

Die Methode des Fallverstehens als Grundlage für professionelles pflegerisches Handeln?

Claudia Peter

Vorbemerkung

Dieser Text ist die umgestaltete Fassung eines Vortrags, der für eine Weiterbildungsreihe der Pflege (siehe Einband) ausgearbeitet wurde und insofern sehr dem mündlichen Stil und der gemeinsamen Diskussion diene. Als erste schriftliche Version, das Konzept des Fallverstehens auf die Pflege zu übertragen und zu diskutieren, trägt dieser Text noch sehr Skizzencharakter. Viele Aspekte werden im folgenden oft nur kurz benannt, sind noch nicht ausführlich genug dargestellt und genügend diskutiert. Dieser Prozess der Ausarbeitung dieses Konzeptes für das Berufsfeld der Pflege ist aber ein langer Prozess, der oft auch nur in der Diskussion mit Praktikern und dem Rückbezug in die Praxis voranzutreiben ist und an Güte gewinnt. Die Leserin wird deshalb gebeten, den Werkstattcharakter dieses Textes zu berücksichtigen, den Text wohlwollend aber gleichzeitig auch konstruktiv kritisch anzunehmen und selbst die Stellen aufzufüllen, die bisher noch „unterbelichtet“ geblieben sein mögen.

Was ist Fallverstehen?

Der Begriff „Fallverstehen“, auf den sich hier bezogen wird, entstammt der Objektiven Hermeneutik. Die Objektive Hermeneutik ist eine soziologische Interpretationsmethode, mit der man Interviewtexte aber auch andere Daten wie Krankheitsverlaufsdaten, Familiengeschichten oder Akten analysieren kann. Sie wird seit den 1980er Jahren von dem Soziologen Ulrich Oevermann laufend ausgearbeitet und weiterentwickelt.

Die Methode der Objektiven Hermeneutik gehört in den großen Bereich der Hermeneutiken, d.h. zu den Kunstlehren, mit denen Texte, ursprünglich vor allem die Bibel, ausgelegt werden und die sich später auch erweitert haben auf die Auslegung von Situationen. Als solche Verfahren sind sie in der Theologie, der Philosophie, der Literaturwissenschaft, der Soziologie, der Pädagogik und der Geschichtswissenschaft in Anwendung. Gemeinsam ist allen hermeneutischen Verfahren, dass sie sich als sinnverstehende Verfahren sehen: den Sinn in den Texten, Daten, Quellen oder Situationen gilt es zu erschließen und in seiner Bedeutung zu verstehen.

Die Objektive Hermeneutik ist nun eine Methode, die speziell für soziologische Fragestellungen entwickelt wurde und als solche soziale Situationen auf ihren sozialen Sinn hin interpretiert oder „rekonstruiert“, um einen zweiten objektivhermeneutischen Begriff zu verwenden. Während nun der einzelne analytische Vorgang als „Sinnverstehen“ zu bezeichnen ist, so besteht das Ziel einer hermeneutischen Rekonstruktion insgesamt darin, den „Fall“ zu verstehen. Ein Fall kann hierbei beispielsweise eine Familie, ein Individuum, ein Milieu, eine Schule, ein Krankenhaus, eine Klasse oder ein anderes soziales Gebilde sein. Der Fall steht also im eigentlichen Erkenntnisinteresse der objektiv hermeneutischen Rekonstruktion, weswegen „Fallverstehen“ einer der zentralen Begriffe dieser Methode ist. In dieser Hinsicht weist die Objektive Hermeneutik auch eine Verwandtschaft zu den klassischen Verfahren der Kasuistik auf, wie sie früher und zum Teil heute noch in der Ausbildung der klassischen Professionen etabliert war (Theologie, Jurisprudenz, Medizin).

Das objektiv hermeneutische „Fallverstehen“ kann nun einerseits als ein theoretisches Konzept professionellen Handelns (Oevermann 1996) angesehen werden, welches in Auseinandersetzung mit verschiedenen professionstheoretischen Ansätzen entstanden ist und andererseits stellt es ein konkret anwendbares Deutungsverfahren in der qualitativen Sozialforschung sowie in der Praxis professionellen Handelns dar. Als Analyseverfahren für das praktische Vorgehen von Professionellen hat es inzwischen in vielen Bereichen beruflichen Handelns Einzug gehalten. Nicht nur Psychotherapeuten, Psychiater oder Fachärzte für Psychosomatik, die in ihrer Ausbildung explizit Deutungswissen zu psychischen bzw. psychosomatischen Störungen bzw. Erkrankungen erwerben, verfügen heute über ein solches hermeneutisches Wissen, mit dem sie die Entscheidungen in ihrer Praxis treffen, sondern auch in der Sozialen Arbeit (Becker 2005, Hildenbrand 2004, Kutzner 2005, Müller 1995, Neuberger 2004), Schul- und Sonderpädagogik (Dlugosch 2004, Kraimer 1998) sowie Lehrerbildung (Wernet 2005) und Kriminalistik (Oevermann/Simm 1985) hat sich dieses Konzept inzwischen verbreitet.

Es bietet sich in allen beruflichen Handlungspraxen an, in denen jeweils individualisierte oder zumindest teilindividualisierte Entscheidungen über Interventionen im Einzelfall getroffen werden müssen – somit auch in der Pflege. Bisher ist dies nur in pflegewissenschaftlichen Diskursen (Albiez 2005, Darmann 2004, Mutter 2002, Hennig/Müller 2003) oder in professionstheoretischen Diskursen (Grewe/Stahl, Gerlach, Behrens, Hutwelker, Dunkel, Stiller: alle 2005) erörtert worden, bis auf wenige Ausnahmen (Mayer 2001) hat es allerdings in der Praxis, sowohl der Ausbildungs- wie Berufspraxis, noch keinen Einzug gehalten. Ob und in welcher Art Fallverstehen im pflegerischen Handeln denkbar und umsetzbar ist, dem soll in diesem Artikel nachgegangen werden.

Fallverstehen in der Sozialen Arbeit

Zunächst ein Beispiel aus einer anderen Berufspraxis, dem die Autorin gemeinsam mit Kollegen in einem Projekt¹ mit den Mitarbeitern eines Jugendamtes, also Akteuren der Sozialen Arbeit, auf die Spur gekommen ist. Es plausibilisiert, was Fallverstehen bedeutet und warum es sich lohnt, zunächst umfangreiche Anstrengungen zum Verständnis eines Falls zu unternehmen, bevor man sich für Interventionen in die Lebenspraxis eines „Falls“ entscheidet.

¹ Projekt „Individuelle Ressourcen und professionelle Unterstützung bei der Bewältigung von Systemumbrüchen in kontrastierenden ländlichen Milieus in Ost- und Westdeutschland“ (Leitung: Prof. Dr. B. Hildenbrand) im SFB 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systembruch: Diskontinuität, Tradition und Strukturbildung“, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Soziologie

Familie Noack² ist eine Familie mit vier Kindern, einer zwölfjährigen Tochter und drei Söhnen im Alter von neun, fünf und zwei Jahren. Sie wird ein „Fall“ des Jugendamtes, nachdem die Mutter sich selbst aufgrund größerer Erziehungsschwierigkeiten mit ihrem ältesten Sohn gemeldet hat. Die Mutter ist die exponierte Erziehungs- und Autoritätsperson in der Familie, da der Vater Analphabet ist und die Eltern – laut Akte – sehr „unterschiedliche Erziehungsstile“ präferieren. Schon mit diesen Selbstaussagen und der Hilfesuche der Mutter bei einem öffentlichen Amt ließen sich erste Hypothesen zur Familienstruktur entwickeln. Ohne weitere Recherche wird zunächst eine unterstützende Hilfeform (SPFH³) etabliert, bis der Sohn nach einem Jahr durch zunehmendes abweichendes Verhalten wie Rauchen, Stehlen und schwieriges Schulverhalten auffällt und andere familiäre Probleme sich häufen (andauernde Arbeitslosigkeit beider Eltern, Schulwechsel der Tochter in eine Förderschule sowie deren Essprobleme und Stehlen). Die Familienhelferin wird von allen Familienmitgliedern gut akzeptiert. Trotzdem sich die Probleme zuspitzen, werden jedoch keine weiteren Interventionen unternommen, nachdem die Eltern weitere Vermittlungen und die Mutter ein Therapieangebot abgelehnt haben.

