



Eva Maria Löffler

Haltung und professionelles Handeln in sozialen Berufen

Eine qualitative Untersuchung
am Beispiel von Pflegefachkräften
in ambulanten Pflegediensten

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus Löffler, Haltung und professionelles Handeln
in sozialen Berufen, ISBN 978-3-7799-6857-3

© 2022 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6857-3](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6857-3)

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Danksagung	10
1 Einleitung	13
2 Soziale Dienste und Entwicklungen in der Altenpflege	18
2.1 Entstehung sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen	18
2.2 Altenpflege als wachsender Dienstleistungssektor	23
2.3 „Fachkräftemangel“ in der Altenpflege	27
2.4 Strategien zur Fachkräftegewinnung	29
2.4.1 Gewinnung von Fachkräften im Inland	29
2.4.2 Rekrutierung von Fachkräften im Ausland	31
2.5 ‚Interkulturalität‘ in der Altenpflege	35
3 Forschungsstand, Untersuchungsziel und Forschungsfrage	38
3.1 Zuwanderung von Fachkräften in die Pflegeberufe	39
3.1.1 Hürden und Hemmnisse der Anwerbung	39
3.1.2 Erfolgreiche Anwerbung und nachhaltige Integration	43
3.1.3 Interaktion im multikulturellen Team	47
3.1.4 Erfahrungen und Erleben der zugewanderten Fachkräfte	50
3.1.5 Zusammenfassung und Forschungslücken	52
3.2 Spezifika der (ambulanten) Altenpflege	56
3.3 Untersuchungsziel und Forschungsfrage	61
4 Theoretische und methodologische Vorüberlegungen	62
4.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Verortung	62
4.1.1 Verstehende Soziologie und soziales Handeln	63
4.1.2 Sozialkonstruktivismus	65
4.1.3 Interpretatives Paradigma	67
4.2 Berufliche Sozialisation	68
4.2.1 Lebenslanger Prozess in zwei Abschnitten	69
4.2.2 Wechselseitiger Prozess in sozialen Kontexten	70
4.3 Wandel von Lebenslauf und Berufsbiografie	71

4.4	Methodologische Schlussfolgerungen	73
4.4.1	Exploratives Vorgehen	74
4.4.2	Explorativ, aber nicht theorieles	74
4.4.3	Multimethodisches Vorgehen	75
4.4.4	Vorüberlegungen zur Forschungsstrategie	76
4.4.5	Vorüberlegungen zur Samplebildung	78
4.4.6	Vorüberlegungen zum Auswertungsprozess	80
5	Methodisches Vorgehen	82
5.1	Drei Kriterien des problemzentrierten Interviews	82
5.2	Samplebildung und Feldzugang	84
5.3	Datenerhebung	86
5.4	Datensicherung und -aufbereitung	90
5.5	Datenanalyse	92
5.5.1	Einzelfallanalyse	92
5.5.2	Fallübergreifende Analyse und Fallvergleich	99
5.5.3	Diskussion der Interpretationen	101
6	Ergebnisse	103
6.1	Einzelfalldarstellungen	104
6.1.1	Frau Haimčic: „Menschlichkeit, das kann man in der Schule nicht lernen.“	104
6.1.2	Frau Afimović: „Wenn man bei Patienten ist, muss man sehr erfinderisch sein.“	118
6.1.3	Frau Wilkowski: „Man hat mehr Spaß an der Arbeit, wenn man weiß, was man tut.“	134
6.1.4	Frau Ganser: „Das kannst du ja net lernen, das musst du irgendwie einfach sehen.“	147
6.1.5	Frau Wunderlich: „Man kann das Gelernte umsetzen und das macht Spaß.“	162
6.2	Fallübergreifende Darstellung	176
6.2.1	Sozialisation und Berufswahl(-motivation)	177
6.2.2	Interpersonelle, übersituative Handlungslogiken	178
6.2.3	Biografische Themen	188
6.3	„Gute Pflege“	190
6.3.1	Fachwissen	190
6.3.2	Praxiswissen	192
6.3.3	Haltung	195
6.3.4	Weitere Voraussetzungen für „gute Pflege“	199
6.3.5	Professionell Handeln	207
6.4	Zusammenfassende Ergebnisdarstellung	213

