

Johann Behrens // Andreas Weber // Michael Schubert (Hrsg.)

# Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe?

Beiträge zur Transformation des  
Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989



Verlag Barbara Budrich

**SFB 580**

Sozialwissenschaftliche  
Forschungsbibliothek  
580

VERGLEICHENDE POLITIKWISSENSCHAFT  
UND SYSTEMLEHRE

VERGLEICHENDE POLITIKWISSENSCHAFT  
UND SYSTEMLEHRE

Von der fürsorglichen Bevormundung über  
die organisierte Unverantwortlichkeit zur  
professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe?

Johann Behrens  
Andreas Weber  
Michael Schubert (Hrsg.)

Von der fürsorglichen  
Bevormundung über die  
organisierte Unverantwortlichkeit  
zur professionsgestützten  
selbstbestimmten Teilhabe?

Beiträge zur Transformation des  
Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989

Verlag Barbara Budrich  
Opladen • Berlin • Toronto 2012

# SFB 580

Gesellschaftliche  
Entwicklungen  
nach dem Systemumbruch

Diskontinuität  
Tradition  
Strukturbildung

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

© 2012 Dieses Werk ist beim Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>  
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der Urheber\*innen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.  
Stauffenbergstr. 7 | D-51379 Leverkusen | [info@budrich.de](mailto:info@budrich.de) | [www.budrich.de](http://www.budrich.de)



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (<https://doi.org/10.3224/86649499>).

Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-86649-499-2  
eISBN 978-3-86649-521-0 (eBook)  
DOI 10.3224/86649499

Umschlaggestaltung: Walburga Fichtner, Köln

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....7

TEIL I: Die Transformation von fürsorglicher Bevormundung zur organisier-  
ten Unverantwortlichkeit ...

- 1 „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen!“ –  
Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch  
*Johann Behrens, Christiane Becker, Almuth Berg, Steffen Fleischer,  
Gero Langer, Katrin Parthier, Michael Schubert, Yvonne Selinger,  
Markus Zimmermann, Andreas Weber*..... 15
- 2 Betriebszentrierte Gesundheits- und Sozialpolitik in der DDR: Rehabili-  
tation und Reintegrationsmechanismen vor der Transformation  
*Michael Schubert, Susanne Weidemann, Anke Höhne, Steffen Fleischer,  
Almuth Berg, Markus Zimmermann, Christiane Becker, Yvonne  
Selinger, Johann Behrens*.....43
- 3 Rehabilitative Inklusion versus Exklusion durch organisierte Unverant-  
wortlichkeit am Beispiel der Rehabilitation nach Schlaganfall  
*Christiane Becker, Silke Lorenz, Susanne Saal, Michael Schubert,  
Markus Zimmermann, Johann Behrens*.....73
- 4 Bedarfsgerechte Steuerung und Qualitätsentwicklung der stationären  
Langzeitpflege – Eine rationalisierungstheoretische Untersuchung am  
Beispiel des Resident Assessment Instrument (RAI)  
*Christiane Becker, Johann Behrens* .....91
- 5 Erwerbsbezogene Inklusion und gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken  
gesundheitlich beeinträchtigter Menschen am Beispiel institutioneller  
Strukturen und Prozesse der Arbeitsverwaltung  
*Michael Schubert, Johann Behrens*..... 123

TEIL II: ... zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe

- 6 blieb nach 1989 nur die Diätetik als Lehre richtigen Lebens übrig? Das  
Funktionssystem der Krankenversorgung, das Funktionssystem pflegeri-  
scher gesundheitsförderlicher Unterstützung und die Nebenwirkungen  
von Gesundheitsaposteln auf soziale Ungleichheit  
*Johann Behrens, Markus Zimmermann, Yvonne Selinger, Christiane  
Becker, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Michael Schubert, Gero  
Langer, Andreas Weber*..... 157

7	Die „Gesellschaft der Individuen“ geht „in Rehabilitation“: Medizinische Rehabilitation in Zeiten der Individualisierung <i>Andreas Weber, Johann Behrens</i> .....	185
8	International vergleichende Analyse von Leitlinien zur Rehabilitation nach Schlaganfall – als Strategie der Unterfütterung alltäglicher, professionell an je einzigartigen Patienten orientierter Pflege mit externer Evidence <i>Almuth Berg, Steffen Fleischer, Andreas Weber, Gero Langer, Johann Behrens</i> .....	203
9	Pflege im Kontext von Differenzierungsprozessen im System der Krankenbehandlung <i>Markus Zimmermann, Anja Bathe, Johann Behrens</i> .....	215
10	Inkludierende individuelle Indikation und die handlungswissenschaftliche Rationalisierungsstrategie der Evidence-Basierung: Jedem nach seinen Bedürfnissen <i>Johann Behrens, Gero Langer, Almuth Berg, Steffen Fleischer</i> .....	259
11	Soziologie der Pflege und Soziologie des Professions-Systems „pflegerische Unterstützung“ <i>Johann Behrens, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Gero Langer, Andreas Weber</i> .....	273
12	Auf dem Weg zur selbstbestimmten Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit in europäischen Ländern <i>Yvonne Selinger, Andreas Weber, Johann Behrens</i> .....	293
	Literaturverzeichnis .....	307
	Publikationsliste des Teilprojekts C 5 des SFB 580 von 2004 - 2011 .....	353
	Abbildungsverzeichnis.....	368
	Autorenverzeichnis .....	370

## Vorwort

Die Geschichte, die in den Kapiteln dieses Buches über die gesellschaftliche Entwicklung nach dem Systemumbruch 1989 erzählt wird, ist einfach. Aber ihr Ende ist offen: „Von fürsorglicher Bevormundung über organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe?“

Die Jahre um 1989 haben sich zumindest in Europa als eine Sattelzeit erwiesen, vergleichbar einer Wasserscheide im Gebirge, von der ab Flüsse für geraume Zeit in eine andere Richtung fließen. Zwei Ausdifferenzierungsschübe kamen zusammen und verstärkten sich. Zum einen die Ausdifferenzierung der Sphären der Gerechtigkeit. Mit dem befreienden Umbruch der Institutionen der Comecon-Staaten gewann das Versprechen der Marktwirtschaft, durch ihre Orientierung an Kaufkraft besser als staatliche Politik die Bedürfnisse selbst bestimmender Bürger erfüllen zu können, in ganz Europa Glaubwürdigkeit. Sie hielt bis zur Lehmann-Pleite und hält vielerorts noch lange danach. Damit differenzierte sich der Geltungsbereich der Norm Jedem nach seinen Bedürfnissen (also völlig unabhängig von seiner Kaufkraft), jeder nach seinen Fähigkeiten (Mitteln) aus und spezialisierte sich auf ein Funktionssystem der Gesellschaft, das System der Krankenversorgung. So selbstverständlich und legitim es wurde, dass Glücksgüter wie Autos, Häuser, Restaurantbesuche, Reisen und andere der Person zukommen, die sie sich finanziell leisten kann, so selbstverständlich wurde es umgekehrt, dass notwendige pflegerische, therapeutische und medizinische Dienste keinesfalls nach der Kaufkraft, sondern nur nach dem individuellem Bedürfnis verteilt werden (dürfen). Sie nach Kaufkraft zu verteilen, stellt in den meisten Gesellschaften einen Tabubruch dar, der zwar oft, aber nur heimlich begangen und eigentlich nie in Gesetzestexten offengelegt wird. Hierbei ist der Unterschied der immer höchstindividuell zu dosierenden Krankenversorgung zu sicherheitsbezogenen öffentlichen Gütern (wie einem Deich oder dem Bundesgrenzschutz) wichtig: Während niemandem, der hinterm Deich oder dem Bundesgrenzschutz lebt, der Schutz des Deiches oder des Bundesgrenzschutzes individuell entzogen werden kann (ohne dass auch alle Nachbarn überflutet werden), ist Krankenbehandlung ein höchst individuelles Gut, das jedem nach seinen individuellen Bedürfnissen zuteil werden muss, soll es überhaupt wirken. Die gleichzeitige Geltung der Verteilungsregeln „Jedem nach seiner Kaufkraft“ und „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ in nebeneinander liegenden Systemen derselben Gesellschaft erzeugt eine ständige Dynamik und lässt an den Grenzen des System der Krankenversorgung fürsorgliche Grenzwächter erwarten, die wir auch tatsächlich fanden. Für soziologische und politologische Selbstbeschreibungen moderner Gesellschaften wurde das System der Krankenversorgung zum zentralen Referenzsystem für Bedarfsgerechtigkeit. Keine politologische, keine soziologische Theorie der

Gesellschaft kommt mehr ohne einen zentralen Bezug auf die Systeme der Krankenversorgung und der pflegerischen Gesundheitsförderung aus. Dazu trug auch bei, dass alle anderen detaillierten Lehren des richtigen Lebens (religiöse, nationalökonomische u.a.) schon vor 1989 an Autorität verloren hatten und nahezu als einzige die Diätetik, die pflegerische Lehre vom gesunden Leben, übrigblieb.

Diese Ausdifferenzierung verstärkte nach 1989 ein zweiter Ausdifferenzierungsschub. In der DDR wie in den Comecon-Ländern hatten die Betriebe multifunktional viele Aufgaben und kulturelle (Integrations-)leistungen mitzubedenen, die in der BRD und den meisten OECD-Staaten auf spezielle Einrichtungen verteilt waren. Nach 1989, mit der Insolvenz oder dem Verkauf der Kombinate, wurden viele dieser Aufgaben und kulturellen Integrationsansprüche aus den Betrieben ausdifferenziert. Aus betrieblichen Kontexten wurden sie zu speziellen öffentlich-staatlichen sowie privaten Einrichtungen und in die zivilgesellschaftliche Sphäre externalisiert. Die ausdifferenzierten Einrichtungen, die es in kleinerem Maßstab vorher schon gegeben hatte, wuchsen enorm mit ihren je speziellen Funktionen. Hatten viele Bürger die bisherige betriebszentrierte Form staatlicher Sozialpolitik, die ihnen ihren Bedarf zumaß, als fürsorgliche Bevormundung wahrgenommen, so sahen sie sich nach der Befreiung 1989 zunehmend einer Vielzahl von Einrichtungen gegenüber, die jede nur für eine eng begrenzte Aufgabe verantwortlich war. Den Zusammenhang dieser Einrichtungen hatten die individuellen Nutzer in ihrem Leben herzustellen, sofern er sich überhaupt als herstellbar erwies und die Bedürftigen nicht zwischen alle Zuständigkeiten fielen. Tendenzen zu einer hochdifferenzierten, hochorganisierten Unverantwortlichkeit wurden unverkennbar.

Die Tendenz zu organisierter Unverantwortlichkeit war allerdings auch in der BRD schon vor 1989 kritisiert worden. Insofern trifft der Buchtitel des Historikers Ritter „Die Krise des Sozialstaats als Preis der Einheit“ vielleicht einen verbreiteten Zeitgeschmack, aber nicht die Realität des Sozialstaats der Bundesrepublik vor der Vereinigung. Die Krise war schon vorher da. Die Übertragung von Institutionen aus der alten Bundesrepublik in die neuen Länder erschien schon 1990 als nicht ganz den Erkenntnissen angemessen, die bereits in der alten Bundesrepublik zur Kritik an der organisierten Unverantwortlichkeit geführt hatten. Im SFB 580 benutzen wir dafür den etwas sperrigen Begriff der doppelten Transformation. „Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die institutionelle Transformation Ostdeutschlands nach westdeutschem Vorbild unter den Bedingungen sich weltweit verflechtender und verändernder politischer und ökonomischer Verhältnissen erfolgte, die ihrerseits auch die überlieferten institutionellen und kulturellen Rahmenbedingungen des Westens unter Reformdruck setzen“ (Rosa/Schmidt 2012).

Die Kritik sowohl an der fürsorglichen Bevormundung als auch an der organisierten Unverantwortlichkeit im Sozialstaat hat eine Reihe von Rationalisierungsstrategien (im Sinne Max Webers) im Sozialstaat ausgelöst, die individuelle Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben der Gesellschaft (§ 1 Sozialgesetzbuch IX) professionsgestützt verwirklichen sollen. Durch Orientierung am individuellem Bedürfnis (denn nur um einen Bedarf, der ein Bedürfnis ist, bemühen sich Bedürftige selber) sollen Professionen Über-, Fehl- und Unterversorgung vermeiden helfen. Unter diesen auf Bedürfnisgerechtigkeit zielenden Rationalisierungsstrategien ist die Strategie der Evidencebasierte besonders typisch.

Diese Strategien von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe sind der Gegenstand dieses Buches. Wie und ob diese Strategien realisiert werden, ist offen. Das Buch hat zwei Teile. Der erste befasst sich mit den Entwicklungen von der fürsorglichen Bevormundung zur organisierten Unverantwortlichkeit. Der zweite erörtert die Tendenzen zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe. Alle Autorinnen und Autoren dieses Bandes forschen im Projekt C 5 (mit dem unhandlichen Titel „Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung - Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien“) des DFG-Sonderforschungsbereichs 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“. Die DFG förderte das Projekt von Ende 2004 bis Anfang 2012 mit 1,5 Pflege- und Therapiewissenschaftlerstellen und Sachmitteln, das Land Sachsen-Anhalt unterstützte das Projekt mit einer weiteren halben Wissenschaftlerstelle. Für diese beiden befristeten Stellen für Pflege- und TherapiewissenschaftlerInnen sei der DFG und dem Land Sachsen-Anhalt gedankt. Während sich die empirischen Ergebnisse der Projektgruppe in den weit über 120 pflege-, therapie- und rehawissenschaftlichen Publikationen finden, die von 2004 bis 2011 erschienen und im Anhang aufgeführt sind, konzentriert sich dieses Buch auf Argumente für gesellschaftstheoretisch interessierte Leserinnen und Leser aus allen Disziplinen, die sich bisher nicht besonders für Pflege- und Therapiewissenschaften interessierten.

Das erste Kapitel ist das Einleitungskapitel. Unter dem Titel „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen! – Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch“ skizziert es die Relevanz des Themas für die soziologische und politologische Reflexion moderner Gesellschaften – und begründet, warum gerade Rehabilitation und Pflege zum Testfall dafür wurden. Das zweite Kapitel rekonstruiert die fürsorgliche Bevormundung in der Betriebszentrierung der DDR-Sozialpolitik. Dabei stellt es sich den Fragen, die eine allzu lineare Version der Entwicklung in Zweifel ziehen: Handelte es sich in der DDR um betriebliche Sozialpolitik oder lediglich um

betriebliche Verwaltung staatlicher Sozialpolitik? Weiter war in Auseinandersetzung mit der Institutionenökonomie A.O.Hirschmanns die Frage zu erörtern, ob Betriebszentrierung der Sozialpolitik mit dem Kapitalismus schlecht vereinbar ist oder im Gegenteil gerade im Kapitalismus immer wieder erzeugt wird. Das dritte Kapitel schließt zeitlich an das DDR-Kapitel an. Es diskutiert am Beispiel der Rehabilitation nach Schlaganfall, wieweit die neu verbreiteten Institutionen der Rehabilitation Inklusion, also Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft bedarfsgerecht gefördert haben oder aber ob sie Exklusionsrisiken durch organisierte Unverantwortlichkeit (Zuständigkeitszersplitterung) erhöhen. Das vierte Kapitel leitet schon zu Rationalisierungsstrategien über, die durch individuelle Bedarfsgerechtigkeit (jedem nach seinen Bedürfnissen) Über-, Fehl- und Unterversorgung reduzieren sollen. Dafür ist Pflege nach der Pflegeversicherung besonders einschlägig – und das in 35 Ländern gesetzlich vorgeschriebene bzw. erprobte Resident Assessment Instrument ist besonders geeignet, diese Rationalisierungsstrategie einer bedarfsgerechten Steuerung und Qualitätsentwicklung in ihren Voraussetzungen und Chancen zu evaluieren. Auch die Arbeitsverwaltung versteht sich als Einrichtung, die die Inklusion der Partizipation am Erwerbsleben gerade bei allfälligen gesundheitlichen Einschränkungen und Einschränkungen fördern soll – und dieses explizite Ziel hat im Beobachtungszeitraum der vergangenen sieben Jahre eine Fülle von Rationalisierungsstrategien ausgelöst. Sie sind der Gegenstand des fünften Kapitels. Das fünfte Kapitel nimmt damit Beobachtungen der vorangehenden Kapitel wieder auf und bezieht sie auf die Arbeitsverwaltung. Es schließt den ersten Teil des Buches ab, der die Entwicklung zwischen fürsorglicher Bevormundung und organisierter Unverantwortlichkeit der Institutionen nachvollzog.

Damit ist der Boden für den zweiten Teil des Buches bereitet, für die soziologische Erörterung der Ansätze einer Unterstützung selbstbestimmter Teilhabe durch Professionen. Der zweite Teil des Buches knüpft in mehreren Kapiteln an die Systemtheorie an. Das sechste Kapitel versucht in Auseinandersetzung mit Luhmann, Bourdieu und Sen ein Funktionssystem der Krankenversorgung von einem System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung zu unterscheiden. Damit kommt dieses Kapitel zu einer genaueren Formulierung der Entwicklungen an der Sattelzeit um 1989, die die Rede von der Gesundheitsgesellschaft in ihrem Kontext verständlich und die Nebenwirkungen der Gesundheitsapostel für sozial ungleiche Exklusionen sichtbar macht.

Kapitel sieben geht der Frage nach wie die Medizinische Rehabilitation die Orientierung an individuellen Bedürfnissen und Ressourcen zur Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung nutzt – und welchen Problemen sie dabei gegenübersteht, ein Ausgangspunkt, der im achten Kapitel unter dem Aspekt der international vergleichende Analyse von Leitlinien zur Rehabilitation nach Schlaganfall – als Strategien der Unterfütterung alltäglicher

professioneller Pflege mit externer Evidence unmittelbar in größerem Zusammenhang aufgegriffen wird.

Der Aufgabe Pflege im Kontext von Differenzierungsprozessen innerhalb des Systems der Krankenversorgung zu verorten, geht an Luhmann anknüpfend das Kapitel neun nach, womit eine theoretische Grundlage zum Verständnis des Kapitel zehn gelegt wurde, die dort jedoch mit handlungswissenschaftlichen Elementen weiterdiskutiert wird. Das Kapitel zehn kann auf dieser Basis die am weitesten reichenden Strategie einer inkludierenden individuellen Indikation beschreiben: Die Evidencebasierung als Selbstreflexion von Therapie, Medizin und Pflege als Handlungswissenschaften. Das Kapitel 11 resümiert die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel, indem es die Soziologie des Professionsystems pflegerischer Unterstützung von der Soziologie der innerfamiliären Pflege deutlich unterscheidet, um sie umso besser in Beziehung setzen zu können. Das Schlusskapitel zwölf fasst die unterschiedlichen Wege zusammen, die europäische Länder zur Verwirklichung professionsunterstützter selbstbestimmter Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit beschritten haben.

Der DFG und dem Land Sachsen-Anhalt haben wir für die Finanzierung von zwei Stellen für Pflege- und Therapiewissenschaftlern bereits gedankt. Die Herausgeber und die Autorinnen und Autoren dieses Buches möchten sich bei denen bedanken, die in den vergangenen sieben Jahren ihre Arbeit unterstützt haben: Dörte Anders, Manuela Friede, Wencke Gabert, Christina Galander, Daniela Büchner sowie all unseren studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Laufe der Jahre an den theoretischen und empirischen Herausforderungen gewachsen sind und so den Weg in pflege- und therapiewissenschaftliche sowie medizinsoziologische Kontexte gefunden haben. Ohne das Engagement und die Freude am gemeinsamen Forschen wären viele Arbeiten nicht möglich gewesen. Herzlichen Dank allen Beteiligten!

Halle, den 13. März 2012  
Johann Behrens für alle Autorinnen, Autoren und Herausgeber



## **TEIL I:**

# **Die Transformation fürsorglicher Bevormundung zur organisierten Unverantwortlichkeit ...**



# 1 „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen!“ – Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch

*Johann Behrens, Christiane Becker, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Gero Langer, Katrin Parthier, Michael Schubert, Yvonne Selinger, Markus Zimmermann, Andreas Weber*

## 1.1 Übersicht

Das Projekt glaubt, eine kulturelle Universalie gegenwärtiger Gesellschaften (wieder)entdeckt zu haben, die für die soziologische und politologische Reflektion dieser Gesellschaften von großer Bedeutung ist (Behrens 1996; Honneth 2011): in allen diesen Gesellschaften gilt wie selbstverständlich, wenn auch kontrafaktisch, der Grundsatz „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ – allerdings nur im System der Krankenversorgung und – viel weniger eindeutig – im System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. Wie die Herkunft des zitierten Grundsatzes aus der Kritik des Gothaer Programms von Marx schon vermuten lässt, war der Geltungsbereich dieses Grundsatzes keineswegs immer und für alle Zukunft programmatisch auf das System der Krankenversorgung begrenzt. Der Systemumbruch nach 1989 lässt sich in diesem – einen Überblick über die Fragestellungen des Buches und die Inhalte der folgenden Kapitel gebenden – Einleitungskapitel als Schub der Ausdifferenzierung von Wirtschafts- und Sozialsystemen begreifen, so dass der Grundsatz „Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten“ auf das System der Krankenversorgung eingegrenzt wird, während in den Wirtschaftssystemen „Jedem nach seiner Leistung“ oder „Jedem nach seinem Erfolg“ oder „seinem Stand“ gilt. Überall stehen an den Grenzen des Krankenversorgungssystems Wärter (d.h. heute wissenschaftliche Gutachter), die darüber wachen, dass die Norm ‚Jedem nach seinen Bedürfnissen!‘ wirklich nur im Krankheitsfall in Anspruch genommen und gewährt wird. Aus dem Nebeneinander dieser so unterschiedlichen Verteilungsregeln „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ versus „Jedem nach seiner Leistung“ oder „Jedem nach seinem Erfolg“ muss keineswegs auf einen Widerspruch geschlossen werden. In der Tradition von Parsons kann, wie unten noch auszuführen ist, das „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ geradezu als komplementäre Voraussetzung dafür gelten, dass

das Versprechen der Märkte auf leistungsgerechte Befriedigungschancen glaubwürdig und erfüllbar wird.

Wie allerdings insbesondere an der Rehabilitation und der auch präventiv und gesundheitsfördernd arbeitenden Pflege gezeigt werden kann, sind die angezielten „outcomes“ des Systems Krankenversorgung nicht im System selber zu erreichen, sondern nur zu verwirklichen, wenn pflegerisch, präventiv und rehabilitativ auch in die Wirtschafts-, Bildungs- und politischen Systeme (Arbeitsmärkte, Wohnungsmärkte, kommunale Infrastrukturen) ausgegriffen wird. Diese Durchdringung der Systeme im Namen von pflegerischer Gesundheitsförderung und Rehabilitation sind die eigentliche Herausforderung für jene Gesellschaften, die Gerechtigkeitsnormen bereicherspezifisch differenzieren. Die Herausforderung wird noch dadurch gesteigert, dass es für alle individuellen und kollektiven Probleme (z. B. Unlust, Burn-out, Trauer, Müdigkeit, Aggressivität, Klauen, Schlagen) lohnend wird, sie in Termini der Krankheit und der Krankheitsvorsorge darzustellen, weil sie als Krankheit im Normbereich ‚Jedem nach seinen Bedürfnissen!‘ behandelt werden können (Stichworte sind Medikalisierung, Gesundheitsapostolische Beratung, Propaganda und Resozialisation, Therapie statt Strafe).

Für ganz Deutschland nach 1989 und auch in den vergleichend hinzugezogenen Ländern Tschechien, Schweden, Schweiz, Italien gilt der buchstäblich individualisierende Grundsatz ‚Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen!‘ als völlig selbstverständliche gesetzliche Norm des Systems der Krankenversorgung – und wird eindeutig und umfassend zur Begründung der Rationalisierungs-, Evidencebasierungs-, Inklusions- und Integrationsstrategien herangezogen, die seine Geltung selbst in den zersplitterten Einrichtungen der Krankenversorgung und im Kontext der wirtschaftlichen und politischen Systeme der Gesellschaft umsetzen sollen, also die response auf die challenge nebeneinander bestehender Gerechtigkeiten darstellen. Die wichtigste dieser Strategien zur Sicherung individueller Bedarfsgerechtigkeit ist die Strategie der Evidencebasierung, die gesamtgesellschaftlich und individuell Fehl- und Überversorgung ausschließen soll. Hier konnte das SFB-Projekt nachweisen, dass eine organmedizinische Diagnose plus aller Therapieerfahrungen der Welt (also externe Evidence aus Studien) zwar eine notwendige, aber keinesfalls hinreichende Voraussetzung sind, um individuellen Bedarf feststellen zu können. Hierzu bedarf es des Aufbaus interner Evidence in der Begegnung mit den je einzigartigen Patienten und Pflegebedürftigen (Behrens/Langer 2010a). Die Erfolge und Ambivalenzen dieser Strategien werden nun einer Zwischenevaluation unterzogen. Bezug dieser Zwischenevaluation sind keine abstrakten philosophischen Prinzipien, sondern ein empirisch fassbarer Zusammenhang rechtlich verankerter und institutionell selbstverständlich eingespielter Handlungsnormen, die als gerecht gelten, auch wenn sie in vielen Einzelfällen nicht eingehalten werden. (Auch die Normen „Du sollst nicht stehlen!“ und „Du sollst nicht töten!“

gelten ja bekanntlich völlig unbeschadet dessen, dass sie täglich millionenfach übertreten werden.) In modernen ausdifferenzierten Gesellschaften ist zwar die Idee eines führenden Teilsystems völlig obsolet, aber für politologische und soziologische Theorien des Staates und der Sittlichkeit sind zwei Teilsysteme zentral: das System der Krankenversorgung und das System der pflegerisch unterstützten Gesundheitsförderung. Aus 2500 Jahren Tradition leuchten sie den Sozialstaaten heim.

## **1.2 Das System „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“**

Der – durchaus individualisierende – Grundsatz „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ gilt als Norm international nach 1989 weitgehend nur in einem einzigen Bereich unbestritten, dem Gesundheitswesen, also den beiden Systemen der Krankenversorgung und der Gesundheitspflege (Behrens 1990, 2009). In allen anderen Bereichen gilt es als legitim, dass derjenige sich mehr Glücksgüter leisten kann, der über höhere Kaufkraft verfügt oder „very important“ ist – nur im Gesundheitswesen gilt es in allen modernen Ländern als „Skandal“, wenn mehr Geld einen besseren Zugang zum therapeutisch Notwendigen bewirkt.

Und noch ein zweiter Anspruch ist nach 1989 in einem höheren Maß als je zuvor in die Zuständigkeit des Gesundheitswesens gekommen. Das ist der Anspruch auf selbstbestimmte Partizipation am sozialen Leben.

Partizipation wird gesetzlich, nämlich z.B. im deutschen Sozialgesetzbuch IX ab 2001, zum Ziel rehabilitativer Pflege und Therapie erklärt. Im 19. und im „kurzen 20. Jahrhundert“ (Hobsbawm) war der Anspruch auf selbstbestimmte Teilhabe am sozialen Leben eher demokratietheoretisch oder sozialistisch begründet worden als gesundheitlich. Die Hoffnungen und Begründungen auf selbstbestimmte Partizipation, die sich über 150 Jahre erst mit dem Nationalstaat, dann mit dem Sozialismus verbanden und vielfach enttäuscht worden waren, wurden spätestens nach 1989 zuständigkeitshalber in jenem gesellschaftlichen Teilsystem bewahrt, in dem galt und gilt: Jedem nach seinen Bedürfnissen.

Dass das Gesundheitswesen mit ihren beiden Systemen, dem der Krankenversorgung und der Gesundheitspflege für diese beiden Werte „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ und „selbstbestimmte Partizipation am sozialen Leben“ zuständig, wird, erhöht die Zentralität des Gesundheitswesens für moderne Gesellschaften. Es bedarf eigentlich keiner Erwähnung, dass das System der Krankenversorgung und das System der Gesundheitspflege nicht auf ein System der Armenunterstützung reduziert werden können. Der Grundsatz „jedem nach seinen Bedürfnissen“ und der Anspruch auf Unter-

stützung „selbstbestimmter Teilhabe am sozialen Leben“ gilt genauso für Besserverdienende wie für Arme, für junge, akut von Krankheit betroffene Menschen wie für ältere, chronisch kranke Patienten. Die normativ nur an den individuellen Bedürfnissen orientierte gebührenfreie Krankenversorgung gilt – völlig gleichgültig, ob sie durch eine gesetzliche Krankenversicherung wie in Deutschland oder durch Steuern finanziert ist wie in Italien, Kanada und vielen anderen Staaten – für alle Behandlungsbedürftigen, nicht nur für die Armen. Es handelt sich definitiv nicht um Systeme der Armenunterstützung wie z.B. vielfach die Sozialhilfe.

Während die Zuteilung der Gesundheitsversorgung nahezu überall normativ (nicht faktisch) „jedem nach seinen Bedürfnissen“ folgt, so folgt die Aufbringung der Mittel fast überall der Norm „jeder nach seinen Fähigkeiten“ (in durchaus umstrittenen Operationalisierungen des Begriffs „Fähigkeiten“): Nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, operationalisiert durch den Lohn, zahlt man in Deutschland in die gesetzliche Krankenversicherung, in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen zahlt man nach derselben Norm Einkommenssteuern. Die Aufbringung der Mittel für das Gesundheitswesen nach Leistungsfähigkeit und die Zumessung der Krankenversorgung nach Bedürfnissen entspricht normativ (nicht unbedingt faktisch) in nahezu allen Ländern, die überhaupt geschriebene gesetzliche Regelungen kennen, dem Motto der Kritik des Gothaer Programms: Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen.

In der Soziologie und allgemein in der Theorie der Gesellschaft hat die klassifikatorische Differenzierung zwischen diesen beiden Bereichen eine große, wenn auch überwiegend implizite, Bedeutung eingenommen – bis hin zu der impliziten Position, beide Bereiche seien gerade durch ihre sich widersprechenden Allokationsregeln für einander funktional. Darauf ist kurz einzugehen.

### **1.3 Die Bedeutung des Gesundheitswesens für die Soziologie sozialer Ungleichheit und den Gerechtigkeitsdiskurs in (modernen) Gesellschaften**

Für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit hat die Reflektion über ungleiche Gesundheit zwei Funktionen: Die Systeme der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung versorgen die Gesellschaft mit einer Bezugsnorm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“, von der her „soziale Ungleichheit“ überhaupt erst ein heiß diskutierter, relevanter Gegenstand wird. Und zweitens werden am Thema gesundheitlicher Ungleichheit in der alltäglichen Kommunikation wesentliche Geltungssphären voneinander getrennt (Beck

2008; Behrens 1990; Stollberg 2008; siehe auch Walzer 1983): An der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit unterscheiden nicht nur moderne Gesellschaften die Sphären, in denen Leistung zählen soll, von denen, in denen der Bedarf ausschlaggebend sein soll. Am Fall der gesundheitlichen Ungleichheit diskutieren sie auch die Unterscheidung von Bereichen, in denen Herkunft ungleichen Zugang zu Glücksgütern legitimiert, von denen, in der das Schicksal hinzunehmen oder Solidarität gefordert ist.

Die Diskussion über soziale Gerechtigkeit findet im Alltag der Gesellschaften nur ausnahmsweise statt als Diskussion über Prinzipien, sondern ist im Alltag abzulesen aus selbstverständlichen und nicht weiter hinterfragten, nicht weiter begründungsbedürftigen Entscheidungen und Bewertungen des Alltags. Individualpsychologisch sind solche umlaufenden und für jedes Individuum vorfindliche Deutungen als Ressourcen zu sehen (Silbereisen 2012; Behrens 1990); Deutungen können uns aber sehr wohl auch unter Druck setzen, dann sind sie „demands“, die als Herausforderungen oder Belastungen bewältigt werden müssen, sollen sie nicht krank machen (Behrens 1983; Silbereisen 2012). Deutungen können als selbstverständliche in Anspruch genommen werden, gerade auch da, wo sie empirisch verletzt werden. Vor allem in modernen Gesellschaften sind weltweit ganz wenige Beispielprobleme für die Prozedierung der Hauptkonzepte von Gerechtigkeit (Honneth 2011; Behrens 1996) tragend. Diese Hauptkonzepte sind bei der Begründung ungleicher Verfügung über Glücksgüter erstens „Leistung“ bzw. „Erfolg“, zweitens „Bedürftigkeit“, drittens „Herkunft“ und viertens „Schicksal“. Es ist geradezu typisch für moderne Gesellschaften, dass alle diese Begründungskonzepte für die Verfügung über Glücksgüter nebeneinander koexistieren – aber jeweils in unterschiedlichen Bereichen.

In den meisten Gesellschaften wird zwischen drei Verteilungsprinzipien unterschieden: Stand, Kaufkraft und Bedarf.