Nach ca. 18 Monaten kommt eines Tages die Mutter plötzlich in das Jugendamt und möchte die Heimeinweisung ihres ältesten Sohnes beantragen. Die Sozialarbeiterin lädt daraufhin den Sohn ins Amt ein, befragt ihn und kommt zu der Meinung, die Heimeinweisung nicht zu befürworten. Dennoch lädt sie nicht noch einmal die ganze Familie zur Klärung ins Amt, sondern reserviert vorsichtshalber schon einen Heimplatz. Danach holt sie Meinungen bei der Familienhelferin, der Lehrerin und dem behandelnden Arzt ein, wodurch sie von den auffallend guten Leseleistungen des Jungen erfährt. Einerseits fährt sie damit eine schlichtende Strategie, andererseits hinterfragt sie nicht die Meinung der Mutter bzw. Eltern – welche Meinung der Vater hat, eruiert sie gar nicht – sondern respektiert deren Entscheidung. So kommt es kurze Zeit später zu einer Heimeinweisung des Jungen, wobei diese Intervention aus professioneller Sicht betrachtet, eigentlich zu schwach begründet bleibt. Der Junge wird nicht von den Eltern, sondern von der Familienhelferin ins Heim begleitet, die hierdurch als Vermittlerin der elterlichen Meinung instrumentalisiert wird.

Bei der Aktenanalyse dieses Falls im Rahmen des später durchgeführten Forschungsprojektes hat die Forschergruppe die Haltung der Mutter, das eigene Kind so schnell in ein Heim abzugeben, erstaunt. Das war Anlass, diesen Fall nachzuerheben, d.h. zu rekonstruieren, warum die Mutter sich so entschieden hat. Mit diesem Anliegen treten die Forscher an die immer noch für diesen Fall zuständige Sozialarbeiterin heran, die daraufhin erwidert, dass die Mutter selbst früher ein Fall der Jugendhilfe, in der DDR Jugendfürsorge genannt, war. Näheres von damals wusste die Sozialarbeiterin nicht, erklärte sich aber bereit, die Akte der Mutter aus dem Archiv zu holen.

Aus jener Akte ließ sich nun über einen Vorgang erfahren, der nicht ohne die Berücksichtigung der politischen Verhältnisse in der DDR verstehbar ist: Das Mädchen gehörte den sogenannten unteren Schichten an. Sie lebte mit ihren Geschwistern bei der Mutter, der Vater der Kinder war nicht existent. Als ältestes Kind oblag ihr in der Familie die Betreuung der Geschwister (Hilfe bei Hausaufgaben) und einige haushalterische Aufgaben, die ihr die Mutter übertragen hatte. Zum „Fall“ wurde die Mutter als 15jährige Schülerin, nachdem sie von einem zeitweiligen Lebenspartner der Mutter zu sexuellen Handlungen genötigt worden war. Die minderjährige Tochter, die wie beschrieben, schon auffallend viele familiäre Pflichten und damit vorzeitig quasi elterliche Verantwortung übernommen hatte, fühlte sich durch diesen Sexualkontakt – laut Akte – ebenfalls scheinbar in ihrem Erwachsensein bestätigt. Die Mutter reagierte mit Abwehr und konkurrierendem Verhalten gegen die eigene Tochter, ohne sie zu schützen. Zum „Fall“ der DDR-Jugendfürsorge wird das damals anscheinend sehr frühreif und provokativ wirkende Mädchen nun nicht durch elterliche Hilfesuche, sondern durch die Meldung der Schule des Mädchens. Es widersetzte sich den Anweisungen der Lehrer – unter anderem wehrt sie sich dagegen, dass eine Lehrerin ihr einen Brief, einen Liebesbrief an den genannten Mann, entwendet. In den folgenden Wochen kommt es zu einer stark moralisch gefärbten gemeinsamen Aktion von Lehrern und Elternvertretern dieser Schule, die diese Schülerin von der Schule verbannt wissen möchten. In der Akte finden sich dazu ausführliche Dokumente, meist Kopien von Briefen, die diese Akteure an die Schulleitung, an den Rat des Kreises und andere Behörden geschrieben haben. Während mit dieser konzertierten Aktion das

² Der Name ist anonymisiert.

³ Sozialpädagogische Familienhilfe

Mädchen stigmatisiert wird, erhält sie keinerlei Schutz, Aufklärung bzw. eine therapeutische Begleitung, die in dieser heiklen Phase pubertierenden Sexualverhaltens – aus heutiger Sicht – angemessen gewesen wäre. Dieser Stigmatisierungsprozess, bei dem das Mädchen auch, wie beschrieben, ohne elterlichen Schutz bleibt, endet mit der Einweisung des Mädchens in ein Heim, das in einer anderen Stadt liegt. Sie ist die restliche Zeit bis zur Volljährigkeit in diesem Heim geblieben. Aus den Akten geht hervor, dass sie dort wiederum mutterähnliche Beziehungen zu jüngeren Heimkindern aufbaut.

Was erklärt nun dieser Fall aus einer anderen Berufspraxis, in der – je nach Problemlagen – in die Lebenspraxis der Klienten interveniert wird? Erst mit einer Recherche zur Geschichte der Mutter wurde deutlich, dass diese Frau eigene Erfahrungen als Jugendliche mit der Einweisung in ein Heim und mit dem Heimleben gemacht hat. Es lässt sich nur vermuten, wie sie damals und auch rückblickend diese Zäsur in ihrem Leben erlebt hat, aber zumindest scheint sie das Heim als Chance für aussichtslose Situationen zu sehen. Aus dieser Episode wird ersichtlich, dass sie damals Unrecht erfahren hat, das nie aufgeklärt wurde, es hat womöglich ihre Haltung Männern gegenüber geprägt, die sich heute im Unvermögen, den pubertierenden Sohn zu verstehen, zeigt, und es lässt ihre eigenartig bereitwillige Haltung, das eigene Kind in ein Heim zu geben, in einem anderen Licht erscheinen. Solch eine Recherche oder „Rekonstruktion“ der Fallgeschichte des Jungen – wobei das eben die Geschichte der ganzen Herkunftsfamilie umfasst – bedeutet zwar zunächst vor allem Arbeit, kann aber gleichzeitig genauso viele Hinweise oder Anregungen für maßgeschneiderte Interventionen bieten, die die Problematik der Klienten tatsächlich „an der Wurzel packt“. Im berichteten Fall der Familie Noack konnte allerdings nicht mehr verhindert werden, dass auch der Junge mit der Heimeinweisung die Familie für immer verlassen hat und er damit in seiner Jugend außerfamiliär aufwächst, noch das die Mutter ihre traumatischen Eindrücke aus ihrer Jugend in unbewusster Form auf die eigenen Kinder überträgt.

Theorie und Methode des Fallverstehens

Wie oben schon aufgeführt, ist das Fallverstehen ein theoretisches Konzept, als was professionelles Handeln aufzufassen ist. Professionstheorien gibt es viele: Die ältesten soziologischen Ansätze zur Theoretisierung von Arbeit, Beruf und Profession sind heute mittlerweile über 80 Jahre alt (vgl. z.B. Weber ⁵1980, urspr. 1921). Die 1950er bis 1970er Jahre waren die fruchtbarste Zeit, in der viele klassische Professionstheorien (Parsons, Luckmann/Sprondel) ausgearbeitet wurden, die für die heutigen Diskurse den Grundstock bilden. Oevermanns Professionalisierungstheorie (1996) könnte so beispielsweise als eine Revision von Parsons' Ansatz ansehen werden.