7	Reflexion des Forschungsprozesses	216
7.1	Die drei Kriterien des PZI als Herausforderungen und Grenzen	216
7.1.1	Problemzentrierung: Offenheit vs. Forschungsinteresse	217
7.1.2	Gegenstandsorientierung: Situativ auf die Interviewpartnerin eingehen	218
7.1.3	Prozessorientierung: Interview als gemeinsamer Prozess	220
7.2	Die Interviewpartnerinnen	222
7.2.1	Diskussion des Samples	222
7.2.2	Problem der komplexen Rollenbeziehung im Feldzugang	223
7.2.3	Eigeninteressen vs. Offenheit der Interviewten	224
7.3	Herausforderungen während der Datenerhebung	226
7.4	Sicherung und Aufbereitung der Daten	228
7.5	Datenanalyse: Auswertung und Interpretation	229
7.6	Zusammenfassende Überlegungen zur Aussagekraft des Materials	231
8	Diskussion der Ergebnisse	233
8.1	Lebenslauf, Sozialisation und Biografie	233
8.1.1	Haltung, Handlungslogiken und biografische Themen im Beruf	234
8.1.2	Berufswahl, Sozialisation und biografische Themen	237
8.1.3	Gestaltung der Berufsbiografie	242
8.1.4	Berufsverbleib	244
8.1.5	Zwischenfazit	248
8.2	Professionelles Handeln	250
8.2.1	Professionelles Handeln nach Dewe und Otto	251
8.2.2	Unterschiedliche Wissensformen und das Verhältnis von Theorie und Praxis	252
8.2.3	Haltung als Bestandteil professionellen Handelns	255
8.2.4	Bedeutung und Verwendung von Wissenschaftswissen	260
8.2.5	Arbeitsbündnis	263
8.2.6	Familiarität	266
8.2.7	Sprache und Verstehen	267
8.2.8	Rahmenbedingungen und professionelles Handeln	269
8.3	Rolle und Anerkennung	275
8.3.1	Rekonstruktion der eigenen Rolle	275
8.3.2	Anerkennung und Wertschätzung	279
9	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	285
	Literatur	292

1 Einleitung

„[Es ist] wichtig, die öffentliche Daseinsvorsorge auszubauen, deren Qualität zu steigern sowie die Arbeitsbedingungen und die Verdienstmöglichkeiten der meist weiblichen Care-Beschäftigten deutlich zu verbessern. Nur so sind die Fachkräfte [...] zu finden, die für den erforderlichen Ausbau der sozialen Infrastruktur vorhanden sein müssen.“ (Winker 2019, S. 63)

Das vorangegangene Zitat könnte als Fazit am Ende dieser Arbeit stehen, kann aber auch als Motto und roter Faden durch die vorliegende Studie führen. Denn die Studie rekonstruiert, am Beispiel der ambulanten Altenpflege, wie Fachkräfte ihr berufliches Handeln begründen. Sie zeigt auf, dass Fachkräfte in der Interaktion mit älteren und alten Menschen nicht nur auf unterschiedliche Wissensbestände, sondern auch auf eine spezifische, biografisch fundierte Haltung zurückgreifen. Es sind zudem biografische Themen und spezifische Vorstellungen vom Umgang mit älteren und alten Menschen, die dazu führen, dass Fachkräfte sich für einen sozialen Dienstleistungsberuf entscheiden. Können diese Vorstellungen nicht realisiert werden, kann das zu einem Wechsel des Arbeitsfeldes und bzw. oder dem Ausstieg aus dem Beruf führen. Sollen Fachkräfte für soziale Berufe nicht nur gewonnen, sondern auch im Beruf gehalten werden, um den zukünftigen Dienstleistungsbedarf zu decken, müssen die sozialpolitischen Rahmenbedingungen des professionellen Handelns in sozialen Berufen dem Rechnung tragen. Es muss den Fachkräften (wieder) möglich sein ihrer Haltung (die auch die Berufswahlmotivation umfasst) entsprechend zu handeln.

Ein Ausbau von Angeboten ist vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft bei gleichzeitig steigender Altersarmut – verstanden als Mangel in subjektiven und objektiven Handlungsspielräumen – insbesondere im Bereich der Altenhilfe notwendig. Dabei ist Altenhilfe als Gesamtheit aller Dienstleistungen zu verstehen, die von verschiedenen Berufsgruppen zur Unterstützung älterer Menschen vorgehalten werden. Die Inanspruchnahme sozialer Dienste soll diese Menschen in der Bewältigung von lebensalter- und sozialstrukturtypischen Problemen unterstützen (vgl. Böhnisch 2012, S. 220; auch Bauer 2001; Aner und Hammerschmidt 2018, S. 2, 179–184). Auch bei Pflege- und Unterstützungsbedarf möchte die Mehrheit der Älteren zuhause wohnen bleiben. Da der Verbleib in der eigenen Wohnung (aus Kostengründen) auch im Interesse der Kommunen liegt (u. a. Hammerschmidt und Löffler 2020), werden wohnungs- und städtebauliche Anstrengungen zunehmend hierauf ausgerichtet

(u. a. Gatterer 2007). Zudem wird der Ausbau ambulanter Hilfen gestärkt und die Unterstützung im Quartier fokussiert (KDA 2006, S. 16; Kremer-Preiß 2012, S. 554; BMFSFJ 2016).