*Tabelle 1.1: Empirisch in Anspruch genommene, nebeneinander bestehende Prinzipien gerechter Verteilung*

<b>Verteilungsprinzip</b>	<b>Stand</b>	<b>Kaufkraft</b>	<b>Bedarf</b>
<b>Beispiel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Adelsgüter</li> <li>&gt; Standeskleidung</li> <li>&gt; Titel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Villen und Häuser</li> <li>&gt; Restaurantessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; medizinisch und pflegerisch notwendige Dienste</li> <li>&gt; Güter, soweit medizinisch und pflegerisch notwendig</li> </ul>

Für Theorien, die stratifikatorische und funktionalistische Differenzierung in einem erklärenden Zusammenhang bringen wie die Parsonianische (aber keineswegs nur sie), erwies sich die gesundheitliche Ungleichheit als zentral: Die stratifikatorische und funktionalistische Differenzierung, also Differenzierung nach Kriterien sozialer Ungleichheit, und die funktionale Differenzierung nach Leistung und Kompetenz, hatte schon seit den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts die parsonianische Theorie zusammengebracht. Sie hatte bis Ende der 70er Jahre schichtungstheoretische Kontroversen mit dem Programm ausgelöst, stratifikatorische Ungleichheit in modernen Gesellschaften funktionalistisch zu erklären: Soziale Ungleichheit sollte aus Leistungsunterschieden resultieren. Das Leistungsprinzip sollte geradezu den konstitutiven Unterschied bei der Erklärung sozialer Ungleichheit in modernen und vormodernen Gesellschaften ausmachen. Sowenig dieses Programm nach 1970 als Erklärung Akzeptanz fand (Behrens 1984), so sehr sickerte es als Begründung in den Alltag ein: Auch wo faktisch nach anderen als Leistungskriterien verteilt wurde, wurde doch die Verteilung nach Leistung zur legitimen (wie immer dies im Einzelfall durch Spezialisten für Leistung definiert und gemessen sein mag, incl. der Messung von „Leistung“ durch „Erfolg“). Dieser Gedanke führt in der Handlungstheorie Parsons (1977) zu einer durch Uta Gerhardt (1993: 85ff.) pointiert herausgearbeiteten Konsequenz: „Erst dadurch, dass bei anderen stets Gesundheit als gleicher Ausgangszustand des Rollenhandelns unterstellt wird, kann die Differenzierung nach unterschiedlicher Leistung und Kompetenz zwischen Gesellschaftsmitgliedern erfolgen“ (Gerhardt 1993: 86). Da faktisch aber Gesundheit als gleicher Ausgangszustand nicht unterstellt werden kann, meint „kann erfolgen“ bei Uta Gerhardt und vorher Parsons wohl offenbar: kann legitim erfolgen, ohne die Deutung der Gesellschaft als Leistungsgesellschaft zu falsifizieren. Dass Menschen bei Krankheit aus dem Bereich „Jedem nach seiner Leistung“ aus- und in den Bereich „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ eintreten können, bildet daher den entscheidenden Flankenschutz des Leistungsdiskurses moderner Gesellschaften. Das Gesundheitswesen mit der Norm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ ist für Parsons und Uta Gerhardt funktional unverzichtbar für die Selbstdeutung der Gesellschaft als Leistungsgesellschaft („Jedem nach seiner Leistung“), weil sonst jeder schwer Kranke die Leistungsgesellschaft illegitim machte (ausführlicher Behrens 1990). Im ausdifferenzierten, geschützten Bereich „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ arbeiten Kranke mit allen ihren verbliebenen Kräften an ihrer Genesung, um wieder in den Bereich „Jedem nach seiner Leistung“ zurückkehren zu können. Diese Rückkehr heißt Rehabilitation, wörtlich Wiederbeheimatung. Nicht alle wollen immer so schnell wie möglich zurückkehren. Viktor v. Weizsäcker hat diesen mangelnden Rückkehrwillen selber als Krankheit zu diagnostizieren versucht. Für diese Krankheit gab es den Begriff „Rentenneurose“. Talcott Parsons hat einen recht großen Teil seiner allgemeinen

Soziologie der Auflistung jener Pflichten gewidmet, die sich aus der „Krankenrolle“ ergäben. Alle diese Pflichten lassen sich in der einen Pflicht zusammenfassen, alles dafür zu tun, um die „Krankenrolle“ so schnell wie möglich wieder zu verlassen.<sup>1</sup>

#### **1.4 Bedeutung für Theorie sozialer Rechte des Wohlfahrtsstaates: Komplementarität von unterstellter Selbstverantwortlichkeit und der Überbrückung gesundheitlicher Schwächen**

Das Anrecht auf Gleichbehandlung Gleichbedürftiger ist – im Krankheitsfall – weit älter als alle Wohlfahrtsstaaten, weit älter als das Recht auf gleiche Bildungschancen oder gleiche politische und juristische Teilhabechancen. Das dreht in gewisser Weise die von Marshall und Zacher verbreitete Periodisierung der Entstehung sozialer Rechte um. Während Marshalls Unterscheidung zwischen zivilen, politischen und sozialen Komponenten der Bürgerrechte (Marshall 1964: 78) in der Regel als zeitliche Abfolge verstanden wird, geht im Krankheitsfall der soziale Anspruch an der Teilhabe der Versorgung den zivilen und politischen Rechten voraus. Der Anspruch im Krankheitsfall leuchtet gewissermaßen aus der fernen Vergangenheit den

---

1 Auch im Alltag setzt die unterstellte Selbstverantwortlichkeit der Lebensführung voraus, dass gesundheitsbedingte Schwächen in dieser Selbstverantwortlichkeit als vorübergehende oder endgültige abgegrenzt und überbrückt werden, denn sonst würde bei jeder schwereren Krankheit die alltäglich unterstellte Selbstverantwortlichkeit für unsere Handlungen unglaubwürdig (Behrens 1990). Wie die Banken nicht geschäftsfähig wären, garantierten die Staaten (die Steuerzahler) nicht regelmäßig für ihre Schulden, wie Geschäfts- und seit einiger Zeit auch Privatleute nicht geschäftsfähig blieben, gäbe es nicht die Insolvenz, so wäre die Selbstverantwortlichkeit der Lebensführung nicht unterstellbar, gäbe es nicht die Rehabilitation im Bereich „Jedem nach seinen Bedürfnissen“. (Behrens 1994 in Geissler). Sehr Ähnliches ergab der Vergleich mit Tschechien: Im einst zentralistischen Versorgungssystem wurden ärztliche und stationäre Leistungen, Medikamente, Hilfs- und Heilmittel von den Trägern des Gesundheitssystems gebührenfrei bereitgestellt. Beschäftigte und ihre Angehörigen waren verpflichtet, die medizinischen Einrichtungen der Betriebe zu nutzen, Kuren wurden durch die Gewerkschaften getragen. Galt das tschechische Gesundheitssystem in den 1960ern hinsichtlich verschiedener Inputgrößen wie Ärztezah, Krankenhäusern oder Krankenhausbetten, zu den bestausgestatteten Gesundheitssystemen der Welt, war doch gleichzeitig der Gesundheitszustand der Bevölkerung auf recht niedrigem Niveau (vgl. Heinrich, Koop et al. 1996: 30ff). (Industrie- und Ballungszentren waren hier besser gestellt als eher ländliche Räume). Zudem führte dieses fürsorglich geprägte System der sozialen Sicherung zu sozialer Passivität und übersteigertem Anspruchsdenken seitens der Bevölkerung, was Partizipation und Verantwortung der Bürger zu zentralen Zielen anstehender Reformen im Rahmen des Transformationsprozesses machen sollte (vgl. Tröster 2000: 209).

modernen Sozialstaaten heim. Wegen dieses Anspruchs auf bedürfnisgerechte Versorgung wird es für andere Bereiche attraktiv, sich nach dem Muster der bedürfnisgerechten Krankenversorgung und Gesundheitspflege zu verstehen. Das ließ sich zeigen für die Status der Armut und der Kriminalität (Behrens et al. 1996).

Es gibt zwar nicht den Begriff der klassenlosen Wohnungseinrichtung, wie es den Begriff des klassenlosen Krankenhauses gibt (die ersten gebührenfreien Krankenhäuser unterhielten die Araber im 12. Jahrhundert), aber es gibt – typischerweise gesundheitlich und nicht mit dem Stand begründete – Mindeststandards des Wohnens.

Wie Armut als gesundheitsschädliche Situation bekämpft werden muss, so kann Kriminalität als Krankheit klassifiziert und behandelt werden. Zweifellos ließe sich das Gerechtigkeitsprinzip „jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seiner Leistung“ auch anders als nur als Norm der Krankenversorgung und familiären Innenverteilung begründen. Es wurde ja auch – in der Bibel, im Kommunistischen Manifest und anderswo – anders begründet. Tatsache ist aber, dass dieses Gerechtigkeitsprinzip vor allem in der Krankenversorgung seine Selbstverständlichkeit bewahrt hat – und zwar dort, wo sie die Einengung dieses Prinzips auf einen abgrenzbaren Bereich zu gewährleisten scheint und den nach Leistungs- und Erfolgskriterien stratifizierten Bereich der Gesellschaft dadurch nicht in Frage stellt, sondern absichert: Durch Überbrückung vorübergehende Krisen der Erwerbsfähigkeit nach dem Bedarfsprinzip wird das Leistungsprinzip erst begründbar.

Nach dem Systembruch 1989 wird die Forderung nach Partizipation (im deutschen Sozialgesetzbuch mit „Teilhabe“ übersetzt) dem Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssystems überantwortet, nachdem es vorher nahezu hauptsächlich eine demokratische und sozialistische Forderung war. Die Last der Verwirklichung von Partizipation wird im Sozialgesetzbuch IX explizit der medizinischen, pflegerisch-sozialen und beruflichen Rehabilitation auferlegt. Dabei ist unser Argument nicht, dass eine Aufgabe, die weder das System der Krankenversorgung noch das System der pflegerischen Gesundheitsförderung vorher gehabt hätten, nun von der Politik in das Gesundheitswesen wandere. Vielmehr ist die Behauptung, dass eine Zuständigkeit, die das Gesundheitswesen neben vielen anderen Einrichtungen schon vorher hatte, nun wesentlich an das System der Gesundheitsförderung fällt – weil die anderen Institutionen an utopischem Glanz einbüßen: Von allen Lehren des richtigen und insofern guten Lebens, die das Leben minutiös vom Geschlechts- bis zum Geschäfts- und Gefechtsverkehr beraten und anleiten, war schon 1983, also lange vor 1989, eigentlich nur die Gesundheitslehre übrig geblieben. Alle anderen Lehren, die vorher mit Autorität das richtige und gute Leben normiert hatten, von den religiös-theologischen über die absolutistisch-ökonomischen, die philosophisch-nationalistischen, die demokratischen und sozialistischen Theorien, hatte nur die Gesundheitslehre nicht an

Autorität verloren oder sich nicht, wie die Theologie und Philosophie, vom Anspruch detaillierter normativer Regelung aller Lebensbereiche zurückgezogen. Allein die Diätetik, jene auf Kos 400 Jahre vor unserer Zeitrechnung in ihrem umfassenden Anspruch formulierte normative Theorie der Pflege (Selbst- und Fremdpflege), war übrig geblieben. Infolgedessen wurde nun unter Bezug auf Gesundheit begründet, was vorher unter Bezug auf Religion, Nation, Sozialismus und Demokratie begründet worden war: Während vorher für höhere religiöse oder nationale Ziele durchaus die Gesundheit hintanzustellen war, rechtfertigten Städtebauer und Architekten jetzt ihre Gebäude als gesund, Betriebe mussten nicht nur Geld machen, sondern ihre Arbeitsbedingungen sollten gesund sein, Oberbürgermeister rechtfertigten ihre Stadtentwicklungen als gesund.

## **1.5 Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation und Pflege im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien**

### *Der paradigmatische Fall*

Sucht man nach einem beispielhaften Fall an dem das Schicksal des Gesellschaftsentwurfs „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ nach dem Systemumbruch besonders gut an der Schnittstelle zwischen den Systemen der Krankenversorgung, dem System pflegerischer Gesundheitsförderung, dem Wirtschaftssystem und dem System sozialpolitischer Hilfe zu erforschen ist, dann bietet sich der Fall der pflegerischen und medizinischen Rehabilitation nach Schlaganfall als ein besonders ergiebiges Beispiel an, und zwar aus vier Gründen:

- (1) Die medizinische und pflegerische Rehabilitation bezieht sich nach den deutschen Sozialgesetzbüchern, insbesondere SGB IX – anders als eine einzelne Operation – explizit (gesetzlich) auf die Wiedererlangung selbstbestimmter Partizipation („Teilhabe“), sei es am Erwerbsleben, sei es am sozialen Leben überhaupt.
- (2) Im Verlauf nach Schlaganfall – die Rehabilitation benötigt oft mehr als 2 Jahre, um neue Entwicklungen und Erfolge, Übergänge in neue tragfähige Ordnungen des Lebens zu ermöglichen – werden sehr viele der ausdifferenzierten stationären und ambulanten Einrichtungen des Ge-

sundheitswesens mit ihren gelingenden Übergängen, Versorgungsabbrüchen und Zonen der Vernachlässigung durchlaufen und dadurch beobachtbar.

- (3) Eine Verlaufsuntersuchung kann bei Schlaganfall an einem schlagartig auftretenden Beginn, eben den „Schlaganfall“ ansetzen, einem Zeitpunkt  $t_0$ . Diesem plötzlichen Ereignis des Schlaganfalls gehen zwar Entwicklungen voraus, der Schlaganfall unterscheidet sich aber doch von den vorhergehenden Zeiträumen überaus deutlich. Für Rückenschmerzen und Depressionen ist ein solcher schlagartiger Beginn schwerer als beim Schlaganfall auszumachen, die Chronifizierungsprozesse haben einen anderen, schleichenderen Verlauf.
- (4) Der mehr als zwei Jahre nach Schlaganfall erfordernde Rehabilitationsprozess hat die rehabilitativ notwendige Individualisierung (Jedem nach seinen Bedürfnissen) ebenso unabweisbar auf die administrative Tagesordnung gesetzt wie die Notwendigkeit der Integration ausdifferenzierter Einrichtungen als administrative Rationalisierungsstrategie.

### *Challenge erster Ordnung: Zusammenbruch der Betriebe als Instanzen von „Sozialpolitik“*

Die Zuständigkeit der Betriebe für nahezu alle sozialen und sogar familiären Aufgaben in der DDR war keineswegs nur ein Versprechen in Sonntagsreden und Präambeln. Auch in der „Anordnung über die Finanzierung der betrieblichen Einrichtungen und Maßnahmen zur Betreuung der Werktätigen – Finanzierung der betrieblichen Betreuung – vom 28.03.1972“ wird im § 2, Abs.1 aufgeführt, welche Einrichtungen und Maßnahmen unter betrieblicher Betreuung zu fassen und zu finanzieren sind. Es zählen dazu a) die Arbeiterversorgung, b) die Entwicklung des geistigkulturellen Lebens der Werktätigen, c) die gesundheitliche und soziale Betreuung der Werktätigen, d) sportliche Betätigung und Jugendbetreuung, e) Kinderbetreuung, f) Ferienbetreuung und Naherholung und g) die Wohnungswirtschaft. (Vollmer 1990: 132).

Der Zusammenbruch der großen, für die genannten sozialen Aufgaben mitzuständigen Betriebe, die sich in der DDR flächendeckend als „forces intermédiaires“ verbreitet hatten, erwies sich nach dem Systemumbruch als eine, große Teile der ostdeutschen Bevölkerung betreffende, in ihrem Ausmaß nur von wenigen vorhergesehene, Challenge erster Ordnung. In den staatssozialistischen Gesellschaften war der soziale Sektor außerhalb der Betriebe verhältnismäßig klein, und selbst bei den existierenden außerbetrieblichen Einrichtungen spielten die Betriebe eine funktionssichernde Rolle, etwa in der Rehabilitation, der betriebsärztlichen Krankenversorgung und der Organisation von Bildungsmaßnahmen, bei der Mobilisierung und Betreuung von Rentnern, bei der Sorge für die Vereinbarkeit von Erwerbstä-

tigkeit und Kindererziehung bzw. Pflege, der Jugendhilfe und auch bei den zur Mobilisierung von Engagement gegründeten sozialen Gruppen (z. B. Sozialistischer Frauenbund, Junge Pioniere, FDJ, Volkssolidarität)<sup>2</sup>. Die solchermaßen sozialpolitisch aktiven Großbetriebe hatten zwar im Unterschied zu den politischen Einrichtungen in der neuen demokratischen Ordnung formal Platz finden können, doch konnten sie den plötzlichen Zusammenbruch der Nachfrage nach ihren Produkten und Dienstleistungen nicht unbeschadet überstehen. 70% der Arbeitsplätze in diesem Sektor wurden Anfang der 90er Jahre abgebaut, mehr als in allen anderen Transformations-

- 
- 2 Die betriebszentrierte fürsorglich Bevormundung: Besonders angestrengt widmete sich das betriebszentrierte Gesundheitssystem der ‚Überwachung‘, ‚Kontrolle‘, ‚Herstellung‘, ‚Erhaltung‘ des Gesundheitszustandes der Erwerbsbevölkerung. Die medizinische Versorgung des Einzelnen und Erhaltung der Arbeitskraft für die Volkswirtschaft fielen hier praktisch in eins: etwa ein Viertel der Gesamtbevölkerung wurde über das Betriebsgesundheitswesen betreut; innerhalb der Gruppe der Werktätigen waren es sogar mehr als zwei Drittel. Zu den Aufgaben des Betriebsgesundheitswesens gehörten
- a) die allgemeine medizinische Betreuung (ärztliche Hilfe bei Unfällen, allg. und Spezialsprechstunden etc.),
  - b) die Arbeitshygienische Beratung (vorwiegend Kontrolle und Unterstützung bezüglich des Gesundheits- und Arbeitsschutzes),
  - c) Hygienische Normenkontrollen,
  - d) Gesundheitserziehung und vor allem
  - e) die Arbeitsmedizinische Betreuung.

Letztere beinhaltete auch die per Gesetz geforderten Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen und die Überwachung von Werktätigen im Rahmen insbesondere der betrieblichen Rehabilitation (welche über den Betrieb angeordnet und koordiniert wurde). Hinsichtlich der theoretischen Vorgaben waren die Strukturen des Betriebsgesundheitswesens der DDR somit nachgerade prädestiniert dafür, präventive und kurative Medizin miteinander zu verknüpfen und Allen in gleicher Weise zu Teil werden zu lassen (Behrens 1994 in Geissler). Sehr Ähnliches ergab der Vergleich mit Tschechien: Im einst zentralistischen Versorgungssystem wurden ärztliche und stationäre Leistungen, Medikamente, Hilfs- und Heilmittel von den Trägern des Gesundheitssystems gebührenfrei bereitgestellt. Beschäftigte und ihre Angehörigen waren verpflichtet, die medizinischen Einrichtungen der Betriebe zu nutzen, Kuren wurden durch die Gewerkschaften getragen.

Faktisch war in kaum einem anderen Bereich die Diskrepanz zwischen gesellschaftlichem Ideal und alltäglicher Wirklichkeit in der DDR so groß, wie in der Sozialpolitik (Geissler 1994, Behrens 1994). Entsprechend lässt sich auch für das Gesundheitswesen als Bestandteil dieser Politik vermuten, dass der Befund von nachweislich flächendeckenden Strukturen allein noch keinen Aufschluss über Qualität und gerechte Verteilung gibt. Schon allein durch die niedrige finanzielle Ausstattung (Obgleich aufgrund der unterschiedlichen Wirtschaftssysteme nur bedingt miteinander vergleichbar, wendete die DDR im Jahr 1987 lediglich 6,7 % ihres Staatshaushaltes für das Gesundheits- und Sozialwesen auf – im Gegensatz z.B. zu Island (46,0%), Dänemark (44,4%) oder der BRD (32,7%) (Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1987)) konnte sich die DDR hier nur auf einem eher niedrigem Niveau bewegen – hinzu kamen territoriale Unterschiede hinsichtlich Verteilung und Ausstattung, so dass entgegen der staatlichen Programmatik Ungleichheiten anzunehmen sind und bewiesen wurden.

ländern. Die neuen sozialpolitischen Eliten hatten mit Arbeitslosigkeit, Abwanderungs- und Schrumpfungprozessen statt mit Produktion und Wachstum umzugehen; die wenigen alternativen, etwa kirchlichen Träger sozialer Leistungen, zu Zeiten der DDR operativ marginalisiert, bildeten nach dem Systemumbruch wohlfahrtsstaatliche Gegeneliten. Für die Eliten wie die Bevölkerung stellte der Zusammenbruch der sozialistischen Betriebe eine „Challenge erster Ordnung“ dar. Während von den Institutionen des demokratischen Rechtsstaates eine Stabilisierung und Steigerung der persönlichen Autonomie erwartet wurde, erzeugten die Umbrüche im Beschäftigungssystem eine neue Unsicherheit der persönlichen Existenz, die die politischen Autonomiegewinne zu konterkarieren und zu unterlaufen drohte.

### *Response erster Ordnung: Dreifache Externalisierung in den sozialen Sektor*

Sehr klar lässt sich nun der faktische, keineswegs durchgängig geplante Entwicklungspfad gesellschaftlicher Anpassungsreaktionen erkennen: Drei Externalisierungsprozesse (von Funktionen, Personen und Allokationsmechanismen) aus dem betrieblichen Bereich bildeten die „Response erster Ordnung“. Die Externalisierung sozialer Funktionen aus den Betrieben in den sich professionalisierenden, an der Förderung von Autonomie im Sinne selbstwirksamer Lebensplanung orientierten sozialen Sektor lässt sich modernisierungstheoretisch (Srubar 2003) als typischer Differenzierungsprozess erfassen, der allerdings zugleich die Anforderungen systemischer Integration erhöht. Die massenhafte Externalisierung von Erwerbspersonen aus den Betrieben in den sozialen Sektor, vor allem als Frührentner, aber auch als Arbeitslose, Umschüler und Sozialhilfeempfänger sowie, in geringem Ausmaß, als sozialpolitisch gestützte bürgerschaftlich Engagierte führte im Gesamteffekt zu einer extremen Belastung der außerbetrieblichen, arbeitsmarkt-externen sozialen Sicherungssysteme. Schließlich wurden entsprechend der marktwirtschaftlichen Operationslogik die ehemals betrieblichen Allokationsfunktionen von Arbeit und Einkommen auf den externen Arbeitsmarkt übertragen, für welchen der soziale Sektor wiederum berufliche und gesundheitliche Befähigungsmaßnahmen organisieren sollte, um damit die gegeneinander ausdifferenzierten Teilsysteme wieder aneinander anschlussfähig zu machen.

### *Challenge zweiter Ordnung: Überlastung des sozialen, insbesondere sozialstaatlichen Sektors*

In der Folge dieser drei Externalisierungsprozesse transformierte sich eine planwirtschaftlich strukturierte Volkswirtschaft mit nach 1990 kaum nachgefragten Produkten und niedriger Produktivität in eine – geschrumpfte –

Volkswirtschaft mit weltmarktfähigen Waren und raschen Produktivitätsfortschritten. Das ostdeutsche Durchschnittseinkommen pro Kopf näherte sich, bei allerdings wachsender Spreizung, dem westdeutschen in großen Schritten an, ohne es ganz zu erreichen. Bei Übernahme der westdeutschen Basisinstitutionen – insbesondere ihrer gesellschaftlichen Leitbilder und Einrichtungen, langsamer ihrer sozialen Praktiken – in den sozialen Sektor führten diese Prozesse zu finanziellen Belastungen, allokativen Fehlsteuerungen und professionellen Fehlentwicklungen, die zuerst und vor allem von vielen Funktions-Eliten sowie den meisten Parteien und Interessenverbänden als Überlastungsphänomen und Funktionsproblem apostrophiert wurde: als eine transformationsbedingte „Krise des Sozialstaats“ als „Preis der Einheit“ (Ritter 2006). Diese Challenge zweiter Ordnung wurde allerdings erheblich verstärkt durch politisch-ökonomische und sozio-demographische Kontextbedingungen, von der globalisierenden Öffnung der nationalen Volkswirtschaften bis zum Wandel der Altersstruktur der Gesellschaft. Die „Krise des Sozialstaats“ ist daher nicht allein, wie Gerhard A. Ritters Buchtitel aus dem Jahr 2006 suggeriert, der „Preis der deutschen Einheit“, sondern auch den genannten, in ganz Europa wirkenden, Kontextbedingungen geschuldet. Die meisten ihrer Merkmale finden sich schon vor der Vereinigung (Rosenbrock/Gerlinger 2000; Gerlinger 1999; Behrens 1982, 1983). Diese machen eine Antwort auf die Challenge zweiter Ordnung allerdings eher dringlicher, als dass sie geeignet wären, deren Bedeutung zu relativieren.

*Response zweiter Ordnung: interne Rationalisierung, Reprivatisierung, Aktivierung, Evidencebasierung*

Auf die Challenge zweiter Ordnung, die (tatsächliche oder jedenfalls behauptete) Überlastung des sozialstaatlichen Sektors, bildeten „aktivierende“ interne Rationalisierungsstrategien (i. S. Max Webers) und Reprivatisierungen die sozialpolitische Antwort. Diese „Response zweiter Ordnung“ beinhaltet insbesondere die Neuverteilung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zwischen Familien, Betrieben, sozialen Diensten und bürgerschaftlichem Engagement. Sie wurde durch „aktivierende“ Reprivatisierung bisheriger Aufgaben des sozialen Sektors, durch Förderung der Autonomie der individuellen Klienten anstelle ihrer autoritären Bevormundung, durch sozialstaatliche Mobilisierung oder Nutzung des bürgerschaftlichen Engagements, mittels einer „aktivierenden“ Pflege-, Rehabilitations- und Arbeitsmarktpolitik oder auch durch Reintegrationsversuche sozialer Aufgaben in die Betriebe erreicht. Die Neuausrichtung sozialer Interventionen auf wissenschaftlich geprüfte Wirksamkeit und wissenschaftlich, nicht bürokratisch begründete Leitlinien für individuell verantwortete Fallarbeit wird gegenwärtig im Gesundheits- und Sozialwesen als weitere sozialpolitische Rationalisierungs-

strategie betont und (vor allem im Gesundheitssektor) in Form einer Evidenzbasierung von Interventionen im Sinne der Verantwortungsethik Max Webers angestrebt. Ob dieser „Response zweiter Ordnung“ die sozialpolitische Challenge wirksam beantwortet wird – und mit welchen Nebenwirkungen und Emergenzeffekten – ist zurzeit noch offen. Die Verlaufshypothese zur dreifachen Externalisierung lässt sich nicht erörtern, ohne sie auf die Divergenz Eliten/Nichteliten und das Phänomen der soziokulturellen ‚Distanznahme‘ zu beziehen. Aus psychologischer Perspektive lassen sich die genannten „challenges“ als Anforderungen („demands“) interpretieren, welche die Bewältigungsmöglichkeiten der Individuen auf eine Probe stellen, bezüglich deren Erfolg es wiederum auf vielfältige weitere Umstände ankommt, beispielsweise auf persönliche und soziale Ressourcen der (je nach Geschlecht, Alter, Region etc. in unterschiedlichem Maße) Betroffenen. Hier kann man zwischen eher vermeidenden und eher zupackenden Bewältigungsversuchen unterscheiden, deren Effizienz den bisherigen Untersuchungen zufolge freilich je nach regionalem Kontext unterschiedlich ausfällt (Silbereisen et al. im Erscheinen 2012). In diesem Umfeld sind die Rationalisierungs- und Evidenzbasierungsstrategien zu analysieren, mit denen das Prinzip „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ – jetzt nur noch im System der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung – umgesetzt werden soll.

## **1.6 Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch**

Nach dem Systemumbruch wurden die sozialpolitischen und sozialfürsorgereichen Aufgaben der Betriebe in den neuen Bundesländern weitgehend, wie eben resümiert, externalisiert und in einen analog zur alten Bundesrepublik gebildeten sozialen und gesundheitlichen Sektor transferiert. Dieser trug nun die Hauptlast der „Response“ auf die „Challenges“ der Bewältigungskrise sozialer Aufgaben der großen Betriebe.

Dabei folgte die Externalisierung keiner geplanten Differenzierungsstrategie. Sondern sie war der Effekt zweier voneinander teilweise unabhängiger Entwicklungen. Die erste Entwicklung war der Zusammenbruch der großen Betriebe. Die Betriebe gaben ihre sozialen Einrichtungen nicht ab (outsourcing), sondern sie gingen in Konkurs. Die neuen, von der Treuhandanstalt dazu gemachten Eigentümer übernahmen die Reste dann in der Regel ohne die Sozialeinrichtungen der Betriebe. Die zweite Entwicklung war die Gründung von Filialen westdeutscher sozialer Einrichtungen und die Übernahme ostdeutscher, die die stark wachsenden Sozialerats in Anspruch nahmen. Dadurch entstand in den neuen Bundesländern eine Kopie des ausdifferenzierten gegliederten Systems, obwohl viele Grundzüge dieses Systems bereits in der Fachdiskussion in der alten Bundesrepublik als dringend erneuerungs-

bedürftig galten (Rosenbrock/Gerlinger 2000; Gerlinger 2000; Behrens 1983).

So waren in der alten Bundesrepublik allgemein- und fachärztliche Einzelpraxen als zu klein kritisiert worden und sollten durch größere Einheiten (Ärztelhäuser, Versorgungszentren) abgelöst werden; wie sie in Schweden als Gesundheitszentren (vardcentral) eingeführt waren. Trotzdem lösten sich die ambulanten Polikliniken fast durchweg in Einzelpraxen auf, deren Reintegration umgehend wieder auf die Tagesordnung kam (Rosenbrock/Gerlinger 2000).

Die Rentenversicherung führte die Trennung in Arbeiterrentenversicherung und Angestelltenversicherung erst neu in die neuen Bundesländer ein, um sie Jahre später in der Deutschen Rentenversicherung wieder zu vereinen.

Die Sozialversicherung trug einen großen Anteil der Kosten der Vereinigung, die nicht durch Steuern finanziert wurden (das Kapital für Bauinvestitionen wurde vielmehr durch Steuerersparnisse mobilisiert). Die Sozialversicherung machte eine Existenzgründung im stark vergrößerten sozialen Sektor lohnend und prägte ihm die differenzierte Struktur des „gegliederten Systems der deutschen Sozialversicherung“ auf.

Der ausdifferenzierte soziale Sektor befreite einerseits von vielen Zumutungen der fürsorglichen Bevormundung durch einen Betrieb, gegen den in der DDR kaum Betriebsexterne zur Hilfe gerufen werden konnten. Andererseits breiteten sich an den Schnittstellen und in den Lücken des ausdifferenzierten Sozialsystems Zonen freiheitlicher Vernachlässigung aus, die von den Individuen nun allein zu koordinieren waren<sup>3</sup>.

Das war für die Individuen und ihre Familien umso besser zu schaffen, je mehr soziales, kulturelles und ökonomisches Kapital im Sinne Bourdieus zur Verfügung standen. Der für das Gesundheitsförderungs- wie für das Krankenversorgungssystem konstitutive Grundsatz des Zugangs „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ war so gefährdet, die Wirksamkeit der ausdifferenzierten rehabilitativen Einrichtungen zur Teilhabe am Leben der Gesellschaft außerhalb des sozialen Sektors so offensichtlich in Frage gestellt, dass die Challenge der Reintegration der ausdifferenzierten sozialen und betrieblichen Einrichtungen sofort auf die Tagesordnung kam.

---

3 Diese Entwicklung lässt sich auch in Tschechien erkennen: Dezentralisierende, privatisierende und kapazitätsreduzierende Reformen haben auch hier den sozialen Sektor tiefgreifend verändert. Zwar hat das weiter sehr komplexe Versorgungssystem seine paternalistischen Elemente eingebüßt, gleichzeitig hat sich der Staat jedoch aus vielen Bereichen der sozialen Verantwortung zurückgezogen (vgl. Tröster 2000). Hier erzeugen neue Muster Unsicherheiten, während alte Muster zu Resignation führen (vgl. Merten 2006). Trotz flächendeckender medizinischer Versorgung, ist etwa die ambulante Versorgung mangels entsprechender Steuerungsinstrumente seitens der Hausärzte und ausreichender Abstimmung der Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen sowie zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und –trägern noch immer von einer hohen Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt (vgl. AOK-Bundesverband 2004).

## 1.7 Die Dynamik „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ im Kontext gesundheitlicher Exklusionsrisiken und individueller Selbstbestimmung

Nimmt man Bezug auf das Mehrebenenmodell des SFB 580, so wirft das Prinzip „Jedem nach seinen Bedürfnissen!“ in Krankenversorgung und Rehabilitation für die fremdreferentielle externe wie für die selbstreferentielle interne Steuerung Herausforderungen auf (vgl. Tabelle 1.2). Die Bedürftigkeitsprüfung für einen Zutritt zu einer bedürfnisgerechten Behandlung wird nämlich in einer eigentümlichen Kooperation von fremdreferentieller und selbstreferentieller Prüfung absolviert:

Für die fremdreferentielle externe Steuerung geht es vor allem zuerst darum, über Bedarfsdefinitionen den Bereich abzugrenzen, in dem „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ gilt. Die Last dieser Abgrenzung liegt einzig und allein auf der Bedarfsprüfung: Es ist in den Krankenversorgungssystemen der Sozialstaaten fast durchweg unmöglich, eine Person, die notwendiger gesundheitlicher Versorgung bedürftig ist, von dieser Versorgung auszuschließen mit dem Argument, diese Versorgung für sie sei der Gemeinschaft zu teuer (Das Wirtschaftlichkeitsargument kann erst greifen, wenn es um den Vergleich zweier gleich wirksamer Behandlungen geht: Nur dann dann ist die kostengünstigere Variante zu wählen, vgl. Behrens 2002, Behrens/Langer 2010b). Wenn es auch für das Gesundheitswesen insgesamt Budgetrestriktionen gibt, so gibt es sie gesetzlich nicht für die einzelne bedürftige Person. Das konzentriert die Last die Abgrenzung des Systems auf die Bedürftigkeitsprüfung.

Für diese Bedürftigkeitsprüfung ist der Code „krank/nicht krank“ notwendig, aber keinesfalls hinreichend. Man kann nämlich logisch nur einer Behandlung bedürftig sein, die einem mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auch nützt. Einer Behandlung, die einem schadet, bedarf niemand. Daher bedarf auch niemand einer Behandlung, die Mühe macht und Nebenwirkungen verursacht, aber kaum nützt. Diese Behandlung führte nämlich zu einem negativen Nettonutzen.