Nach Oevermann erfüllen Professionen als gesellschaftlich legitimierte Berufsakteure im Wesentlichen drei Charakteristika:

1. *Vermittlung von Theorie und Praxis in entsprechender Auslegung des Einzelfalls:* Sie verfügen dazu über ein theoretisch fundiertes Wissen, eine exklusiv fachliche Expertise, mit der sie fähig sind, das theoretische Wissen auf den Einzelfall anzuwenden und je einzigartige Lösungen für den Klienten zu kreieren. So wird beispielsweise eine Operation nur an den anatomisch gegebenen Bedingungen des einen Patienten ausgerichtet, das Urteil erfolgt in Bezug auf die Tat des einen Angeklagten. Die Art und Weise von Auslegungen und Übertragungsleistungen sind nicht standardisierbar.
2. *Aufgabe der stellvertretenden Krisenbewältigung:* Professionen gibt es nur für ganz bestimmte Aufgaben. Sie sind für die Bewältigung von solchen Krisen zuständig, die in unserer Gesellschaft als zentrale Lebenskrisen gelten: Krankheit und Heilung/Linderung (Medizin), Gerechtigkeit und Strafe (Jurisprudenz), Seelsorge (Theologie) und Wahrheitsfindung (Wissenschaft). Seitdem der Staat die

Bildung und Erziehung seiner Staatsbürger nicht mehr nur der Familie überlässt, sondern selbst dafür Institutionen geschaffen hat (Schule und Schulpflicht, Sozial- und Jugendamt), haben sich auch für diese beiden Bereiche Semiprofessionen⁴, wie Lehrer und alle Arten von Pädagogen, gebildet. Wie am letzt genannten Beispiel schon deutlich wird, übernehmen die Professionellen die Krisenbewältigung *stellvertretend*, der Arzt kuriert den Patienten, solange er krank ist, der Anwalt übernimmt die Verteidigung seines Mandanten, solange er sich selbst nicht besser verteidigen kann, der Richter übernimmt die Beurteilung des Angeklagten im Auftrag des Staates, der Lehrer übernimmt die Bildung und Erziehung des Schülers stellvertretend für Eltern und Gesellschaft, der Sozialarbeiter leistet Hilfe zur Erziehung stellvertretend für Eltern und Gesellschaft und vermittelnd zwischen Eltern und Kind. Sie übernehmen dabei die Stellvertretung nur für die Zeitspanne, in der der Klient bzw. Patient selbst dazu nicht fähig ist.

3. *Arbeitsbündnis zwischen Professionellem und Klienten:* Ziel des professionellen Handelns ist es deshalb, die beschädigte Autonomie desjenigen wiederherzustellen, zu erweitern bzw. zu fördern – zum Beispiel bei Schülern – bis sie (wieder) autonome Individuen sind. Idealtypisch erfolgt deshalb ein Bündnis zwischen zwei Menschen, dem Professionellen und dem Klienten, in dem gemeinsam mit diesem Ziel gearbeitet wird. Dieser Vertragscharakter und deren begrenzte Dauer wird am deutlichsten am Beispiel der Psychotherapie: Hier muss der Patient sich explizit bereit erklären und gleichzeitig ist es konstitutiv für die therapeutische Beziehung, dass sie zeitlich begrenzt ist.

Entsprechend der zentralen gesellschaftlichen Aufgabe, die die Professionen innehaben, und der Komplexität der Situationen, die sie zu regulieren haben, ist die Ausbildung der Professionellen lang und bestimmten Prüfungen und Regeln unterworfen. Es gibt nicht nur meist staatlich geregelte Aufnahme- und Prüfungsverfahren, sondern auch die Formen der Wissensvermittlung und des Einübens der habituellen Fähigkeiten, oft in direkter Unterweisung einer erfahrenen Lehrkraft, ähneln sich in den einzelnen Professionsausbildungen.

Zunächst zur Wissensbildung der Professionellen: In aller Regel ist das Fachwissen der Professionellen – im Gegensatz zu anderen beruflichen Wissensformen – wissenschaftliches Wissen, d.h. es wird an Universitäten erworben und ist bestimmten Rationalitätskriterien unterworfen. Es muss universalistisch, d.h. allgemein gültig, sein, und nach der Logik des besseren Argumentes diskutabel und kritisierbar sein. Wichtig dabei ist, dass die Kandidaten gleichzeitig beim Erwerb dieses Buch- und Erfahrungswissens in eine Diskurskultur sozialisiert werden. Sie lernen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen argumentativ darzustellen, ihre Entscheidungen zu reflektieren bzw. zu begründen und sich mit anderen Kandidaten in der Auslegung des Faktischen auf einer sachlich-reflexiven Ebene auszutauschen.

Zur Einübung in die Handlungspraxis: Neben dem Erwerb dieser reflexiven Wissenskultur wird in der Ausbildung viel Zeit dafür verwendet, die Professionskandidaten in eine Handlungspraxis einzuüben. Mit Eintritt ins Berufsleben müssen die Professionellen in der Lage sein, diese Handlungspraxis intuitiv und fehlerfrei zu beherrschen. Da es ihre Aufgabe ist, in Krisensituationen als Handelnde für andere aufzutreten, müssen sie fähig sein, die Lage sofort zu überblicken und analysieren zu können, um dann ohne Verzögerung sicher die richtigen Entscheidungen zu treffen. Diese intuitive Sicherheit kann nur durch langes Üben verinnerlicht, d.h. habitualisiert, werden. Diese Handlungsrouninen können verinnerlicht werden, indem ständig an Fällen gelernt wird, d.h. *Fallverstehen* in der Ausbildung praktiziert wird. Paradigmatisch ist hier das Beispiel, dass alle Medizinstudenten schon zeitig im Studium in den Anatomiesaal geführt werden, um dort am nicht lebenden menschlichen Körper zu lernen, um dann später im Studium den ähnlichen tierischen Körper und zu letzt den Körper von

⁴ Semiprofessionen sind Berufsgruppen, die nach den klassischen soziologischen Professionstheorien (z.B. Parsons oder andere) nicht alle Strukturmerkmale der Professionen erfüllen, z.B. keinen autonomen Berufsstatus haben oder nicht über ein wissenschaftliches Wissen als Berufswissen verfügen.

aktuellen Patienten zu studieren. Auch im Jurastudium ist von Anfang an das Lernen an Rechtsfällen Bestandteil aller Klausuren, so wie Psychotherapeuten zur Approbation eine bestimmte Anzahl von Fallanalysen realer Patienten nachweisen müssen. Fallverstehen ist deshalb, wie oben schon erwähnt, als Kern professionellen Handelns, als eigentliche Expertise der Professionellen, anzusehen. Es meint, den Fall blitzschnell erfassen zu können, sein Problem zu analysieren und dann einen Lösungsvorschlag initiieren zu können.

Fallverstehen in therapeutischen Settings

Bei der bisherigen Erörterung des Fallverstehens als zentralem Kern professionellen Handelns sind noch keine Einschränkungen auf bestimmte Professionen vorgenommen worden, d.h. es sind zunächst die allen Professionen gemeinsamen Merkmale dargestellt worden. Nun sollen sich die weiteren Ausführungen nur noch auf die therapeutischen Professionen (oder Semi-Professionen) beschränken, zu denen die Pflege gerechnet werden kann. Therapie als professionelles Handeln ist bei Oevermann (1996) idealerweise wie folgt beschrieben: Die Autonomie des Individuums, das sich in eine therapeutische Beziehung begibt, ist in der Art beschädigt, dass er in psychischer und/oder körperlicher Art leidet und dieses Leiden so stark ist, dass er an Handlungsautonomie eingebüßt hat und er sich damit in einer sich selbst gegenüber ohnmächtigen Situation befindet. Konstitutiv für eine therapeutische Beziehung ist also der Leidensdruck, verbunden mit einem Empfinden der Ohnmächtigkeit, auf der einen Seite und eine therapeutische – eine im ursprünglichen Wortsinn dienend-pflegende – Hilfe und Anteilnahme auf der anderen Seite.

Hildenbrand (1996) hat Oevermanns Theorie professionalisierten Handelns für den Bereich therapeutischen Handelns differenziert. In Kritik an Oevermann, der sich noch am Beispiel der Psychoanalyse orientiert hat und die Abstinenzregel (als affektiv neutrale Haltung des Therapeuten) noch als Regel für alle therapeutischen Beziehungen erhob, führt Hildenbrand den Begriff der „Begegnung“ (in der Definition von W. v. Bayer (1978, S. 36ff.)) ein und entwickelt das Konzept des „Fallverstehens in der Begegnung“ (siehe Abb. 1). Er argumentiert dafür, dass ein bestimmtes Maß an Nähe und Empathie in therapeutischen Beziehungen vorhanden sein muss und erst zum Gelingen der Therapie, d.h. zur Vertrauensbildung einerseits und zum stellvertretenden Handeln und Deuten andererseits, führt. „Begegnung“ meint hier die anteilnehmende, Nähe zulassende Haltung dem Patienten gegenüber als reziproke Haltung dafür, dass der Patient sich einseitig mit seinem Leiden dem Professionellen anvertraut.