Dem wachsenden Bedarf an sozialen Dienstleistungen in der Altenhilfe steht der sogenannte Fachkräftemangel entgegen. Ohne die Diskussion schon an dieser Stelle ausführlich führen zu können, verweist der Zusatz ‚sogenannte‘ darauf, dass das Kernproblem in den sozialen Berufen nicht grundsätzlich der Mangel an qualifizierten Fachkräften ist. Es ist vielmehr so, dass neben den niedrigen Löhnen die spezifischen Arbeitsbedingungen in diesem Bereich dazu führen, dass Fachkräfte die Berufe verlassen. Speziell in der Pflege ist zu beobachten, dass die Mitarbeiter/-innen sich weiterqualifizieren, um nicht mehr ‚am Bett‘ tätig sein zu müssen (u. a. Grosch 2018). Der so entstehende Mangel an Mitarbeiter/-innen in der direkten Pflege führt zur Anwerbung von Fachkräften im Ausland. Erste empirische Studien zeigen, dass Unterschiede in den Berufs- und Pflegeverständnissen zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit in den so entstehenden, ‚multikulturellen‘ Teams führen. In diesen Studien wird davon ausgegangen, dass sich das pflegerische Handeln kulturbedingt unterscheidet. Dieser tendenziell kulturalisierenden Sichtweise vieler bisheriger Untersuchungen stellt die hier vorliegende Studie sozialisationstheoretisch begründete Rekonstruktionen beruflichen Handelns entgegen. Sie untersucht das berufliche Handeln von Fachkräften, die in unterschiedlichen Herkunftsländern aufgewachsen und ausgebildet worden sind, und zeigt auf, wie Handlungslogiken im Verlauf der (beruflichen) Sozialisation entstehen und sich verändern. Sie nimmt damit einen bislang ‚blinden Fleck‘ in der Professionsforschung in den Blick. Der Erkenntnisgewinn der explorativen Erhebung liegt darin, zu verstehen, wie Angehörige sozialer Berufe handeln und ihr Handeln begründen. Durch die Analyse der Motive und berufsbezogenen Vorstellungen können Erkenntnisse zur Verbesserung der Rahmenbedingungen professionellen Handelns in der Altenpflege gewonnen werden. Durch die Einordnung und Diskussion der Ergebnisse in und anhand theoretischer und empirischer Erkenntnisse zu weiteren sozialen Dienstleistungsberufen, insbesondere der Sozialen Arbeit, lassen sich zudem übergreifende Schlussfolgerungen für soziale Berufe und sozialpolitische Veränderungen gewinnen.

Aufbau der Arbeit

Grundlage des Handelns in sozialen Berufen sind gesetzliche Regelungen. Deshalb werden einführend in *Kapitel 2* die sozialrechtlichen und sozialgeschichtlichen Hintergründe sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen skizziert. Der Bedarf an personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für Ältere wird in den kommenden Jahren zunehmen (vgl. Cremer et al. 2013, S. 223;

Bonin 2020, S. 66) und insbesondere die ambulante Altenpflege an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig ist – wie auch in anderen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens – von einem weiter wachsenden sogenannten Fachkräftemangel auszugehen (u.a. Schmid 2010, S. 402), der die Altenpflege seit ihren Anfängen begleitet. In den letzten Jahren sind deshalb auf politischer Ebene unterschiedliche Strategien entwickelt worden, um Menschen für den Beruf zu gewinnen. Dazu gehört auch die Anwerbung von Fachkräften im Ausland. Wenngleich also davon auszugehen ist, dass Interkulturalität in der Altenpflege zukünftig nicht mehr nur auf die Pflegebedürftigen zu beziehen ist, sondern auch sogenannte multikulturelle Teams zur Normalität in Einrichtungen und Organisationen der Altenpflege gehören werden, stehen diese bisher kaum im Fokus der Forschung.

Kapitel 3 fasst die empirischen Erkenntnisse zur Zuwanderung von Fachkräften in die verschiedenen Bereiche der Pflege (stationäre Pflege in Krankenhäusern sowie Pflege- und Altenheimen, teilstationäre sowie ambulante Versorgung) zusammen. Deutlich wird, dass die Rekrutierung von Pflegekräften im Ausland sowohl für die Organisationen als auch die Menschen selbst mit Hürden und Hemmnissen auf unterschiedlichen Ebenen einhergeht. Eine besondere Herausforderung scheint die Zusammenarbeit in den dadurch entstehenden multikulturellen Teams zu sein. Begründet wird das überwiegend mit kulturellen Unterschieden, abweichenden Berufs- und Pflegeverständnissen sowie Sprachproblemen. Insbesondere für die Altenpflege, die so in keinem anderen Land existiert, ist davon auszugehen, dass die Erwartungen von zugewanderten Pflegekräften und die spezifischen Anforderungen im beruflichen Alltag, die neben der Behandlungspflege vor allem die Grundpflege und psychosoziale Aspekte umfassen, voneinander abweichen. Auch Diskrepanzen hinsichtlich des Berufs- und Pflegeverständnisses könnten in diesem Bereich der Pflege auftreten. Gleichzeitig fehlen speziell für die Altenpflege empirische Studien zu dem angedeuteten Zusammenhang zwischen professionellem Handeln und Ort der beruflichen Sozialisation sowie vergleichende Studien zum Handeln von Fachkräften aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Für die vorliegende Untersuchung ergab sich deshalb die forschungsleitende Fragestellung: *„Wie begründen in der ambulanten Pflege tätige Pflegefachkräfte ihr berufliches Handeln?“* Zum Forschungsgegenstand wurden damit das berufliche Handeln und die damit einhergehenden Handlungsbegründungen von Fachkräften in der ambulanten Altenpflege.