Deshalb läuft jede Bedürftigkeitsprüfung in zwei Stufen. Auf der ersten Stufe wird einer Liste der Behandlungen erstellt, die nachweislich bereits häufig nützliche Wirkungen zeigten (sogenannte „externe Evidence“ (Behrens/Langer 2010a, b). Diese Liste erstellt in Deutschland der „Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)“, zumindest bemüht er sich darum. Da statistisch prinzipiell nie von einer häufig nützlichen Wirkung auf eine Wirkung im Einzelfall geschlossen werden kann (Behrens/Langer 2010a), ist eine zweite Stufe nötig, in der die einzelne Therapeutin, Fachpflegerin oder Ärztin zusammen mit ihrem individuellen Patienten dessen individuelle Bedürfnisse und Wahrnehmungen klärt, also interne Evidence aufbaut. Erst auf der zwei-

ten Stufe, also im Aufbau interner Evidence, prüft und entscheidet der einzelne Therapeut (z.B. Psychotherapeut, Physiotherapeut) oder Arzt mit seinem Patienten, ob eine der Behandlungen auf der Liste extern wirkungsevidenter Behandlungen auch seinem individuellen Patienten helfen kann (Behrens/Langer 2010b). Erst nach diesem zweiten Schritt kommt es zur individuellen bedarfsbezogenen Verschreibung. Denn erst nach dem Aufbau interner Evidence ist ein Urteil möglich, ob eine Person einer bestimmten Behandlung bedarf oder nicht. Für die Prüfung der Bedürftigkeit erwies sich das Verhältnis von externer und interner Evidence, das der SFB 580 erstmalig herausarbeitete als zentral (Behrens/Langer 2010a, b). Es wissenschaftlich zu klären, war eine der Hauptherausforderungen, die das SFB-Projekt in den vergangenen Jahren zu bewältigen hatte.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, was unsere Untersuchungen zeigten: In Deutschland wird man von einer Behandlung nicht ausgeschlossen, weil sie zu teuer sei. Die meisten Ausschlüsse von spezifischen Behandlungen erfolgen vielmehr mit der Begründung, diese Behandlung würde nicht nützen. Niemand hat Bedarf an einer Behandlung, die mehr schadet als nützt. Statt mit der Rationierung wird also mit individuellem Bedarf argumentiert (Behrens/Langer 2010a).

Steuerung an der Grenze des Systems ist auf die Binnensteuerung angewiesen. Nur im Einzelfall kann festgestellt werden, ob einer krank ist und wessen er bedarf. Und: Je mehr behandelbar wird oder auch nur behandelbar scheint, umso mehr wird behandlungsbedürftig. Daher lassen sich (vgl. Tabelle 1.2) Makro-, Meso- und Mikroebene der externen und der Binnensteuerung unter der dominierenden „Challenge“ verstehen, den individuellen Bedarf im Wortsinne zu definieren (abzugrenzen), individuell zu erkennen und individualisiert zu gewähren. Dabei basiert die Mikroebene, auf der in der Interaktion zwischen Professionsangehörigen und Klienten interne Evidence unter Nutzung externer Evidence aufgebaut wird, auf der Meso- und der Makroebene: Nur weil es auf der Makroebene Funktionsbereiche differenziert sind und auf der Mesoebene Organisationen Professionen stützen, gibt es auf der Mikroebene überhaupt Professionsangehörige und Klienten als individuelle Akteure.

Wie die meisten Projekte des SFB 580 hat es auch dieses Projekt mit der Spannung zweidimensionaler gesellschaftlicher Rationalisierungsstrategien, institutioneller Praktiken und den expliziten und impliziten Handlungsorientierungen der Akteure zu tun – allerdings in dem zentralen Bereich der Gesellschaft, der das Prinzip „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ bewirtschaftet, also im Gesundheitswesen.

Denn dieses zielt im Bereich von Rehabilitation und Pflege genau auf die aktuellen gesellschaftlichen Diskurse über selbstbestimmte Partizipation (Inklusion) unter den Bedingungen der endlich erreichten Langlebigkeit und der Globalisierung. Ließen sich oben die Transformationsfolgen als Challen-

ges erster und zweiter Ordnung beschreiben und analysieren, so sind bereits die bundesweiten Implementierungen der Sozialgesetzbücher XI im Jahre 1996 (Pflege), IX im Jahre 2001 (Rehabilitation, Teilhabe) und II im Jahre 2005 (Grundsicherung für Arbeitsuchende) als spezifische Reaktion auf die parallel neben der Transformation stattfindenden Herausforderungen der Errungenschaft der Langlebigkeit und der damit zum Teil im Zusammenhang stehenden epidemiologischen Umbrüche (Zunahme chronischer Krankheiten) zu verstehen. Diese zuletzt genannten Entwicklungen sind nicht abgeschlossen, sondern gewinnen an Tempo und Bedeutung und entwickeln sich nach der Einführung der neuen Sozialgesetzbücher in Einheit mit spezifischen Transformationsfolgen zu gemeinsamen Ost- und Westdeutschland betreffenden Challenges dritter Ordnung. Somit muss die Untersuchung des sozialen Wandels genau diese Bedingungen reflektieren.

Gleiches galt für die Ebene der Organisationen, in denen die Akteure des Gesundheitssystems als Professionsangehörige ihre Leistungen erbringen bzw. als Klienten erhalten oder an ihnen mitwirken (vgl. Tabelle 1.2). Dieses Mehrebenenszenario international vergleichend zu diskutieren, gab den Untersuchungsrahmen eine Dreidimensionalität, die damit nicht nur zeitlich (Transformation), sondern auch regional (Tschechien, Südtirol) an Tiefe und Vergleichsoptionen gewinnt.

## **1.8 Befund: Individualisierung und Bedarfsgerechtigkeit gegen Über-, Fehl- und Unterversorgung**

„Jedem nach seinen Bedürfnissen!“ ist schon wortwörtlich eine Forderung nach Individualisierung. Das Wirksame zur richtigen Zeit bedarfsgerecht zu gewähren, erscheint nicht nur als individuelles Recht, sondern auch als Sparstrategie gegen Über- und Fehlversorgung. Auf allen Ebenen des folgenden Schaubilds (Tabelle 1.2) wird seitdem an dieser Individualisierungsstrategie gearbeitet: Nach 1989 wurde die Forderung „jedem nach seinen Bedürfnissen“ aus einer ganz anderen Richtung noch verstärkt. Als „Kostenexplosion“ waren die steigenden Sozialabgaben in den Lohnkosten thematisiert worden.<sup>4</sup> Der Kostendruck rief nach Individualisierung als Rationalisierungsstrategie: Über- und Fehlversorgungen, deren das Individuum gar nicht bedarf, sollten durch bessere individuelle Steuerung, durch Evidencebasierung reduziert werden.

---

4 Gemessen am Bruttosozialprodukt explodierten die Kosten des Gesundheitswesens zwar keineswegs, ihr Anteil am BSP stieg nur allmählich. Weil die Sozialabgaben aber nicht auf alle Einkommensarten, sondern nur auf Löhne und Gehälter erhoben wurden, ergab sich ein anderes Bild. Als der Anteil der Löhne und Gehälter an allen Einkommen sank, schienen die Gesundheitsausgaben zu explodieren.

Tab 1.2: Mehrebenenszenario des sozialen Wandels im Kontext gesundheitsbedingter Inklusionsrisiken

	Gesellschaft (Makro) Funktionsbereiche (Politik, Krankheits- behandlung)	Organisationen (Meso) Kliniken, Heime, Be- triebe, Berufsförderungswerke	Interaktionen, individuelle Akteure (Mikro) Betroffene (Patienten, ihre Familien und Freunde)
<b>Externe Steuerung (fremdreferentiell)</b>			
<b>Explizit</b>	Sozialpolitik, Bedarfsprüfung, Privatisierung von Risiken	Qualitätsprüfungen, Budgetierung, Definition von Verteilungskriterien, Betriebliche Strategien bei begrenzter Tätigkeitsdauer	Therapieplanung und -durchführung, Informationsbereitstellung, Technisierte Assistenz, Risikoverantwortung
<b>Implizit</b>	Effizienzerwartung, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Subsidiarität	Ressourcenknappheit, Rationierung, Priorisierung	Arbeitsverdichtung und Komplexitätssteigerung  Morbidität
<b>Binnensteuerung (selbstreferentiell)</b>			
<b>Explizit</b>	Evidenzentwicklung Leitlinien, Behandlungspfade; Genetik Assessment von Bedarfen	Interne Organisations- und Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung, Behandlungspfade, Personalentwicklung, um externe Evidence erkennen und interne aufbauen zu können	Weiterbildung, Akademisierung Semi- und Entprofessionalisierung  Selbstorganisation, Netzwerkbildung Communitarismus
<b>Implizit</b>	Reflexivität im System der Krankheitsbehandlung: Theoriebildung	Kosten- und Innovationsdruck, Marketing, Technisierung	Techniken der Selbstsorge: Gesundheit, Krankheit und Hilfe als Ressource und Sinnstiftung  Ethos, Partizipation

Die Kompetenz, externe Evidence für den Aufbau interner Evidence zu nutzen, Leitlinien, Behandlungspfade, das Versprechen zukünftiger Anpassung der Medikation an die individuelle Genetik dienen diesem Ziel ebenso wie externe und interne Qualitätsentwicklung, die hierarchische Routine-Organisationen erst befähigen soll, auf externe wie interne Evidence zu reagieren. Weiterbildung und Professionsbildung soll die Professionsangehörigen, Selbstorganisation und Netzwerkbildung die Klienten zu dieser individuellen Steuerung selbstbestimmter Partizipation (Inklusion) befähigen (Behrens/Langer 2010a, b). Steuerungsstrategien, die nach dem Neunten Sozialgesetzbuch „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ fördern und ermöglichen sollen, konnten untersucht werden am exemplarischen „Versorgungsproblem“ der medizinischen, pflegerischen, beruflichen und soziale Rehabilitation nach dem Ereignis eines Schlaganfalls – exemplarisch deshalb, weil Rehabilitation explizit und immer mit den Mitteln des Gesundheitswesens die Partizipation (Inklusion) an allen anderen gesellschaftlichen Teilsysteme sichern soll.

Die in den folgenden Kapiteln erörterten und in den Projektpublikationen (siehe Anhang) belegten Projektergebnisse zeigen, dass bei der Analyse von Exklusionsrisiken aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen zwischen dem Zugang und inhaltlicher Zielsetzung bzw. Ausgestaltung dieser Leistungen zu unterscheiden ist. Individualisierung oder individuelle Passfähigkeit ist in den Programmen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall nicht durchgängig zu finden, obwohl die Therapeuten und Einrichtungsleiter die Notwendigkeit hierzu in ihren expliziten Handlungsorientierungen durchaus betonen.

Schon in der medizinischen stationären Rehabilitation unmittelbar nach Schlaganfall deuten sich für Deutschland Versorgungsabbrüche an. Hierzu wurde im Teilprojekt C5 des SFB 580 ein Datensatz verschiedener Datenquellen der Rentenversicherung zusammengefügt und die Darstellung der KTLs (Klassifikation therapeutischer Leistungen) nach Schlaganfall berechnet (vgl. Kapitel 7 in diesem Band). Es entstand einen Überblick über die rehabilitative Versorgung von 4705 Patienten aus vier Bundesländern nach einem Schlaganfallereignis in den Jahren 1996 bis 2006 mit dem Ziel, die Hypothese der bedarfsgerechten (von der Deutschen Rentenversicherung als „evidenzbasiert“ bezeichneten) und individuellen Gestaltung der medizinischen (Anschluss-) Rehabilitation nach dem Ereignis eines Schlaganfalls zu überprüfen. Die ausgewerteten Daten sind Routinedaten der Rentenversicherungen und beinhalten neben Patientencharakteristika insbesondere die Codes der individuell bedarfsgerecht verordneten therapeutischen Leistung nach der Klassifikation Therapeutischer Leistung (KTL). Zur Analyse der KTL wird die im Rahmen des von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) initiierten Leitlinienprogramms von Schönle et al. vorgeschlagene Klassifikation von 8 sogenannten „evidenzbasierten“ Therapiemodulen

(ETM)“ verwendet. Diese wurden gewonnen, indem verschiedene therapeutische Verfahren mit dem gleichen Therapieziel aggregiert wurden. Zusätzlich wurden fünf sogenannte (allein) „praxisbasierte Therapiemodule (PTM)“ gebildet. Individualisierung wird hier konkret bis hin in die Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung im Rahmen der Flexibilisierung und Individualisierung der KTLs aufgegriffen. Die Analysen zeigten, dass der Großteil der Patienten an vielen verschiedenen Therapiemodulen teilnimmt (im Durchschnitt an 7,9 Modulen). Während in den sogenannten „evidenzbasierten Therapiemodulen“ besonders die Therapiemodule zur Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen, finden bei den sogenannten „praxisbasierten Therapiemodulen“ besonders häufig die Module zur Motivationsförderung und der Klinischen Sozialarbeit Anwendung. Dies ist im Hinblick auf die sogenannte Nachsorge interessant, denn in diesen beiden Modulen finden sich die Leistungen, die sich mit der Zeit nach der Rehabilitation befassen. Diese nehmen allerdings in ihren Modulen keinen allzu großen Anteil ein (z. B. h21 „Organisation weiterer Maßnahmen“ lediglich 3,9% aller Leistung im Modul Klinische Sozialarbeit), so dass hier ein Mehrbedarf zu vermuten wäre.

Während die Rehabilitation von Versicherten nach einem Schlaganfall bis auf die individuelle Anpassung überwiegend als zentral und hilfreich angesehen wird, sind Probleme einer anschließenden Versorgung virulent. Schnittstellen und Zufälle prägen hier weitaus mehr das Versorgungsgeschehen, als strukturierte Programme und Behandlungspfade. Ebenso ist die poststationäre Rehabilitation (Nachsorge nach der Anschlussheilbehandlung) von Schlaganfallpatienten in Deutschland uneinheitlich gestaltet, die Kontinuität einer weiteren individualisierten therapeutischen und hauswirtschaftlichen Versorgung hängt weitgehend von den persönlichen Kenntnissen und sozialen Ressourcen der einzelnen Patienten und deren Bezugspersonen ab (also, in der Terminologie Bourdieus, von deren kulturellem, sozialen und ökonomischen Kapital) (Schaepe et al. 2009; Behrens 2009). Alle Befragten berichteten von starken Widerständen bei allen Trägern der Gesundheitsversorgung – diese konnten bei einigen Betroffenen nur mit Unterstützung durch Bezugspersonen, Sozialverbände und/oder Hausärzte überwunden werden, für andere Betroffene fand nahezu keine weitere individualisierte Versorgung poststationär statt, obwohl Therapieeffekte über einen Zeitraum von zwei Jahren nach dem Ereignis eines Schlaganfall belegt sind (vgl. auch Dean et al. 2000).

Die bedarfsgerechte und individuelle pflegerische Versorgung in der Langzeitpflege in Deutschland ist derzeit weitgehend von der Kompetenz der einzelnen Pflegeperson abhängig, die die Verantwortung trägt, den Pflegeprozess zu gestalten. Hier zeigte sich in Bezug auf die Verantwortungsübernahme für den Pflegeprozess und die einzelnen Fähigkeiten der Pflegenden ein sehr heterogenes Bild, das es dem Zufall überlässt, ob es zu einer indivi-

duell, bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung kommt. In der Schweiz (u.a.) wird diesem Problem durch ein systematisches an geriatrischen Problembereichen orientiertes Assessment (Resident Assessment Instrument) beantwortet, welches durch vierteljährliche Erhebungen den Pflegebedarf eines pflegebedürftigen Menschen erfasst und damit die Basis für eine individuelle Pflege legt. Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie, die die Anwendung des Resident Assessment Instruments (RAI) in Deutschland begleitend testete, konnte allerdings bisher der Effekt einer individualisierten pflegerischen Versorgung, der sich in einer Qualitätsverbesserung der Pflege (Qualitätsindikatoren) oder zumindest einem gleichbleibendem Pflegezustand und in der Erhöhung der Lebensqualität des Pflegebedürftigen zeigen sollte, ein Jahr nach Anwendung des Assessments nicht nachgewiesen werden (Becker et al. 2010).

Auf der Ebene der Handlungsorientierung sind also die individualisierenden Handlungsnotwendigkeiten bewusst geworden. Trotzdem reagieren die Akteure auf allen Ebenen auf die Exklusionsrisiken nach Schlaganfall, vor allem in Deutschland, noch vielfach mit Standardprogrammen, die sie selber für zu wenig individuell und zielbezogen halten<sup>5</sup>. Dieser Widerspruch in Deutschland zwischen explizit gesehenen Notwendigkeiten einerseits und institutionellen Praktiken und tatsächlichen Handlungen andererseits geht darauf zurück, dass jede Einrichtung nur für einen begrenzten Abschnitt der Leistungserbringung im Behandlungsnetz zuständig ist. Auch sind je nach Ziel der Rehabilitation andere Einrichtungen und Finanzierungsträger (z. B.

---

5 In der Schweiz sind die Programme in den Rehakliniken individualisierter als in Deutschland, aber es ist die Frage, ob diese individualisierten Programme im ambulanten Bereich durchgeführt werden können. Auch in Schweden wurden unsere Fallvignetten sehr individualisiert bearbeitet und erörtert. Aus vielfältigen Programmen werden in Schweden dem Anspruch nach die individuell passendsten, die in Schweden typischerweise die Betriebe übergreifen (wie dem Anspruch nach in der früheren DDR), herausgesucht: „in-patient reha, day-care units oder home-care „based reha“ mit einem multidisciplinary rehabilitation team with knowledge of stroke care“ Das beansprucht auch die Nationale Leitlinie: „Early discharge from hospital with rehabilitation at home → Health and Medical Care may discharge stroke patients with mild to moderate symptoms from hospital earlier than normal if the patient obtains rehabilitation at home from a multidisciplinary rehabilitation team with knowledge of stroke care“ (vgl. Socialstyrelsen 2009 „Nationella riktlinjer för strokesjukvård. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforstrokesjuk-varld>“). Noch klarer formuliert die schwedische Leitlinie: „För att undvika både under- eller överbehandling, bör sjukvården följaktligen göra skillnad beroende på om patienten har en lång eller kort förväntad överlevnad och också bedöma behandlingens möjligheter att förbättra livskvaliteten för patienten. I den kliniska situationen måste sjukvården alltid göra en individuell bedömning av patientens förväntade livslängd och livskvalitet“, zu deutsch etwa: Zur Vermeidung von Unter- oder Überbehandlung sollen die Überlebenserwartung des Patienten und ebenfalls Behandlungsmöglichkeiten zur Lebensqualitätsverbesserung beurteilt werden. In klinischen Situationen ist immer eine individuelle Beurteilung über Lebenserwartung und Lebensqualität durchzuführen.)

Krankenversicherung vs. Rentenversicherung) zuständig<sup>6</sup>. Diese Zersplitterung oder Gliederung des Systems der Krankenversorgung ist, wie der internationale Vergleich zeigte, ein spezifisch deutsches Phänomen. Kanada, aber auch Italien haben formal ein Versorgungssystem aus einer – föderalstaatlichen und steuerfinanzierten – Hand. Dabei zeigte die Analyse Italiens in unserem Projekt, dass die Teilung sehr vieler Praxen in morgens staatlich finanziert und nachmittags privat zu neuen Exklusionen führt.

Im gegliederten deutschen System werden die spezifischen individuellen Bedarfe, die über funktionale Verbesserungen hinausgehen, wie Sorgen über die Fortsetzung der beruflichen Laufbahn oder die Befürchtung, den Verpflichtungen gegenüber der Familie nicht gerecht werden zu können oder bestimmten Identität stärkenden Tätigkeiten nicht mehr nachgehen zu können, nur teilweise berücksichtigt – trotz des im SGB IX kodifizierten Ziels der Rehabilitation, Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu fördern (vgl. §1 SGB IX). Über die Anschlussrehabilitation wissen Betroffene unseren Interviewern zu berichten, dass zwar Absprachen über den Therapieplan stattfinden, aber darüber hinaus kaum Planungen der weiteren Zukunft bzw. dessen, was mit und nach der Rehabilitation erreicht werden soll.

Sehr unterschiedlich verläuft in der Regel die weitere Nachsorge nach der Akutversorgung und der Anschlussheilbehandlung. Aus den Projekt-Ergebnissen wird deutlich, dass die eigentliche Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall vielfach nicht in der direkten Anschlussrehabilitation erfolgt oder abgeschlossen ist, sondern im weiteren Verlauf bis zu einer Dauer von fünf und mehr Jahren sich stetig entwickeln kann. Allerdings bleibt diese Betreuung über fünf und mehr Jahre weitgehend der individuellen Integrationskompetenz der Rehabilitanden und ihrer privaten Netze überlassen. So gibt es inzwischen eine gewisse Evidence für den rehabilitativen Erfolg von Physiotherapie, auch noch sechs Jahre nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. Die Befunde zeigen somit, dass der Rehabilitationsprozess nach einem Schlaganfall nicht mit dem Verlassen der Akut- oder Rehabilitationsklinik endet. Der weitere Verlauf nach einem Schlaganfall bedarf einer individuellen Antwort, in der der Betroffene seinen eigenen Weg findet, sei es durch Begleitung oder Steuerung oder durch Inanspruchnahme eines per-

---

6 Das gilt noch mehr für Tschechien. Während Deutschland mit dem Sozialgesetzbuch IX, das allerdings wenig Verbindlichkeit im Alltag entfaltet, über einen einheitlichen gesetzlichen Rahmen u.a. für Leistungen zur Teilhabe verfügt, erbringen in Tschechien Krankenversicherung und Rentenversicherung auf unterschiedlicher gesetzlicher Grundlage Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Definierte Kriterien, wie Zeitpunkt der Rehabilitation oder entsprechende Leitlinien für Rehabilitationsprogramme fehlen. Vielmehr bilden unterschiedliche und häufig novelierte Einzelgesetze und Verordnungen, die eine Vielzahl an Beschreibungen von Inhalten und Verfahrensvorgaben enthalten, die Rechts- und Handlungsgrundlage (Lewerenz 2004). Träger der beruflichen Rehabilitation sind die Arbeitsämter. Ein umfassendes System im Sinne einer „comprehensive rehabilitation“ gibt es daher nicht.

sönlichen Budgets, wie es das SGB IX vorsieht. Gerade bei Patienten, die die Rehabilitationsfähigkeit (stationär, ambulant) nicht erreichen und auf häusliche Pflege oder Rehabilitation im Pflegeheim angewiesen sind, werden individuelle Lösungen diejenigen partizipatorischen Elemente nicht erreichen können, die die Chance auf soziale Teilhabe eröffnen. Während aber konsequente Therapien in manchen Fällen trotz bleibender Einschränkung nicht stattfinden, gelingt es anderen Rehabilitanden vor allem mit starker Unterstützung durch Nachbarn, Bekannte, Familienmitglieder oder des Hausarztes und der ambulanten Pflege eine kontinuierliche therapeutische Versorgung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten und für ihre Rehabilitation zu nutzen. Übereinstimmend berichten sie jedoch von deutlichen Schwierigkeiten im Vorfeld der Leistungsgewährung bei allen Trägern der Gesundheitsversorgung. Individualisierung scheint somit eine Prozessvariable zu sein, die sich vor allem auf den fehlenden Zugang und bedingt auch auf die Wahl der Interventionen bezieht. Die Integrationsaufgabe der ausdifferenzierten, spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erfüllen diese nicht, sondern überlassen sie in einem großen Ausmaß den Rehabilitanden, ihren Familien und privaten Netzwerken allein. Die Rehabilitanden und ihre privaten Netzwerke verfügen allerdings über sehr unterschiedliche Ressourcen. Obwohl rehabilitative und allgemeine gesundheitliche Versorgung in Deutschland völlig unabhängig von sozial ungleich verteilten Ressourcen allen, gemäß ihrem Bedarf, zugänglich sein soll und innerhalb einer Einrichtung vermutlich auch ist, verschärft sich soziale Ungleichheit in der Rehabilitation, je mehr die Integrationsaufgabe weitgehend den Rehabilitanden und ihren privaten Netzen überlassen ist. In den Termini Bourdieus: Trotz des Versprechens einer bedarfsgerechten individuellen Versorgung für alle bleibt der Zugang zu diesen Leistungen und ihre Nutzung vom sozialen und kulturellen Kapital abhängig (Behrens 2008)<sup>7</sup>.

## 1.9 Differenzierungsprozesse

Rehabilitation wie auch Pflege greifen, wollen sie wirksam sein, weit in das Wirtschaftssystem aus: Unter ihrem Kriterium der Krankenversorgung „jedem nach seinen Bedürfnissen“ werden Maßnahmen nötig, die den Kriterien

---

7 Auch dies ist in Schweden mit seinen Assessments im Intervall, die von Physio- und Ergotherapeuten in eigener Praxis durchgeführt werden und in betriebsübergreifende Programme eingehen, besser geregelt (Nationale Leitlinie des National Board of Health and Welfare: Socialstyrelsen (2009): Nationella riktlinjer för strokesjukvård) Aber Organisation, Zuständigkeiten, Finanzierung über die Provinzlandtage und Kommunen begleitend auch aktuelle Daten durch das National Board of Health and Welfare: z.B. Socialstyrelsen (2011): Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Delrapport: Landstingens insatser.

„Jedem nach seinen Leistungsbeitrag“ oder „Jedem nach seiner Kaufkraft“ widersprechen. Das hat in der soziologischen Systemtheorie zu der Frage geführt, ob diese Maßnahmen der Krankenversorgung, insbesondere Pflege und Rehabilitation, eher dem System der sozialen Hilfe zuzuordnen sei. Im Unterschied zu anderen kompensatorischen Funktionssystemen ist Soziale Hilfe mit einer Leitdifferenz (helfen / nicht helfen bzw. Fall / kein Fall) beschrieben, der die Notwendigkeit einer Anschlusskommunikation im Rahmen des Konstrukts der „Bedürftigkeit“ definiert (Baecker 1994; Fuchs 1997; Weber/Hillebrandt 1999). Gerade die Klärung der Bedürftigkeit macht aber die Verweigerung der Hilfe erst möglich. Das ist auch für die Posttransformationsgeschichte ein Novum. Denn während es im Übergang von der DDR zum wohlfahrtsstaatlichen System der BRD um den Übergang von betriebsorientierten Hilfen hin zum wohlfahrtsstaatlichen Arrangement ging, wird letzteres nun selber fragil und frakturiert. Aber selbstverständlich knüpfen nicht nur das Funktionssystem Sozialer Hilfen an einem Bedürftigkeitsbegriff an, sondern auch die Systeme der Krankenversorgung und der pflegerischen Gesundheitsförderung. Nur unterscheiden sich diese Bedürftigkeitsbegriffe gravierend: Für den Bedürftigkeitsbegriff der Krankenversorgung und der pflegerischen Gesundheitsförderung ist es völlig unerheblich, ob einer außer krank auch noch schlecht bei Kasse ist. Denn auch bei größtem Reichtum, bei dem „Jeder nach seinen Fähigkeiten“ zahlen soll, bleibt der Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Grundsatz „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ bestehen. Für den Bedürftigkeitsbegriff des Systems sozialer Hilfen ist dagegen die finanzielle Überforderung konstitutiv.

Da in der Rehabilitation und Pflege das System der Krankenversorgung immer schnell in das Wirtschaftssystem ausgreift, ist man gleichwohl häufig versucht, Rehabilitation und Pflege zu zwei Funktionssystemen, nämlich zu den funktionalen Teilsystemen der Krankenbehandlung und der Sozialen Hilfe<sup>8</sup> zuzuordnen. Dafür sprechen auf den ersten Blick Bedarfsprüfungsroutinen, die sich in den einzelnen Staaten unterscheiden: Vor allem „frühe“ Rehabilitation wie im Kontext von Schlaganfall oder anderen neurologischen Erkrankungen ist sowohl vom Konzept als auch von den Strukturen her kaum von akuter Krankheitsversorgung zu unterscheiden und folgt der Leitunterscheidung krank/nicht krank<sup>9</sup> (diese Leitunterscheidung haben gegen Luhmanns Leitunterscheidung „krank/gesund“ Stollberg ebenso wie Behrens und auch Pelikan vorgeschlagen, siehe Kapitel 7.). Sobald eine Reha- oder Pflegeleistung allerdings von einer gezielten Bedarfsprüfung im Sinne einer

---

8 Damit wird die Annahme aufgegeben, eine alleinige Zuordnung zu einem System der Sozialen Hilfe wäre denkbar.

9 Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch die medizinische Behandlung immer im Kontext von Notwendigkeit und Angemessenheit zu sehen ist. Allerdings erfolgte diese Reglementierung durch Recht und Selbstbeschränkung der ärztlichen Disziplin lange Zeit zögerlich oder unbeachtet. Erst jüngere Einnahme-/Ausgabenprobleme haben den Fokus auf diese ärztliche Rationalität und Entscheidungskompetenz gelenkt).

finanziellen Überforderung abhängig gemacht wird, könnten diese Bedarfsprüfungen in den organisierten Gesundheitssystemen Englands und Schwedens, aber auch Deutschlands und der Schweiz, eher als Hinweis auf eine Zuordnung zu einem System der Sozialen Hilfe verstanden werden. Denn ein System der Sozialen Hilfe wird genau anhand dieser Leitdifferenz (helfen/nicht helfen; bzw. Bedarf/kein Bedarf) und der Funktion der Nachsorge durch stellvertretende Inklusion beschrieben. Allerdings erscheint auch der Aspekt der „stellvertretenden“ Inklusion zu eng bemessen und damit unangemessen. Rehabilitanden wegen chronisch behindernder Rückenschmerzen sind eher von Inklusionsproblemen und damit von Exklusion bedroht, als dass bereits von einer verhinderten gesellschaftlichen Teilhabe ausgegangen werden kann.

Insbesondere Pflege lässt sich als Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten/Klienten immer als Kommunikation unter Anwesenden verstehen. Somit ist der Systembegriff auf der Mikro- oder besser Interaktionsebene unhintergebar. Auch auf der Ebene der Organisation (Klinik, Pflegedienst) und der Organisierung der Pflege („Funktions-“ versus „Bezugspflege“) bietet systemtheoretische Analyse ein hohes Erklärungspotenzial.

Auf gesellschaftlicher Ebene liegt aktuell kein einheitliches Verständnis eines Systems der Pflege vor, wobei die Diskussion auf der Folie geführt wird, ob es neben dem Krankheitsbewältigungssystem überhaupt ein Gesundheitssystem gibt. Pelikan und Behrens bejahen diese Frage. Während Hohm (2002) und Behrens (in Schröter 2005) die Identität eines Funktionssystems Pflege betonen, das für Behrens den Kern eines Gesundheitssystems im Unterschied zum System der Krankheitsbearbeitung ausmacht (Behrens 1990, 2009; Pelikan 2007, siehe Kapitel 7), weist Bauch (in Schröter 2005) auf die Integration der Pflege im Medizinsystem (eigentlich nicht Gesundheitssystem) und auf Bezüge zu Alltagsinteraktionen im Kontext von „Hilfe“ hin.

Wie wir in Anschluss an die Kritik an Luhmann von Pelikan (2007), Stollberg (2008, 2009), Behrens (2003, 2001), erörterten, sind die Systeme der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung durch Codes (oder Programme) unterschieden, wobei die Professionen der Pflege, aber auch der Therapie, in beiden Systemen (oder auch Programmen) arbeiten.

## **1.10 Fazit**

Der Systemumbruch nach 1989 ließ sich in diesem Einleitungskapitel als Schub der Ausdifferenzierung von Wirtschafts- und Sozialsystemen begreifen, so dass der Grundsatz „Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten“ auch für die programmatische Zukunft auf das System

der Krankenversorgung eingegrenzt wurde, während in den Wirtschaftssystemen „Jedem nach seiner Leistung“ oder „Jedem nach seinem Erfolg“ oder „seinem Stand“ gilt. Wie insbesondere an der Rehabilitation und der präventiv und gesundheitsfördernd arbeitenden Pflege gezeigt werden konnte, sind die angezielten „outcomes“ des Systems Krankenversorgung nur zu erreichen, wenn pflegerisch, präventiv und rehabilitativ auch in die Wirtschaftssysteme (Arbeitsmärkte, Wohnungsmärkte, kommunale Infrastrukturen) ausgegriffen wird. Für Deutschland nach 1989 und auch in den vergleichend hinzugezogenen Ländern Tschechien, Schweden, Schweiz, Italien gilt der buchstäblich individualisierende Grundsatz „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ als völlig selbstverständliche Norm (nicht als Wirklichkeit) des Systems der Krankenversorgung und er wird zur Begründung der Rationalisierungs-, Evidencebasierungs-, Inklusions- und Integrationsstrategien herangezogen, die seine Geltung in den zersplitterten Einrichtungen der Krankenversorgung und im Kontext der wirtschaftlichen und politischen Systeme der Gesellschaft umsetzen sollen. Die wichtigste dieser Strategien zur Sicherung individueller Bedarfsgerechtigkeit ist die Strategie der Evidencebasierung. Die Erfolge und Ambivalenzen dieser Strategien wurden einer Zwischenevaluation unterzogen. Bezug dieser Zwischenevaluation waren keine abstrakten philosophischen Prinzipien, sondern ein empirisch fassbarer Zusammenhang rechtlich verankerter und institutionell eingespielter Handlungsnormen, die als gerecht gelten, auch wenn sie nicht eingehalten werden. Sie erwiesen die Systeme der Krankenversorgung und der Gesundheitspflege als zentral für die soziologische und politologische Analyse des Zusammenhalts moderner Gesellschaften.