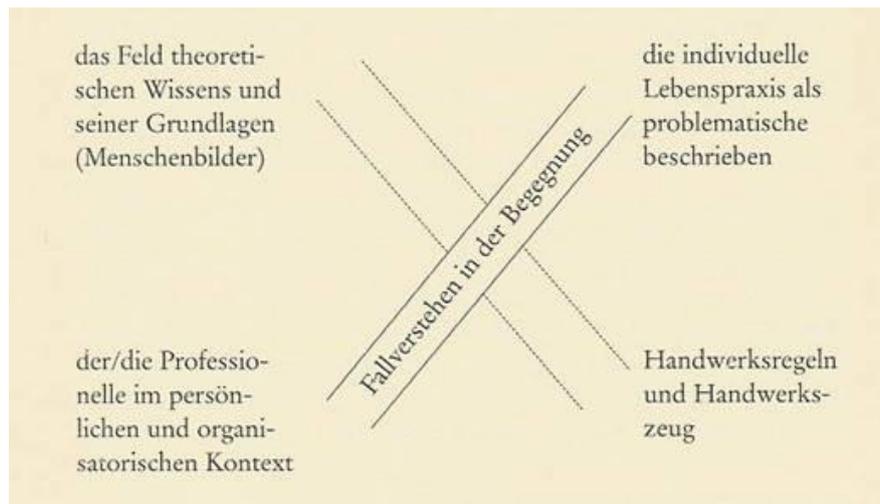


Abb. 1: Fallverstehen in der Begegnung (nach Welter-Enderlin/Hildenbrand ⁴2004), S. 24

In der Abbildung 1 sind beide Ebenen professionellen oder hier: therapeutischen Handelns dargestellt:

- Die Wissensebene, d.h. das theoretische Wissen und die handlungspraktischen Fertigkeiten („Handwerksregeln und -zeug“), im Hintergrund und
- Die Beziehungsebene zwischen Patienten und Professionellen, die im Modus der Begegnung vollzogen wird und in der fallverstehend gehandelt und gedeutet wird.

Die Beziehung(sebene) prägt die therapeutische Situation. Die Wissensebene rückt nur dann in den Vordergrund, wenn der Professionelle in eine Krise gerät, d.h. nicht mehr weiter weiß und sich eventuell durch Rückversicherung im therapeutischen Team, durch Supervision oder ähnliches über sein Dilemma Aufschluss verschafft. Professionelles Handeln ist immer durch beide Aspekte – durch eine asymmetrische Wissensverteilung und durch die Offenheit zur Begegnung – charakterisiert. Der erste Aspekt erzeugt eher Distanz zum Patienten und ermöglicht dem Professionellen ein rollenförmiges Verhalten und Handeln, während der zweite Aspekt von der Individualität der beiden Akteure geprägt wird und der therapeutischen Beziehung eine Einmaligkeit verleiht. Beide Aspekte sollten in einer gelingenden therapeutischen Beziehung zum Schutz beider Akteure immer austariert sein. In therapeutischen Beziehungen sind deshalb immer beide widersprüchlichen Momente von Distanz und Nähe existent – im Gegensatz zu privaten Beziehungen (Intimbeziehungen, familiale Beziehungen), in denen die Momente der Nähe überwiegen, oder im Gegensatz zu Arbeits- oder Geschäftsbeziehungen, in denen die Momente der Distanz typisch sind.

Fallverstehen kommt deshalb in therapeutischen Settings nie isoliert vor, höchstens in der Supervision, sondern ist immer in eine empathische Atmosphäre eingebettet.

Fallverstehen in der Pflege

Will man das Konzept des Fallverstehens (in der Begegnung) in der Pflege anwenden und damit testen, ob die Pflege als eine professionalisierte (oder als eine professionalisierbare) Form therapeutischen Handelns gelten kann, dann sind folgende Fragen zu klären:

- Wie sieht es mit dem Einzelfallbezug im pflegerischen Handeln aus? Wird dazu ein pflegespezifisches Fallverstehen angewendet?
- Für die Bearbeitung welcher (existentiellen) Krisen ist die Pflege verantwortlich? Ist sie dafür gesellschaftlich legitimiert?

- Worin besteht die Stellvertretung – im Handeln und Deuten – der Pflege für den Patienten?
- Wie gestaltet sie das Arbeitsbündnis mit ihren Patienten?
- Wie sieht es mit der Ausbildung – d.h. wissenschaftlicher Wissensbildung und Habitusbildung – der Pflegenden aus?
- Worin unterscheidet sie sich originär von allen anderen therapeutisch Tätigen?

Nicht alle Fragen können im Rahmen dieses Textes thematisiert werden. Die Fragen der Ausbildung und gesellschaftlichen Legitimierung der Pflege, die einen berufsgeschichtlichen und -politischen Exkurs erfordern würde, sollen ausgespart bleiben, stattdessen sollen die Aspekte, die in der unmittelbaren Handlungspraxis, auf der Ebene der Interaktionen mit dem Patienten (und seinen Angehörigen) eine Rolle spielen, im Blickpunkt stehen.

Zunächst wird die These vertreten, dass in der Pflege flächendeckend ein Fallverstehen nicht etabliert ist, es jedoch Ansätze gibt – besonders in den Bereichen mit weniger Patienten, sehr komplexen Versorgungsniveaus und zusätzlich notwendiger Expertise und Spezialisierung der Akteure. Zur Plausibilisierung werden jetzt zwei fiktive Fallbeispiele beschrieben, in denen jeweils Pflege ohne bzw. mit Fallverstehen praktiziert wird.

Fallbeispiel 1: Neonatologische Versorgung im stationären Setting ohne Fallverstehen

Die Pflege in der neonatologischen Intensivversorgung gehört zu jenen eben erwähnten Bereichen. Darüber hinaus zeichnet sie sich durch zwei weitere Besonderheiten aus: Sie findet im pädiatrischen Setting und im Intensivbereich statt, (a) die Eltern sind als Verantwortliche für ihre Kinder und Koproduzenten der Gesundheit oder Erkrankung ihrer Kinder immer zu berücksichtigen und (b) die Erfahrung der existentiellen Lebenskrisen (Überleben oder Tod) ist (oder wird) für alle dort Berufstätigen im Gegensatz zu allen anderen (mit der Zeit) alltäglich. Das bedeutet nicht, dass die häufige Konfrontation zu einem routinierten Umgang damit führen muss, sondern das bedeutet zunächst nur, dass sie für diesen Bereich *typisch* ist und als solches auch von den Professionellen reflektiert wird. Des Weiteren verfügt die Pflege im Sinne einer Intensivpflege für eine sehr spezifische Patientengruppe über eine sehr hohe Eigenexpertise. Sie ist deshalb vergleichsweise recht emanzipiert vom medizinischen Alleinvertretungsanspruch, da sie in die Versorgungssituation der Kinder eigene fachliche Kompetenzen einbringt.

Wie sieht nun das gegenwärtige Paradigma der neonatologischen Versorgung in Deutschland aus? In der Regel wurden bisher in deutschen Krankenhäusern nach der (Not-)Entbindung die Kinder von den Müttern getrennt – die Mütter bleiben in der Frauenklinik, die Kinder werden auf die neonatologische Intensivstation gebracht.⁵ Auf der neonatologischen Intensivstation erfährt das Frühgeborene eine umfassende intensivmedizinische und intensivpflegerische Versorgung, die in Deutschland auf einem hohen Niveau liegt. Das Versorgungsparadigma ist vor allem intensivmedizinisch geprägt: alle Interventionen am Kind sind auf das physische Überleben in den ersten Lebenswochen ausgerichtet, wobei ein umfangreicher technischer, apparativer, medikamentöser und operativer Aufwand betrieben

⁵ Aufgrund der baulichen Gegebenheiten der meisten Klinikgelände, in denen traditionell eine Klinik immer ein Haus besetzte, liegen die Frauenklinik und die Kinderklinik räumlich oft getrennt voneinander. Für die neonatologische Intensivversorgung in der höchsten Level-Stufe wird seit dem Jahr 2006 (mit der Übergangsfrist von 2 Jahren) gefordert, das der Kreißsaal Wand an Wand mit der Frühgeborenenintensivstation liegt (Gemeinsamer Bundesausschuss: http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/2005-09-20-Vereinbarung-Frueh_u_Neu.pdf). Das erfordert schnelle Maßnahmen der baulichen Veränderung und Umstrukturierung von Klinikgeländen für die Krankenhäuser, die ein entsprechendes Level anstreben.

wird. Das Kind liegt sozial isoliert im Inkubator. Ist der Zustand des Kindes stabil, dann erfolgen alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen entsprechend des Stations- bzw. Schichtrythmus. Eine individualisierte Förderung, z.B. je nach Biorhythmus des Kindes oder nach dem konkreten Entwicklungsstand der kindlichen Sinnessysteme, erfolgt nicht. Lediglich die Kängurupflege⁶ als sinnlich-leibliche Förderung des Eltern-Kind-Kontaktes ist inzwischen in allen deutschen Kinderkliniken etabliert, außerdem bieten einige Kliniken Musiktherapie an.