Kapitel 4 skizziert die theoretischen und methodologischen Vorüberlegungen, die sich aus dem Ziel der Untersuchung ergaben. Da davon auszugehen war, dass der Sinn, den die Pflegekräfte mit ihrem Handeln verbinden, ihnen weder unmittelbar bewusst noch durch Beobachtung erhoben werden könnte, lag die erkenntnistheoretische Verortung im *interpretativen Paradigma* nahe. Angenommen wurde zudem, dass der Handlungssinn nur durch

die Interpretation der Konstruktionen der handelnden Fachkräfte rekonstruiert werden kann; soziale Wirklichkeit also nur das Ergebnis von Konstruktion ist. In diesem Sinne erfolgte ergänzend die erkenntnistheoretische Verortung im *Sozialkonstruktivismus* (Berger und Luckmann 2007). Dem Untersuchungsgegenstand – das Handeln verstehend nachzuvollziehen – angemessen, ergab sich zudem die wissenschaftstheoretische Orientierung an der *Verstehenden Soziologie* und dem Begriff des *sozialen Handelns* im Anschluss an die Überlegungen von Weber (1984). Anschließend werden die (mehr) gegenstandsbezogenen Theorien und damit theoretische Vorüberlegungen zur beruflichen Sozialisation (Heinz 1980, 1995a, 1995b) und zum Wandel und Zusammenspiel von Lebenslauf und Biografie (insbesondere Kohli 1973, 1978b, 1985) dargelegt. Abschließend werden methodologische Schlussfolgerungen für die Entwicklung eines gegenstandsangemessenen Forschungsvorgehens abgeleitet.

Das methodische Vorgehen der qualitativen Studie wird in *Kapitel 5* dargestellt. Durchgeführt wurden problemzentrierte Interviews (Witzel 1985) mit fünf Fachkräften der ambulanten Altenpflege aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Das generierte Material wurde zunächst mithilfe zweier Heuristiken, SLB-Schema in Anlehnung an Kohli (1978a) und ARB-Schema in Anlehnung an Kühn und Witzel (2000a; Witzel und Kühn 1999), strukturiert. Anschließend sind in einer Einzelfallanalyse situative und übersituative Handlungslogiken sowie biografische Themen rekonstruiert worden. In einem abschließenden Fallvergleich wurden diese mit dem Fokus auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten analysiert.

In *Kapitel 6* werden zunächst für jeden Einzelfall die berufsbezogenen Vorstellungen, übersituativen Handlungslogiken und biografischen Themen, die im Zusammenspiel das berufliche Handeln leiten, herausgearbeitet. Im anschließenden Fallvergleich werden für diese Themen, die darauf bezogenen Vorstellungen von Altenpflege sowie übersituative Handlungslogiken sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt. Ergänzend zu den Handlungsbegründungen und damit über den eigentlichen Untersuchungsgegenstand hinausgehend, ließ sich rekonstruieren, was für die Fachkräfte ‚gute Pflege‘ bzw. professionelles Handeln ist. Auch diese Erkenntnisse werden fallübergreifend dargestellt.

In *Kapitel 7* folgt eine kritische Reflexion des methodischen Vorgehens. Es wird diskutiert, inwiefern das Vorgehen dem Forschungsgegenstand angemessen war und welche Reichweite die gewonnenen Erkenntnisse haben. Es werden zudem die Grenzen des gewählten Vorgehens und dadurch entstandene Verzerrungen aufgezeigt, die in der Phase der Auswertung und Interpretation berücksichtigt werden mussten.

Kapitel 8 diskutiert die empirisch gewonnenen Erkenntnisse. Dabei wird zunächst bezogen auf die Forschungsfrage auf den Zusammenhang zwischen Sozialisation, Biografie und beruflichem Handeln eingegangen. Mit Bezug auf

weitere Studien wird diskutiert, welchen Einfluss die biografischen Themen und handlungsleitenden Vorstellungen auf die Berufswahl, die Gestaltung der Berufsbiografie und den Berufsverbleib haben. Das erscheint insbesondere vor dem Hintergrund des eingangs erwähnten Fachkräftemangels in der Altenpflege von besonderer Bedeutung. Im empirischen Material ließ sich zudem rekonstruieren, was für die Altenpflegerinnen Bestandteile professionellen Handelns sind. In der Rekonstruktion dieser Strukturlogik professionellen Handelns zeigte sich die besondere Bedeutung einer biografisch fundierten Haltung, die von den Fachkräften neben unterschiedlichen Wissensformen in das Arbeitsbündnis mit den alten Menschen eingebracht wird. Trotz der, durch den Bundesgesetzgeber mit der Einführung der Pflegeversicherung vorgenommenen Zuordnung der Altenpflege zum medizinisch ausgerichteten Gesundheitsbereich, orientiert sich das professionelle Handeln der Fachkräfte weniger an einer medizinischen Logik. Es ist vielmehr gekennzeichnet von psychosozialen Aspekten, dem Fokus auf die Beziehungsgestaltung und die kommunikative Aushandlung von Arbeitsschritten im Arbeitsbündnis mit den Menschen. In diesem Sinne zeigen die in der vorliegenden Studie gewonnenen Erkenntnisse eine deutliche Nähe zum professionellen Handeln in der Sozialen Arbeit, die sich unter Umständen aus den Gemeinsamkeiten der historischen Entwicklung und der Dienstleistungserbringung ergeben. Es erscheint deshalb besonders gewinnbringend den Gegenstand Professionalität mit einer Theorie aus der Sozialen Arbeit zu betrachten. Als Diskussionsrahmen wurde die „Reflexive Sozialpädagogik“ im Anschluss an Dewe und Otto (2012) gewählt. Das Kapitel schließt mit Ausführungen zu zwei weiteren Entdeckungen im Material: die Rolle der Fachkräfte im Versorgungssystem sowie die Bedeutung von Anerkennung und Wertschätzung.

Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung in *Kapitel 9*. Dieses abschließende Kapitel zieht zudem Schlussfolgerungen, die über die Altenpflege hinaus für soziale Dienstleistungsberufe relevant sind und insbesondere die sozialpolitischen Rahmenbedingungen des professionellen Handelns betreffen. Denn damit Fachkräfte mit ihrem Handeln nicht permanent in ein Spannungsgefüge zwischen den eigenen berufsbezogenen Vorstellungen sowie der eigenen Haltung auf der einen und den vorgefundenen Handlungsmöglichkeiten in der beruflichen Praxis auf der anderen Seite geraten, ist eine Veränderung der Rahmenbedingungen des professionellen Handelns auf der sozialpolitischen Ebene notwendig.

2 Soziale Dienste und Entwicklungen in der Altenpflege

Nach § 1 SGB I soll das Sozialrecht soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit verwirklichen. Altersunabhängig soll es dazu beitragen, u.a. „ein menschenwürdiges Dasein zu sichern [...] und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen“ (§ 1 Abs. 1 SGB I). Zur Erfüllung dieses Anspruchs sollen die „erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung [gestellt werden]“ (§ 1 Abs. 2 SGB I). Um die sozialen Rechte der Bürger/-innen (§§ 2–10 SGB I) zu verwirklichen, werden Sach-, Dienst- und Geldleistungen (§§ 11, 18–29 SGB I) vorgehalten. Erbringer dieser Sach- und Dienstleistungen, „die zur Bearbeitung sozialer Probleme im sozialstaatlichen Rahmen aufgrund von Sozialgesetzen in der Form des sozialleistungsrechtlichen Dreiecksverhältnisses erbracht werden“ (Aner und Hammerschmidt 2018, S. 182), sind soziale Dienste und Einrichtungen (auch Bauer 2001; von Boetticher und Münder 2011). Durchgeführt wird die tatsächliche Erbringung der sozialen personenbezogenen Dienstleistungen dann von Angehörigen sozialer Berufe (Aner und Hammerschmidt 2018, S. 184–188). Kapitel 2.1 zeichnet die Entstehung sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen nach. In den kommenden Jahren wird der Bedarf an personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für Ältere weiter steigen. Kapitel 2.2 verdeutlicht, dass insbesondere die ambulante Altenpflege von der wachsenden Nachfrage betroffen sein wird und Kapitel 2.3 zeigt, dass die Altenpflege gleichzeitig von einem erheblichen Mangel an Fachkräften gekennzeichnet ist. Darauf aufbauend skizziert Kapitel 2.4 Strategien, die verfolgt werden, um im In- und Ausland Pflegefachkräfte zu gewinnen. Obwohl der Anteil von Fachkräften mit Migrationserfahrung dadurch zunimmt, wird – wie Kapitel 2.5 abschließend zeigt – ‚Interkulturalität‘ in der Altenpflege bisher selten mit Blick auf die Pflegekräfte diskutiert.

2.1 Entstehung sozialer Dienste zur Versorgung älterer und alter Menschen

Erste soziale Dienste entstanden in der Tradition der Armenfürsorge ab *Mitte des 19. Jahrhunderts* (Sachße 2011; Hammerschmidt et al. 2017c). Neben der Sozialversicherung etablierten sich im Zuge der „socialen Ausgestaltung der Fürsorge“ erste Dienste und Einrichtungen im Bereich der Gesundheits- sowie Kinder- und Jugendfürsorge (Hammerschmidt et al. 2017c, S. 33–59). Erste Ansätze einer