Wenn Gesellschaften in der gesundheitlichen Versorgung das Prinzip der bedarfsgerechten, durch Zahlungsfähigkeit nicht determinierten, Versorgung haben, so muss dieser Bereich hinreichend einfach von dem Rest der Gesellschaft zu trennen sein, in dem gilt, „Jedem nach seiner Leistung“ bzw. „Jedem nach seinem Erfolg“ im Sinne von Fortüne. Das setzt Gesellschaften unter die Challenge der Abgrenzung (Parsons 1977; Behrens 1986). Schon allein diese Challenge der Abgrenzungsnotwendigkeit erfordert ein eigenes ausdifferenziertes System der Krankenversorgung und der vorbeugenden Gesundheitsförderung. Gleichzeitig aber greift dieses System, weil es für selbstbestimmte Partizipation am sozialen Leben gesetzlich zuständig wird, auf dieses soziale Leben, also auf das Wirtschaftssystem, das politische System, das kulturelle System aus, wie wir sahen. Nirgendwo wird das so erlebbar und konkret wie in der pflegerischen, der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation. Man kann diese gleichzeitig als Oxymoron, also als Widerspruch in sich, oder als Dialektik bezeichnen, auf alle Fälle setzt sie eine Dynamik frei, die für moderne Gesellschaften typisch ist. In der DDR – die die gesamtgesellschaftliche und uneingeschränkte Geltung des Grundsatzes „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ dem Kommunismus vorbehielt –

bildete sich eine Art betriebszentrierte, fürsorgliche Bevormundung heraus, in der alten Bundesrepublik eine Art organisierte Unverantwortlichkeit jeweils hoch spezialisierter Einrichtungen, zwischen denen sich Zonen der freien Vernachlässigung ausbreiteten konnten.

## 2 Betriebszentrierte Gesundheits- und Sozialpolitik in der DDR: Rehabilitation und Reintegrationsmechanismen vor der Transformation

*Michael Schubert, Susanne Weidemann, Anke Höhne, Steffen Fleischer, Almuth Berg, Markus Zimmermann, Christiane Becker, Yvonne Selinger, Johann Behrens*

Sobald sich die Vereinigung der ost- und westdeutschen Länder abzeichnete, haben Soziologen die Vereinigung einen „sozialen Großversuch“ genannt (Giesen/Leggewie 1991), einen „forschungspragmatischen Glücksfall, der vor unseren Augen ein „natürliches Experiment“ von Dimensionen ablaufen lässt, die unter „Laborbedingungen“ auch nicht annähernd zu reproduzieren wären“ (Offe 1991: 77). Auf wenige Forschungsgegenstände scheint diese, in den Ohren der beteiligten Personen immer etwas befremdliche, Formulierung so zuzutreffen wie auf die betriebliche Sozialpolitik: In der DDR waren viele Funktionen, die im Westen Deutschlands über Kommunen, spezialisierte freie Träger und Versicherungen erfüllt werden, Gegenstand betrieblicher Sozialpolitik, z. B. Kindergärten, Mittagstische für Rentner, medizinische Versorgung, Ferienheime und viele andere. Bereits kurze Zeit nach dem Systemumbruch haben die Betriebe fast alle diese Funktionen verloren.

### 2.1 Deutungsalternativen, Thesen

Es sind zwei theoretische Positionen konstruierbar, von denen her der Verlust sozialpolitischer Funktionen der Betriebe logisch und damit erwartbar erscheint: nämlich als Bereinigung einer Funktionsüberlastung.<sup>1</sup>

Die erste theoretische Position ließe sich als „marktwirtschaftliche“ bezeichnen, weil sie in der Tradition der schottischen Moralphilosophie Adam Smiths erwarten würde, dass die Kräfte des Marktes, einmal etabliert, die allmähliche Universalisierung betrieblicher auf spezialisierte überbetriebliche Sozialpolitik durchsetzen und damit sowohl die persönliche Abhängigkeit vom einzelnen Betrieb als auch ungleichheitserzeugende Privilegien aus Betriebsmitgliedschaft abschleifen. Das Charakteristische dieser Position ist bekanntlich, dass betriebswirtschaftlicher Vorteil und persönliche Unabhän-

---

1 Eine weitere Hypothese, nach der eher das Gegenteil zu erwarten wäre, folgt zum Ende dieses Kapitels.

gigkeit sowie Gleichheit durch denselben Marktmechanismus befördert werden (Parkin 1974; Behrens 1983).

Die zweite Position würde dasselbe Ergebnis erwarten, aber nicht hauptsächlich vom Markt, sondern vom Korporatismus der Spitzenverbände von Einheitsgewerkschaften, Arbeitgebern, kommunalen und staatlichen Instanzen und intermediären Verbänden: Für die Universalisierung ursprünglich betrieblicher Sozialpolitik zu betriebsunabhängiger und staatlich getragener setzen sich Einheitsgewerkschaften, aber auch Arbeitgeberverbände und Staat aus unterschiedlichen Gründen programmatisch ein (vgl. zum korporatistischen Dreieck Arbeitgeber/Staat/Gewerkschaften: Kreckel 1990). Für die Wohlfahrtsverbände (vgl. zu intermediären Instanzen: Backhaus-Maul/Olk 1991) sind sozialpolitische Aufgaben Betätigungsfelder, deren spezialisierte Bearbeitung über die Bedeutung dieser intermediären Institutionen entscheidet und an denen sie daher ein genuines Organisationsinteresse haben müssen.

Beide Positionen lassen sich – etwas unscharf – als modernisierungstheoretische bezeichnen, insofern sie Indikatoren und Mechanismen der Modernisierung spezifizieren – und nicht einfach Westdeutschland mit der Moderne gleichsetzen und alle Abweichungen davon in den neuen Bundesländern unter Modernisierungsrückstand verbuchen. Umso wichtiger zur Beurteilung ist es daher, die Ausdifferenzierung von Funktionen an rehabilitativen Elementen des Gesundheitssystems der DDR mit besonderer Fokussierung auf das Betriebsgesundheitswesen näher zu beleuchten.

## **2.2 Leitbilder der Rehabilitation in Ost- und Westdeutschland**

Sowohl in der vormaligen DDR als auch in der früheren BRD überwog in der Rehabilitation das Fürsorgeprinzip gegenüber einem, auf persönliche Autonomie abzielenden, Rehabilitationsverständnis. Die Wege zum wichtigsten Ziel der Rehabilitation bei Personen im erwerbsfähigen Alter – die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen und damit die gesellschaftliche Integration zu bewahren – waren dabei unterschiedlich: Während in der DDR v. a. auf die Integrationskraft der Betriebe gesetzt wurde, wies die Bundesrepublik ein ausdifferenziertes System von (außerbetrieblichen) Rehabilitationseinrichtungen auf. Besonders seit dem Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) 2001 wird die individuelle Autonomie der Rehabilitanden gesetzlich stärker gefördert. Durch die Einführung des SGB IX wurde der Teilhabeaspekt als ein Ziel der Rehabilitation deutlich gestärkt. Leistungen zur sozialen Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen (§8 SGB IX), d.

h., einem vorzeitigen Übergang in Rente sollen möglichst Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschaltet werden (Lachwitz et. al. 2001). „Rehabilitation vor Rente“ gewinnt demzufolge zunehmend an Bedeutung, wenngleich diese Leitlinie auch schon vor Einführung des SGB IX bestand (Schütte 2004). Häufig wird daher erst nach mehreren nicht hinreichend erfolgreichen medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitationsleistungen, wenn also wenn die weitere Ausübung der Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist, eine Frühberentung realisiert.

Zwischen den Rehabilitationssystemen in der DDR und der alten Bundesrepublik gab es sowohl Unterschiede als auch bemerkenswerte Gemeinsamkeiten. Zu den Gemeinsamkeiten zählte das Bestreben, die gesellschaftliche Inklusion der Rehabilitanden möglichst durch Erwerbsarbeit zu erreichen. Während die DDR dabei eine ausgesprochene Betriebszentrierung verfolgte, d. h., der Betrieb als Arbeitsplatz war Teil des beruflichen Rehabilitationsprozesses, wurde die Rehabilitation in der alten Bundesrepublik weit überwiegend außerhalb des Betriebes in Rehabilitationseinrichtungen organisiert. Ein weiterer bedeutender Unterschied zwischen den beiden deutschen Staaten bestand darin, dass in der DDR – deutlich aktiver als in der früheren BRD – das Tätigkeitsprofil an das Leistungsspektrum des Rehabilitanden angepasst wurde, als dass Frühberentungen als Mittel eingesetzt wurden, wenn die bisherige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte. In der alten Bundesrepublik mündete hingegen die steigende Arbeitslosigkeit seit Mitte der 1970er Jahre und der mit der Beschäftigungsdauer zunehmende gesundheitliche Verschleiß am Arbeitsplatz in eine wachsende Anzahl von Frühberentungen (Behrens 1994).

Das bundesrepublikanische Rehabilitationskonzept wurde nach 1989 nahezu identisch von den neuen Bundesländern übernommen. U. a. wurde mit dem „Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ vom 27. Juni 1990 das Schwerbehindertengesetz der Bundesrepublik auf die DDR übertragen.

Aus sozialstaatlich-funktionaler Perspektive betrachtet, bildet Rehabilitation innerhalb eines marktwirtschaftlichen Wirtschaftssystems, wie dem der BRD gewissermaßen eine staatliche Regulierungsmöglichkeit, um Nachteile aufgrund von verminderter Leistungsfähigkeit möglichst gering zu halten. Marktorientierte Wirtschaftssysteme arbeiten nach rein leistungs- und in der Folge erfolgs- und machtorientierten Prinzipien, wobei die jeweilige Leistung immer auch einer Wertung unterzogen wird, welche z.B. in ungleicher Entlohnung zum Ausdruck kommt. Innerhalb dieser Funktionslogik wird der Beitrag des Einzelnen ausschließlich an seiner Produktions- und Konsumleistung gemessen, wobei die Person hinter dieser Leistung kein ‚Gesicht‘ besitzt. Hinsichtlich dieser Funktion ist ein Jeder/eine Jede austauschbar.

Dem Staat kommt nun (neben vielen anderen) die Aufgabe zu, die einzelnen „Leistungsträger“ zu verwalten, worauf hin sie als Individuum erst

wahrnehmbar werden, wobei Unterschiede sowohl im Leistungsvermögen als auch in der Bewertung der Leistung über die Höhe der Entlohnung nun zuordenbar zu Tage treten. Um diese nicht überhand nehmen zu lassen (Befriedungspflicht), greift der Staat mit verschiedenen Mitteln (z. B. Sozialgesetzgebung) regulierend in das Wirtschaftssystem ein. Demgegenüber besaß Rehabilitation im Staatssozialismus der DDR eine wesentlich andere Funktion, was die Vergleichbarkeit beider Rehabilitationsbegriffe erschwert.

Das ‚Urprinzip‘ der Rehabilitation, das Bemühen um die soziale Sicherstellung wie auch immer „Geschädigter“, stellte auch in der DDR einen Orientierungspunkt dar – tatsächlich jedoch hielt man dieses Ziel qua Gesellschaftssystem aber für per se erfüllt. Soziale Sicherung war Teil der gesellschaftlichen Praxis. Inhalt und Ziel von Rehabilitation hatten daher über das ‚Urprinzip‘ sozialer Sicherung hinaus weiter zu greifen. Und so war die volle Eingliederung/Wiedereingliederung des Hilfebedürftigen (und damit in der Lesart des Systems für die Gesellschaft „Wertgeminderten“) das Ziel der Bemühungen, um erwerbsbezogene Teilhabe sicherzustellen, dass der gesellschaftlichen Pflicht, die darin bestand, an der Steigerung des Nationaleinkommens (und damit an der ‚Stärkung‘ des Sozialismus) mitzuwirken, wieder/weiter nachgekommen werden konnte.

Konkret bedeutete dies: Anspruch auf soziale Gleichstellung und auf Teilnahme/Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben, so, wie es weitgehend auch die damalige und auch heutige Bundesgesetzgebung fordert.<sup>2</sup> Darüber hinaus bedeutete es aber auch die Verwirklichung des Grundrechtes auf Arbeit und Bildung als Ansprüche, die der „Geschädigte“ nicht nur einfordern konnte, sondern auch musste. Eine Nichtinanspruchnahme dieser Rechte war im Prinzip nicht vorgesehen und konnte, i.S. von ‚sich aus

- 
- 2 §4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe: (1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern, 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern. (2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden. (3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen

der Gesellschaft ausklinken', der Verantwortung der Gesellschaft gegenüber nicht nachkommen' als „asozial“ deklariert und entsprechend negativ sanktioniert werden.<sup>3</sup>

Rehabilitation in der DDR hatte demnach zwei Seiten: Einerseits stellte die Gesellschaft alles, was möglich ist, zur Verfügung, um dem „Geschädigten“ eine (Wieder-)Eingliederung zu ermöglichen. Andererseits wurden klare moralische Ansprüche seitens des Staates dem „Geschädigten“ gegenüber erhoben, im Rahmen seiner Möglichkeiten an einer gelingenden Rehabilitation mitzuarbeiten. Hierbei ist anzumerken, dass eine sogenannte Mitwirkungspflicht des Kranken und Eingeschränkten in vielen modernen Gesellschaften Konsens ist. Allerdings ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Mitwirkungspflicht in einem marktwirtschaftlich orientierten System eine andere Funktion hat, als sie ihr im Staatssozialismus zukam. Während sie in ersterem dem Betroffenen vorrangig dafür sensibilisieren soll, dass der Staat sich nicht bedingungslos kümmert, i.S. von ‚Leistung gibt es nur für Gegenleistung‘, steht im Staatssozialismus etwas ganz anders im Vordergrund: Dem Verlust der Arbeitskraft für die Gesellschaft soll entgegen gewirkt werden.

### 2.3 Das Gesundheitswesen der DDR

Fragt man nach der gesellschaftlichen Selbstbeschreibung des Gesundheitssystems der DDR lässt sich auf einer anderen Ebene konstatieren, dass Gesundheit zu den unmittelbaren Lebensbedürfnissen der Menschen gezählt wurde. Dabei wird Gesundheit als Leistungsvermögen in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht gefasst, welches optimale Beziehungen zwischen jedem Einzelnen und seiner Umwelt (privat als auch gesellschaftlich) ermöglichen und somit körperliches, soziales und geistiges Wohlbefinden sichern soll. Ganz im Sinne der Sozialhygiene wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und Krankheit (auch in Kenntnis der biologischen Ursachen) wesentlich durch soziale Verhältnisse mitbestimmt werden. Entsprechend sind

---

3 StGB der DDR, Fassung vom 28. Juni 1979: "§249. Beeinträchtigung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit durch asoziales Verhalten. (1) Wer das gesellschaftliche Zusammenleben der Bürger oder die öffentliche Ordnung und Sicherheit beeinträchtigt, indem er sich aus Arbeitsscheu einer geregelten Arbeit entzieht, obwohl er arbeitsfähig ist, wird mit Verurteilung auf Bewährung, Haftstrafe oder mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren bestraft. (2) Ebenso wird bestraft, wer der Prostitution nachgeht oder in sonstiger Weise die öffentliche Ordnung und Sicherheit durch eine asoziale Lebensweise beeinträchtigt. (3) In leichten Fällen kann von Maßnahmen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit abgesehen und auf staatliche Kontroll- und Erziehungsaufsicht erkannt werden. (4) Ist der Täter nach Absatz 1 oder 2 oder wegen eines Verbrechens bereits bestraft, kann auf Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren erkannt werden. (5) Zusätzlich kann auf Aufenthaltsbeschränkung und auf staatliche Kontroll- und Erziehungsaufsicht erkannt werden."

nach dieser Sichtweise Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie Teilhabe der in Gesundheit und Leistungsfähigkeit „Geminderten“ Aufgabe der Gesellschaft.

Die Gesundheit des Einzelnen war in der DDR einerseits dessen verankertes Recht. Da aber davon ausgegangen wurde, dass es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung und den ökonomischen Leistungen des Staates gibt, stellte ein Streben nach Gesundheit im Sinne des Staates zugleich auch eine Verpflichtung für den Einzelnen dar. Gesundwerden war so gesehen nicht reine Privatsache, sondern immer auch Ziel zum Wohle der Allgemeinheit (Ahrends 2002: 45).

Das Gesundheitssystem unterschied zwischen Gesundheitsschutz und Gesundheitswesen (Becker 1987: 30). Gesundheitsschutz war danach gesamtgesellschaftliches Anliegen und umfasste alle staatlichen, kommunalen und betrieblichen Maßnahmen, die dem Bedürfnis der Bürger nach Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit Rechnung trugen – wobei davon ausgegangen wurde, dass sich jeder Einzelne aktiv und freiwillig beteiligt, da unmittelbares Eigeninteresse vorliegt. Einsicht in die Richtigkeit hatte zur Akzeptanz des Notwendigen/Erforderlichen zu führen.

Das Gesundheitswesen in der DDR war die gesellschaftliche Institution zur gesundheitlichen Betreuung der Bürger. Vier Grundprinzipien waren leitend:

- (1) die Prophylaxe, deren Ziel es ist, Krankheiten zu verhüten (z. B. durch Schwangerenberatung, Impfpflicht, Arbeitsfreistellung, Schonarbeit) (Becker 1987: 33);
- (2) die Kostenfreiheit und allgemeine Zugänglichkeit jeder medizinischen Hilfe für alle Bürger – unabhängig von der sozialen Stellung, bei freier Arztwahl in einem flächendeckenden System;
- (3) eine angestrebte hohe Qualität der medizinischen Betreuung, die in der Praxis jedoch häufig schwerlich umzusetzen war; sowie
- (4) die Zentralisierung – in Analogie zu den Prinzipien des Staatsaufbaus – wobei die Gesamtverantwortung beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR lag.

Zur Sicherstellung dieser Grundsätze baute die DDR ein engmaschiges Netz von ambulanten Einrichtungen auf, deren Kernstück bekanntlich die Polikliniken und Ambulatorien waren. Mit deren Hilfe wollte man den handlungsleitenden Prinzipien Geltung verschaffen.

Besonders effektiv gelang dies tatsächlich bei der ‚Überwachung‘, ‚Herstellung‘, ‚Erhaltung‘ des Gesundheitszustandes der Erwerbsbevölkerung. Bessere medizinische Versorgung des Einzelnen und Erhaltung der Arbeitskraft für die Volkswirtschaft fielen hier praktisch in eins.

Das Betriebsgesundheitswesen stellte ein System im System dar. Auf die gleiche Art und Weise wie das Gesamtgesundheitsystem zentralistisch aufgebaut und staatlich kontrolliert war, überzog es als flächendeckendes Netz mit Betriebspolikliniken, -ambulatorien, -sanitätsstellen, -krankenhäusern (dazu Frauenruheräume, Nachtsanatorien und Kinderkrippen<sup>4</sup>) das Territorium der DDR.

## 2.4 Das Rehabilitationssystem der DDR

Das Rehabilitationssystem der DDR war Teil des zentralistisch aufgebauten Gesundheits- und Sozialwesens. Der Gesundheitssektor in der DDR wies weder eine Selbstverwaltung noch eine berufsständische Interessenvertretung auf, wie dies vom bundesdeutschen Gesundheitssystem bekannt ist (Belau 1995).

Vom offiziellen Anspruch her galten alle in der Verfassung der DDR verbrieften Grundrechte der Bürger „uneingeschränkt auch für geschädigte Bürger“ (Ministerium für Gesundheitswesen 1987: 18). Unter „Geschädigten“ verstand man dabei

- „Personen, die seit Geburt physisch oder psychisch geschädigt sind,
- Personen, die durch Krankheit, Unfall oder andere Ursachen einen Dauerschaden erlitten haben sowie
- Personen, die durch Krankheit, Unfall oder andere Ursachen funktionell behindert sind“ (Ministerium für Gesundheitswesen 1987: 20).

Das Rehabilitationssystem untergliederte sich in medizinische, pädagogische, berufliche und soziale Rehabilitation. Unter Rehabilitation wurde die „Eingliederung oder Wiedereingliederung Behinderter und Geschädigter in die Gesellschaft“ verstanden (Presber et. al 1973). Die Grundstrukturen der Rehabilitation, die in der DDR in den 1950er Jahren gelegt wurden und die auf einem „gesamtstaatlichen System der Rehabilitation“ (Renker 1982: 6) beruhten, blieben bis zum Ende der DDR relativ stabil.

In ‚Orientierung an Moskau‘ (Renker/Renker 1985: 64) wurde Rehabilitation als ein ganzheitliches System verstanden; darin wurde der Mensch als ‚Organismus und Persönlichkeit‘ zum zentralen Element, beeinflusst von

---

4 Kinderkrippen fielen in der DDR in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitswesens und unterstanden nicht – wie die Kindergärten – dem Ministerium für Volksbildung. Entsprechend erfolgte die Ausbildung der Krippenerzieherinnen in medizinischen und nicht in pädagogischen Fachschulen.

Natur, Umwelt und Geschichte, bestimmt durch eine permanente Rückkopplung zwischen Biologie und dem sozialem Milieu, in welchem er tätig sein konnte. Gesundheit hing vor dieser Folie entscheidend davon ab, welche Rolle der Mensch in seiner sozialen Umwelt wahrnahm bzw. welche ihm zugewiesen wurde. Die Interpretation der menschlichen ‚Natur‘ als eine ‚biosoziale‘ erlaubte es, dass die konkrete Gestaltung von sozialen Rollen, von Pflichten und Rechten, Einfluss auf das Krankheitsbild und eine gelingende Rehabilitation hatte. Die Verantwortung der Gesellschaft ist von daher an dieser Stelle besonders groß – denn sie bestimmt letztlich den Platz des gesunden und des kranken Menschen in der Gesellschaft. In diese Programmatik war auch die Rehabilitation in der DDR eingebunden.

Ausgehend vom wesentlichen Zusammenhang zwischen Vorbeugung, Behandlung und Wiederherstellung der Gesundheit, besaß für den Staatssozialismus Rehabilitation primär humanistische Bedeutung; Vorrang hatte (hier analog zur bundesrepublikanischen Auffassung) die zu leistende Hilfe für den „Geschädigten“. Darüber hinaus bestand das Fernziel jedoch darin, die für die Gesellschaft benötigte Arbeitskraft zu erhalten – was sowohl in individueller als auch in gesamtgesellschaftlicher Hinsicht als erstrebenswert angesehen wurde (Renker/Renker 1985: 21).

Rehabilitation wurde in ihrer programmatischen Selbstbeschreibung als ein etappenweise gliederbarer Komplex verstanden: der medizinischen Rehabilitation folgte die berufliche – immer in Beziehung stehend zur sozialen und pädagogischen<sup>5</sup> Rehabilitation. Die einzelnen Teile waren jedoch so miteinander ‚verwoben‘, dass es, je nach aktuellem Fokus, Gewichtungverschiebungen gab, die verzahnten Strukturen aber im Prinzip immer als ‚Ganzes‘ zu wirken hatten (Ode 1976: 884ff.).

Die *medizinische* Rehabilitation (Becker 1987: 42f.) nach Unfall oder Krankheit zur Wiederherstellung der beeinträchtigten Körperfunktionen gehörte konzeptuell zu jeder ärztlichen Tätigkeit; so auch u. a. des Betriebsarztes. Als Bestandteil des Dispensairesystems wurde medizinische Rehabilitation als Prozess gesehen, der bereits mit Krankheitsbeginn einsetzte und als Fixpunkt stets die Wiederherstellung/Wiedereingliederung im Blick hatte. Neben medizinischem Personal waren in diesen Prozess Psychologen, Pädagogen und Berufsberater eingebunden – vor allem aber der Patient selbst, dessen aktive Beteiligung eingefordert wurde. Dabei galt medizinische Rehabilitation als Bestandteil der regulären gesundheitlichen Versorgung und war eher selten in separaten Anstalten organisiert. Einige Kliniken der DDR hatten sich allerdings auf die Rehabilitation von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern spezialisiert (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Schlaganfall, rheumatische Krankheiten) (Seidel 1991).

---

5 Die pädagogische Rehabilitation bezieht sich vorrangig auf die Förderung von Menschen im Kindes- und Jugendalter und ist im Folgenden nicht Gegenstand der Betrachtung.

An eine optimale Versorgungsstruktur wurden dabei folgende Anforderungen gestellt:

- Rehabilitation musste als Faktum in seiner Bedeutung von allen Beteiligten erkannt werden.
- Rehabilitation hatte Bestandteil der Planvorlage zu sein, es waren verbindliche Vorgaben erforderlich.
- Bedarf und Umsetzbarkeit waren durch die Organe der „Staatsmacht“ ständig zu kontrollieren.
- Die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen hatte die Beziehung zwischen Prophylaxe und Rehabilitation in den Blick zu nehmen, wissenschaftliche Parameter zur Bestimmung der Belastbarkeit des Patienten waren zu erarbeiten.
- Kasuistiken als Beweismittel für richtig durchgeführte Rehabilitation waren zu erstellen.

Die medizinische Rehabilitation ging fließend in die berufliche Rehabilitation und soziale Rehabilitation über. Qua Anspruch war die ärztliche Behandlung erst dann als abgeschlossen zu betrachten, wenn der Patient trotz Leistungsminderung das höchst mögliche Maß an Selbstständigkeit (wieder) erreicht hatte. Am Beispiel der medizinischen Rehabilitation nach Schlaganfall wird im Folgenden das Rehabilitationssystem der DDR skizziert (Höhne et al. 2007).

*Beispiel: Medizinische Rehabilitation bei Schlaganfall in der DDR*

Der Schlaganfall zählte auch in der DDR zu den häufigsten Todesursachen und nahm nach den koronaren Herzkrankheiten und Krebserkrankungen den dritten Platz ein (Wiesner et. al. 1999). Eine der wenigen stationären Einrichtungen zur Rehabilitation von Schlaganfallpatienten war neben dem Klinikum Berlin-Buch das Kreiskrankenhaus Treuenbrietzen. Dieses Krankenhaus hatte sich auf die Rehabilitation von Schlaganfällen spezialisiert und behandelte Patienten aus allen Bezirken der DDR. Die Zeitdauer zwischen dem akuten Ereignis Schlaganfall und der Aufnahme in die Treuenbrietzener Abteilung dauerte gemäß einer 1982 durchgeführten Untersuchung von Rüger (1982) zwischen drei Monaten und 16 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt gab es in der DDR offensichtlich noch kein Versorgungssystem für Schlaganfall, das eine strukturierte nachstationäre Rehabilitationsphase für die entsprechenden Patienten vorsah. Die Autorin dieser Studie (eine Ärztin) fasste die Situation zusammen: „Uns werden häufig Patienten erst angeboten, wenn die ambulante Behandlung versagt hat oder der Behandlungserfolg als zu gering eingeschätzt wird. Hierbei spielt das persönliche Engagement der Angehörigen beim Suchen nach Wegen zur Verbesserung der Lebenssituation der

Betroffenen eine große Rolle. Auch sehr viele Problemfälle werden uns zugeführt, bei denen der Insult schon lange Zeit zurückliegt und ein hoher Grad an körperlicher und geistiger Behinderung einen großen pflegerischen Aufwand mit sich bringt“ (Rüger 1982: 10).

In die Treuenbrietzener Abteilung wurden v. a. jüngere Patienten mit guten Rehabilitationsaussichten aufgenommen. Das Durchschnittsalter lag bei Männern bei 51,3 Jahren und bei Frauen bei 48,2 Jahren. Von den 200 in die Untersuchung von Rüger (1982) einbezogenen Schlaganfallpatienten wurden 39 % nach dem stationären Aufenthalt wieder erwerbstätig.

In der Untersuchung von Stojanow (1986), die 197 Schlaganfallpatienten im erwerbsfähigen Alter, die zwischen 1980 und 1985 in der II. Geriatrischen Klinik des Klinikums Berlin-Buch (die nicht zur Leiteinrichtung für Rehabilitation, der Klinik für Rehabilitation, in der DDR gehörte) rehabilitiert wurden, zur Grundlage hatte, wurde auch die berufliche Situation vor und nach dem Krankheitsereignis erfragt. Die meisten Rehabilitanden blieben nach dem Schlaganfall auf dem gleichen Arbeitsplatz. Berufliche Veränderungen fanden eher bei Arbeitern statt, die aufgrund der häufig mit dem Krankheitsbild verbundenen Einschränkungen der motorischen Fähigkeiten ihren früheren Beruf nicht mehr ausüben konnten und zu eher einfachen Tätigkeiten mit einem niedrigen beruflichen und motorischen Anforderungsniveau wechselten, wie einer Pförtner Tätigkeit oder Büro- oder Lagerarbeit. Alle berufstätigen Schlaganfallpatienten mit einem Hochschulabschluss verblieben hingegen auf ihren alten Arbeitsplätzen, wengleich sich ihr Tätigkeitsspektrum u. U. etwas änderte. Fast ein Drittel der arbeitenden Schlaganfallpatienten klagte der Untersuchung zufolge über Unterforderung im Beruf, die auf die krankheitsbedingte Einschränkung des Tätigkeitsspektrums zurückzuführen war. Der sozialen Unterstützung durch die Familie und das Arbeitskollektiv konnte in der Untersuchung von Stojanow (1986) ein großer prognostischer Wert für den erfolgreichen Verlauf des Rehabilitationsprozesses zugesprochen werden (vgl. auch die Ergebnisse von Thier 1984).

Ab 1983 gab es sog. Rehabilitationskuren für Schlaganfallpatienten, die an vier Kureinrichtungen (Bad Elster, Bad Lausick, Bad Gottleuba und Bad Liebenstein) durchgeführt wurden (Müller/Zippel 1986; Speer 1990). Einige Kureinrichtungen in der DDR wurden demzufolge für das schwere Krankheitsereignis Schlaganfall geöffnet. Das therapeutische Programm war dabei für Schlaganfallpatienten in diesen Kureinrichtungen mit dem einer Rehabilitation vergleichbar. Aus Kapazitätsgründen konnten diese Kuren allerdings nur in sehr begrenzter Anzahl angeboten werden.

Die *soziale* Rehabilitation, als ein weiterer Bestandteil der komplexen Rehabilitation, umfasste all die Maßnahmen und Bedingungen, die zum systematischen Abbau derjenigen sozialen Nachteile führte, welche aus der gesundheitlichen Schädigung erwachsen.

Medizinische Behandlung und berufliche Rehabilitation<sup>6</sup> allein bedingten nicht zwangsläufig eine soziale Ein- oder Wiedereingliederung des „Geschädigten“, ohne die jedoch der Prozess der Rehabilitation nicht als abgeschlossen angesehen wurde.

Dem Grundsatz nach erforderte ein gelingender Rehabilitationsprozess auch eine soziale Rehabilitation, die idealerweise an bestimmte Bedingungen geknüpft war (Renker/Renker 1985: 205). Danach waren soziale Sicherheit, die Bereitstellung technischer Hilfen, geeignete Wohnmöglichkeiten für psychisch und physisch Behinderte, die Zugänglichkeit von Infrastruktur, Freizeit-, Ferien- und Urlaubsmöglichkeiten und familiäre Unterstützungsangebote grundlegende Voraussetzungen, um dem selbstverordneten Ideal nahe zu kommen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass es gerade bei der benannten Bereitstellung von technischen Hilfen und geeigneten Wohnräumen erhebliche Defizite gab (Mecklinger 1998: 16).

Die Aufgaben der sozialen Rehabilitation erstreckten sich von der Anerkennung und Einstufung als „Geschädigter“ und der Ausgabe von Beschädigtenausweisen über die Gewährung finanzieller Beihilfen (Pflegegeld, Blindengeld, auch einmalig für Arbeits- und Hilfsmittel), Unfall-, Invaliden- oder Altersrenten, Sachleistungen der Sozialversicherungen bis hin zur Bereitstellung von geeignetem Wohnraum und der Schaffung von Wohnheimen. Auch die rehabilitative Ferien- und Urlaubsgestaltung, die Tagesbetreuung „Geschädigter“ und der Abbau von Barrieren im öffentlichen Raum waren Bestandteil der sozialen Rehabilitation.

## **2.5 Rechtliche Grundlagen und historische Entwicklungslinien der Betriebszentrierung des rehabilitativ wirkenden Gesundheits- und Sozialwesens**

Rehabilitation, insbesondere berufliche Rehabilitation, war in der DDR betriebszentriert ausgerichtet, d. h. bei gesundheitsbedingten Exklusionsrisiken sollte Inklusion v. a. über die Teilhabe am Erwerbsleben im (bisherigen) betrieblichen Kontext gewährleistet werden (Ministerium für Gesundheitswesen 1987; Lange et al 1993). Dabei wurde in der Verfassung der DDR nicht nur das Recht auf Arbeit, sondern auch die Pflicht zur Arbeit festgeschrieben.<sup>7</sup>

---

6 Zur beruflichen Rehabilitation später differenziert im Fortgang des Textes.

7 „Jeder Bürger der Deutschen Demokratischen Republik hat das Recht auf Arbeit. Er hat das Recht auf einen Arbeitsplatz und dessen freie Wahl entsprechend den gesellschaftlichen Erfordernissen und der persönlichen Qualifikation. Das Recht auf Arbeit und die Pflicht zur Arbeit bilden eine Einheit“ (Verfassung der DDR vom 7.10.1974, Artikel 24).

Das Betriebsgesundheitswesen der DDR hat in der Gesamtstruktur des Gesundheitswesens frühzeitig eine Sonderstellung erlangt. In Bezug auf den beruflichen Rehabilitationsprozess kam dem Betrieb, in dem der Rehabilitand vor dem Krankheitsereignis beschäftigt war, eine besondere Verantwortung für die Inklusion ins Erwerbsleben zu. Die Betriebe waren für die Beschäftigung, Aus- und Weiterbildung behinderter bzw. „geschädigter“ Bürger verantwortlich (Lange et al 1993; Kraus 1994). Eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb war demzufolge nach allen Möglichkeiten zu prüfen, ggf. war der Arbeitsplatz an die Bedürfnisse des Rehabilitanden anzupassen.

Historisch betrachtet kam dem Betriebsgesundheitswesen bereits nach Ende des II. Weltkrieges im sowjetisch besetzten Teil Deutschlands relativ bald eine zentrale Stellung innerhalb des Gesundheitsschutzes zu. In den vom ZK der SED am 31. März 1947 beschlossenen gesundheitspolitischen Richtlinien wurde die weitere Entwicklung des sozialistischen Gesundheitswesens festgelegt und die Verstaatlichung desselben angekündigt (Renker/Winter 1981: 202).

