine ausgewiesene Beratungsqualifikation.

Nach Ansicht der Autorin weist das Handlungsfeld der Beratung bei Pflegebedürftigkeit noch deutliches Entwicklungspotential auf. Dieses Beispiel zeigt, dass sich erst in der

anschließenden Fallreflexion, die Anfrage an das Arbeitsbündnis für die Pflegeberaterin deutlich darstellt. Sie betrachtet daraufhin die Pflegeberatung neu und versteht den Fall und Ihre damit verbundenen Gefühle und Beobachtungen anders. Es ist demnach im Interesse der tieferen Ausarbeitung der Pflegeberatung sich auch, neben der Eröffnung neuer Wissenszugänge in den Pflegeberater\*innenqualifikationen, im Fallverstehen zu üben und darüber in den Fachaustausch zu gehen (vgl. Oevermann 1997: 12, Weidner 2020: 148ff.). Ohne Fallverstehen lässt sich nämlich sehr wohl eine Struktur weiter entfalten, aber das geht nicht automatisch einher mit dem Reifen der Pflegeberatungspraxis. Ich sehe hier ein starkes Argument Supervision als ein Instrument für die Entwicklung und die tiefere Ausarbeitung der Pflegeberatung kontinuierlich einzuführen.

## Literatur

- Bayern, M. D. K. (2018): Der Pflegeberatungsprozess anhand von Fallverläufen: Erkennen–Verstehen–Beraten anhand von Falldarstellungen. ecomed-Storck GmbH.
- Darmann-Finck I. (2009): Professionalisierung durch fallrekonstruktives Lernen: Fallrekonstruktives Lernen in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 11-36.
- Dewe, B. & Otto, H.-U. (2012): Reflexive Sozialpädagogik – Grundstrukturen eines neuen Typus dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 197-213.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2018): Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ Osnabrück.
- Gröning, K. (2015): Sozialwissenschaftlich fundierte Beratung in Pädagogik, Supervision und Sozialer Arbeit. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gröning, K., & Schütze, F. (2016): Fallsupervision als hermeneutische Methode - eine Würdigung der Fallanalyse von Fritz Schütze. Zusammenfassung des Festvortrages anlässlich des fünfjährigen Bestehens des Masterstudiengangs Supervision und Beratung. In: FoRuM Supervision: Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision, Heft 47, S. 4-11.
- Gröning, K. (2021): Familien- und Geschlechtergerechtigkeit in der Pflegeversicherung: Ein Plädoyer für die Schließung von Leerstellen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Lebeda, D. (2021): Beratung bei Pflegebedürftigkeit. Perspektiven für die klinische Sozialarbeit und Pflegeberatung im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütze, F. (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M. & Robert, G. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart, Metzler Verlag, S. 78–111.
- Schütze, F. (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein

grundlagentheoretischer Aufriss. ZQF–Zeitschrift für Qualitative Forschung, 1(1).

Schütze, F. (2013): Alltägliche Kategorisierungs-, Typisierungs- und Klassifikationstätigkeit der Ärzte als abgekürzte professionelle Erkenntnis- und Vermittlungszuwendung. Der soziale Körper: Interdisziplinäre Zugänge zur Leiblichkeit. Opladen: Barbara Budrich, S. 227-290.

Stuhr, U. & Deneke, F.-W. (Hrsg.) (1992): Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument. Heidelberg: Verlag Weinheim.

Thomsen, M. (2019): Fallgeschichten Demenz: Praxisnahe Beispiele einer erlebensorientierten Demenzpflege im Sinne des Expertenstandards. Berlin: Springer Verlag.

Völter, B. (2013): Professionelles Handeln wahrnehmen und reflektieren lernen. In: Sozial Extra 37, S. 23-26.