Das implizite *Fallverständnis* bei diesem Versorgungsparadigma ist also auf ein Frühgeborenes ausgerichtet, welches sozial isoliert versorgt wird, dessen präpartale Vorgeschichte und familiale Situation zwar unter Umständen bekannt ist, aber keinen Einfluss auf die Versorgungsgestaltung nimmt und dessen psychosoziale Förderung in Form einer leiblich-sinnlichen Kommunikation bisher nur rudimentär stattfindet.⁷

Das implizite *Krisenverständnis* ist auf das physische Überleben des Kindes fokussiert. Die Wahrnehmung der professionellen Expertise von Medizin und Pflege beschränkt sich also auf die biomedizinischen Dimensionen des Zustandes des Patienten. Seine psychosoziale und leiblich-sinnliche Verfassung wird in der Planung der Interventionen zwar bemerkt, aber bisher nicht systematisch mit Interventionen beeinflusst oder gefördert.

Die *Stellvertretung* der Neonatologen umfasst ihre Verantwortlichkeit dafür, alle medizinischen Maßnahmen⁸ zum Überleben eines Kindes zu nutzen und die Eltern über Kindeszustand und Interventionsmöglichkeiten aufzuklären. Mit dieser Aufklärung soll den Eltern ermöglicht werden – bei lebensbedrohlichem Zustand des Kindes – zu einer Entscheidung hinsichtlich der Weiterführung oder Einschränkung lebensverlängernder Maßnahmen zu kommen oder – bei bestehendem Risiko erheblicher Spätfolgen – sich auf die neue Lebenssituation einzustellen und sich psychisch, sozial und biographisch auf die Pflege eines (schwer) kranken Kindes umzustellen. Diese Situationen sind für die Eltern existentiell: das Ereignis der meist unerwarteten und viel zu frühen Geburt, die weitere Entwicklung des Kindes, ärztliche Aufklärung und zu fällende Entscheidungen liegen oft zeitlich sehr dicht beieinander und bringen die Eltern in einen psychischen und sozialen Ausnahmezustand, der oft traumatische Züge annimmt. In der Regel verfügen die Neonatologen als die exponiertesten Gesprächspartner der Eltern in dieser Situation nicht über eine entsprechende psychotherapeutische Zusatzausbildung, die zur Kommunikation in derartigen Situationen angebracht wäre und traumatische Reaktionsweisen verhindern könnte, noch stehen ihnen in vielen Kliniken dementsprechend ausgebildete Kollegen zur Seite. Ähnlich sieht die Situation für die Pflegenden aus: Neben der speziellen Intensivpflege der Frühgeborenen integrieren die Pflegenden je nach ihren Möglichkeiten weitere

⁶ Bei der Kängurupflege wird das Kind auf die nackte Brust der Mutter oder des Vaters gelegt. So soll durch die Förderung der leiblich-sinnlichen Kommunikation die Eltern-Kind-Beziehung gefördert und das Kind in seinem Biorhythmus stabilisiert werden.

⁷ Auch die Kängurupflege als eine Form der leiblich-sinnlichen Kommunikation mit dem Kind ist erst möglich, wenn der Zustand des Kindes so stabil ist, dass es aus dem Inkubator genommen werden kann, und wenn zumindest ein Elternteil diese Pflege übernehmen kann (idealerweise die Mutter oder der Vater, falls die Mutter selbst noch stationär liegt und dies nicht übernehmen kann).

⁸ Innerhalb der neonatologischen Fachgesellschaften der einzelnen Staaten ist inzwischen eine Diskussion in Gang gekommen, in wieweit es sinnvoll ist, tatsächlich alle Maßnahmen für Frühgeborene, die sich an der Grenze der Lebensfähigkeit, d.h. unterhalb der 24. Schwangerschaftswoche, befinden, ausschöpfen zu müssen. Anlass für diese Diskussionen gaben Studienergebnisse jüngerer Datums, die die Spätfolgen – Behinderungen oder starke Beeinträchtigungen wie Zerebralpareesen, chronisch gewordene Erkrankungen oder Veränderungen vor allem der Atmungs- und Verdauungssysteme – für die Kinder beschreiben, die im schlimmsten Falle eine lebenslange Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen. Insbesondere in der Schweiz (Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie) und den Niederlanden gibt es deshalb Empfehlungen, Maßnahmen des Überlebens für Kinder unterhalb der 24. Schwangerschaftswoche zu unterlassen, wenn sie in einen lebensbedrohlichen Zustand fallen. In Deutschland wird diese Diskussion aufgrund der historischen Last der Euthanasie an Behinderten während des Nationalsozialismus erheblich zurückhaltender und behutsamer geführt (Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin).

Elemente einer entwicklungsfördernden Pflege (Frank/ Linderkamp/ Pohlandt 2005). Diese ist aber ebenfalls bis auf vereinzelte Ausnahmen in den deutschen Kinderkliniken nicht etabliert, sodass je nach baulichen Gegebenheiten der Station, Stationskultur, fachlichem Wissen und persönlichem Engagement der Pflegenden Pflegemaßnahmen initiiert werden, die z.B. die leiblich-sinnliche Entwicklung des Kindes oder die Eltern-Kind-Bindungen fördern und die familiäre Situation berücksichtigen. Deshalb kann in der gegenwärtigen Situation zwar von einer professionellen intensivmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, aber nicht von einer professionellen Rahmung des psychosozialen Versorgung von Frühgeborenem und Eltern gesprochen werden.

Das *Arbeitsbündnis* ist in der gegenwärtigen neonatologischen Intensivversorgung wie folgt strukturiert: Die Medizin hat in der Regel die alleinige Verantwortlichkeit und ist wie schon beschrieben der exponierte Gesprächspartner und Überbringer der wichtigsten Mitteilungen für die Eltern, die Pflege ist weisungsgebunden, interdisziplinäre Fallbesprechungen und Interventionsentscheidungen finden in der Regel nicht statt. Alle Interventionen sind am Kind ausgerichtet und nicht mit dem Kind. Die Eltern werden einbezogen und in ihrer Position berücksichtigt, aber nicht als Koproduzenten in der Pflege und Förderung ihres Kindes im stationären Setting integriert.

Fallbeispiel 2: Neonatologische Versorgung im stationären Setting mit Fallverstehen

Wie könnte nun dagegen eine Intensivversorgung frühgeborener Kinder gestaltet sein, in der das Konzept des Fallverstehens (in der Begegnung) umgesetzt wäre? Wäre ein solches Konzept funktional für diesen Versorgungsbereich? Wenn ja, welche organisatorischen, personellen und qualifikatorischen Veränderungen würde eine Etablierung in der Praxis nach sich ziehen? Was hier nun entworfen wird, ist ein aus dem Konzept des Fallverstehens abgeleitetes, zunächst fiktives Modell zur Versorgung frühgeborener Kinder. Erst im Anschluss an diesen Entwurf soll diskutiert werden, welche Implikationen und Konsequenzen sie in der Praxis nach sich ziehen würden.

Fallverstehen impliziert, den Fall im Kontext seiner Geschichte und seines sozialen Milieus zu verstehen. Das Fallverständnis des Fallverstehens geht damit nicht nur weit über ein biomedizinisches, sondern auch über ein psychosoziales Fallverständnis hinaus, da eben auch Faktoren außerhalb des Individuums, d.h. ihn bestimmende soziale Faktoren wie Biographie, Familie und Milieu in die Betrachtung einbezogen werden und alle diese mitbestimmenden Faktoren in einer chronologischen Logik, in einer historischen Entwicklung, gesehen werden. Für das Beispiel eines frühgeborenen Kindes bedeutet das, auch zu wissen, wie die vorgeburtliche Phase – neben der Geburt und nachgeburtlichen Entwicklung – verlaufen ist:

- War es ein lang ersehntes bzw. erwünschtes oder ein unerwünschtes Kind?
- Ist es das erste Kind oder gab es schon Geschwister? Wie ist der zeitliche Abstand zwischen den Geschwistern?
- In welche Familiengeschichte wird dieses Kind hineingeboren? Wie hat man bisher in dieser Familie Kinder bekommen? Hat man in dieser Familie schon Todgeburten oder frühe Kindstode erlebt?
- War die Geburt spontan und völlig überraschend oder seit wann wussten die Eltern von der Situation der drohenden Frühgeburt? Wie lange konnte sie hinaus gezögert werden?