Mit den am 9. Oktober und am 11. Dezember 1947 erlassenen SMAD-Befehlen Nr. 234 („Über die Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitsproduktivität und zur weiteren Verbesserung der materiellen Lage der Arbeiter und Angestellten in der Industrie und im Verkehrswesen“) und Nr. 272 („Über die Errichtung von Ambulanzen und Polikliniken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung in der SBZD“), welche u.a. die Verortung und die Aufgaben der Polikliniken innerhalb des Gesundheitswesens bestimmte, wurden die Weichen gestellt für die Umsetzung der Idee in die Praxis. Punkt 11 des Befehles 234 („Zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten in den Betrieben der sowjetischen Zone“) verpflichtete dabei die Länder, in den Betrieben flächendeckend je nach Anzahl der Beschäftigten Sanitätsstellen und Betriebspolikliniken einzurichten und stellte damit so etwas wie die „Geburtsstunde des Betriebsgesundheitswesens“ in der DDR dar. Für die medizinische Betreuung ihrer Mitarbeiter zu sorgen, wurde damit qua Rechtsnorm zu einer genuinen Betriebsaufgabe. Das war in dieser Form neu, da es sich hierbei nicht um eine freiwillige Selbstverpflichtung des jeweiligen Betriebes handelte sondern, zentralistisch angeordnet, für alle größeren Betriebe (die die kleineren mit zu betreiben hatten) ab einer Beschäftigtenzahl von 200 zur Pflicht wurde.

Mit Gründung der DDR trat am 7. Oktober 1949 eine Verfassung in Kraft, welche in Artikel 15 das Recht auf Arbeit festschrieb und den Staat dazu verpflichtete, für die Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung Sorge zu tragen (Artikel 16 und 18).

Konkreter wurden diese Forderungen im „Gesetz für Arbeit zur Förderung und Pflege der Arbeitskräfte, zur Steigerung der Arbeitsproduktivität und zur weiteren Verbesserung der materiellen und kulturellen Lage der

Arbeiter und Angestellten“ vom 19. April 1950. Hinsichtlich des Gesundheits- und Arbeitsschutzes wurde hier neben der Arbeitszeit (§40), dem Schutz der Arbeitskraft (§§41-44), dem besonderen Schutz der Jugendlichen und Frauen (§§45-47) und der Arbeitsschutzbekleidung (§48) in den Paragraphen 49-51 die Gesundheitsfürsorge geregelt und Bezug auf die Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Arbeiter und Angestellten genommen. Dass der Gesundheitsbegriff hierbei ein ganzheitlicher war, wird daran deutlich, dass neben der ärztlichen Betreuung und Behandlung auch für eine Befriedigung materieller und kultureller Bedürfnisse von Seiten des Betriebes zu sorgen war. Die Verpflichtung des Betriebes, „die kulturelle Gestaltung der Freizeit der Arbeiter und Angestellten durch entsprechende Einrichtungen zu fördern“ (§58), verdeutlichte beispielhaft die gesetzlich festgelegte Multifunktionalität von Betrieben. In der Folgezeit wurden verschiedene Verordnungen und Durchführungsbestimmungen erlassen, die die Aufgaben des Betriebsgesundheitswesens konkretisierten, um es zu einer tragenden Säule des sozialistischen Gesundheitswesens werden zu lassen, z.B. die 1. Durchführungsbestimmung (DB) zum §28 des „Gesetzes der Arbeit“ zur Einbeziehung der Schwerbeschädigten in den Produktionsprozess (18.12.1951) oder die „Verordnung (VO) über die weitere Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Arbeiter und Rechte der Gewerkschaften“ (10.12.1953) mit ihrer 1. DB (vom 15.03.1954), in welcher die Erweiterung des Netzes der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens bestimmt wird, mit ihrer dazugehörigen Richtlinie zur Erweiterung, Ausstattung und Gestaltung der benannten Einrichtungen. Zu erwähnen wäre an dieser Stelle auch die 7. DB zu oben genannter VO, welche am 23. Juni 1955 in Kraft trat und die Ärztlichen Reihenuntersuchungen der Arbeiter regeln sollte. Mit ihr wurde erstmals die „kontinuierliche arbeitsmedizinische Überwachung der Werktätigen gesetzlich abgeordnet und geregelt“ (Klatt/Schindler/Konetzke 1985: 19).

Das am 12. April 1961 in Kraft tretende „Gesetzbuch der Arbeit der DDR“ löste das „Gesetz der Arbeit“ aus dem Jahr 1950 ab. Der neue Gesetzestext war sehr viel umfangreicher (155 Paragraphen statt der bisherigen 60) und enthielt ein für unsere Fragestellung relevantes achttes Kapitel, welches neben der Sozialversicherung auch den Gesundheits- und Arbeitsschutz zum Thema hatte. Hier bestimmte das Gesetz, deutlich detaillierter als sein Vorgänger, die Pflichten des Betriebes bezüglich der Gesunderhaltung und – im Falle eingetretener Erkrankung – der Gesundung seiner Arbeiter und Angestellten. In den Fokus hatte dabei auch die ‚Ursachenbekämpfung‘ zu gelangen. Betriebsleiter und Leiter des Betriebsgesundheitswesens hatten kontinuierlich den Kranken- und Unfallstand zu erheben, auszuwerten und nach geeigneten Maßnahmen zu suchen, um die Ursachen zu beseitigen oder zumindest zu mindern (§92).

Ab 1962 wurde ebenso das System der sog. Geschützten Arbeit für gesundheitlich hochgradig eingeschränkte Bürger umfangreich ausgebaut und 1969 in der „Anordnung Nr. 1 zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden“ festgeschrieben. Geschützte Arbeit meint dabei die Etablierung bzw. das Vorhalten von Arbeitsplätzen für Personen mit (dauerhaft) geminderter Leistungsfähigkeit, wobei diese Arbeitsplätze zumeist innerhalb der jeweiligen Betriebe angebunden waren (zur Geschützten Arbeit später mehr).

Die „Anordnung Nr. 1 zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden“ vom 26.8.1969 verpflichtete die Betriebe ausdrücklich, Arbeitsplätze für Geschädigte zu schaffen und entsprechend zu gestalten. Die Betriebe wurden in dieser Anordnung explizit aufgefordert, die „Rehabilitanden entsprechend ihrem physischen und psychischen Leistungsvermögen systematisch zu fördern und in die betriebliche Qualifizierung einzubeziehen“ (§7) (Ministerium für Gesundheitswesen 1987). Diese Verpflichtung beinhaltete die Aufforderung, ggf. notwendige berufliche Qualifizierungsmaßnahmen seitens der Betriebe zu ermöglichen und die Qualifizierungskosten zu übernehmen. Durch ein umfangreiches Prämiensystem, das den Betrieben speziell für Geschädigte auf geschützten Arbeitsplätzen zur Verfügung gestellt wurde, sollten darüber hinaus finanzielle Anreize zur Mitarbeit der Betroffenen gesetzt werden. Die Betriebe, die „Rehabilitanden außerhalb des Arbeitskräfteplanes beschäftigten“, erhielten zur „materiellen Stimulierung dieser Werk-tätigen“ und für deren „kulturelle und soziale Betreuung“ zusätzliche Prämienmittel (Anordnung Nr. 2 zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden“ von 1973) (Ministerium für Gesundheitswesen 1987).

In summa hatte so der Betrieb dafür Sorge zu tragen, dass ein Werk-tätiger, der aus gesundheitlichen Gründen seiner bisherigen Arbeit nicht mehr nachgehen konnte, auf einen seinen Möglichkeiten entsprechenden Arbeits-platz versetzt wurde. Bereits frühzeitig wurde in der DDR versucht, mög-lichst viele „Versehrte“ für eine Mitarbeit bei ihrer eigenen „beruflichen Wiederherstellung“, wie es im Sprachgebrauch der Rehabilitation in der DDR hieß, zu motivieren. Neben dem Recht auf Hilfe im Krankheitsfall wurde (vergleichbar der Betonung der Einheit des Rechtes auf Arbeit und der Pflicht zur Arbeit in der Verfassung der DDR) auch die Pflicht zur Mithilfe bei der „beruflichen Wiederherstellung“ betont.

Neben dem „Gesetzbuch der Arbeit der DDR“ regelten zahlreiche Rechtsvorschriften und Standards verschiedenste Aspekte des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes.<sup>8</sup> Im neuen „Arbeitsgesetzbuch der Deut-schen Demokratischen Republik“ vom 16. Juni 1977 sind gesundheits- und arbeitsschutzrelevante Sachverhalte in Kapitel 10 des Gesetzes zusammenge-

---

8 In dieser Zeitperiode wurden dazu 40 Anordnungen, 10 Richtlinien, 15 Durchführungsbestim-mungen, 2 Durchführungsverordnungen, 7 Verordnungen, 4 Vereinbarungen, 7 Hinweise und 4 Mitteilungen erlassen, um die Rechtslage an die gesellschaftlichen Entwicklungen anzupassen (Kreibich/Kühn/Kupfer 1999, Kapitel 8)

fasst. §200, Abs. 3 schrieb den Betrieben klar vor, dass Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens zu schaffen und zu unterhalten seien.

Darüber hinaus legte das neue Gesetz auch fest, dass die Werk­tätigen in die arbeitsmedizinische Dispensairebetreuung einzubeziehen sind. Ziel der Dispensairebetreuung war eine fürsorglich orientierte, kontinuierliche, allseitige, aktive medizinische Betreuung über das gesamte Leben hinweg, wobei die Inhalte über kurative Aufgaben hinaus die Förderung, Erhaltung und Entwicklung der Leistungsfähigkeit des Menschen im Blick hatten (Markgraf 1989: 8). Die Dispensairebetreuung einte alle Bereiche des DDR-Gesundheitswesens und umfasste somit auch das Betriebsgesundheitswesen. Zum Spektrum der betrieblichen Dispensairebetreuung gehörten, neben der systematischen Überwachung des Gesundheitszustandes der Erwerbstätigen und der medizinischen Behandlung, auch spezifische Maßnahmen, wie Arbeitsplatzwechsel und Umschulung, arbeitshygienische Sanierung des Arbeitsplatzes, Anpassung der Arbeitsbedingungen an die Leistungsfähigkeit des Betroffenen sowie soziale Betreuungsmaßnahmen.

Im Arbeitsgesetzbuch der DDR (1977, §216, §219) wurden auch die Verpflichtungen der Betriebe bei Erwerbsminderung eines Erwerbstätigen festgelegt: „Wird ärztlich festgelegt, dass der Werk­tätige wegen vorübergehender Minderung der Erwerbsfähigkeit oder zum vorbeugenden Gesundheitsschutz die vereinbarte Arbeitsaufgabe unter den bisherigen Bedingungen zeitweilig nicht ausführen kann, hat der Betrieb durch Einschränkung der Arbeitsaufgabe, Veränderung der Bedingungen am Arbeitsplatz oder Veränderung der Arbeitszeit die Weiterbeschäftigung des Werk­tätigen mit dieser Arbeitsaufgabe zu ermöglichen oder ihm eine zumutbare andere Arbeit zu übertragen.“ Ein Instrument zur Erfüllung dieser Vorgabe ist neben der geschützten Arbeit die ebenfalls 1977 eingeführte, zeitlich befristete Schonarbeit für krankheitsbedingt leistungsgeminderte Werk­tätige als betriebliche Aufgabe und Verpflichtung (auch dazu später mehr).

Dem „Arbeitsgesetzbuch der DDR“ von 1977 folgten relativ zeitnah verschiedene Verordnungen, die auch die Aufgaben des Gesundheitswesens innerhalb der Betriebe präzisierten. Grundlegend für das Betriebsgesundheitswesen wurde dabei die am 11. Januar 1978 in Kraft getretene „Verordnung über das Betriebsgesundheitswesen und die Arbeitshygieneinspektion“. Wenn in der Rückschau vom DDR-Betriebsgesundheitswesen die Rede ist, dann liegt dem Gemeinten wohl vor allem dasjenige zugrunde, was in Folge dieser Verordnung umzusetzen versucht wurde. Darin wurden sehr detailliert Aufgaben, Struktur, Rechte und Pflichten der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens dargelegt. Diese Verordnung definiert u. a. Geltungsbereich, Verantwortlichkeiten und Stellung des Betriebsgesundheitswesens innerhalb des staatlichen Gesundheitswesens. Des Weiteren wurden hier die Aufgaben festgelegt, die Rechte und Pflichten der Einrichtungsleiter des Betriebsgesundheitswesens gegenüber dem Betrieb definiert. Es wurde fest-

geschrieben, wer das Betriebsgesundheitswesen zu planen und organisieren habe und welche Stellung und Aufgaben die Arbeitshygieneinspektionen übertragen bekommen sollten. Im Detail bestimmte §3 die Aufgaben von Betriebspolikliniken, -ambulatorien, -sanitätsstellen und -krankenhäusern. Die Zuständigkeit für Leitung, (Rahmen-)Planung und Organisation lag dabei bei den Räten der Bezirke und Kreise, die auf Grundlage zentraler staatlicher Plankennziffern, volkswirtschaftlicher Erfordernisse und der jeweiligen konkreten Situation, Arbeitshygiene und Gesundheitszustand der Belegschaft, entsprechende Entscheidungen zu treffen hatten (§9, Abs. 1). Die Erfüllung betriebsärztlicher Aufgaben durch das Betriebsgesundheitswesen umfasste dabei auch die medizinische Behandlung im Betrieb und im regionalen Umfeld.<sup>9</sup> Die Betriebe waren so durchaus angehalten, auch die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung im Territorium mit abzudecken (§9, Abs. 2). Koordiniert wurde diese Zusatzaufgabe durch die jeweiligen Kreisärzte.

Finanziert werden sollte das Betriebsgesundheitswesen wie alle betrieblichen Einrichtungen und Maßnahmen zum einen durch a) eigene Einnahmen der Betriebe (z. B. Mieteinnahmen für Werkswohnungen, Pachteinnahmen, andere Nutzungsentgelte) und zum anderen über b) Kostenerstattungen (z. B. für Arbeitsschutz- und Hygienekleidung, medizinischen Bedarf oder Pflegekosten in Kindereinrichtungen). Kostenteile, die dadurch nicht gedeckt wurden, sollten sich durch Zuschüsse aus dem Kultur- und Sozialfond egalalisieren<sup>10,11</sup>. Rückblickend betrachtet, erwies sich die Form der Finanzierung als unrealistisch, da die Betriebe selbst nicht in der Lage waren, die erforderlichen Mittel zu erwirtschaften. Letztlich erfolgte die Finanzierung zu 70% über den Staatshaushalt (Schulz 1990: 640).

1990 bestand ein flächendeckendes Netz mit 122 Betriebspolikliniken, 306 Betriebsambulatorien, 1683 Arzt- und 1327 Schwesternsanitätsstellen (hinzu kamen Frauenruheräume, Nachtsanatorien und Kinderkrippen, sowie einige wenige Betriebskrankenhäuser, insbesondere im Bergbau und der Chemischen Industrie), mit insgesamt etwa 18.500 Vollbeschäftigteneinheiten (Quelle: Das Gesundheitswesen der DDR, Ausgabe 1972, S. 198; Ausgabe 1981, S. 223; Ausgabe 1989, S. 251), die sich, unter Berücksichtigung von Teilzeitbeschäftigung, auf etwa 20.500 Personen verteilten (Schulz 1990: 641).

---

9 In der damaligen BRD dagegen hatten unter anderen die niedergelassenen Ärzte durchgesetzt, dass Betriebsärzte keine behandelnden Ärzte in der Behandlungskette waren.

10 Vgl. §4, Abs. 3, „AO über die Finanzierung der betrieblichen Einrichtungen und Maßnahmen zur Betreuung der Werktätigen – Finanzierung der betrieblichen Betreuung“ vom 28. März 1972.

11 Vgl. Behrens (1993) zur großen Bedeutung der Sozialfonds der Betriebe für ihr Ziel, Arbeitskräfte von anderen Betrieben abzuwerben und damit einen „Arbeitsmarkt“ zu etablieren.

Der besondere Stellenwert des Betriebsgesundheitswesens in der DDR ist auch vor dem Hintergrund der Arbeitsbedingungen in vielen DDR-Betrieben zu sehen: Fast ein Viertel der Beschäftigten arbeitete unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen; bei den in der Produktion Beschäftigten war es gar über ein Drittel. Häufigste Schadfaktoren waren Lärm und körperliche Schwerarbeit (Schulz 1990: 639). Entsprechend der bestehenden Möglichkeiten war das Ziel der arbeitsmedizinischen Betreuung die Sicherstellung der Prävention, Kuration und Rehabilitation, wobei ein Instrument regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen der Beschäftigten darstellte.

## **2.6 Umsetzungsorgane rehabilitativer und betriebszentrierter Gesundheitspolitik: die Rehabilitationskommissionen**

Um die vorgestellten Maßgaben zur Rehabilitation zielgerichtet und wirksam durchsetzen zu können, wurden bereits 1961 beim Ministerium für Gesundheitswesen sowie bei den Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen der Räte der Bezirke, der Stadt- und der Landkreise und der Stadtbezirke Rehabilitationskommissionen gebildet.

Der Kommission für Rehabilitation beim Ministerium für Gesundheitswesen gehörten ein Vertreter der Staatlichen Planungskommission, Vertreter der involvierten Ministerien (Bildung, Finanzen), Vertreter der Forschergruppe „Rehabilitation“, Vertreter von Gewerkschaft und DRK, Vertreter der Volkssolidarität und Betroffene an.

Verantwortlich für die Umsetzung und Ausgestaltung der dargelegten rehabilitativen Aufgaben zeichneten in der Regel die örtlichen Organe; die Kreisrehabilitationskommission übernahm dabei die Koordinierungsfunktion. In den Rehabilitationskommissionen auf Kreis- und Bezirksebene arbeiteten Ärzte, das Amt für Arbeit, Vertreter des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB), Mitarbeiter der Sozialverwaltung sowie des örtlichen Rates und geschädigte Bürger zusammen. Den Rehabilitationskommissionen kam dabei eine beratende und unterstützende Funktion zu; sie sollten ein Bindeglied zwischen den Interessen des gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und den Entscheidungsgremien der Abteilungen des Sozial- und Gesundheitswesens bilden. Das Aufgabenspektrum beinhaltete dabei Beratung und Unterstützung auf allen Ebenen des Rehabilitationsprozesses: angefangen bei der medizinischen Betreuung über die schrittweise Einbeziehung in den Arbeitsprozess bis hin zu sozialer Betreuung (Hausbesuche, Beratung, Ermöglichung von Erholungsfürsorge) und Betreuung im kulturellen und gesellschaftlichen Bereich.

Darüber hinaus war die Rehabilitationskommission dafür verantwortlich, individuelle Rehabilitationspläne zu erstellen, in welchen bestehende Rehabilitationsmöglichkeiten zur Wiederherstellung des Leistungsvermögens als auch entsprechende Mittel dazu festgeschrieben wurden (Presber et al. 1979: 89). Die Arbeitsgruppe „berufliche Rehabilitation“ der Kreisrehabilitationskommission entschied auch, für wen ein geschützter Arbeitsplatz erforderlich war (Mandel 1988). Diese Entscheidung wurde zuvor mit dem Amt für Arbeit beim zuständigen Rat des Kreises abgestimmt.

War der Betreffende in einem volkseigenen Betrieb (VEB) beschäftigt, oblag dem Betrieb die Verantwortung für den Rehabilitanden. Um diesen Aufgaben angemessen Rechnung tragen zu können, wurde, in Analogie zu den Rehabilitationskommissionen des Kreises, mit der „Anordnung über die Bildung und Tätigkeit von Rehabilitationskommissionen“ vom 14. Juni 1978 die Bildung von eigenständigen Betriebsrehabilitationskommissionen angewiesen. Die Betriebsrehabilitationskommission fungierte als beratendes Gremium des Betriebsleiters im Sinne des Gesundheits- und Arbeitsschutzes „leistungsgeminderter Werktätige und Rehabilitanden“ (Ministerium für Gesundheitswesen/Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR 1987: 21).

Die Bildung einer Betriebsrehabilitationskommission war demnach gesetzlich verpflichtend (§3 der Anordnung vom 14. Juni 1978) und für folgende Aufgabenbereiche vorgesehen (§4): Im Zentrum hatte die Vorbereitung des Arbeitseinsatzes „leistungsgeminderter Werktätiger“ zu stehen, die, einzelfallbezogen, auf der Grundlage von ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten erfolgen sollte. Die diesbezüglichen Beratungen hatten dabei a) der Klärung zu dienen, welche Ausbildung, welche Arbeitsinhalte, welche Arbeitszeit, welche technischen Hilfsmittel, hinsichtlich des individuell gestalteten oder geschützten Arbeitsplatzes, sinnvoll sein könnten und ob ein Arbeitsplatzwechsel oder Schonarbeit angezeigt sei. Daneben waren b) Vorschläge für spezielle medizinische Betreuungsmaßnahmen, wie Kuren, Dispensairebetreuung, Arbeits- oder Physiotherapie zu unterbreiten, c) durch Gespräche das Verständnis für den Rehabilitanden im u. U. neuen Umfeld zu fördern und d) ‚Sozialmaßnahmen‘ einzuleiten, wie Anpassung der Wohnbedingungen, bei Jugendlichen u. U. Internatsunterbringung, individueller Personentransport vom und zum Arbeitsplatz.

Über den Einzelfall hinaus wurden den Betriebsrehabilitationskommissionen aber auch übergeordnete betriebliche Aufgaben zuteil, wie die „Förderung des Verständnisses für den leistungsgeminderten Werktätigen und die Vorbereitung seiner Eingliederung in das Arbeitskollektiv“ (Mandel 1988). Zu diesen Aufgaben zählten auch strukturelle Fragen, die im Zusammenhang mit der Rehabilitation im Betrieb auftretende Probleme betrafen (z.B. die weitere Schaffung geschützter Arbeitsplätze, Erarbeitung von Übersichten über die für Rehabilitanden in Frage kommenden Arbeitsplätze), zu denen Empfehlungen abgegeben wurden. Des Weiteren hatten die Betriebsrehabili-

tationskommissionen eng mit den Betriebsrehabilitationskommissionen anderer Betriebe<sup>12</sup>, der Ärzteberatungskommission des eigenen Betriebes, Ärzten der ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen, den Ämtern für Arbeit, den geschützten Werkstätten des Gesundheitswesens und z. T. auch mit den allgemeinbildenden Schulen zusammenzuarbeiten. Die fachliche Anleitung erfolgte durch die entsprechende Kreisrehabilitationskommission.

Auch die Zusammensetzung der Betriebsrehabilitationskommissionen war gesetzlich vorgeschrieben. Neben dem Ökonomischen Leiter und dem Leiter der Kaderabteilung des Betriebes gehörten ihr der Sicherheitsinspektor, der Vorsitzende des Rates für Sozialversicherung, der Betriebsarzt und ein bis zwei „geschädigte Werktätige“ des Betriebes an, welche durch Betriebsleiter und Betriebsgewerkschaftsleitung bestimmt wurden. Die Leitung des Gremiums wurde vom Betriebsleiter aus dem genannten Personenkreis heraus bestimmt.

## 2.7 Berufliche = Betriebliche Rehabilitation

Bereits einführend wurde verdeutlicht, dass „Arbeit“ im selbstdefinierten „Arbeiter- und Bauernstaat“ ein zentraler Kernbestandteil der gesellschaftlichen Selbstbeschreibung der DDR darstellte, wobei Arbeit zur „bedeutendsten Sinnstiftung des Menschen als soziales Wesen“ beiträgt (Meinhardt/Uhlig 1989: 42). Den Menschen zum Menschen machte demnach erst sein Vermögen, produktiv tätig zu sein – ein sinnvolles Leben ist dieser Lesart zufolge ohne Arbeit nicht möglich. Arbeit war sinnstiftendes Moment überhaupt und sich damit an der Produktivität der Gesellschaft zu beteiligen, je nach körperlicher Voraussetzung, lebenslang anzustreben. Dass der Erfolg einer Rehabilitation daher letztlich vor allem daran gemessen wurde, ob es gelang, den „Geschädigten“ in eine seinen Möglichkeiten entsprechende Arbeit zu bringen und ihn darin so lange wie möglich zu halten, scheint vor diesem Hintergrund folgerichtig. Die im §5 des Arbeitsgesetzbuches der DDR verankerte Pflicht der Betriebe, auch Altersrentnern eine ihren beruflichen Fähigkeiten und Wünschen entsprechende Arbeit zu sichern, verwundert in diesem Zusammenhang nicht. Diese Pflicht reagiert gleichzeitig auf ein individuelles Recht auf Arbeit, das nicht mit dem Rentenalter erlischt, und auf die extreme Arbeitskräfteknappheit in der DDR aufgrund geringer Arbeitsproduktivität verweist.<sup>13</sup>

---

12 Unter Umständen war eine betriebliche Reha-Kommission für mehrere (kleinere) Betriebe zuständig.

13 In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass es keine offiziellen Statistiken zu Invaliden- oder Altersrentnern in der DDR gibt, die nach ihrer Verrentung weiter in ihren Betrieben arbeiteten. Es ist aber allgemein bekannt, dass dies häufig der Fall war. Motivation war hierbei zum

Kontextualisiert durch Maßnahmen der medizinischen, pädagogischen und sozialen Rehabilitation, hatte die berufliche Rehabilitation vier Grundaufgaben zu erfüllen:

- (1) Die Heranführung an eine produktive Tätigkeit bezog sich v.a. auf schwer(st)körperlich und geistig behinderte Jugendliche und Erwachsene, für die die Aufnahme einer Berufsausbildung oder Umschulung nicht möglich war. Im Rahmen von Arbeitstherapie und geschützter Arbeit war eine schrittweise Heranführung an produktive Arbeit vorgesehen.
- (2) Die Berufsberatung und Berufsfindung sicherte dem „geschädigten“ Schulabgänger einen Ausbildungsplatz in einem Betrieb bzw. in einem Rehabilitationszentrum für Berufsausbildung. Neben Neigung und Leistungsvermögen spielte dabei der volkswirtschaftliche Bedarf insofern eine Rolle, als dass nicht für Jeden und nicht immer die „Wunschausbildung“ möglich war<sup>14</sup>. Grundsätzlich erfolgte die Berufsausbildung auch für „Geschädigte“ in den Betrieben – die Ausbildung in Rehabilitationszentren war nachrangig.
- (3) Die Lenkung „Geschädigter“ im Arbeitsprozess erfolgte nach dem Grundsatz der Gewährleistung der Sicherung des Rechts auf Arbeit durch Teilhabe am Arbeitsprozess entsprechend des Umfangs der Beeinträchtigung. Dies konnte abgestuft a) ohne Sonderbedingungen, b) mit spezifischer Arbeitsplatzgestaltung, c) mit Einbeziehung des „Geschädigten“ in den Produktionsprozess, d) auf einem geschützten Arbeitsplatz (als Einzelarbeitsplatz in einem Betrieb, in einer geschützten Betriebsabteilung, in einer geschützten Werkstatt) oder e) in Form von Heimarbeit erfolgen.
- (4) Die Bereitstellung von Studienplätzen an Hoch- und Fachschulen wurde mit der Sicherstellung eines späteren Arbeitseinsatzes in den Betrieben und Einrichtungen verbunden.

Idealerweise sollte, unter Berücksichtigung der vorhandenen geistigen und körperlichen Gegebenheiten, eine optimale Förderung der beruflichen Fähigkeiten des Rehabilitanden erfolgen. Dabei wurde dieses „Optimum“ unter Berücksichtigung der künftig realisierbaren Einsatzmöglichkeiten infolge der Art und Schwere der Schädigung, den Möglichkeiten der Kompensation der Beeinträchtigungen am Arbeitsort sowie dem gesellschaftlichen Bedarf (z. B.

---

einen sicherlich das Gefühl, weiterhin ‚gebraucht‘ zu werden. Aber auch die niedrigen Altersrenten in der DDR waren ein Grund dafür, dass ein Teil der Rentner weiter ihrer bisherigen Arbeit nachging.

14 Dies traf jedoch nicht nur auf Rehabilitanden sondern grundsätzlich auf alle Schulabgänger zu.

eine bestimmten Qualifikation) bestimmt<sup>15</sup>. Hierfür wurden spezielle Testverfahren entwickelt, um im Vorfeld Aussagen über die Leistungsvoraussetzungen der Rehabilitanden treffen zu können. Mit Hilfe des Dispensairesystems wurde ein „Betreuungskomplex“ (Renker/Renker 1985: 176) installiert, dessen Aufgabe die Feststellung der Auswirkungen der Arbeit auf die Leistungsfähigkeit beinhaltete.

Die Berufsausbildung selbst wurde grundsätzlich in den Betrieben und Produktionsgenossenschaften absolviert. Nur wenn medizinische und/oder soziale Gründe dagegen sprachen, wurde die Ausbildung in einem Rehabilitationszentrum für Berufsbildung oder in Abteilungen für berufliche Rehabilitation in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens realisiert. Rehabilitationszentren für Berufsbildung waren „schwer- oder schwerstgeschädigten“ Jugendlichen oder Erwachsenen vorbehalten, deren Ausbildung in einem Betrieb aufgrund der Schwere der körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigung und/oder aus sozialen Gründen nicht direkt in einem Betrieb erfolgen konnte. Über die Republik verteilt gab es 13 Zentren mit unterschiedlichen Ausrichtungen.

Im Bereich der Berufseingliederung bzw. (Wieder-)Heranführung an eine berufliche Tätigkeit und deren Lenkung in den (u. U. geschützten) Arbeitsprozess unterschied man drei Formen:

- (1) Die Schonarbeit war eine Form beruflicher Rehabilitation für Personen, die in der Regel bereits im Arbeitsprozess gestanden hatten, und durch eine vorübergehende Minderung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit oder aus prophylaktischen Gründen momentan nicht in der Lage waren, die übliche Arbeitsaufgabe zu erfüllen. In diesem Fall war der Betrieb dazu verpflichtet (§216 Arbeitsgesetzbuch der DDR), zeitlich befristet (max. 2 x 12 Wochen) und auf Grundlage ärztlicher Verordnung innerhalb des bestehenden Arbeitsrechtsverhältnisses eine andere, leichtere bzw. dem aktuellen Leistungsvermögen besser entsprechende Arbeit anzubieten. Möglich war auch eine Reduzierung der Stundenzahl (um max. 50 %). Finanzielle Nachteile entstanden für den Erwerbstätigen durch vollen Lohnausgleich nicht (Günther 1990). Folglich wurde die Gewährleistung der Weiterbeschäftigung des betroffenen Werkstätigen als wesentlich betriebliche Aufgabe und Pflicht, durch die „Einschränkung der Arbeitsaufgabe, Veränderung der Arbeitsbedingungen oder

---

15 Die Entscheidung für einen bestimmten Beruf erfolgte also neben der Berücksichtigung des Leistungsvermögens und der Neigungen auch immer unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten – wie es auch bei Jugendlichen ohne Leistungseinschränkungen häufiger zu finden war.

die „Änderung der Arbeitszeit“ realisiert (Renker 1985)<sup>16</sup>. Erschien es absehbar, dass eine volle Wiederherstellung der ursprünglichen Leistungsfähigkeit nicht möglich sein würde, war u.U. ein Arbeitsplatzwechsel angezeigt. War dies vor Ort nicht möglich, sollte mit Hilfe der Rehabilitationskommission eine Beschäftigung in einem anderen Betrieb gefunden werden.

- (2) Menschen mit schweren Schädigungen und hochgradig vermindertem Leistungsvermögen wurden innerhalb der „geschützten Arbeit“ beschäftigt. Diese richtete sich v.a. an „physisch schwerst- und/oder psychisch schwergeschädigte“ Menschen und erfolgte unter spezifischen Bedingungen. Geschützte Arbeit wurde durch eine Arbeitsgruppe der Kreisrehabilitationskommission nach bestimmten Kriterien angeordnet und beinhaltete die „Zielstellung, den Werkträgern in den regulären Arbeitsprozess zurückzuführen“ (Ruppe 1983: 10). Erst wenn dies nicht möglich war, wurde die geschützte Beschäftigung zur Dauerlösung. Die Beschäftigten im Rahmen geschützter Arbeit stand unter kontinuierlicher medizinischer Überwachung und sozialer Betreuung und der Arbeitslohn orientierte sich am individuellen Leistungsvermögen des Einzelnen.

Als Formen geschützter Arbeit waren a) geschützte Einzelarbeitsplätze in den Betrieben, b) geschützte Betriebsabteilungen, c) geschützte Werkstätten sowie d) Heimarbeit zu unterscheiden.