gesonderten Wohlfahrtspflege für ältere Menschen entwickelten sich erst später, gegen Ende des 19. Jahrhunderts (u. a. Sachße 2011). Denn die Betreuung und Unterstützung der älteren, alten und hochaltrigen Gesellschaftsmitglieder wurde bis dahin wie selbstverständlich überwiegend von Familienangehörigen oder aber allgemeinen sozialen Diensten übernommen (u. a. Bogedan et al. 2008). Durch den zunehmenden Wandel von Arbeit und Arbeitsverhältnissen wurden Fragen nach der Sorge für Alte (und Arme) neu aufgeworfen. Neben der gesetzlichen Rentenversicherung, die zunächst nur ein Zuschuss zum Lebensunterhalt war, etablierten sich Alters- und Siechenheime, in denen u. a. für alte Menschen gesorgt werden sollte (dazu Riedel 2007, S. 47; Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 288–290). Die sogenannte „Anstaltsfürsorge war [...] die Domäne vor allem der privaten, insbesondere der konfessionellen Fürsorge“ (Sachße 2011, S. 97). Mit der *Weimarer Republik* folgten dann die Verankerung des Wohlfahrtsstaates in der Verfassung (ebd.) und damit „ein Ausbau und eine Modernisierung der Sozialpolitik“ (Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 291) hin zu „einem System sozialer Dienstleistungen“ (Sachße 2011, S. 100). Im Bereich der Hilfen für alte Menschen lag der Fokus weiterhin auf der stationären Unterbringung, eine eigene Gesetzgebung für die Versorgung alter Menschen gab es zu dieser Zeit nicht. Eine Weiterentwicklung war die Entstehung sogenannter „gehobener“ Altenheime neben den „herkömmlichen undifferenzierten Siechenanstalt[en]“ (ebd., S. 101), in denen sich überwiegend Ehrenamtliche und Ordensschwestern um die Pflege und Versorgung der älteren Menschen kümmerten (u. a. Riedel 2007, S. 37–42, 48). Vorgesetzt waren den damals Pflegenden die Pfarrer oder Pastoren der Gemeinden (Friesacher 2008, S. 167). Auch in der *Zeit des Nationalsozialismus* blieb die stationäre Altenpflege weiterhin Aufgabe der konfessionellen Wohlfahrtsverbände. Während sich die Krankenpflege in dieser Zeit inhaltlich zunehmend an der Medizin orientierte – womit eine Abgrenzung von der „Alters- und Siechenpflege“ einherging –, existierte für die Altenpflege weder eine spezialrechtliche Regelung noch ein eigenständiges Berufsbild (u. a. Riedel 2007, S. 44). Insgesamt hatte die Altenpolitik in dieser Zeit keine große Bedeutung (vgl. Sachße 2011, S. 104).

Bis in die *1950er Jahre* hinein wurde die pflegerische Versorgung in den Altenheimen von Ordensangehörigen und Diakonissen übernommen (u. a. Riedel 2007, S. 49). Eine erste Form häuslicher Pflege, und damit die Unterstützung der Versorgung Kranker und Pflegebedürftiger durch ihre Angehörigen, wurde zu dieser Zeit durch Gemeindeschwestern geleistet (Huber 2002, S. 95), gehörte aber noch nicht zum Regelangebot. Erst in den *1960er* und *1970er Jahren* begann die zunehmende Entwicklung von ambulanten Versorgungsformen (überwiegend Sozialstationen) als Alternative zur stationären Unterbringung (u. a. Eylmann 2015, S. 158). In dieser Zeit setzte die Entwicklung der häuslichen Pflege, die zur Unterstützung der Pflege durch die Familie gedacht war, von einer karitativ-seelsorgerischen Tätigkeit zu einer professionell

erbrachten Dienstleistung ein (Friesacher 2008, S. 167). Die familiäre Pflege wurde traditionell von Frauen übernommen, während Männern die Rolle des Alleinverdieners zugeschrieben wurde (u. a. Behning 2008). Allerdings nahm das innerfamiliäre Pflegepotenzial durch verschiedene Entwicklungen, darunter die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen (ebd., S. 17–19) sowie die Alterung der familiären Pflegepersonen zunehmend ab. Gleichzeitig wuchs die Zahl hilfs- und pflegebedürftiger Älterer und auch in den Einrichtungen kam es zunehmend zu einem Mangel an qualifiziertem und geeignetem Personal. Das führte Ende der 1950er Jahre zur Entwicklung erster „Qualifizierungsmaßnahmen im Tätigkeitsbereich der Altenhilfe“ (Riedel 2007, S. 50), die die Grundlage für „Diskussionen hinsichtlich der Entwicklung einer pflegeberuflichen Ausbildung für das Handlungsfeld Altenpflege“ (ebd.) bildeten. Insgesamt begünstigten diese gesellschaftlichen Veränderungen in den 1950er und 1960er Jahren die Entstehung und den Ausbau sozialer Berufe, die Sorge-Tätigkeiten als personenbezogene soziale Dienstleistungen in sozialen Diensten erbringen (u. a. Neumann und Schaper 2008, S. 245; Sachße 2011).

Die Ausgestaltung sozialer Dienste für Ältere erfolgte insbesondere durch das *Inkrafttreten des BSHG im Juni 1962* (u. a. Hammerschmidt und Löffler 2020, S. 12–13). Denn mit „§75 BSHG wurde erstmals im deutschen Fürsorgerecht eine besondere Regelung für Alte unter der Überschrift ‚Altenhilfe‘ verankert“ (Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 297). Die Kommunen waren damit angehalten, Hilfen zur Verfügung zu stellen, die dazu beitragen sollten, die „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern“ (§75 Abs. 1 BSHG). Neben dem Paragraphen zur Altenhilfe wurde die „Hilfe zur Pflege“ (§68 BSHG; auch Häcker 2007, S. 91–92) verankert. Danach sollte u. a. für