Hinsichtlich des sozialen Milieus sind wichtig:

- Wie ist die elterliche Beziehung einzuschätzen: Ist es ein noch junges Paar oder ein bereits lange Jahre zusammenlebendes Paar? Welches Paarverständnis verkörpern sie?
- In welcher Lebensphase (Berufsausbildung, -einstieg, bereits etabliert usw.) befanden sich die Eltern gerade? Nach welchem Lebensentwurf leben sie?

- Über welches soziale Netzwerk (Verwandtschaft, Nachbarn, Gemeinde) verfügen die Eltern?
- Aus welchem Milieu kommen sie: Stammen sie beispielsweise aus einem christlichen Milieu, der traditionsreichen Arbeiterschaft, einem akademischen Milieu oder eher aus einem bildungsfernen Milieu? Wie geht dieses soziale Milieu mit solchen Lebenskrisen um? Wie geht die konkrete Familie mit solchen Krisen um?
- Welche Ressourcen und Kompetenzen bringen sie für die emotionale und kognitive Bewältigung mit, auf welches Wissen kann im Verständnis der medizinisch-pflegerischen Interventionen zurückgegriffen werden?

Das sind nur einige von vielen möglichen Fragen, die man sich stellen würde, wenn man den Fall mit dem genannten Konzept erheben würde. Ähnlich wie im oben skizzierten Fall der Interventionsfindung am Beispiel der Sozialen Arbeit wird deutlich, dass man, je mehr Kontextwissen man zum Fall hat, desto mehr auf die Nöte, Sorgen und Probleme der Eltern bzw. Familie eingehen kann und Unterstützung und Beratung konkretisieren kann. Nicht zuletzt ist es so erst möglich, das Erleben der Eltern, ihr Bild von der Situation auch zu erfassen und somit den Perspektivenwechsel von der Sicht eines Professionellen hin zu der eines Betroffenen zu vollziehen.

Krisenverständnis: Jedes objektiv feststellbare kritische Lebensereignis erfährt durch die Betroffenen eine subjektive Form der Wahrnehmung, der Interpretation und Bewältigung – jeder erlebt anders als der nächste.

Wie das objektiv beschreibbare Ereignis einer Frühgeburt als Trauma der misslungenen Ablösung aus dem Mutterleib von dem Frühgeborenen selbst erlebt wird, d.h. biographisch erlebt wird und retrospektiv in die Biographie integriert wird, darüber gibt es bisher noch kaum Untersuchungen.

Wie Mütter eine derartige Geburt erleben und wie sich das Leben mit einem frühgeborenen Kind danach gestaltet, ist bisher auch nur durch wenige meist psychologische Studien untersucht worden, die sich aber meist auf kurze Zeiträume (ein Jahr nach der Entlassung) und bestimmte Fragestellungen beschränkt haben. Neben einigen quantitativen Entwicklungsstudien (z.B. Bayrische Entwicklungsstudie von Wolke/Meyer (1999)) fehlt es bisher vollkommen an Einzelfallstudien, die nicht nur die Perspektive einer Person, beispielsweise der Mutter, sondern der ganzen Familie in den Blick nehmen und die einen langen Zeitraum der Entwicklung der Kinder, d.h. den Langzeitverlauf, untersuchen.

Muss man also hierzu konstatieren, dass es noch kein gesichertes wissenschaftliches Wissen gibt, so kann man dennoch den Erkenntnisgegenstand klar benennen: Das Trauma von Frühgeburtlichkeit in seinen leiblichen, psychischen, sozialen und biographischen Konsequenzen für das Kind und die Eltern. Würde professionelle *Stellvertretung* aus einem solch umfänglichen Verständnis von Frühgeburtlichkeit folgen, dann wird offensichtlich, dass die professionelle Betreuung über die Absicherung des physischen Überlebens des Kindes weit hinausgeht und auch die soziale und psychische Unterstützung für alle betroffenen Familienmitglieder umfasst. Neben Medizinern und Pflegenden wären zumindest in der stationären Versorgung dann Psychologen und eine neuartige interdisziplinäre Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen unverzichtbar, die sich in ihren Interventionen abstimmen und gemeinsame Fallentscheidungen treffen.

Nicht zuletzt mit Hinblick auf die langfristige Prognose dieser Patientengruppe kämen dann auch Themen wie Einschulungsmodalitäten, eine andere Schulzeitbemessung, die Förderung beruflicher Integration, Fragen des Krankenversicherungsstatus als Aspekte der sozialen Versorgung neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung auf die Tagesordnung und ständen – auch im gesellschaftspolitischen Diskurs – zur Diskussion und Entscheidung an. Für die unmittelbare Patientenversorgung würde das aber vor allem bedeuten, dass weitere professionelle Berufsgruppen

neben den Medizinerinnen und Pflegenden, nämlich (Entwicklungs-)Psychologen, Psychotherapeuten, Sonderpädagogen und klinische Ethiker auftreten würden.

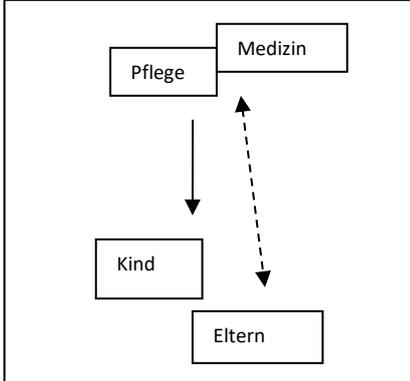
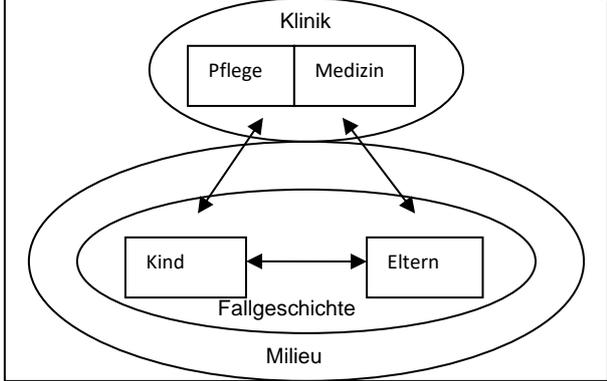
Arbeitsbündnis: Es ist leicht einsichtig, dass eine Patientengruppe mit derart komplexen Versorgungsbedürfnissen wie frühgeborene Kinder auch komplexe Versorgungsstrukturen mit einem entsprechenden Koordinationsmanagement braucht. Bei dieser Patientengruppe beginnt die Versorgungsverlaufskurve mit der Geburt und bleibt unter Umständen – bei sich chronifizierenden Krankheitsverläufen oder bei Folgen wie Behinderungen – ein Leben lang bestehen. Sie beginnt im stationären Setting und setzt sich nach der Entlassung im ambulanten Setting fort. Auch heute werden schon umfangreiche Versorgungsleistungen erbracht, die die Zusammenarbeit mehrerer Versorgungsinstitutionen, wie z.B. die stationär tätigen Neonatologen, das Sozialpädiatrische Zentrum als Nachsorgeeinrichtung und die niedergelassenen Pädiater, erfordert. Bisher erfolgt diese Zusammenarbeit aber eher unkoordiniert, oft mit vielen Informationsverlusten und vor allem abhängig davon, mit welchem Engagement und mit welcher Qualität diese Akteure ein Versorgungsnetz für die Region aufgebaut haben.

Deshalb kann man von zwei Ebenen eines Arbeitsbündnisses sprechen: auf der Ebene der Institutionen zwischen Klinik, Familie und ambulanten Sektor und auf der zweiten Ebene der direkten Interaktionen zwischen den einzelnen professionellen Akteuren, dem Kind als Patienten und dessen Eltern. Nicht nur die Komplexität der Versorgungssituation ist in einem solchen 2-Ebenen-Modell annähernd adäquat wiedergegeben, sondern es ist auch berücksichtigt, dass das Kind immer als Teil einer Familie anerkannt werden muss und die Eltern somit als Kooperationspartner einzubeziehen sind.