Besonders häufig waren die beiden erstgenannten Formen (a und b), wobei dem Betrieb – erwartungsgemäß – für Bereitstellung und Ausgestaltung der Arbeitsplätze wesentliche Verantwortung zukam. Die geschützte Arbeit eröffnete den Betroffenen die Möglichkeit, den gewohnten sozialen Kontakt zum Betrieb und den Arbeitskollegen aufrechtzuerhalten. Allerdings ist die quasi verordnete Anbindung an den Betrieb auch ambivalent zu beurteilen: So ist ebenso denkbar, dass die durch die Leistungseinschränkung bedingte Zuweisung einer anderen Arbeit mit einer beruflichen Schlechterstellung verbunden war (z. B. Tätigkeit mit einem niedrigeren Anforderungsniveau, monotonere Arbeit, Herausgerissen werden aus dem gewohnten Arbeitszusammenhang und Kollegenkreis). Eine 1977 durchgeführte Studie über Schwerstbehinderte in Halle/Saale konstatierte, dass vorgenommene Berufs- und Betriebswechsel mit einer höheren Arbeitszufriedenheit einhergingen als das Verbleiben am alten Arbeitsplatz, wo sich viele Behinderte überfordert fühlten, weil auf ihre eingeschränkte Leistungsfähigkeit seitens der Kollegen nicht dauerhaft eingegangen wurde. Weiteren DDR-Studien zufolge unterschieden sich Geschädigte in Bezug auf die Ar-

---

16 Lange et al. (1993) wiesen allerdings in diesem Zusammenhang darauf hin, dass immer zwischen der Formulierung von Aufgaben der beruflichen Rehabilitation von Seiten staatlicher Stellen und deren Ausgestaltung innerhalb der tatsächlichen Realisierung dieser Ziele zu unterscheiden ist.

beitszufriedenheit kaum von gesunden Beschäftigten (Renker 1982). Allerdings gingen krankheitsbedingte Arbeitsplatzwechsel offensichtlich häufig mit einem Verlust der Möglichkeit zur selbständigen und geistig anspruchsvollen Arbeit einher, was sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit ausgewirkt hat. Bei den sog. geschützten Arbeitsverhältnissen wurde bereits in DDR-Studien festgestellt, dass „anspruchsvolle Tätigkeiten weitgehend vermisst werden“ (Fuhrmann 1986: 13). Insbesondere auf den geschützten Einzelarbeitsplätzen arbeiteten viele Rehabilitanden unterhalb ihres beruflichen Qualifikationsniveaus.

Geschützte Werkstätten (c) waren Einrichtungen des staatlichen Gesundheits- und Sozialwesens und der Kirchen – oft Teile der stationären oder ambulanten Einrichtung, in denen der Rehabilitand betreut wurde. Die Werkstätten dienten damit der Sicherstellung des Rechts auf Arbeit und erfüllten insofern die (in Orientierung am „Ideal“) wichtigste Bedingung für eine Integration in das gesellschaftliche Leben. Daneben gab es die Möglichkeit, innerhalb der Betriebe und Genossenschaften geschützte Abteilungen oder Einzelarbeitsplätze einzurichten. Aber auch Heimarbeit (d) stellte eine Möglichkeit der geschützten Arbeit dar. Da hier jedoch der Aufwand für betriebliche Organisation und Überwachung durch Arzt und Arbeitsschutzinspektion relativ hoch war, blieb sie wohl im Vergleich zu anderen Formen geschützter Arbeit eher unterrepräsentiert.

- (3) Auf Grundlage ärztlicher Empfehlung konnte aber auch Arbeitstherapie (heute: Ergotherapie) angezeigt sein, die stationär oder ambulant, innerhalb oder außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens durchgeführt wurde. Arbeitstherapie stellte keine Form von Erwerbsarbeit dar – entsprechend wurde an die betreffenden Personen auch kein Arbeitslohn, sondern eher eine Art Aufwandsentschädigung gezahlt. Ziel der Arbeitstherapie war eine Funktions(wieder)herstellung der körperlichen und/oder geistigen Fähigkeiten zur Erlangung von Selbstständigkeit und in Vorbereitung auf eine produktive Tätigkeit. Sie diente darüber hinaus – v.a. bei psychisch Beeinträchtigten – zur Stabilisierung der Person.

Der Prozess der beruflichen Wiedereingliederung wurde durchgehend ärztlich überwacht – durch die Ärzteberatungskommission (ÄBK) im Allgemeinen und den Betriebsarzt im Besonderen. Sobald der Krankheitsverlauf eine Wiederbeschäftigung wahrscheinlich werden ließ, wurde im Zusammenspiel von Betriebsarzt, ÄBK und Rehabilitationskommission gemeinsam mit dem Patienten beraten, welche Einschränkungen dauerhaft erwartbar und welche Maßnahmen entsprechend einzuleiten wären (Klatt/Schindler/Konetzke 1985: 91).

Aus den verschiedenen betrieblichen Bewältigungsversuchen von persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen Betroffener wird deutlich,

dass der rehabilitative Ansatz nicht „nur“ ein individueller (im Sinne einer bestmöglichen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des einzelnen Menschen) war, sondern durch Veränderung der Kontextfaktoren – hier also des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen – die Fortführung einer Erwerbstätigkeit ermöglicht wurde. Diese Sichtweise vor Augen verwundert es nicht, dass die Verpflichtung der Betriebe bestand, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, um gesundheitlich „Geschädigte“ und Eingeschränkte welchen Alters auch immer ihrem jeweiligen Leistungsvermögen entsprechend zu beschäftigen. Die Frage, ob dies immer und an jeder Stelle betriebswirtschaftlich sinnvoll war, spielte eine untergeordnete Rolle.

Nichtsdestotrotz stieg die Zahl derer, die auch nach Nutzung aller Rehabilitationsmöglichkeiten ihre Erwerbstätigkeit nicht wieder erreichen konnten ab den 1980er Jahren wieder an. Im Jahr 1987 wurden 43.059 Beschäftigte invalidisiert (24.579 Männer und 18.480 Frauen) – insgesamt 4.510 mehr als im Jahr zuvor (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung 1988: 358). Zurückgeführt wurde dieser Trend allerdings v.a. auf die demographische Entwicklung: Durch eine verbesserte medizinische Betreuung und einer damit einhergehenden Erhöhung der Lebenserwartung, verblieb eine mit höheren Erkrankungsrisiken behaftete Personengruppe länger im Arbeitsprozess. Gerade diese Kohorte aber verzeichnete die höchste Anzahl von Neuzugängen an Invalidenrentnern.

Doch selbst auf diese Gruppe fand §2 der „Anordnung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden“ (vom 26. August 1969, i.d.F. vom 29. Juli 1976) Anwendung, wonach auch Invaliden- und Unfallrentner mit (ihrem Leistungsvermögen entsprechender) Arbeit lebenszeitlich unbegrenzt betraut werden konnten.

Die Betriebe waren per Gesetz dazu verpflichtet (§6 der oben genannten Anordnung), die entsprechenden Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, gesundheitlich „Geschädigte“ und Eingeschränkte gleich welchen Alters ihrem jeweiligen Leistungsvermögen entsprechend zu beschäftigen.

## **2.8 Zwischenfazit: die Zentralität von Arbeit und Betrieblichkeit in der DDR**

Bislang wurde deutlich, dass in der DDR auch Menschen mit gesundheitlichen oder altersbedingten Einschränkungen immer und ohne lebenszeitliche Begrenzung einer Erwerbsarbeit nachgehen konnten, da das „Recht auf Arbeit“ hier keine Grenzen vorsah. Alter, Krankheit oder Invalidität stellten

demnach keine automatisch wirkenden Ausschlusskriterien aus dem Erwerbsprozess dar.<sup>17</sup>

Hierbei ging es neben der „Teilhabe am Arbeitsleben“ auch wesentlich um volkswirtschaftliche Aspekte, also den Erhalt der Produktivität des Einzelnen zum Wohle des Staates und nicht (vorrangig) um „Wohltätigkeit“ Menschen gegenüber, die dem durchschnittlichen Leistungsniveau nicht entsprechen. So betrachtet erfuhr auch die Arbeitsleistung von Personen mit gesundheitlich bedingt geringerer Produktivität aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive Wertschätzung. Man leistete es sich, alle ‚einen/ihren Beitrag‘ leisten zu lassen – ein Verständnis, welches unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet, praktisch vollkommen absurd erscheint und theoretisch nicht anknüpfungsfähig ist.

Den staatseigenen Betrieben kam bezüglich dieses Auftrages eine Schlüsselstellung zu – durch sie sollte die Idee der „Herrschaft des Proletariats“ greifbar werden. Die Betriebe hatten demzufolge auch als Sozialisationsinstanz zu wirken und waren daher, über ihre genuine Aufgaben der Herstellung und Lieferung von Waren hinaus, auch für alle anderen Lebensbereiche zuständig. Das Gesetz verpflichtete sie, sich sowohl an der sozialen (Bereitstellung von Wohnraum, Kinderbetreuung, etc.), der geistig kulturell-sportlichen (Bereich Freizeit) als auch an der medizinisch-gesundheitlichen Betreuung (über das Betriebsgesundheitswesen) der Beschäftigten zu beteiligen.

Die Betriebe waren demnach auch dann für die Beschäftigten zuständig, wenn diese ihrer Erwerbstätigkeit nicht oder nicht mehr in vollem Umfang nachgehen konnten. Bei chronischen Leiden, Unfällen oder ‚Schädigungen‘ jeder Art, griffen Maßnahmen der Rehabilitation.

## 2.9 Kritische Zwischenbemerkung

Die vorangehende Darstellung des Gesundheits- und Rehabilitationssystems der DDR fußt – wie vielfach deutlich wurde – im Wesentlichen auf offiziellen Stellungnahmen, Gesetzen und Lehrbüchern. Informationen darüber, wie das hier ausgeführte gesundheitspolitische Konzept in der Praxis tatsächlich Umsetzung fand, sind nur begrenzt – häufig im Rahmen kleinerer, regional begrenzter Studien – verfügbar. Aus diesen Studien ergeben sich auch wesentliche Hinweise darauf, dass gleichfalls unterschiedlichste Probleme bestanden (z.B. Apel 1979, Baars 1975, Dieck 1977, Bertram 1979, Kapuhs/Malchartzeck 1976, Kolb 1978, Kunert 1990, Markgraf 1989, Töpfer 1976).

---

17 Der persistierende Arbeits- bzw. Fachkräftemangel in der DDR trug hier sicherlich auch zur Realisierung dieser gesellschaftlichen Offenheit in Bezug auf Erwerbsarbeit bei.

Der jeweilige Einzelbefundcharakter der Arbeiten erschwert jedoch eine Generalisierung der Befunde wesentlich.

Inwieweit der hohe ideologische Anspruch der DDR bezüglich des Gesundheitswesens im Allgemeinen und des Betriebsgesundheitswesens (und hier der betrieblichen Rehabilitation) im Besonderen vor Ort tatsächlich Umsetzung erfuhr, hing sicherlich von vielen Faktoren ab. Unbestritten ist, dass allein schon die schlechte ökonomische Ausstattung strukturelle Grenzen setzte (vgl. hierzu Hildebrandt 1994). Darüber hinaus hing – systemunabhängig – der Erfolg hierbei fraglos auch immer davon ab, inwieweit die Menschen vor Ort willens und in der Lage waren, die Theorie in die Praxis umzusetzen.

## **2.10 Rekurs: Deutungsalternativen, Thesen**

Wenn wir nun zurückkommen auf die Thesen zum Verlust der sozialpolitischen Funktionen der Betriebe scheinen aus betriebswirtschaftlicher Sicht viele der benannten Leistungen als einzelbetriebliche Kosten, die, wenn möglich, auf die Allgemeinheit – Kommune, Wohlfahrtsverbände und Staat – oder die Individuen abzuwälzen seien (wie inzwischen weithin geschehen).

Aus volkswirtschaftlicher Sicht stellen betriebliche sozialpolitische Maßnahmen wie Ferienheime, aber auch Mittagstische für (Betriebs)Rentner („Veteranen“), Betriebskindergärten, betriebliche medizinische Versorgung usw. dann Verschwendung dar, wenn andere Träger sie effektiver erbringen könnten – und möglicherweise auch dann, wenn durch sie eine Mobilität zum volkswirtschaftlich besten Anbieter behindert würde.

Persönliche Abhängigkeit vom einzelnen Betrieb bedeutet einen Modernisierungs- und Individualisierungsrückstand, weil er einen Verlust an Freiheit für das Individuum bewirkt.

Damit ist eine weitere Perspektive eng verbunden, die der Soziologie der Ungleichheit. Soweit der Zugang zu sozialpolitischen Gütern und Diensten annähernd exklusiv an die Mitgliedschaft in unterschiedlich leistungsfähigen oder aber unterschiedlich bindungsinteressierten Betrieben gebunden ist, stellt betriebliche Sozialpolitik einen Ungleichheit kumulierenden Mechanismus dar.

So scheinen alle vier Perspektiven in schöner Einheit in dieselbe Richtung zu weisen. In dem Moment, so könnte geschlossen werden, in dem historisch allmählich gewachsene Anrechte auf betriebliche Sozialleistungen durch einschneidende politische Ereignisse plötzlich entwertet werden, fallen sie fort, weil es keinen ökonomischen Mechanismus gibt, der sie erzwingt. Diese Deutung entschiede auch für die betriebliche Sozialpolitik in den westlichen Ländern darüber, ob betriebliche Sozialpolitiken eher als historisch

kontingente Überbleibsel zu sehen sind oder nicht: Vorfindliche Einrichtungen betrieblicher Sozialpolitik auch in den westlichen Ländern wären ihr zufolge eher Relikte aus der Entstehungsperiode der Sozialpolitik, deren Leistungen zum Teil in der Tat zuerst als betriebliche entstanden, als dass sie auch unter Bedingungen entwickelter universalistischer und hoch differenzierter Wohlfahrts- und Verbändestaaten heute neu entstünden.

Die Gegenthese würde dagegen darauf insistieren, dass betriebliche Sozialpolitik für die Betriebe derartig große – in Begriffen der Herrschaftssoziologie und der Transaktionskostenökonomie fassbare – Vorteile hat, dass in ihnen trotz aller Aufwendungen und Leistungen überbetrieblicher Sozialpolitik immer wieder neue Maßnahmen betrieblicher Sozialpolitik sich entwickeln (ausführlich Behrens 1983). Für die Betriebe liegt der Vorteil betrieblicher Sozialleistungen nicht zuletzt darin, dass betriebsgebundene Leistungen die Kosten einer Abwanderung aus dem Betrieb für den einzelnen Beschäftigten steigern; überbetriebliche Leistungen bewirken dies hingegen nicht (Hirschmann 1974).

Vergleicht man diese Gegenthese mit den zu Beginn dieses Beitrags genannten beiden Variationen der Modernisierungsthese, findet man Gemeinsamkeiten und einen Unterschied. Gemeinsam ist allen drei Positionen die These, dass betriebsgebundene Sozialpolitik die persönliche Abhängigkeit vom einzelnen Betrieb steigert und – je nach konkreter Ausgestaltung – Ungleichheit verstärkt. Der Unterschied zwischen den Positionen liegt hauptsächlich darin, dass die dritte Position die betriebswirtschaftliche Nachteiligkeit betrieblicher Sozialpolitik bestreitet. Damit bestreitet sie aber zugleich, dass die Kräfte des Marktes die modernisierungstheoretischen und gleichheitssoziologischen Tendenzen zur Generalisierung betrieblicher auf überbetriebliche Sozialpolitik erzwingen oder zumindest stärken werden, die die ersten Positionen behaupten.

## **2.11 Betriebliche Sozialpolitik oder nur betriebliche Verwaltung staatlicher Sozialpolitik?**

Bei der Prüfung dieser Thesen stellt sich sofort das Indikatorenproblem, nicht hinreichend genau zwischen betrieblicher, also an Betriebsmitgliedschaft gebundener Sozialpolitik und lediglich betrieblicher Verwaltung universalistischer staatlicher Sozialpolitik unterscheiden zu können. Zumindest für die ehemalige DDR ist häufig behauptet worden, es habe in ihr nur eine betriebliche Verwaltung staatlicher Sozialpolitik gegeben, aber eigentlich keine Bindung von Sozialleistungen an die Mitgliedschaft in ganz bestimmten Betrieben. In welchem Sinn also ist die "betriebliche Sozialpolitik" der DDR mit der "betrieblichen Sozialpolitik" der BRD vergleichbar gewesen?

In der BRD sind die meisten Leistungen betrieblicher Sozialpolitik, im Unterschied zu den tariflich festgelegten Leistungen, abhängig von Politik und Leistungsfähigkeit der einzelnen Firma. Die einzelne Firma konkurriert am Arbeitsmarkt um Arbeitskräfte, die zumindest für einige Funktionen zur Reduktion von Fluktuations-, Kontraktions-, Qualifikations- und ähnlichen Transaktionskosten an den Betrieb gebunden werden sollen. Entweder sollen Arbeitskräfte, die sonst in die Firma nicht eintreten (könnten), in die Firma gezogen werden (Beispiel: Betriebskindergärten für im Betrieb beschäftigte Mütter) oder die Belegschaft soll stabilisiert werden. Betriebliche Leistungen haben häufig (auch) einen sehr eindeutigen Charakter als Belohnung für individuelle Betriebstreue. Das beweisen beispielhaft die meisten Regelungen betrieblicher Altersversorgung (Giebel 1985; Behrens 1983), bei der ein Anspruch nicht proportional sondern meistens erst nach geraumer Zeit der sogenannten Seniorität entstand.

Liest man das Lehrbuch der DDR zur "Sozialpolitik im Betrieb" (Tietze/Winkler 1988), bekommt man den Eindruck, alle genannten Merkmale betrieblicher Sozialpolitik hätten in der DDR keine Rolle gespielt. Es habe eigentlich keine betriebliche Sozialpolitik, sondern nur eine betriebliche Verwaltung universalistischer staatlicher Sozialpolitik gegeben. Die Kultur- und Sozialfonds, aus denen sich die betriebliche Sozialpolitik speiste, waren nicht von der Produktivität der Betriebe abhängig (Al-Masarweh 1991: 717). Betriebliche Sozialpolitik wurde auch nicht in der Konkurrenz der Betriebe um spezifisch qualifizierte Arbeitskräfte eingesetzt, da von einer wechselseitigen "Abwerbung" von Arbeitskräften laut Lehrbuch keine Rede sein konnte (Tietze/Winkler 1988; vgl. zu den Planungsrichtlinien die Anordnung von 1985). Demnach wäre betriebliche Sozialpolitik in der DDR nicht wie in der BRD ein Mechanismus gewesen, der soziale Ungleichheit verstärkte. Im Gegenteil hätte betriebliche Sozialpolitik nur als Verwaltungsstelle einer universalistischen, für alle erwerbstätigen Bürger gleichermaßen geltenden staatlichen Sozialpolitik gewirkt. Die Mitgliedschaft in einem Betrieb hätte keinen privilegierten Zugang zu sozialpolitischen Gütern vermittelt, die den Mitgliedern anderer Betriebe vorenthalten blieb, zumindest nicht, soweit sie durch den Kultur- und Sozialfonds finanziert wurden.

Empirische Befunde sprechen eine andere Sprache (Quelle: Behrens). Der sogenannte Sozial- und Kulturfonds, aus dem betriebliche Sozialpolitik bezahlt wurde, betrug in Handel und Textilindustrie 1988 300,- Mark pro Beschäftigten im Jahr, in der Chemie 800,- Mark. Es gab zudem regionale Unterschiede und nach Betriebsgröße auch innerhalb derselben Region: 1986 betrug bei der Firma "Robotron" der Kultur- und Sozialfonds 1100 Mark pro Beschäftigten, in den z. T. erst 1972 verstaatlichten Kleinbetrieben der Bekleidungsindustrie 600 Mark. Der Unterschied ist substantiell: aus der Perspektive der Kleinbetriebe machte er etwa drei Viertel eines Monatslohns aus. Auch ohne jede Statistik war dieser Unterschied augenfällig bei jedem

Besuch in den Betriebsferienheimen. Die Ausstattung unterschied sich deutlich. Keinesfalls sollen diese Ergebnisse aus einzelnen Fallstudien bereits als Gegenbeweis zu den zitierten resümierenden Feststellungen von Tietze/Winkler, aber auch Al Masarweh herangezogen werden, die sich ja generell auf die Wirtschaft der DDR beziehen. Sie sind aber mit den zitierten Feststellungen nicht gerade leicht vereinbar.

Insofern kann dies als Hinweis darauf gelten, dass betriebliche Sozialpolitik auch in der DDR ein Ungleichheit verstärkender Mechanismus war: nicht alle Bürger hatten denselben Zugang zu den sozialpolitisch leistungsreicheren Betrieben. Es gab Güter und Dienste, die nach Art oder Menge nur zu erhalten waren, wenn man einen Arbeitsplatz in bestimmten Betrieben hatte.

Bei den gefundenen großen betrieblichen Unterschieden der Sozialleistungen stellt sich die Frage, ob die Kommunen diese Unterschiede kompensiert und ein gleiches Niveau für alle gesichert haben. Bekanntlich hatten die Kommunen in der DDR keinen eigenen Kommunalhaushalt (weshalb von eigenständiger kommunaler Sozialpolitik nur sehr eingeschränkt die Rede sein kann). Mittel wurden den Kommunen als zweckgebundene Haushaltsmittel aus dem Staatshaushalt zugewiesen (König 1991). D.h. aber auch, dass die Kommunen nicht von der lokalen Wirtschaftskraft abhängig waren; die Verantwortung für die Herstellung gleicher Lebensbedingungen in allen Regionen lag also unmittelbar beim Zentralstaat, der die Mittel zweckgebunden zuwies. Nichts desto trotz konnten in der DDR aber auch deutlich regionale Disparitäten in der sozialen Versorgung herausgestellt werden (vgl. auch Backhaus-Maul/Olk 1991: 683). Dass es neben sozialpolitisch ärmeren Betrieben auch versorgungsärmere Kommunen gab, kann allerdings nicht, wie Backhaus-Maul und Olk schreiben, als "eine unmittelbare Folge" der Abhängigkeit vom jeweiligen Leistungsvermögen der ortsansässigen Betriebe und Kombinate (Backhaus-Maul/Olk 1991: 683) bezeichnet werden, sondern sie war unmittelbar eher Folge von Verteilungsentscheidungen des Zentralstaates, da er die Mittel zweckgebunden zuwies.

## **2.12 Zum Abbau betrieblicher Sozialpolitik nach dem Systemumbruch**

Nach dem Systemumbruch 1989 entwickelte sich der Abbau betrieblicher Sozialleistungen in den untersuchten Betrieben wie angenommen rapide durch die entstandene Liquiditätskrise. Auf Grundlage von Betriebsfallstudien ließ sich dabei folgender häufiger Mechanismus herausarbeiten (Quelle: Behrens): Betriebe mussten für Kinderferienlager, Mittagstische für Betriebsveteranen usw. Liquiditätskredite bei der Treuhand aufnehmen, die sie

in allen untersuchten Fällen verweigerte. In drei von sieben untersuchten Betrieben fielen der Verweigerung von Liquiditätskrediten auch die Betriebskindergärten zum Opfer.

Das könnte vorläufig als Bestätigung der Modernisierungsthesen gewertet werden. In dem Moment, so könnte geschlossen werden, in dem historisch gewachsene Anrechte auf betriebliche Sozialleistungen durch historische Ereignisse plötzlich entwertet werden, fallen sie fort, weil es keinen ökonomischen Mechanismus gibt, der sie erzwänge.

Zugleich ist aber auch die gegenteilige Argumentation noch nicht ausgeschlossen: Dass Betriebe die Kosten der Sozialpolitik externalisieren und betriebliche Sozialpolitik abbauen, könnte weniger auf eine funktionale Überlastung der Betriebe, als auf das – durch die steigende Arbeitslosigkeit – abgeschwächte Motiv der Bindung und Anziehung von Arbeitskräften an den einzelnen Betrieb zurückführbar sein.

### 3 Rehabilitative Inklusion versus Exklusion durch organisierte Unverantwortlichkeit am Beispiel der Rehabilitation nach Schlaganfall

*Christiane Becker, Silke Lorenz, Susanne Saal, Michael Schubert, Markus Zimmermann, Johann Behrens*

#### 3.1 Einleitung: Inklusion durch Rehabilitation und Exklusion durch organisierte Unverantwortlichkeit

Seit der vermutlich ersten Verwendung des Begriffs *Rehabilitatio* 1439 im Generalkapitel des Zisterzienserordens verstehen wir, worauf der große Rehabilitationsmediziner Jochheim immer wieder hinweist, unter Rehabilitation dasselbe: Wiedereinsetzung, wörtlich Wiederbeheimatung, in den alten Stand der selbstbestimmten Teilhabe am sozialen Leben, z.B. am Erwerbsleben, aber auch an den anderen Bereichen des Lebens der Gesellschaft. Das Ziel der Rehabilitation ist also Inklusion in den verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens – aber Inklusion nicht durch Verbiegung, sondern durch Anerkennung der Besonderheit der Person, die um ihre Inklusion kämpft (vgl. ausführlicher zu Partizipation im Sinne der WHO und des SGB IX als Ziel von Pflege und Therapie Behrens (2002) und die UN Behindertenrechtscharta). Diese Inklusion kann durch Krankheit gefährdet sein, wodurch Rehabilitation eine Hauptaufgabe des hochspezialisierten Krankenversorgungssystems und des spezialisierten Pflegesystems wird, die beide in Wirtschaft und Politik ausgreifen und hineinwirken. Exklusion aus diesen Bereichen des sozialen Lebens geschieht dabei in modernen Gesellschaften nur noch selten durch offenen rituellen Ausschluss, wie der Ausschluss der Leprakranken aus dem städtischen Leben, die durch ihre Kleidung und ihre Schellen jedes Mitglied der guten Gesellschaft auf ihre „Aussätzigkeit“, ihre Ausgeschlossenheit aufmerksam zu machen verpflichtet waren. Exklusion zeigt sich heute viel häufiger in nicht gelingender, obwohl gewünschter Inklusion. Es mag erstaunen, dass bei all unseren hochspezialisierten Reha- und Pflegeeinrichtungen solche Exklusionen überhaupt noch vorkommen können. Im folgenden Kapitel drängt sich die Vermutung auf, dass es die Lücken zwischen den hochspezialisierten Verantwortungsbereichen der Institutionen und Akteure sind, in denen sich die Inklusionswilligen verlieren. Nicht mehr die Selbstbestimmung bedrohende fürsorgliche Bevormundung, sondern die hochorganisierte Unverantwortlichkeit spezialisierter Institutionen gefährdet dann die selbstbestimmt gewünschte Inklusion.

## 3.2 Verloren zwischen versäulten Versorgungsstufen

Gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken sowie Inklusionschancen und -mechanismen durch Rehabilitation und Pflege sind im Besonderen über Verlaufsbeobachtungen auf Individualebene zu erkennen.

In diesem Kontext ist zu fragen, wie im Falle von Krankheit, Krankheitsfolgen (im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) und bleibender Behinderung Menschen bei der Bewältigung ihrer individuellen und sozialen Probleme unterstützende Hilfen erhalten, die ihre Einschränkungen kompensieren sollen. Um dies spezifisch betrachten zu können sind im Besonderen zwei Voraussetzungen zu erfüllen: erstens bedarf es eines möglichst genau definierbaren Beobachtungsbeginns – also eine möglichst genaue Definierbarkeit des Auftretens gesundheitlicher Problemstellungen. Insbesondere Erkrankungen mit langsamem chronisch-progredientem Verlauf, wie z.B. Kreuzschmerzen bzw. chronisch unspezifischer Rückenschmerz, sind dabei ungeeignet. Zweitens bedarf es der Beobachtung an einem relevanten Gegenstand, also Fallgestaltungen mit denen wesentliche gesundheitsbedingten Exklusionsrisiken in mehreren Lebensbereichen auftreten. Beide Kriterien erfüllen Schlaganfallerkrankungen. Die Konzentration auf das spezielle gesundheitsbedingte Exklusionsrisiko „Schlaganfall“ im folgenden Beitrag begründete sich daher durch die Relevanz sowohl für die Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit als auch die Vermeidung dauerhaften Pflegebedarfs. Vor allem der Grad der Einschränkungen, der aus einem Schlaganfall resultieren kann, macht die betroffenen Patienten- und Rehabilitandengruppen abhängig von interdisziplinären, multimodalen Rehabilitations- und Unterstützungsmaßnahmen.

Der Schlaganfall gehört in Deutschland zu den fünf häufigsten Todesursachen. Im vergangenen Jahrzehnt hat jedoch die Sterblichkeit infolge eines Schlaganfalls deutlich abgenommen (RKI 2006). In der langfristigen Perspektive sind die sich bei den Überlebenden einstellenden hoch individualisierten Einschränkungen und Behinderungen mit ihren direkten (Behandlung, Therapien, Pflege) und indirekten Gesundheitsleistungen und -kosten (Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit) von hoher epidemiologischer und gesellschaftlicher Bedeutung. Allein die Kosten eines Überlebenden im ersten Jahr nach Schlaganfall werden auf 18.517 € geschätzt (Kolominsky-Rabas 2006). Da die Inzidenz des Schlaganfalls mit dem Alter ansteigt, ist durch die stete Zunahme älterer Personen mit einer deutlich wachsenden Bedeutung der Krankheitslast zu rechnen. Im Jahr 2006 waren bei der Einstufung von Pflegebedürftigkeit fast 10 Prozent der Antragsteller von einem Schlaganfall betroffen. Zudem bedingt ein Schlaganfall oftmals eine höhere Pflegestufe als andere Krankheitsbilder (Wagner & Fleer 2007).

Der Begriff der Rehabilitation nunmehr findet nicht nur im Kontext von Schlaganfall dort Anwendung, wo es um die Wiedereingliederung Behinder-

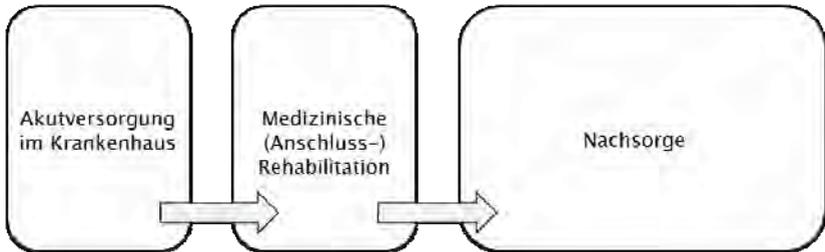
ter und von Behinderung Bedrohter in Beruf und Gesellschaft geht. Das Ziel der Rehabilitation besteht darin, die Folgen von Erkrankungen, Störungen oder Schädigungen zu bewältigen und die vollwertige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (Koch/Bengel 2000). Rehabilitation als Prozess ist dabei im am Individuum und nicht eng umschriebenen sozialrechtlichen Kategorien zu orientieren. Wenn hinsichtlich der zeitlichen Perspektive davon ausgegangen werden kann, dass noch 5 Jahre nach Schlaganfall durch therapeutische Interventionen funktionale Verbesserungen möglich sein können, unterstreicht dies auch die Notwendigkeit eines langfristig zu konzeptualisierenden Rehabilitationsverlaufs. Komplexe gesundheitsbedingte Teilhabestörungen, wie infolge eines Schlaganfalls, bedingen oft komplexe Leistungsprozesse, die über Leistungen spezialisierter Institutionen hinausgehen. Rehabilitationsleistungen als Leistungen zur Teilhabe, sollen als sozialstaatliche Instrumente krankheitsbezogenen Exklusionsrisiken begegnen und zur Re-Integration – oder noch besser Sicherung von Inklusion – des Einzelnen beitragen. Um dieses zu erreichen, werden Maßnahmen in vielfältigen Bereichen (medizinischen, beruflichen, pädagogischen und sozialen) initiiert.

Das alte Krankheitsfolgenmodell der World Health Organization (WHO) beschrieb dies Verständnis der Rehabilitation. Damit wird auf die stetig steigenden Zahlen chronisch Erkrankter reagiert. Entsprechend diesem Krankheitsfolgenmodell wird davon ausgegangen, dass eine Behinderung oder Erkrankung nicht von Konstanz geprägt ist, sondern als dynamischer Prozess verstanden wird (Kunze et al. 2002). Dem Krankheitsfolgenmodells ist anzurechnen, dass „(...) das Augenmerk erstmals systematisch auf die Folgen von (nicht heilbaren) Krankheiten und Gesundheitsschäden zu lenken – und nicht nur auf die Krankheiten selbst...“ (Gerdes et al. 2000). Die Leitlinien und allgemeinen Empfehlungen für die Rehabilitation sind an der ICF orientiert, dessen Kernbegriff die Funktionsfähigkeit ist. Zentrales Ziel ist die Teilhabe (Partizipation) des Individuums. Ein funktionales Problem (Behinderung) resultiert aus der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem der Person und ihrem Kontext (ICF - Praxisleitfaden 1). Das Konzept von Rentsch & Bucher (2005) hat die vollständige Teilhabe am Leben zum Ziel. Den Rehabilitationsprozess bestimmt zu Beginn das Aktivitätskonzept, welches im Verlauf an Relevanz verliert. Zunehmend gewinnt das Konzept der Teilhabe an Bedeutung. Erreicht wird dies, indem die therapeutischen Settings durch eine gezielte Planung schrittweise in den Alltag integriert werden. Dieser Prozess endet nach anfänglichen Verbesserungen mit einer vollständigen Teilhabe am Leben und wird als Synthese zwischen der Teilhabe entsprechend den Menschenrechten und subjektiven Erfahrungen verstanden (Rentsch et al. 2005).

### 3.3 Befunde zur institutionellen und individuellen Ausgestaltung gesundheitsbezogener Bewältigungsstrategien

Betrachten wir Rehabilitationsverläufe nach Schlaganfall mit Fokus auf Versorgungsgestaltung und gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken, bilden sich darin mehrere Etappen ab (Abb. 3.1): (1) Akutversorgung und Frührehabilitation im Krankenhaus (Dauer: ca. 1-2 Wochen), (2) eine sich zumeist anschließende institutionell und stationär erbrachte, interdisziplinäre, multimodale Rehabilitationsleistung (Dauer: Dauer von 3-6 Wochen) sowie (3) die sich daran anschließende Phase der Nachsorge (weitere Rehabilitation).