„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (§68 Abs. 1 BSHG),

Unterstützung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden (§68 Abs. 5 BSHG). Nach §69 BSHG sollte diese Hilfe primär in der eigenen Häuslichkeit erbracht sowie „durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen“ werden. Mit der Einführung des BSHG waren also die Rechtsgrundlagen für eine staatlich regulierte bzw. unterstützte Betreuung und Versorgung von älteren und alten Menschen geschaffen. Erstmals wurden Ältere zu Adressat/-innen spezifischer Hilfen, die über die ökonomische Absicherung hinausgingen (Riedel 2007, S. 57–58). Es etablierten sich neue Formen sozialer Dienstleistungen, vor allem Beratung und Betreuung,

die u. a. zur Weiterentwicklung der beruflichen Sozialarbeit und Altenpflege führten (Riedel 2007, S. 13; Sachße 2011, S. 106). Verantwortlich für die Planung und Bereitstellung der entsprechenden Angebote, die „das gesamte Spektrum der Seniorenarbeit“ (Rubin 2020, S. 57) umfassten, waren die Kommunen. Es etablierten sich insbesondere Sozialstationen, von denen ausgehend dann die individuell notwendige Hilfe zur Bewältigung der individuellen Schwierigkeiten erbracht wurde (Hammerschmidt und Tennstedt 2020, S. 297). Im Sinne des konservativen Wohlfahrtsstaats waren damit zwar bestimmte, mit dem Alter verbundene Risiken abgesichert, sozialstaatliche Leistungen sollten aber nur ergänzenden Charakter haben und dann gewährleistet werden, wenn die familiäre Pflege nicht (mehr) ausreichte.

Nach der Einführung des BSHG war die *Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung* als Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) am 1. April 1995 die „zeitlich nächste grundlegende sozialrechtliche Neuerung für das Alter“ (ebd., S. 298; dazu auch Rubin 2020; Schmidt 2020). Zunehmende Versorgungsdefizite, sowohl im Bereich der familiären als auch der formellen Pflege durch soziale Dienste, führten dazu, dass 1995 die soziale Pflegeversicherung als fünfter Zweig der Sozialversicherung eingeführt wurde. Sie sollte eine einkommensunabhängige Grundversorgung gewährleisten (vgl. Schmid 2010, S. 403) und insbesondere die Finanzierung der häuslichen Pflege besser abdecken (u. a. Neumann und Schaper 2008, S. 245; Schmid 2010, S. 409). Fortan waren die Leistungen zur Unterstützung der Älteren, im Sinne der vormaligen Altenhilfe, sozialrechtlich aufgeteilt in pflegerische Dienstleistungen, die nun als Altenpflege in den Regelungsbereich des SGB XI fielen, und die Altenhilfe, die die nicht-pflegerischen Leistungen zur Unterstützung alter Menschen umfasste und weiterhin im BSHG, bzw. seit 2004 im SGB XII, geregelt war/ist (dazu Aner und Hammerschmidt 2018, S. 66–69; Aner 2020; Hammerschmidt und Löffler 2020).

Auf institutioneller Ebene hat das Inkrafttreten des SGB XI zu „einer wesentlichen Ausweitung und Verbesserung der Pflegeinfrastruktur“ (Schmid 2010, S. 409) im stationären, insbesondere aber im ambulanten Pflegebereich geführt. Träger dieser Dienste sind neben den traditionellen kirchlichen Anbietern, Wohlfahrtsverbänden, frei gemeinnützigen Trägern und Kommunen insbesondere im Bereich der Pflege private Anbieter (u. a. Naegele 2011, S. 405). Mit ihren Angeboten reagieren die Dienste auf die spezifischen immateriellen Bedarfe der Nutzer/-innen. Sie bedienen sich dabei „häufig ergänzend des sozial bürgerschaftlichen Engagements, der organisierten Selbst- oder der Angehörigenhilfe“ (ebd., S. 404), wie es auch nach wie vor der gesetzlichen Norm entspricht (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Wenngleich die Versorgung auch mit der Einführung des SGB XI weiterhin bedarfsorientiert und den persönlichen Versorgungspräferenzen entsprechend organisiert werden soll, sind in den Diensten nun fast ausschließlich Fach- und Hilfskräfte mit pflegerischer Ausbildung tätig, während Sozialarbeiter/-innen nur noch „eine Option“ sind (Schmidt 2020, S. 214).