In der folgenden Tabelle sind die Kernpunkte des Fall-, des Krisenverständnisses, der Stellvertretung und des Arbeitsbündnisses nochmals, eingeschränkt auf die Phase der stationären Versorgung frühgeborener Kinder, dargestellt.

Tab. 1: Fiktive Fallbeispiele zur neonatologischen Versorgung im stationären Setting ohne und mit Fallverstehen

	Neonatologische Versorgung - ohne Fallverstehen	Neonatologische Versorgung - mit Fallverstehen
Fallverständnis	das frühgeborene Kind – sozial isoliert	das frühgeborene Kind im Kontext seiner Fallgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung während der vorgeburtlichen Phase, der Geburt und nach der Geburt, Familiengeschichte • Entwicklungsstatus des Kindes und seinem sozialen Milieu • Elterliche Beziehung (auch hinsichtlich Befinden, Kompetenz) • Kinderwunsch der Eltern • Geschwisterfolge • Verwandtschaftsbeziehungen und soziales Netzwerk
Krise	die biomedizinische Krise des physischen Überlebens in den ersten Lebenswochen bzw. -monaten	das Trauma <ul style="list-style-type: none"> • der abweichenden bzw. misslungenen 1. Ablösung, der leiblichen Ablösung vom Mutterleib • bei einer gleichzeitig verkürzten Phase der leiblichen „Symbiose“ (Schwangerschaft) • mit der Folge einer abweichenden Initialerfahrung von Bindung und Elternschaft

Stellvertretung Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • alle therapeutischen Interventionen biomedizinischer Art, die auf das physische Überleben gerichtet sind • Fallverlaufsentscheidungen mit und in Bezug auf die Eltern und die soziale Situation 	Alle therapeutischen Interventionen, die ausgerichtet sind <ul style="list-style-type: none"> • auf die physischen Lebenschancen • auf die psychosoziale und sinnliche Entwicklung • auf die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung Abgestimmt in interdisziplinären Fallverlaufsentscheidungen
Stellvertretung Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivpflege – auf das physische Überleben gerichtet • Pflegerische Förderung und Befriedigung der leiblichen und sinnlichen Grundbedürfnisse des Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle intensivpflegerischen Maßnahmen • Pflegerische Förderung der leiblichen, sinnlichen und psychosozialen Grundbedürfnisse des Kindes • Überwachung und Koordination der Wirkungen der therapeutischen Interventionen und des Fallverlaufs Organisatorische und kommunikative Koordination
Arbeitsbündnis		

Wie in der Skizze des Arbeitsbündnisses im Konzept des Fallverstehens in der Tab. 1 zu sehen, hat sich die Position der Pflege in zweierlei Hinsicht geändert: *Erstens* ist sie nun nicht mehr der Medizin nachgeordnet (vgl. 2. Skizze links in der Tab. 1), sondern als Berufsgruppe mit speziellen therapeutischen Aufgaben und eigener Expertise gleichrangig aufgeführt. Auch wenn diese gleichrangige Anordnung dieser beiden Berufsgruppen noch arg idealistisch wirken mag, so kommt hier zum Ausdruck, dass sie über jeweils eigene Expertisen verfügen, durch die eigentlich eine kooperierende Arbeitsteilung, Entscheidungsfindung und gegenseitige Angewiesenheit konstituiert wird. An dieser Stelle ließen sich jetzt Szenarien entwerfen, dass der Pflege zukünftig Chancen in der verantwortlichen (!) Übernahme der Koordinationsaufgaben (Primary Nursing, Case Management) offen stehen aufgrund ihrer Stellung im stationären Geschehen, in dem sie traditionell eh schon koordinierende Aufgaben inne hatte und sie über den meisten Patientenkontakt verfügt. *Zweitens* ist aus dem dyadischen Beziehungsgeflecht zwischen Patienten und Professionellen eine triadische Beziehungsstruktur geworden, in der die Eltern als feste Kooperationspartner hinzugekommen sind. Außerdem hat sich die Art dieser Beziehung insofern geändert, dass es nun keine „Einbahnstraßen“ mehr gibt, sondern alle – auch das frühgeborene Kind – in ihren Aktionen und Reaktionen wahrgenommen werden. So ist es, als dritter Paradigmenwechsel⁹ in der neonatologischen Versorgung, z.B. bei dem Pflegekonzept des NIDCAP (vgl. Frank/Linderkamp/Pohlandt) heute so, dass die Pflege

⁹ Der erste Paradigmenwechsel vollzog sich etwa in den 1970er Jahren, als von der sterilen Versorgung und hochgradig isolierten Situation, in der Eltern das eigene Kind nicht mal sehen, geschweige denn berühren durften, Abstand genommen wurde. Der zweite Paradigmenwechsel ist mit der Einführung der Kängurupflege, des Liegens des Kindes, auch im beatmeten Zustand, auf der bloßen Haut der Brust der Mutter oder des Vaters zu beobachten gewesen, indem der sinnlich-leibliche Kontakt zwischen Kind und Eltern als wichtig erkannt wurde.

und alle weiteren Interventionen am Kind an seinem individuellen Biorhythmus ausgerichtet werden und sich somit die Versorgung insgesamt absolut individualisiert.

Anhand des ausgewählten Tätigkeitsbereichs der neonatologischen Versorgung und der exemplarischen Diskussion, was eine Umsetzung des Fallverstehens in der pflegerischen Praxis bedeuten würde, lässt sich bereits erahnen, dass damit umfängliche Veränderungen verbunden wären. Deshalb soll abschließend ein Ausblick auf die Folgen für die (Re-)Organisation, die direkte Arbeit mit dem Patienten und die Weiterbildung der Berufsgruppe Pflege gegeben werden.

Implikationen und Konsequenzen, wenn die Pflege mit einem Fallverstehen arbeitet

Fallverstehen bedeutet, dass man die Daten zu Geschichte und Verlauf des Falls in Erfahrung bringt und diese deutet, um daran seine nächsten Interventionen auszurichten. Im Kern ist das ein diagnostisches oder anamnestisches Vorgehen, das sich auf ein spezielles Fachwissen stützt. Es ist darin dem ärztlichen Handeln, der Diagnostik und der Therapie, ähnlich. Gibt es mehrere Berufsgruppen im großen Feld therapeutischer Tätigkeiten, die zu Recht ein solches Fachwissen, eine eigene Expertise, behaupten, dann würde das prinzipiell und jenseits aller kurzfristigen berufspolitischen Verteilungskämpfe eine langfristige Veränderung des Feldes und der Vormachtstellung der Mediziner nach sich ziehen. Neue Kompetenzen wären aufzugreifen und zu berücksichtigen. Entscheidungsvollmachten und damit hierarchische Ordnungen, Verantwortlichkeiten und neue Routinen der Entscheidungsfindung müssten neu geregelt werden. Stellt man sich solche Veränderungsprozesse für Organisationen wie das Krankenhaus vor, dann würden sie in den Konsequenzen bis hin zu rechtlichen Neuregelungen, anderen baulichen Aufteilungen (mehr eigene Diensträume für alle Berufsgruppen auf jeder Station oder nur noch zentrale Diensträume, die eine funktionale Belegung haben, mehr Eltern-Kind-Räume usw.) und vieles mehr gehen. Der Charakter einer solchen Organisation würde sich dann grundsätzlich und spürbar für alle ändern.

In der direkten Arbeit mit und für den Patienten würde sich eine Orientierung am Einzelfall, am Fallverlauf und am Versorgungsprozess durchsetzen, was wiederum mannigfaltige Veränderungen in der Gestaltung von Versorgungsleistungen und damit von Versorgungssystemen zur Folge hätte. Konzepte wie Case Management und Primary Nursing wären hier gut anschlussfähig.