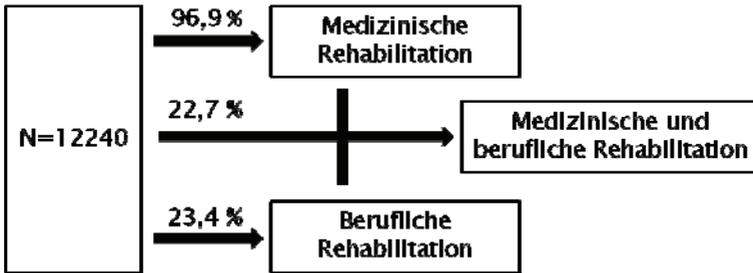
Abbildung 3.1: Etappen des Rehabilitationsverlaufs (Quelle: eigene Darstellung)



Die Akutversorgung wie auch die medizinische (Anschluss-) Rehabilitation sind institutionalisiert, wobei nach Schlaganfall die Rehabilitationsleistung fast ausschließlich stationär erbracht wird. Die Einleitung bzw. Beantragung der Rehabilitation im Akutkrankenhaus wird routiniert durch entsprechende Mitarbeiter ausgelöst und die Verlegung in die Rehabilitationsklinik erfolgt häufig direkt aus der Akutklinik. Handlungsleitende Akteure sind dabei in beiden Institutionen im Wesentlichen die professionellen Mitarbeiter (Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter) der Einrichtungen. Entsprechend berichten Schlaganfallpatienten von automatisierten Verfahren, die gezielte Eigeninitiative nicht zwingend voraussetzen (Zimmermann et al. 2007; Schaepe et al. 2009).

Beispielhaft kann die beschriebene institutionalisierte Versorgung mittels Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu Leistungen für „ihre“ Versicherten mit Schlaganfall nachgezeichnet werden. So haben fast alle Versicherten, die eine Leistung (medizinische oder berufliche Rehabilitation oder Rentenleistung) der DRV erhielten, eine medizinische Rehabilitationsleistung absolviert (Abb. 3.2).

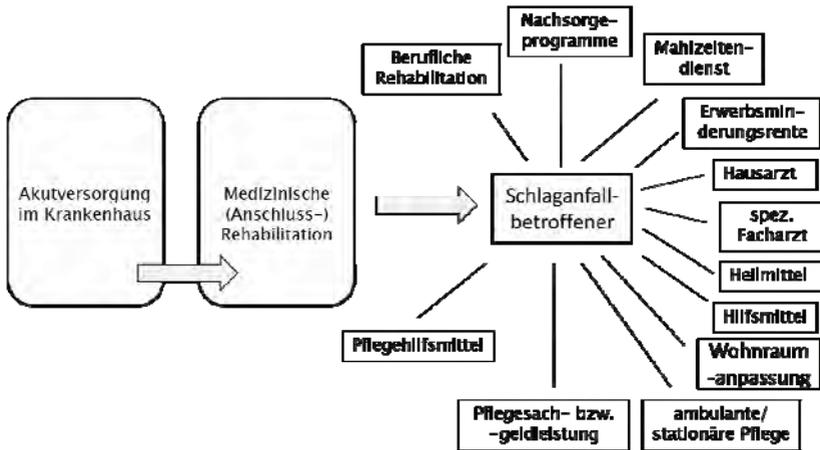
Abbildung 3.2: Rehabilitationsleistungen für DRV-Versicherte (Quelle: Schubert et al. 2010)



Die Betreuung und Begleitung von Patienten nach Schlaganfall beim Prozess der Rehabilitation ist jedoch *außerhalb* institutioneller Versorgung von Akut- oder Rehabilitationsklinik wesentlich fragmentierter (vgl. Abb. 3), wodurch sich Exklusionsrisiken exponentieren und zugleich die Frage nach Prädiktoren gelingender Rehabilitationsprozesse stellt. Abhängig vom Einzelfall können nach Schlaganfall in unterschiedlichen Bereichen Bedarfe bestehen, die in Abbildung 3.3 nur exemplarisch benannt sind und die häufig nicht singular sondern in Kombination auftreten. Einer sich daraus ableitenden Vielgestaltigkeit von Therapieprozessen in der Nachsorge liegt die Tatsache zu Grunde, dass es in Deutschland derzeit keine einheitlichen Standards für Nachsorgemaßnahmen bei Schlaganfallpatienten gibt, wodurch bei der Gestaltung des Nachsorgeprozesses in der Praxis verschiedene Akteure und unterschiedliche Ansätze zu finden sind, die zu Über- bzw. Unterversorgung führen können (Hoeß et al. 2008).

Im Blick auf die Phase der sogenannten Nachsorge offenbaren sich so funktional ausdifferenzierte Unterstützungsangebote zur Bewältigung der gesundheitsbedingten Exklusionsrisiken infolge des Schlaganfalls. Diese sind – bei erwerbsfähigen Personen – teils zu Nachsorgeleistungen des Rehabilitationsträgers Deutsche Rentenversicherung (SGB VI), teils aber auch als Nachsorge durch weitere Therapien und Behandlungen im Rahmen des SGB V und XI zuzuordnen. Analysen zur Inanspruchnahme des multimodal angelegten, strukturierten Intensivierten Rehabilitationsnachsorge-Programms IRENA der Deutschen Rentenversicherung Bund zeigen dabei, dass bei Schlaganfall, wie auch im Bereich der Neurologie insgesamt, diese Möglichkeit der strukturierten Therapiefortsetzung um bis zu 36 Behandlungseinheiten á 90 Minuten quasi nicht genutzt werden (Schubert et al. 2012).

Abbildung 3.3: Fragmentierung der Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Nachsorge (Quelle: eigene Darstellung)



Betroffene eines Schlaganfalls und deren Angehörige erfahren in der poststationären Phase der Rehabilitation oftmals eine nur unzureichende Hilfestellung und Information zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung. Dabei ist evident, dass bei Schlaganfallpatienten ein dynamischer, krankheitsbezogener Informations- und Unterstützungsbedarf nicht nur im Rahmen der engeren Nachsorge (bis ein Jahr nach Schlaganfall) sondern auch deutlich darüber hinaus besteht (Lui et al. 1999; Wiles et al. 1998; Hanger et al. 1998; Banks 2000). Somit kann ein Schlaganfall zu einem erheblichen Bedarf an Leistungen der Gesundheitsversorgung, Pflegeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen führen, wobei die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht ausschließlich durch das Ausmaß der Erkrankung oder aus dem subjektiven, wie objektiven Bedarf des Betroffenen bestimmt, sondern auch durch finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Kemper 2011).

Hierbei verändern sich im Zeitverlauf sowohl die Qualität des Bedarfs (Inhalte, Therapiemöglichkeiten, Rückkehr zur Arbeit und Kenntnisse zum Zugang zu Versorgungsleistungen und finanziellen Leistungen u.v.m.) als auch dessen Umfang (Wiles et al. 1998; Hanger et al. 1998; Vincent et al. 2007; Talbot et al. 2004; Mckewitt et al. 2004; Allgeier et al. 2005; Hare et al. 2006; Young et al. 2007). Dabei lässt sich die These entwickeln, dass eine bedarfsgerechte „Nachsorge“ nach Schlaganfall über die Grenzen einer – mehr oder weniger strukturierten – Nachbetreuung einzelner Leistungserbringer im Rehabilitationsprozess deutlich hinaus gehen muss. Insgesamt

belegen vorliegende Forschungsbefunde, dass langfristig ein Bedarf an professioneller Unterstützung besteht (Corbin et al. 2004; Wiles et al. 1998; Hanger et al. 1998). Eine kontinuierliche Begleitung des Rehabilitationsprozesses nach Schlaganfall im Rahmen der erweiterten Nachsorge besteht dem gegenüber nicht. Bisher gibt es nur vereinzelte modellhafte Nachsorgeprogramme, die zumeist in einem Sektor angegliedert sind und meist nicht über einen Ein-Jahres-Zeitraum hinausgehen. Für weitere notwendige Therapien nach der stationären Phase der Versorgung (Akutversorgung im Krankenhaus, AHB in der Rehaklinik) nach Schlaganfall gibt es keine Belege einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten Versorgung.

Damit bleiben Betroffene im weiteren Rehabilitationsprozess vielfach alleingelassen oder benötigen ein großes Wissen über die Möglichkeiten der Therapiefortsetzung (Wiles et al. 1998; Mckewitt et al. 2004; Allgeier et al. 2005). Die Relevanz ergibt sich darüber hinaus auch aus dem Auftrag „Rehabilitation vor Pflege“, der in den Sozialgesetzbüchern IX und XI verankert ist. Damit begegnet man dem Ziel in entsprechender Situation, dauerhaft pflegebedürftigen Menschen eine größtmögliche Selbständigkeit zu ermöglichen. Görres et. al (1988) beschreiben, „dass am Ende eine Situation stehen soll, die von dem Patienten selbst als annehmbar oder gar erstrebt gesehen wird.“ Die Unterstützung des Selbstmanagements ist in der Phase der Nachsorge nicht allein durch die haus- und spezialisierte fachärztliche Versorgung sicherzustellen (Barzel et al. 2008).

Die Ergebnisse einer Hausarztbefragung beschreiben den Übergang aus der Klinik ins häusliche Milieu als eine sehr komplexe, problembeladene, schwer zu bewältigende Situation. Neu auftretende psychische Symptome spielen eine große Rolle. Ebenso gestaltet sich die Suche nach geeigneten Therapeuten und Fachärzten meist als aufwendig. Nicht selten kennzeichnen die z.T. langwierigen Auseinandersetzungen mit der Krankenkasse oder anderen Leistungsträgern, den Start in die ambulante Versorgung. Häufig übernehmen Hausärzte und Therapeuten neben ihren berufsspezifischen Aufgaben in der ambulanten Nachsorge beratende und unterstützende Teilbereiche (Barzel et al. 2008). Kontextualisierend ist dabei auch zu sehen, dass der ambulante Nachsorgeprozess insbesondere auf der Verordnung von Heilmitteln beruht, wobei Physio- und Ergotherapie am häufigsten in Anspruch genommen werden. Bekannt ist, dass die ambulante Heilmittelverordnung in Deutschland z.T. zögerlich erfolgt (Schröder 2010). Eigene Analysen von Versorgungsdaten von Schlaganfallpatienten im erwerbsfähigen Alter zeigen in diesem Kontext, dass nur eine Minderheit in der Phase der erweiterten Nachsorge eine rehabilitativ ausgerichtete Therapiefortsetzung bekommt (Abb. 3.4), obgleich längerfristige Therapien erfolgversprechend sein können.

Im Ergebnis ist feststellbar, dass vor allem die Phase nach der Anschlussrehabilitation (also die weitere „Nachsorge“) und die mögliche Rück-

kehr ins Alltags- und auch Arbeitsleben in Deutschland durch ein sehr uneinheitliches Bild gekennzeichnet sind (Zimmermann et al. 2006). Ein wesentliches Element gelingender Therapiefortsetzung ist demnach die starke Unterstützung durch den Hausarzt oder Familienmitglieder, um eine kontinuierliche therapeutische Versorgung und berufliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten und für ihre Rehabilitation zu nutzen. Greifen wir die Abbildung 3.4 auf und differenzieren nach der – wegen gesetzlich einheitlich

Abbildung 3.4: Prozentualer Anteil von Schlaganfall Betroffener Personen mit Therapieinanspruchnahme zu drei Zeitpunkten in der Nachsorgephase (vgl. Schubert et al. 2010)

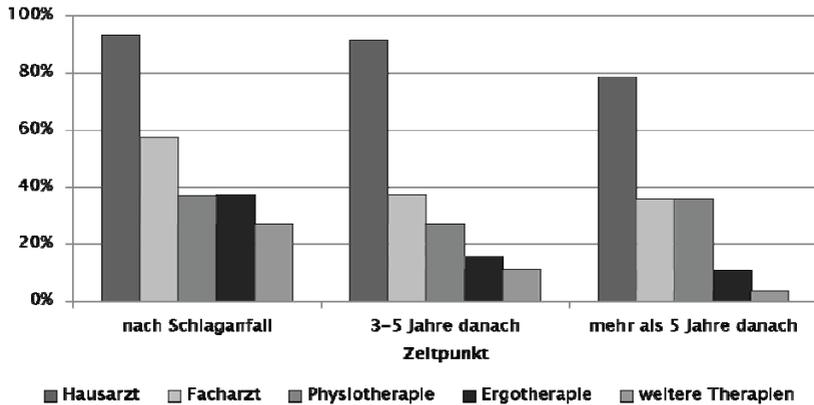
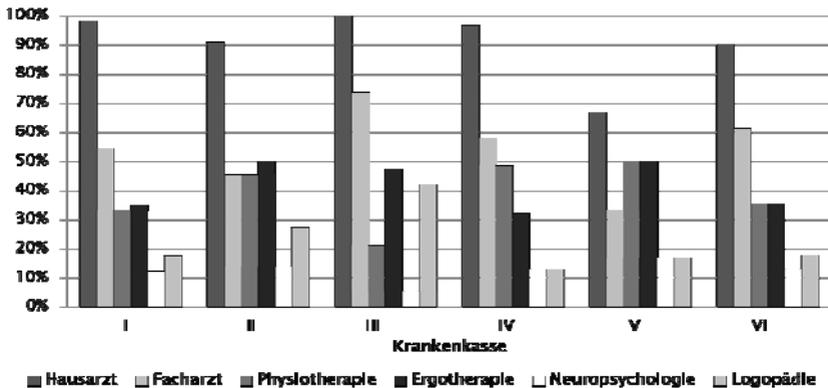


Abbildung 3.5: Prozentualer Anteil von Schlaganfall Betroffener Personen mit Therapieinanspruchnahme in der Nachsorgephase (direkt) nach Schlaganfall; differenziert und Krankenkasse (Schubert et al. 2010)



definierter Leistungskataloge – relativ versorgungsunabhängigen Variable „Art der gesetzlichen Krankenkasse“ lässt sich zeigen, dass die Therapieinanspruchnahme wesentlich variiert (Abb. 3.5).

### **3.4 Bewältigung auf Betroffenenenebene**

Auch Umgang mit der Erkrankung unterliegt einer Veränderung im Zeitverlauf. Während in der akuten Phase überwiegend ablenkende und selbstaufbauende Strategien der Krankheitsbewältigung eingesetzt werden, tritt im späteren Verlauf vermehrt aktives und problemorientiertes Bewältigungsverhalten in den Vordergrund (Kremer et al. 2002). Es ist nachgewiesen, dass Verbesserungen der motorischen Funktionsfähigkeit im positiven Zusammenhang mit aktiven, problemorientierten Bewältigungsverhalten stehen (Elmstahl et al. 1996; Astrom et al. 1993; Kremer et al. 2002). Die mit einem Schlaganfall häufig einhergehenden Störungen der Aufmerksamkeit und Auffassung, einer geminderten Geschwindigkeit seelisch-geistiger Abläufe sowie das vermehrte Auftreten von Depressionen erschweren insbesondere nach einem Schlaganfall den Prozess der Krankheitsbewältigung (Kallert 1993; Broda 1988) und das wiederum stellt einen negativen Einflussfaktor für die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit dar. Zudem nehmen in der Langzeitperspektive psychische Belastungen signifikant zu (Astrom et al. 1993; King et al. 2002) und lassen sich unter anderem auf unerfüllte Rehabilitationserwartungen und der psychischen Bewältigung der erlebten Abhängigkeit zurückführen (Becker 1993; Mumma 1986; White et al. 2000).

In Auseinandersetzung mit der Erkrankung und einer folgenden Behinderung erleben sich die Betroffenen häufig in einer von anderen Menschen abhängigen, hilfs-, beziehungsweise machtlosen Position. Emotionale Instabilität (gekennzeichnet durch Resignation und/oder Ängstlichkeit) können den Verlauf der Rehabilitation beeinträchtigen (Wilz et al. 2002).

Die Selbständigkeit des Betroffenen wird als motivierendes Element im Rehabilitationsprozess verstanden. Entsprechend der Erwartung, dass die Bedürfnisse die Motivation vorantreiben, unterscheiden Deci und Ryan in ihrer Selbstbestimmungstheorie, die intrinsische Motivation (die natürliche Tendenz, Herausforderungen zu suchen und die eigenen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen) von der extrinsischen (es wird gehandelt, um z.B. einer Strafe zu entgehen) (Deci/Ryan 1985; Reeve 1996; Ryan/Deci 2000). Deci und Ryan benennen folgend drei psychische Grundbedürfnisse; das Bedürf-

nis nach Kompetenz, nach Autonomie/Selbstbestimmung und nach sozialer Eingebundenheit. Die Bedürfnisse nach Kompetenz und Autonomie stellen die Grundlage für das Entstehen der intrinsischen Motivation dar. Lernumgebungen, die Gelegenheit geben, diese Bedürfnisse zu befriedigen, fördern das Auftreten selbstgesteuerten Lernens (Prenzel 1993). Das Erleben von Kompetenz hat eine zentrale Bedeutung innerhalb des Motivationsprozesses.

Die eigentliche Krankheitsbewältigung nach einem Schlaganfall ist nicht mit der direkten Anschlussrehabilitation abgeschlossen, sondern kann sich im weiteren Verlauf stetig entwickeln. Dies bezieht sich im Besonderen auch auf therapeutische Effekte, die noch bis zu zwei Jahre nach dem Akutereignis zu beobachten sind (Dean et al. 2000).

Die Beteiligung der Patienten und die Förderung der Eigeninitiative – als autonomiefördernde Faktoren – im Rehabilitationsprozess werden heute als zentrale Elemente einer modernen Rehabilitation vorausgesetzt (Faller 2003). Sofern dies gelingt, ist mit einer Verstetigung von Handlungsroutinen im Bereich körperlicher Aktivität zu rechnen, was einen größeren Reha-Erfolg im langfristigen Verlauf zur Folge haben kann (Schramm 2009). Daher ist der systematische Einbezug der Rehabilitanden bereits in die Planung und Durchführung des Rehabilitationsprozesses sowie die gezielte Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und beim Versorgungsmanagement (v. a. im Bereich der Nachsorge) ein elementarer Bestandteil des Rehabilitationsprozesses (Schubert et al. 2006).

Schlaganfallpatienten erfahren im Rahmen des Rehabilitationsprozesses durch Wiedererlangung von körperlichen und/oder geistigen Fähigkeiten unterschiedlich weit reichende Veränderungen in der Wahrnehmung ihrer Autonomie.

Zusätzlich wird diese in hohem Maße durch das räumliche und soziale Umfeld in förderlicher oder hinderlicher Weise beeinflusst (Proot et al. 2000, Schubert et al. 2006). Als weitere Einflussfaktoren auf die Autonomierückgewinnung werden das Fachwissen und der Charakter der professionellen Helfer sowie die Verfügbarkeit und die Strategien zur Nutzung professioneller Hilfe durch den Patienten beschrieben (Schubert et al. 2006; Thümmeler et al. 2008).

### 3.5 Das Erleben des Rehabilitationsprozesses von Schlaganfallpatienten in der Nachsorge

#### *Methodisches Vorgehen*

Der Zugang zum Erleben des Rehabilitationsprozesses betroffener Schlaganfallpatienten und dessen Erfahrungen erfolgte über ein sinnverstehendes, hermeneutisches Vorgehen.

In die Stichprobe eingeschlossen wurden Menschen mit einem diagnostizierten Schlaganfall, die entweder selbst kognitiv und sprachlich in der Lage waren ein Interview zu führen oder durch eine Betreuungsperson vertreten wurden und die informiert in die Studienteilnahme eingewilligt haben.

Nach der Methode des theoretical sampling wurde eine Stichprobe von 15 Betroffenen gebildet. Die Patienten wurden stratifiziert nach Geschlecht, Alter, regionaler Herkunft, Schweregrad und Ereignisabstand (vgl. Tabelle 3.1).

*Tabelle 3.1: Stichprobencharakteristik*

<b>Geschlecht</b>	weiblich/männlich	6/9
<b>Alter</b>	Mittelwert (Spannweite)	56,6 Jahre (47-67)
<b>Familienstand</b>	verheiratet	11
	ledig	3
	geschieden	1
<b>Berufstätigkeit vor Schlaganfall</b>	berufstätig	14
	arbeitslos	1
<b>Berufstätigkeit nach Schlaganfall</b>	berufstätig	1
	arbeitslos	3
	Erwerbs/ Berufsunfähigkeitrente	8
	Altersrente	2
	im Rehaprozess	1
<b>Ereignisabstand</b>	Mittelwert (Spannweite)	6,7 Jahre (4-14)
<b>Regionale Herkunft</b>	Neue/Alte Bundesländer	8/7
<b>Anschlussheilbehandlung (AHB)</b>	ja/nein	13/2
<b>Schweregrad der Beeinträchtigung (zum Zeitpunkt des Interviews)</b>	leicht	9
	mittel	2
	schwer	4

Mit den Betroffenen wurden themenzentrierte Interviews mit offener Eingangsfrage und teilstrukturiertem Leitfaden geführt. Die Interviews fanden im Jahr 2008 statt. Die Analyse der Interviews erfolgte mit dem methodischen Ansatz der Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996).

### *Ergebnisse zum Erleben des Rehabilitationsprozesses in der Nachsorge*

Die poststationäre Rehabilitation von Schlaganfallpatienten ist uneinheitlich gestaltet und die Kontinuität einer weiteren therapeutischen und hauswirtschaftlichen Versorgung hängt weitgehend von den persönlichen Kenntnissen und sozialen Ressourcen der einzelnen Patienten und deren Bezugspersonen ab (Schaepe et al. 2009). Alle Befragten berichteten von starken Widerständen, Barrieren bzw. Diskontinuitäten in der Nachsorge bei allen Trägern der Gesundheitsversorgung, diese konnten bei einigen Betroffenen mit Unterstützung durch Bezugspersonen, Sozialverbände und/oder Hausärzte überwunden werden, für andere Betroffene fand nahezu keine weitere Versorgung poststationär statt bzw. fühlten sie sich allein gelassen („Und wenn man irgendwas braucht, dann wird ja alles abgelehnt“ 2, 80).

Eine Überleitung aus dem Akutkrankenhaus/der stationären Rehabilitationsklinik ins häusliche Milieu existierte aus Sicht der Betroffenen nicht. Eine weiterführende „Nachsorge“ bzw. eine Planung der beruflichen Perspektive fand nicht statt. Der Übergang aus der kontinuierlichen therapeutischen Betreuung im stationären Kontext in die häusliche Umgebung wurde als Versorgungsbruch erlebt.

„Und, aber sonst, be berufliche Perspektiven, man hat eigentlich /eh/, das völlig offen gelassen, man hat da nicht irgendwie, man hat gesagt, man hat den Status quo noch mal analysiert, (-) hat den Abschlussbericht gemacht, sagt, das schicken wir dann Ihrem behandelndem Arzt zu und /eh/ hat auch nicht empfohlen, gehen Sie jetzt in neurologische Weiterbehandlung, oder sonst was. Wie gesagt, ich bin ja dann von dort aus, direkt wieder zum Hausarzt zurück überwiesen worden. Hat mir auch nicht solche Hinweise gegeben, ob ich vielleicht eine /eh/ (-) /eh/ Behinderung beantragen soll oder sonst welche Dinge. Eigentlich (-) /eh/, das ist völlig offen geblieben.“ (1, 120)

Als sehr unterschiedlich wurde die Initiative bzw. Nicht-Initiative der Hausärzte, den Rehabilitationsprozess voranzutreiben, wahrgenommen. Die Betroffenen beschreiben in den Interviews starke Gegensätze. Einerseits initiierte der Hausarzt Physiotherapie und beantragte Sonderregelungen o.ä.. Andererseits erleben Betroffene auf Seiten ihres Hausarztes eine Ignoranz, obwohl der Wunsch nach einer weiteren Nachsorge formuliert und geäußert wurde.

„(Ich hab das, ich hab das, ich hab das) zuerst versucht äh, da ist keine Reaktion gekommen von denen, da wussten sie wohl auch nicht wie, was, warum weshalb und, naja da hab

ich's aufgegeben. Immer drüber reden kann man auch nicht, macht man auch nicht und (--)  
muss man eben so leben, wie es grade im Moment ist.“ (13, 108)

Die Betroffenen mussten sich vor allem selbst initiativ Unterstützung in ihrem sozialen Netzwerk oder von den vorhandenen Leistungserbringern einfordern und organisieren. Aus Sicht von Betroffenen bietet das Gesundheitssystem keine wegweisende Orientierung für den weiteren Rehabilitationsverlauf. Die Eigeninitiative der Betroffenen oder stellvertretend seiner Angehörigen ist sehr heterogen ausgeprägt.

„Aber in der Regel muss ich mir das alles selber (-) selber /eh/ (-) suchen und organisieren. (-) Also da gab's (-) keine (-) weitere Unterstützung, (...), weil meine Hausärztin, die ja auch sehr sehr nett ist und auch sich bemüht, aber (-) ((holt Luft)) sie mussten erst einmal den Weg von der reinen Erstversorgung sich eigentlich Ihr Netz selber spinnen. Es gibt da nichts, (-) wo es dann irgendwo einer /eh/ auf Sie zukommt und sagt, eh das und das und das gibt's. Das müssen Sie alles selber erfragen. So ist der Stand der Dinge.“ (2, 132)

In diesem Kontext zeigen Wartezeiten für einen Termin bei einem Neurologen nach stattgefundener Anschlussrehabilitation von bis zu 9 Monaten Versorgungsengpässe und fehlende Steuerung auf. Auf Initiative der Betroffenen oder ihrer Angehörigen konnte mithilfe eines sozialen Netzwerkes und/oder den Leistungserbringern (z.B. dem Pflegedienst) schneller Kontakte/Termine zu Experten und/oder Fachärzten (Consultation) vermittelt werden („Beziehungen“).

Bei der Beantragung von Leistungen aus der Sozialversicherung (Pflegestufe, Antrag auf Rehabilitation) erlebten die Betroffenen und ihre Angehörigen außerordentliche Schwierigkeiten. Viele Leistungen wurden zunächst abgelehnt, in reduzierter Form bewilligt oder in Widerspruchsverfahren behandelt. Die Betroffenen hatten das Gefühl, dass sie um eine Bewilligung (Pflegestufe) „kämpfen“ mussten.

Betroffene brachen mitunter ihre Therapien von sich aus ab und entschieden sich gegen eine weitere Behandlung (Veto-Partizipation). Stagnierte der gesundheitliche Zustand und es konnten keine Fortschritte mehr festgestellt werden, erlebten die Betroffenen die Therapie als nicht gewinnbringend und Frustration verhinderte eine Weiterführung von Maßnahmen. Nur gelegentlich ging von den Hausärzten die Initiative aus, den im Sinne des Trajekt-Modells natürlichen chronischen Krankheitsverlauf stockenden Prozess wieder zu aktivieren.

Die Beteiligung des Patienten und die Förderung der Eigeninitiative im Sinne von Partizipation zur Förderung von Autonomie werden durch Barrieren (Schnittstellen, Zuständigkeiten, Verfahrensabläufe, Wartezeiten etc.) beschränkt. Die erlebten Versorgungsbrüche und fehlende Steuerung der weiteren Nachsorge vermittelte den Betroffenen das Gefühl, allein gelassen worden zu sein und selbst in einem besonderen Maße initiativ werden zu müssen. Informationen bezogen sie vorzugsweise aus Büchern oder Zeitschriften (Apothekenumschau, Illustrierte). Angebote der Volkshochschule

wurden wahrgenommen. Selbsthilfegruppen wurden über Zeitungsanzeigen gefunden.

„(Also ich denk mal so) 90% kam von mir und 10% von der anderen Seite, wenn ich sie ansprach drauf.“ (5,201)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Partizipation an individuell zugeschnittenen Angeboten der weiteren Rehabilitation in der Nachsorge nach Abschluss der Anschlussrehabilitation eher zufällig und nicht zielgerichtet oder geplant erfolgen. Es wird ein starker Gegensatz zwischen der stationären (Akut)Versorgung, wo alles „automatisch“ ging und häufig das Recht auf Mitentscheidung ausgesetzt wird und der Nachsorge, wo sich jeder selbst kümmern muss („nichts geht automatisch“) wahrgenommen. Gleichfalls bestimmt das Gefühl, allein gelassen worden zu sein den Nachsorgeprozess und nähert sich in keiner Weise, dem Anspruch bzw. dem Ziel der Förderung von Autonomie (Selbstbestimmung). Insgesamt kann gesagt werden, dass das Bedürfnis nach Informationen ein zentrales Anliegen ist. Partizipation und Individualisierung der Rehabilitation in der Nachsorge wird nicht durch Rehabilitationsträger gefördert, sondern durch die Betroffenen, die sich um eine Fortsetzung des Rehabilitationsprozesses (medizinisch-therapeutisch oder beruflich) bemühen (oder nicht bemühen). Weiterhin steuern unterstützende oder nicht unterstützende Bezugspersonen aus kleinen sozialen Netzwerken, wie betreuende Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte in der ambulanten Nachsorge, die Therapien befürworten oder initiieren und vermitteln den weiteren Rehabilitationsprozess.

Die Schlaganfallbetroffenen der Studie formulierten klar, was sie als hinderlich oder förderlich in Bezug auf Teilhabe, Partizipation und Autonomie erlebten. Wichtig erscheint eine Überleitung der Patienten in die Nachsorge, wobei diese als Prozess gesehen wird und hierbei mögliche Perspektiven für den Betroffenen erarbeitet werden sollen. Mit dem Beenden der stationären Rehabilitation und dem Beginn der ambulanten Nachsorge steht die Informationsvermittlung im Vordergrund. Inhaltlicher Bedarf besteht häufig zu weiteren Therapiemöglichkeiten und niedrigschwelligen Angeboten. Wichtig erscheint bei der Klärung bzw. Planung neuer Perspektiven der Kontakt zu professionellen Akteuren. Um Zuständigkeiten erfassen zu können, muss der Nachsorge-Rehabilitationsprozess transparent gestaltet werden.

Die erste, ärztliche Kontaktperson ist nach einem stationären Aufenthalt oft der Hausarzt. Darüber hinaus nehmen die Betroffenen in regelmäßigen Abständen einen Arztbesuch wahr. Deshalb sollte aus Sicht der Betroffenen zum Aufgabenfeld des Hausarztes gehören, initiativ das Fortführen des Rehabilitationsprozesses anzuregen. Förderlich wäre es zusätzlich, wenn Vertrauenspersonen aus einem sozialen Netzwerk und/oder professionelle Unterstützung, den Kontakt zu speziellen Leistungserbringern vermitteln, beratend und motivierend tätig werden, sowie über Leistungsansprüche aufklären. Die Motivation durch Professionelle oder andere Betroffene fördert den Rehabili-

tationsprozess und unterstützt die Verfolgung der gesetzten Ziele. Die Betroffenen wollen sich nicht nur gut „verwaltet“ wissen, sie legen auch Wert auf eine menschliche Beziehung zu den Leistungserbringern. Die Unterstützung durch Angehörige und Bezugspersonen und die Integration der Betroffenen in den sozialen Kontext ist auch langfristig ein wichtiger Faktor für den Rehabilitationserfolg (Anderson et al. 2000; Han/Halley 1999; Glass et al. 1993).

Aus diesen Befunden ließ sich die Notwendigkeit eines partizipativen Rehabilitationsprozessmanagements (zur Begleitung und Steuerung des weiteren Rehabilitationsprozesses) in der Nachsorge ableiten. Es stellt eine Antwort auf die derzeit fragmentierten Nachsorgestrukturen dar (Steib et al. 2011).

### **3.6 Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement – ein Konzept für die rehabilitativ ausgerichtete Nachsorge von Schlaganfallpatienten**

Wenn wie dargelegt, die derzeitige postakute Schlaganfallnachsorge unzureichend koordiniert ist, eine Abstimmung der beteiligten Akteure kaum stattfindet und das ausdifferenzierte Gesundheitssystem mit diversifiziert angelegten Leistungsträgern und -erbringern insbesondere im Bereich der Nachsorge Schnittstellen produziert, die auf individueller Ebene Betroffener mitunter zu Versorgungs(ab)brüchen – oder allgemeiner – zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung der Patienten führen (Schelten 2011), ist als Problemlösung die Umsetzung eines sektorenübergreifenden Partizipativen Rehabilitationsprozessmanagements in der Nachsorge denkbar.

Der Nachsorgeprozess sollte durch ein integriertes am individuellen Patientenbedarf ausgerichtetes Versorgungsmanagement in der ambulanten Nachversorgung gesteuert werden. Der Fokus liegt hier neben einer kontinuierlichen Fallbetreuung und regelmäßigen Erfassung der Versorgungssituation, die bereits in der Rehabilitationsklinik ansetzt, in einer gezielten Stärkung der Patientenpartizipation im Rehabilitationsprozess mit dem Ziel der Autonomie und des Empowerment. Die individualisierte Begleitung soll am Trajektmanagementmodell nach Corbin/Strauss (1992) ausgerichtet werden und leistet damit die entscheidenden Unterstützungsbedarfe in den einzelnen Phasen des Krankheitsverlaufs.

Erste Befunde aus dem Rehabilitationsprozessmanagement einer randomisierten, kontrollierten Studie zeigen, dass Betroffene und auch Angehörige in der Phase der Rückkehr nach Hause weniger aktiv Unterstützung suchen (Becker et al. 2012), als es ihre Bedarfssituation und Befunde aus qualitati-

ven Vorstudien vermuten lassen (Schaepe et. al 2009; Zimmermann et al. 2006). Das Rehabilitationsprozessmanagement muss deshalb zu diesem Zeitpunkt eher als zugehende Fallarbeit konzipiert sein, als von eigeninitiativer Kontaktaufnahme seitens der Betroffenen und deren Angehörigen auszugehen. Ursächlich dafür könnte eine durch die vorhergehende Institutionalisierung (Akut- und Rehaklinik) ausgeprägte eher passive Patientenrolle oder auch der bereits erwähnte phasenhafte Verlauf des Krankheitsbewältigungsprozesses sein, denen sich Patienten und deren Angehörigen nach Ende einer akuten Krankheitsperiode gegenübersehen (Corbin et al. 2004). Inwieweit diese Verhaltensweisen in der Langzeitnachsorge (bis 3 Jahre nach Ereignis) persistieren oder beschriebener Dynamik unterliegen, kann aktuell nicht geklärt werden.