Für die Profession Altenpflege sind durch die neue Zuordnung zum Gesundheitsbereich moderne medizinische und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse (§ 3 AltPflG) zur Grundlage ihrer Tätigkeit geworden. Die Fachkräfte erwerben in der Ausbildung ein deutlich breiteres und gleichzeitig differenzierteres Wissen (u. a. Huber 2002, S. 99) als es zu Beginn der Herausbildung des Berufsfeldes der Fall war. Gleichwohl war die berufliche Ausbildung zum/zur staatlich anerkannten Altenpfleger/-in zunächst sehr unterschiedlich. Sie unterstand bis 2003 den Regelungen der Länder und der Ausgestaltung der jeweiligen Träger; es unterschieden sich sowohl die Dauer als auch der Verlauf (u. a. Stöcker 2002, S. 24). Qualifikationsschwerpunkte waren gesundheitsbezogene, krankheitsbezogene und sozialbezogene Aspekte, allerdings zeugten die Lehrpläne in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und Schwerpunktsetzung von besonderer Vielfalt, woraus u. a. die Vermittlung völlig unterschiedlicher Pflegeverständnisse in den Ländern resultierte (vgl. Huber 2002, S. 97–102). Allgemeinhin wurde die Altenpflege weiter den sozialpflegerischen Berufen zugeteilt und (psycho-)soziale Aspekte der Beratung und Anleitung, z. B. Kommunikation und Gesprächsführung, sollten gleichrangig neben gesundheits- und krankheitsbezogenen Aspekten vermittelt werden (ebd., S. 100–102; Stöcker 2002, S. 24). Gleichwohl war festzustellen, dass die sozialen Aufgaben in der Praxis „zunehmend stärker in den Kompetenzbereich anderer sozialpädagogischer und -therapeutischer Berufe“ (Huber 2002, S. 100) übergingen, während die körperliche Pflege und die Behandlungspflege zu den Aufgabenschwerpunkten der Altenpflege wurden (vgl. Stöcker 2002, S. 23). Im Verlauf der Jahre hat sich der Altenpflegeberuf zu einem „hochkomplexen Gesundheitsfachberuf“ (ebd., S. 24) entwickelt, für den 2000 dann ein bundeseinheitliches Altenpflegegesetz (AltPflG) beschlossen wurde, das 2003 in Kraft trat. Damit verfestigte sich die Ausgliederung der Altenpflege aus den sozialen Berufsfeldern hin zum Gesundheitsberuf und sie zählte fortan zu den durch Bundesgesetze geregelten Heilberufen (nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Zum 01.01.2020 löste das Pflegeberufegesetz (PflBG) das Alten- und das Krankenpflegegesetz ab und die zuvor getrennten Ausbildungen wurden zu einer generalistischen Ausbildung mit dem Abschluss „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ zusammengeführt. Auszubildende können sich seitdem für die Vertiefung „Altenpflege“ entscheiden, die dann ergänzend in der Urkunde angegeben wird. Nach §§ 59 Abs. 3 und 61 PflBG können Auszubildende, die sich für diese Vertiefung entschieden haben, zudem

„zwischen dem 18. und 20. Ausbildungsmonat entscheiden, ob sie statt der jeweiligen Vertiefung einen eigenständigen Abschluss Altenpfleger/in [...] machen wollen. Der Unterschied zwischen beiden ist, dass sich bei der Vertiefung die praktische Ausbildung im 3. Jahr auf diese bezieht. Beim eigenständigen Abschluss würde neben dem praktischen auch der theoretische Teil der Ausbildung im 3. Jahr anders gestaltet werden.“ (DBfK 2019, S. 3–4; dazu auch von Schwanenflügel 2019, S. 58)

Durch die Reform der Pflegeberufe sollte u. a. das Berufsfeld attraktiver gestaltet werden, um mehr Menschen für eine Ausbildung zu gewinnen. Relevant erscheint das insbesondere vor dem Hintergrund der anhaltenden demografischen Veränderungen, die die „Schrumpfung der Gesamtbevölkerung sowie [...] den relativen und absoluten Anstieg älterer Menschen“ (Hammerschmidt et al. 2014, S. 22) umfassen. Die Chancen, ein hohes Alter zu erreichen, stehen heute so gut wie noch nie (vgl. ebd., S. 23). Die verlängerte Lebenserwartung geht allerdings für die Menschen selbst nicht nur mit positiven Erwartungen, sondern auch mit Ängsten, u. a. vor Pflegebedürftigkeit, einher (ebd.; Klie 2018, S. 36), die in Korrelation zum Alter steht (Schmidt 2020, S. 209). Es kann folglich von einer steigenden Nachfrage nach unterstützenden, insbesondere ambulanten Dienstleistungen ausgegangen werden (ebd., S. 210).

2.2 Altenpflege als wachsender Dienstleistungssektor

Pflegebedürftigkeit ist im Sinne des Lebenslagenansatzes (Voges et al. 2003; Voges 2011) als objektiver Indikator der Lebenslage ‚Gesundheit‘ zu verstehen (vgl. Voges et al. 2003, S. 115). Damit daraus keine Unterversorgungslage resultiert, ist den Menschen die notwendige Hilfe und Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Der Bedarf an sozialstaatlich organisierten Unterstützungsleistungen kann dabei zwar als etwas Individuelles betrachtet werden (vgl. Aner 2020, S. 30), anzunehmen ist aber allgemein, dass Menschen im Alter so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben möchten (u. a. Cremer et al. 2013, S. 224), während das innerfamiliäre Pflegepotenzial weiterhin sinkt (u. a. BMAS 2016, S. 708). Zukünftige Dienstleistungsangebote sind vor diesem Hintergrund also schwerpunktmäßig für die Unterstützung im häuslichen Bereich und damit im ambulanten Dienstleistungssektor zu entwickeln (u. a. Bahle 2007, S. 207 ff.; GKV-Spitzenverband 2015).

Im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge sind grundsätzlich die Kommunen für die Bereitstellung sozialer Dienste zur Bearbeitung von Armutslagen zuständig (Aner und Löffler 2019, S. 193; ausführlich Rubin 2020). Bis zum Inkrafttreten der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 „war die Kommune alleinige verantwortliche Akteurin der Altenhilfe“ (Rubin 2020, S. 56; auch Gitschmann 1987). Seit der Einführung der Pflegeversicherung liegt „die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ (§ 9 SGB XI) in der Verantwortung der Länder, die diese gemeinsam mit den Kommunen, Landkreisen und kreisfreien Städten tragen sollen. Sowohl die Finanzverantwortung als auch der Sicherstellungsauftrag für „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten“ (§ 69 SGB XI) sind vom Gesetzgeber