Tabelle 2: Konsequenzen bei der Einführung des Fallverstehens

	Konsequenzen
für die Organisation der stationären Versorgung (Klinik)	<ul style="list-style-type: none"> • die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege ändert sich <ul style="list-style-type: none"> • Reorganisation der hierarchischen Strukturen • „Teilung der Verantwortlichkeiten“ und Expertisen • Neue Gremien der Entscheidungsfindung: interdisziplinäre Fallbesprechungen • Neuorganisation von Handlungs- und Stationsroutinen <ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung der Eltern • Bauliche Veränderungen • Vernetzung mit anderen Berufsgruppen: Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter usw.
für die therapeutische Arbeit mit dem Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelfallorientierung • Fallverlaufsorientierung • Kooperationsorientierung (mit Patient, mit Angehörigen) • Einbeziehung der sozialen, religiösen und kulturellen Besonderheiten

für die Qualifikation der Pflege ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung der fachlichen Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> • Soziales und kulturelles Wissen • Organisationswissen • Beratungskompetenzen • Diskursfähigkeit der eigenen Expertise <ul style="list-style-type: none"> • Begründbarkeit der Entscheidungen • universalistisches Wissen • Habitusbildung <ul style="list-style-type: none"> • Berufsausbildung • Berufs- und Wissenskontrolle
--	---

Nicht zuletzt blieben diese Herausforderungen, die sich aus solchen Veränderungszwängen oder -notwendigkeiten ergeben, nicht vor den Menschen, die in solchen Systemen arbeiten, stehen. Berufsbilder ändern sich, Selbstverständlichkeiten verlieren ihre Legitimationsbasis, Einstellungen und bisher bewährte Routinen werden nun unter Umständen sogar zum Hindernis. Für die Berufsgruppe der Pflege würde ein Konzept wie das Fallverstehen auch deshalb eine große Herausforderung bedeuten, weil sie sich nicht nur in ihren psychosozialen Kompetenzen weiterbilden muss (im Gegensatz zum jetzigen vorwiegenden Fokus auf Fachweiterbildung), sondern zur Ausübung des Fallverstehens im beruflichen Alltag auch eine Diskursfähigkeit, d.h. eine sachliche Streitfähigkeit, und ein Habitus als selbstbewusstes berufliches Auftreten und Expertokratie gehört, welches die Pflege bisher nicht verkörpert, sich berufspolitisch (in Deutschland) nie erstritten hat, ja vom traditionellen Selbstverständnis – gemeint ist hier die „alte“ Pflegeethik der pflegenden, in aller Regel unverheirateten, sich dem Dienst an Menschen und Gott hingebenden Schwester – her sogar ablehnt. Es kann deshalb vermutet werden, dass besonders in solchen Tätigkeitsfeldern, in denen sich die Pflege noch in der geschilderten Art eher traditionell orientiert oder im Umbruch ohne klarem Rollenverständnis befindet, Konzepte wie das Fallverstehen besonders schwierig und langsam angenommen und umgesetzt werden.

Literatur

Professionstheoretische Literatur

- Albiez, T. (2005): Professionelle Pflege und Fachexpertise am Beispiel Pflegediagnostik, In: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 2
- v. Bayer, W. (1978): „Über die Bedeutung psychiatrischer Schlüsselwörter“, in: Kraus, A. (Hg.): Leib Geist Geschichte. Brennpunkte anthropologischer Psychiatrie, Heidelberg, S. 29-44
- Becker, R. (2005). Das Arbeitsbündnis als Fundament professionellen Handelns. Aspekte des Strukturdilemmas von Hilfe und Kontrolle in der Sozialen Arbeit, in: Pfadenhauer, M. (Hg.): Professionelles Handeln, Wiesbaden, S. 87-104
- Behrens, J. (2005): Abhören ersetzt nicht Zuhören, Fürsorge nicht Respekt. Soziologie der Pflege als Profession der Unterscheidung von interner und externer Evidence, in: Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt /M.; S. 103-146

¹⁰ In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass erstmals im deutschsprachigen Raum eine Tagung zum Fallverstehen in der Pflege stattfinden wird (Bremen, 20./21.4.2007).

- Bobbert, M. (2003): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts, Campus
- Darmann, I. (2004): Problemorientiertes Lernen – Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen, in: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 9
- Dlugosch, A. (2004): Sonderpädagogisches Fallverstehen als Baustein pädagogischer Professionalität?, in: Sonderpädagogische Förderung 49, 3, S. 285-300
- Dunkel, W. (2005): Erfahrungswissen in der Pflege – Basis einer Professionalisierung jenseits von Verwissenschaftlichung?, in: Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt /M., S. 161-176
- Gerlach, A. (2005): Akademisierung ohne Professionalisierung? Die Berufswelt der ersten Pflegeakademikerinnen in Deutschland, in: Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt /M., S. 71-102
- Grewe, A., Stahl, S. (2005): Zukunft aus der Geschichte? Die Beharrlichkeit einer Professionalisierungsidee als konstitutives Element von Hochschulbildungskonzepten für die Pflege, in: Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt /M., S. 55-70
- Henning, A./Müller, M. (2003). Von der multiperspektivischen Fallarbeit zu gemeinsamen Guidelines. In: PR-InterNet Pflegemanagement, H. 7
- Hildenbrand, B. (2004): Die Transformation der Jugendhilfe in Ostdeutschland im Kontext von Tradition, Diskontinuität und Strukturbildung, Österreichische Zeitschrift für Soziologie Jg. 29 Heft 2, S. 41-59
- Hutwelker, M. (2005): Zum Problem der Professionalisierungsbedürftigkeit pflegerischen Handelns, in: Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt /M., S. 147-160
- Kraimer, K. (1998): Sozialpädagogisches Fallverstehen, Forschungswerkstatt, professionelles Handeln, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 29, S. 170-188
- Kutzner, S. (2005): Der Übertragungsmechanismus als Fallstrick in der Sozialhilfe. Zur Kooperation zwischen Sozialarbeiter und Klient, in: Pfadenhauer, M. (Hg.): Professionelles Handeln, Wiesbaden, S. 105-124
- Luckmann, T./Sprondel, W. M. (Hg.) (1972): Berufssoziologie, Köln
- Mayer, M. (2001): Lernen an Fällen – eine Möglichkeit zur Förderung der Handlungskompetenz in der Krankenpflegeausbildung, In: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 12
- Müller, B. K. (1995): Das Allgemeine und das Besondere beim sozialpädagogischen und psychoanalytischen Fallverstehen, in: Zeitschrift für Pädagogik, Jg. 41, H. 4, S. 697-707
- Mutter, A. (2002): Der Einsatz der didaktischen Fallstudie im Pflegeunterricht. In: PR-InterNet Pflegepädagogik, H. 5
- Neuberger, C. (2004): Fallarbeit im Kontext flexibler Hilfen zur Erziehung, Wiesbaden
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A./Helsper, W. (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt, S. 70-182
- Oevermann, U., Simm, A. (1985): Zum Problem der Perseveranz in Delikttyp und modus operandi. Spurentext-Auslegung, Tätertyp-Rekonstruktion und die Strukturlogik kriminalistischer Ermittlungspraxis, in: BKA-Forschungsreihe, Bd. 17, Wiesbaden: Bundeskriminalamt
- Parsons, T. (1951): The Social System, Glencoe, Ill
- Parsons, T. (1964): Social Structure and Personality, New York

- Parsons, T. (1973): Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur, in: ders., Soziologische Theorie, Darmstadt
- Stiller, B. (2005): War da was? Zum Leistungs- und Erfolgsverständnis von Krankenpflegenden, in: Bollinger, H., Gerlach, A., Pfadenhauer, M. (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt /M., S. 177-188
- Weber, M. (51980, urspr. 1921): Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (⁴2004): Systemische Therapie als Begegnung, Stuttgart
- Wernet, A. (2005): Über pädagogisches Handeln und den Mythos seiner Professionalisierung, in: Pfadenhauer, M. (Hg.): Professionelles Handeln, Wiesbaden, S. 125-144
- Wettreck; R. (2001): „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik, Münster: LIT Verlag

Neonatologische Literatur

- Frank, C., Linderkamp, O., Pohlandt, F. (2005): Frühgeborene optimal ernähren und pflegen, Mainz
- Wolke, D., Meyer, R. (1999): Ergebnisse der Bayrischen Entwicklungsstudie. In: Kindheit und Entwicklung, 8,1: 23-35

Internetquellen

- Gemeinsamer Bundesausschuss: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/2005-09-20-Vereinbarung-Frueh_u_Neu.pdf (heruntergeladen am 20.10.2005)
- Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie: Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit, [http:// www-swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol13/n2/pm-ge.htm](http://www-swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol13/n2/pm-ge.htm) (heruntergeladen am 16.5.2006)
- Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin: Behandlung von extrem unreifen Frühgeborenen, [http:// www.gnpi.de/wir/stellung/extremfrueh.htm](http://www.gnpi.de/wir/stellung/extremfrueh.htm) (heruntergeladen am 16.5.2006)