Das Konzept des Partizipativen Rehabilitationsprozessmanagement besteht in der Etablierung verschiedener Angebote der ambulanten Nachversorgung von Schlaganfallpatienten, die die weitere Rehabilitation im Sinne eines Case Managements steuern und begleiten soll. Die Intervention ist einerseits von teils sehr unterschiedlichen Bedarfslagen als auch von einem sich im Zeitverlauf ändernden Unterstützungsbedarf geprägt, die somit auch unterschiedliche methodische Ansätze des Case Managements erfordern.

Im Mittelpunkt der Intervention stehen Inhalte, die sich basierend auf dem aktuellen Forschungsstand in folgenden Beratungs- und Informationsschwerpunkten des Partizipativen Rehabilitationsprozessmanagements widerspiegeln: Krankheitsbild Schlaganfall, Risikofaktoren und Vorsorge, Leistungen ambulanter Nachsorge und Rehabilitation (weiterführende Therapien), Praktische Unterstützung im Alltag, Pflege, emotionale Unterstützung, soziale Kontakte/Freizeitaktivitäten, Rückkehr in den Beruf, Patientenrechte, Finanzielle Unterstützung, Kooperationspartner.

Dabei nutzt das Partizipative Rehabilitationsprozessmanagement verschiedene Zugangswege. Inhaltlich gestaltete Informationsbriefe für Schlaganfallbetroffene und Angehörige geben Informationen zu abgegrenzten schlaganfallspezifischen Themen, wie z.B. Entstehung eines Schlaganfalls – Verhalten im Notfall, Risikofaktoren des Schlaganfalls, Sprach- und Sprechstörungen nach Schlaganfall, Schluckstörungen nach Schlaganfall, Inkontinenz nach Schlaganfall, Bewegungsstörungen nach Schlaganfall, Geistige Veränderungen nach Schlaganfall, Leben und Lebensqualität nach Schlaganfall, Angehörige von Menschen nach Schlaganfall. Sie enthalten auf max. 3 DIN-A4-Seiten evidenz-basierte Informationen mit einführendem Charakter zu den jeweiligen Themen und zusätzlich Verweise auf weiterführende Literatur aus Printmedien und Internet. In den Informations-Briefen dominiert eine einfache Darstellung wichtiger Inhalte, die innerhalb einer kurzen Zeit auch bei leichten kognitiven Einschränkungen noch erfassbar sind. Die Briefe werden sowohl im Case Management bedarfsspezifisch eingesetzt als auch losgelöst davon, wenn aktuell keine persönliche Fallbegleitung notwendig oder gewünscht ist.

Eine telefonische Nachsorge wird zur Umsetzung der vereinbarten Unterstützungslösungen und in Ergänzung zu den Hausbesuchen für Patienten eingerichtet. Hierüber können die gleichen Informations- und Beratungsleistungen für Angehörige und Patienten bereitgestellt werden. Zudem wird in festgelegten Intervallen telefonisch Kontakt gehalten, um rechtzeitig Problemlagen identifizieren zu können sowie zur Erhaltung der Rehabilitationsmotivation. Gleichzeitig steht allen Betroffenen, die im Programm eingeschrieben sind eine kostenlose Hotline als niederschwelliges Beratungsangebot zur Verfügung, an die sie sich mit Problemen, die den Schlaganfall betreffen, wenden können.

Die individuelle Einzelberatung und das mobile Rehabilitationsmanagement (Hausbesuche) bietet allen Betroffenen und ihren Angehörigen bei Bedarf eine weitere Möglichkeit der Begleitung. Unter Einsatz eines Assessments wird beim Erstkontakt mit den Betroffenen und deren Bezugspersonen die individuelle Bedarfslage ermittelt. Die individuelle Einzelberatung kommt zur Anwendung, wenn Informationen oder auch die Vermittlung von Leistungen nicht ausreichend sind, um den Rehabilitationserfolg und die Selbstständigkeit zu sichern. Bei komplexem Hilfebedarf wird ein Case Management initiiert, in dem zusammen mit den Betroffenen und deren Bezugspersonen Rehabilitationsziele vereinbart, Nachsorgeaktivitäten gemeinsam geplant und deren Umsetzung geklärt werden. Das gelingende partizipative Rehabilitationsprozessmanagement liegt in der Befähigung der Betroffenen und Angehörigen, eigenverantwortlich den individuellen Rehabilitationsverlauf zu gestalten. Eine direkte Zusammenarbeit mit dem Hausarzt findet u. a. in Form von Fallkonferenzen entsprechend der Bedarfslage bei komplexen Problemlagen und bei problembehafteten Arzt-Patienten-Beziehungen statt. Ebenso verhält es sich in der Kooperation mit weiteren Gesundheits- und Pflegeberufen. Die Mitarbeiter der Beratungsstelle stehen jederzeit als Ansprechpartner für Hausärzte und andere, an der Versorgung Beteiligte zur Verfügung.

Ein fortlaufendes Monitoring kontrolliert den Erfolg der individuellen Fallbegleitung und ermöglicht die Anpassung weiterer Schritte. Diese Fallbegleitung ist in Abhängigkeit der Mobilität als auch der zugrunde liegenden Problematik in der Beratungsstelle oder auch als mobiles Rehabilitationsprozessmanagement im Hausbesuch möglich. Für jeden Einzelfall werden die individuell in Anspruch genommenen Maßnahmen bzw. die vermittelten Regelleistungen detailliert dokumentiert und analysiert.

### 3.7 Fazit

Die kurze Darstellung des Rehabilitationsprozesses nach Schlaganfall anhand ausgewählter Versorgungsdaten und Erkenntnissen zum Rehabilitationserleben von Schlaganfall Betroffenen verweist einerseits auf Leistungen in einem ausdifferenzierten Gesamtsystem sowie andererseits auf individualisierte Leistungsprozesse. Dabei scheint Individualisierung eine Prozessvariable zu sein, die sich auf den (fehlenden) Zugang und nicht die Wahl der Interventionen bezieht. Die soziale Ungleichheit bei Gesundheitsleistungen nimmt somit selbst bei einkommensunabhängiger Finanzierung zu, weil Zugang und Nutzung dieser finanzierten Leistungen erhebliches soziales und kulturelles Kapital (Bourdieu 1997) verlangen (Zimmermann et al. 2007). Dies gilt umso mehr für die folgende Nachsorge im andauernden Rehabilitationsprozess (Zimmermann et al. 2004b). Somit findet die Individualisierung der Rehabilitation in Deutschland wesentlich durch die Klienten selbst statt, die sich abseits der Standardprogramme der drei- bis vierwöchigen Anschlussrehabilitation um eine Fortsetzung des Rehabilitationsprozesses (medizinisch-therapeutisch oder beruflich) bemühen oder nicht bemühen, durch betreuende Ärzte und Therapeuten in der ambulanten Nachsorge, die Therapien befürworten oder Indifferenz zeigen und durch unterstützende oder nicht unterstützende Angehörige und Freunde. Hilfen zur Inklusion bleiben demnach fragmentarisch und ihre (kontinuierliche) Nutzung hängt v.a. vom individuell verfügbaren sozialen und kulturellen Kapital ab. Als Ziel der Rehabilitation nach Schlaganfall ist Inklusion in die selbst bestimmten Bereiche des sozialen Lebens unbestritten. Das gilt gerade auch dann, wenn – wie häufig – eine vollständige Heilung körperlicher Einschränkungen nicht realistisch erwartbar ist. Auch ist weitgehend unbestritten, dass Inklusion nicht durch Verbiegung, sondern durch Anerkennung der Besonderheit der Person, die um ihre Inklusion kämpft, rehabilitativ und pflegerisch erreicht werden soll. Wie nie zuvor in der Geschichte der Menschheit ist in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten ein spezialisiertes Krankenversorgungssystem und ein spezialisiertes Pflegesystem ausgebaut worden, um rehabilitativ und pflegerisch Teilhabe am sozialen Leben zu sichern. Bei den in diesem Ausmaß aufgewendeten Ressourcen mochte es erstaunen, dass trotz aller hochspezialisierten Reha- und Pflegeeinrichtungen so viele nach Schlaganfall angestrebte Re-Inklusionen verfehlt wurden. In den Selbstbeschreibungen der Patienten und der Therapeuten und Pflegenden drängte sich der Eindruck auf, dass es die Lücken zwischen den hochspezialisierten Verantwortungsbereichen der Einrichtungen sind, in denen sich die Inklusionswilligen verloren. Solche Lücken gilt es durch Navigatoren zu überbrücken. Nicht mehr die Selbstbestimmung bedrohende fürsorgliche Bevormundung, sondern die hochorganisierte Unverantwortlichkeit spezialisierter Institutionen gefährdete in diesen Fällen die selbstbestimmt gewünschte Inklusion.

## 4 Bedarfsgerechte Steuerung und Qualitätsentwicklung der stationären Langzeitpflege – Eine rationalisierungstheoretische Untersuchung am Beispiel des Resident Assessment Instruments (RAI)

*Christiane Becker, Johann Behrens*

### 4.1 Einführung

Bei der Zuerkennung von Leistungen aus der Pflegeversicherung handelt es sich um eine besonders typische Anwendung der Norm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“, denn der Anspruch besteht völlig unabhängig davon, wie hoch das Einkommen einer Pflegebedürftigen ist, wie viel sie in die Pflegeversicherung eingezahlt hat und welchen Standes sie ist. Weder mit Armuts politik, wie die Sozialhilfe, noch mit Standeserhaltungspolitik, wie die Rentenversicherung, werden Leistungen aus der Pflegeversicherung begründet. Typisch ist auch – wie wir im ersten Kapitel ausführten – dass es eine Prüfung des individuellen Bedarfs durch speziell geschulte Grenzwächter (Gutachter) gibt. Im Unterschied zu vielen Ländern, die „long-term care“ als Armuts politik sehen und den individuellen Bedarf durch Finanzbeamte und Sozialarbeiter prüfen lassen, gilt in Deutschland der nur seinem ärztlichen und pflegerischen Gewissen verantwortliche Medizinische Dienst der Krankenkassen auch Fachpflegende als zuständig für die Prüfung individueller Bedarfe. Das ist für die Norm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ eine grundlegende Tatsache, unabhängig davon, wie fachlich umstritten die Assessmentinstrumente sind. Typisch ist drittens, dass die Leistungen der Pflegeversicherung über das System der Krankenversorgung weit hinaus greifen: Pflegebedürftigkeit ist keine Krankheit, aber gesundheitsrelevant.

Mit der Wiedervereinigung 1990 wurde zunächst das westdeutsche Gesundheits- und Pflegesystems auf die neuen Bundesländer übertragen. Die spezifische gesellschaftliche Anerkennung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und damit die Ausdifferenzierung des Sozialstaates für diesen Sektor erfolgte fünf Jahre später (1995) mit der Einführung der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung durch das Pflegeversicherungsgesetz als fünfte Säule des deutschen Sozialversicherungssystems. Die Umsetzung des heute

geltenden Langzeitpflegesystems in alten und neuen Bundesländern begann damit unter ähnlichen Vorbedingungen, obgleich die Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern den zeitgemäßen Anforderungen an eine moderne Pflege und der Heimmindestbauverordnung noch nicht entsprach und eine Investitionskostenförderung im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes (Artikel 52) diesen Nachholbedarf an pflegerischer Infrastruktur in den Jahren 1995-2004 erst ausglich (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Pflegebedürftigkeit als gesundheitskorreliertes Risiko der Exklusion von selbstbestimmter Teilhabe am sozialen Leben (§ 1 SGB IX) hat in Deutschland über den Steuerungsmechanismus der Pflegeversicherung eine Absicherung des Zugangs zu Langzeitpflege und ihrer Finanzierung erfahren und dabei zu einer Entlastung der Familien und kommunalen Haushalte, die einen großen Teil an Langzeitpflegeleistungen in Form von Sozialhilfe finanzierten, beigetragen (Busse et al. 2005: 133). Etabliert wurde mit der Pflegeversicherung ein Kernsicherungssystem nach dem Subsidiaritätsprinzip, welches bis zu einer definierten Pflegebedürftigkeit, aber auch darüber hinaus weiterhin Eigenleistungen vorsieht (Mindestbedarfssicherung). Der Betrag des in der jeweiligen Pflegestufe bereitgestellten Pflegesatzes aus der Pflegeversicherung deckt die Kosten der Pflege in stationären Einrichtungen nicht. Die Übernahme von vollstationären Pflegesachleistungen und damit die Umsetzung der Pflegeversicherung für die stationäre Langzeitpflege erfolgten ab dem Jahr 1996. Die deutsche Pflegeversicherung ist durch ihre Umlagefinanzierung, die sich am Faktor (Erwerbs-)Arbeit ausrichtet, besonders dem demographischen Wandel ausgesetzt und ihre Funktionsfähigkeit wird dadurch beeinträchtigt (Rothgang 2005). Deshalb gibt es derzeit politische Bestrebungen, entweder die umlagefinanzierte Basissicherung mit einer (freiwilligen) privaten kapitalgedeckten Zusatzvorsorge zu kombinieren oder alle Einkommensarten für die Pflegeversicherung beitragspflichtig zu machen, um der Erosion des sozialen Pflegesicherungssystems entgegen zu wirken. Das mit Subsidiarität verbundene sozialetische Ziel der Befähigung zu eigenverantwortlichem Handeln wird damit stärker in den Vordergrund gestellt.

### *Folgen des demographischen Wandels für den Langzeitpflege-Sektor*

Der durch die Faktoren Geburtenrate, Lebenserwartung und Wanderung (Migration) bestimmte demographische Wandel führt in Deutschland durch einen Rückgang der Bevölkerungszahl und einem Anstieg des Altersdurchschnitts zur breiten Verwirklichung des Menschheitstraums Hochaltrigkeit (demographische Alterung) (Behrens 2000; Kaufmann 2006: 41; Börsch-Supan 2011: 20). Im Unterschied zur Verbreitung von Hochaltrigkeit kann allerdings das Verhältnis von Erwerbstätigen zu Rentnern im 6. Lebensjahrzehnt nicht als demographisch bedingt ausgegeben werden, allenfalls als

„sozialdemographisch“ (Behrens 2006), da es sich hier ausschließlich um ein sozialpolitisches Konstrukt handelt. Hochaltrigkeit ist verbunden mit einer – wenn auch nicht linearen – Zunahme von chronischen Erkrankungen im Morbiditätsspektrum, die spezielle Pflegebedarfe (z. B. Demenz, Schlaganfall) erzeugen können, sowie mit einer Zunahme von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2011: 220).

Seit Einführung der deutschen Pflegeversicherung ist die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt um 16% gestiegen. Mit einem Anstieg um 27,5% der in Pflegeheimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen hat dieser Sektor an besonderer Bedeutung gewonnen, auch wenn der Anteil Pflegebedürftiger, die vollstationär versorgt werden, an allen Pflegebedürftigen derzeit nur 31% beträgt (vgl. Abbildung 4.1). Insgesamt bildet sich ein Trend zu professioneller Pflege ab, der sich im Kontext der steigenden Hochaltrigkeit und damit verbundener längerer und schwerer Pflegebedürftigkeit sowie reduzierter Unterstützungsnetzwerke auch für den stationären Langzeitpflegebereich fortsetzen wird.

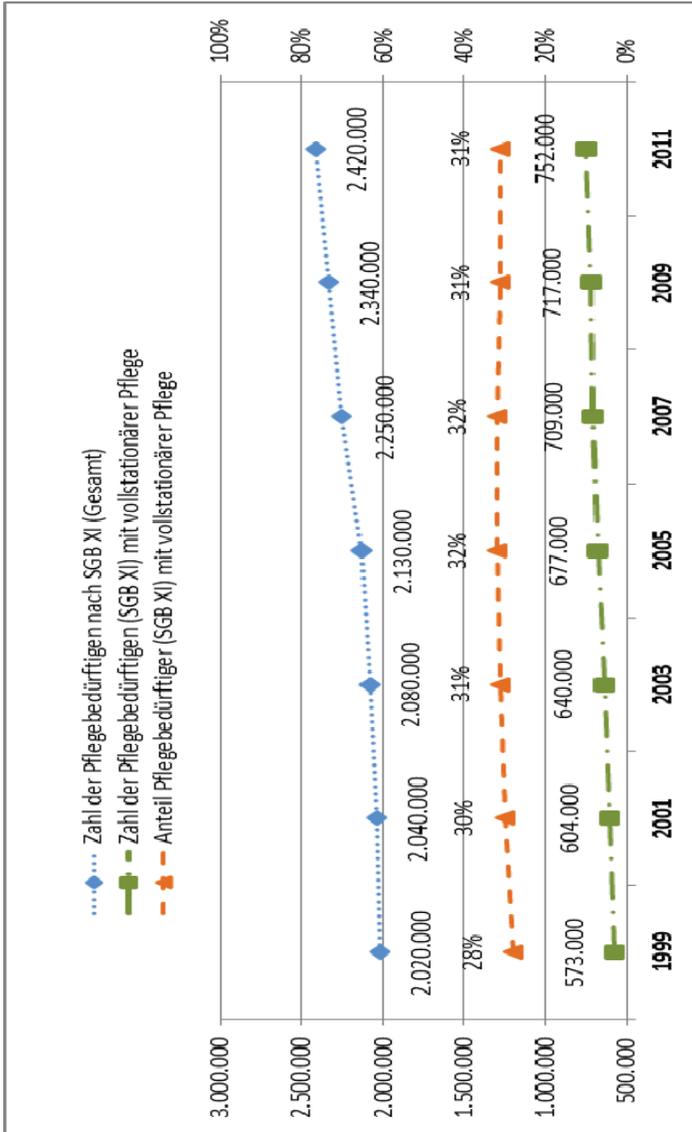
Prognosen<sup>1</sup> gehen für die Zukunft von einem deutlichen Anstieg von zurzeit 2,34 Mio. auf ca. 4,5 Mio. Pflegebedürftige bis 2050 aus (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010) – diese Entwicklung bedeutet einen Anstieg von 3% auf 7% Pflegebedürftige an der deutschen Gesamtbevölkerung (Niehaus 2010: 25).

Die demographische Alterung ist für den Bereich der Pflege in doppelter Weise eine Herausforderung, da diese zunächst zu einer rückläufigen und alternden Erwerbsbevölkerung und damit langfristig zu einem Engpass an qualifiziertem Pflegepersonal führt, der sich schon heute in einem Fachkräftemangel zeigt (Afentakis et al. 2010; Freiling 2010), daneben aber durch die steigende Zahl an Pflegebedürftigen der Bedarf an Pflegefachkräften zunimmt.

---

1 Status-quo-Szenario (gleichbleibende altersabhängige Pflegequoten)

Abbildung 4.1: Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (nach SGB XI) in vollstationärer Pflege in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung (Eigene Darstellung, Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistiken 1999-2009, Bundesministerium für Gesundheit 2011)



## *Zwei Herausforderungen für die (stationäre) Langzeitpflege in Deutschland*

Neben diesen externen Faktoren, die einen enormen Druck auf das Langzeitpflegesystem erzeugen, bestehen zwei weitere, sich aus der Gestaltung der Pflegeabsicherung in Deutschland ableitende, Herausforderungen, die in diesem Buchbeitrag unter dem Fokus der stationären Langzeitpflege thematisiert werden sollen.

Eine dieser Herausforderungen ist die – wegen der Norm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ – bedarfsgerechte Feststellung der vorhandenen Pflegebedürftigkeit (für den Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung) und der damit verbundene Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die zweite Herausforderung ist die Sicherstellung und Transparenz einer definierten Qualität in Langzeitpflegeeinrichtungen. Beides stellen gesellschaftliche Forderungen dar, die mit dem Druck der demographischen Alterung stetig gewachsen sind und weiter zunehmen werden.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Buchbeitrag diesen beiden Problemfeldern durch eine Analyse ihrer pflegesystembezogenen Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung und Beschreibung des Status-quo. Ein international besonders prominentes und verbreitetes, zum Teil gesetzlich vorgeschriebenes geriatrisches Assessmentinstrument (Resident Assessment Instrument (RAI)) zur Lösung der benannten beiden Herausforderungen der Bedürfnisgerechtigkeit (wer braucht eine Leistung und wie ist ihre bedürfnisgerechte Qualität zu sichern) wurde daher im SFB besonders umfassend untersucht und wird anschließend einer rationalisierungstheoretischen Betrachtung zur Anwendung im deutschen Langzeitpflegesystem unterzogen.

### **4.2 Pflegebedarfsermittlung und Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland**

#### *Herausforderung Pflegebedarfsermittlung für den Leistungszugang in Deutschland*

Seit Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland wird der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das auf ihm basierende Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit kritisch diskutiert (Behrens et al. 2000; Bartholomeyczik et al. 2001; Landtag NRW 2005). Vorrangig fokussiert ist diese Kritik auf den verrichtungsbezogen definierten Pflegebedürftigkeits-

begriff<sup>2</sup> (Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung), der in seiner Umsetzung im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsbegutachtung Leistungsansprüche aus einem begrenzten Teil des Unterstützungsbedarfs ableitet. Darüber hinaus ist das Begutachtungsverfahren in Bezug auf die externe Begutachtung<sup>3</sup> diskussionswürdig. Wenngleich das Ziel der Objektivierung des Pflegebedarfs für eine gerechte Ressourcenverteilung sinnvoll erscheint, steht die Pünktlichkeit der Begutachtung (kurzes Zeitfenster, in dem zumeist keine Pflegehandlungen stattfinden) in der Kritik, da beispielsweise Schwankungen im Tagesablauf oder Tagesform nicht immer Berücksichtigung finden. Die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe erfolgt derzeit anhand eines nicht validierten Instrumentariums, welches aber mit einer umfangreichen Richtlinie die Interrater-Reliabilität sichern soll (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2009).

Betroffene Pflegebedürftige und ihre Bezugspersonen empfinden die Pflegestufenzuweisung nicht selten ungerecht und wehren sich durch Widersprüche und Klagen gegen die Pflegekasse. Der Anteil an Widerspruchsbegutachtungen lag im Jahr 2010 bei 6,6% (96.543 Versicherte) aller Begutachtungen und ist damit seit 2007 prozentual (6,8%), aber nicht absolut (90.797) gesunken. Der Anteil an Widerspruchsbegutachtungen liegt im ambulanten Sektor höher als im stationären Sektor (Differenz 3,5%). Im stationären Bereich wird nach einer Widerspruchsbegutachtung häufiger eine höhere Pflegestufe empfohlen. Bei 54,7% (keine Pflegestufe) bis 47,8% (Pflegestufe 2) der Widerspruchsbegutachtungen in der vollstationären Pflege wurde eine andere Pflegestufe als im Erstgutachten festgestellt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2009: 20).

In der vollstationären Pflege ist die richtige Einstufung sowohl im Interesse des Pflegeheims, als auch des Pflegebedürftigen, da die vollstationäre Pflege als Pflegesachleistung gewährt wird und sich das Heimentgelt an der Pflegestufe orientiert. Eine höhere Pflegestufe ist mit einem höheren Selbstanteil am Heimentgelt verbunden, aber auch mit einem höheren Pflegesatz für das Pflegeheim. Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der aktuellen Form führt aufgrund der benannten Schwierigkeiten zu einer Beratungspraxis, die sich bemüht Betroffene/Pflegeeinrichtungen so zu instruieren (u. a. durch Mustertexte, Argumentationshilfen zur Erfüllung der Punkte nach den Richtlinien des MDK), dass sie die (aus ihrer Sicht) notwendige Pflegestufe erhalten.

- 
- 2 SGB XI § 14: Pflegebedürftig sind danach Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem Umfang oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
  - 3 Die Begutachtung erfolgt in Deutschland im Auftrag der Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Ein weiteres Thema in der kritischen Auseinandersetzung mit der Pflegebedarfsermittlung in Deutschland ist die fehlende Verknüpfung der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit sowie dem daraus abgeleiteten Pflegebedarf im Rahmen des Leistungszugangs und der tatsächlichen pflegerischen Leistungsplanung und -erbringung in den Pflegeeinrichtungen<sup>4</sup>. Mit dem Eintritt in die stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt durch die pflegefachverantwortliche Person eine erneute Pflegebedarfsabklärung und Pflegeplanung für den Bewohner ohne Bezug auf die Pflegebedarfsermittlung im Kontext des Leistungszugangs. Die Annahme, dass die Basis für Leistungszugang und Leistungsplanung identisch sein müsste, wurde im Rahmen der Pflegeversicherung nicht realisiert.

Diese fehlende Verbindung macht deutlich, dass der Leistungszugang allein eine bestimmte adäquate pflegerische Versorgung nicht definiert oder sichert und zusätzliche Steuerungsinstrumente notwendig sind, aber auch, dass eine falsche Zuweisung einer Pflegestufe im Leistungszugang durch eine adäquate Pflegeplanung und bedarfsgerechte Leistungserbringung der Pflegeeinrichtung ausgeglichen werden kann. Die Gefahr einer möglichen Leistungsrationierung besteht damit aus Sicht der Pflegebedürftigen nicht primär durch die festgestellte Stufe der Pflegebedürftigkeit, sondern durch die Qualität der Pflegeplanung und -durchführung in den Pflegeeinrichtungen, die die Bedürfnisgerechtigkeit der Leistungen massiv gefährden kann.

Vor diesem Hintergrund ist die Nachfrage nach einem mehrdimensionalen, interdisziplinären, pflegerisch relevanten, handlungsleitenden und praxistauglichen Assessmentinstrument immer weiter gestiegen (Bartholomeyczik 2006: 458). Von einem solchen Instrument wird erwartet, dass es zur Erfassung von allgemeiner Pflegebedürftigkeit und damit implizit zu Zwecken der Pflegebedarfsabklärung und der Pflegeprozessgestaltung genutzt werden kann sowie gleichzeitig zur Qualitätsentwicklung dient.

Dieser Druck führte im Jahre 2006 zu den durch das Bundesministerium für Gesundheit beschlossenen Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen, bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Bundesministerium für Gesundheit 2009: 12). In den Folgejahren wurde bis Anfang 2009 auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Expertisen ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff<sup>5</sup> und ein zugehöriges Begut-

---

4 Die Pflegeeinrichtungen in Deutschland bekommen das inhaltliche Gutachten der Pflegebedürftigkeitsfeststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nicht zur Verfügung gestellt.

5 „Pflegebedürftig sind Personen, die (...) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2009:85)

achtungsverfahren entwickelt sowie auf Reliabilität und Validität geprüft (Wingenfeld et al. 2007; Wingenfeld et al. 2008; Windeler et al. 2008; Bundesministerium für Gesundheit 2009). Der aktuelle Referentenentwurf zum Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung ab 2013 zementiert den Konsens über die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, allerdings wird seine Einführung als kurzfristig nicht umsetzbar eingeschätzt und in einen weiteren Expertenbeirat zur Beratung gegeben (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Hiermit ist zu konstatieren, dass sechs Jahre nach Beginn der politischen Initiativen zur Optimierung der Pflegebedarfsermittlung zum Leistungszugang und 12 Jahre nach dem Halleschen Memorandum (Behrens et al. 2000) keine grundsätzlichen Veränderungen umgesetzt wurden.

### *Herausforderung Qualität und Qualitätsentwicklung*

Neben der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zeigt sich das Thema Qualität in der Langzeitpflege als weitere Herausforderung in Deutschland. Vor allem sogenannte „Insiderberichte“, die Missstände in stationären Pflegeeinrichtungen anprangern, haben dieses Thema auch in der öffentlichen Diskussion verankert (Breitscheidel et al. 2005; Fussek et al. 2009).

### *Qualität der stationären Langzeitpflege in Deutschland*

Qualitätsdefizite in der stationären Langzeitpflege wurden in Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Gutachten und unabhängigen Studien in Bezug auf bewohnerbezogene Qualitätskriterien (ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren) sowie Struktur- und Prozesskriterien aufgezeigt, wobei deutlich zu machen ist, dass der Stand der Qualität in den Pflegeeinrichtungen sehr heterogen ist (Robert Koch Institut 2004: 33).

Als Qualitätsdefizite in der stationären Pflege wurden Themen der sachgerechten Ablauforganisation, u.a. Mängel in der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegeplanung, Defizite in der Führung des Dienstplanes und der Personaleinsatzplanung sowie mangelnde Umsetzung des Pflegekonzeptes, festgestellt. Qualitätsmängel in der direkten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen haben sich in Bezug auf eine defizitäre Dekubitusprophylaxe /-therapie, Defizite im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, Umgang mit Medikamenten, Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Bewohner sowie im Bereich Freiheitsbeschränkende Maßnahmen gezeigt (Brüggemann 2003; Dassen et al. 2003; Schreier et al. 2004; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) 2004: 13; Robert Koch Institut (Hrsg.) 2004: 33). Defizite in der Pflegeorganisation zeigten dabei einen

direkten Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Versorgung des Pflegebedürftigen. Seit Einführung der kontinuierlichen Berichtspflicht (§118 Abs. 4 SGB XI) durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) im Jahre 2002 konnten Verbesserungen in diesen Aspekten erreicht werden. Aufgrund des niedrigen Ausgangsniveaus ist jedoch der Entwicklungsbedarf der Qualität pflegerischer Langzeitpflege immer noch erheblich (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2007: 16, 20ff.).

Garms-Homolová et al. (2004) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass Pflegekräfte nur unzureichend in der Lage waren, die Probleme und Ressourcen von Pflegebedürftigen adäquat einzuschätzen, viele Symptome geriatrischer Problembereiche unerkannt blieben oder falsch interpretiert wurden. Selbst bei richtiger Einschätzung des Bewohnerzustandes wird dieser mit einer geringen Relevanz für die Pflegeplanung sowie die Gestaltung des Pflegeprozesses versehen und nicht angemessen dokumentiert (Garms-Homolová et al. 2004). Die Ursachen einer mangelnden Dokumentation sind vielfältig. Hierzu zählen die fehlende Anerkennung der Pflegedokumentation als qualitätsfördernde Maßnahme für den Pflegebedürftigen und hilfreiches Arbeitsmittel, die fehlende Ausdifferenzierung von spezifischem Fachwissen bei den beruflich Pflegenden sowie eingeschränkt geeignete Pflegeplanungsinstrumente, die mehr auf die Erfüllung bürokratischer Anforderungen ausgelegt sind (Landtag NRW 2005:250).

Die Charta der Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen (kurz: Pflege-Charta) hat das Ziel die Rechte von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarfen zu stärken, indem sie thematisiert, wie sich diese Rechte im Alltag hilfe- und pflegebedürftiger Menschen widerspiegeln sollen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen für Gesundheit und Jugend (BMFSFJ) 2010). Bemerkenswert im Kontext der Qualitätsproblematik ist die Notwendigkeit der Formulierung einer Pflege-Charta für zivilisatorische und juristische Selbstverständlichkeiten, die auf verbreitete diskriminierende Handlungsweisen und Altersbilder in der Pflege hinweist (Bundesministeriums für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2010: 193).

Die Qualitätsproblematik in stationären Pflegeeinrichtungen zeigt sich zusätzlich an der Schnittstelle zur ärztlichen Versorgung, die im Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung liegt. Die fachärztliche Betreuung weist erhebliche Lücken auf, die sich in einer fast völlig fehlenden Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten und HNO-Ärzten sowie einer unzureichenden Versorgung mit Urologen, Orthopäden, Neurologen, Psychiatern sowie Zahnärzten zeigte (Hallauer et al. 2005). Eine spezifische geriatrische Behandlung von stationär pflegebedürftigen Patienten ist kaum vorhanden, da auch in der hausärztlichen Versorgung vielfach geriatrischen Kompetenzen fehlen (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. 2007).

Kritisch diskutiert wird das systemimmanente fehlende Interesse an einer „positiven“ Pflegewirkung, welches aufgrund der Form der Kostenerstattung des SGB XI mehr „dem Konzept der leistenden und verwahrenden (konservierenden), weniger der präventiven oder rehabilitativen Pflege“ (Landtag NRW 2005: 251) folgt. Die ausschließliche Finanzierung von Pflegekosten nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit schafft fehlende Anreize zur Minimierung der individuellen Pflegebedürftigkeit, wenngleich Bonusleistungen bei Herabstufung nach Durchführung aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen (§ 87a Absatz 4 SGB XI) vorgesehen sind.

Staatliche Instanzen können nicht primär die Entwicklung von Qualität in der Langzeitpflege und die Sicherung verbindlicher Standards definitiv manifestieren, sondern diese nur supervidieren (Gebert et al. 2003: 457). Das Gutachten der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) kommt zu dem Schluss, dass es für die Umsetzung einer ursachenorientierten Pflegeplanung zu einer Selbst- statt Fremdkontrolle von Qualitätsindikatoren durch Pflegenden mittels geeigneter Instrumente kommen muss und dass Anreize zur Förderung einer qualitativ hochwertigen Pflege geschaffen werden müssen.

### *Qualitätsentwicklung und Transparenz im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)*

Die deutsche Sozialgesetzgebung verpflichtet Einrichtungen der stationären Langzeitpflege Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu betreiben und definierte Qualitätsvorgaben einzuhalten (vgl. SGB XI § 112). Im Auftrag der Pflegekassen führt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) seit 2011 jährliche externe Qualitätsprüfungen (SGB XI § 114ff.) auf Basis der Qualitätsprüfungs-Richtlinie durch, die nach definierten Kriterien im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarung (SGB XI § 115) veröffentlicht werden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS); GKV Spitzenverband 2009). Der Kriterienkatalog für die Qualitätsprüfungen ist in Bezug auf methodische Gütekriterien nicht untersucht und es ist fraglich, ob das verwendete Instrument tatsächlich Pflegequalität misst. Dennoch liegt es derzeit in der vierten überarbeiteten Fassung vor und wurde seit 1996 kontinuierlich weiterentwickelt. Hierbei erfolgte vor allem in den letzten beiden Novellierungen (2006, 2009) eine Ausrichtung auf bewohnerbezogene Ergebniskriterien – die Prüfung ist jedoch immer noch sehr stark an Struktur- und Prozesskriterien ausgerichtet. Die Ergebnis-

---

6 Im Jahr 1996 wurde eine Prüfquote von 24,4% in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt (vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2007:37). Die Prüfung aller stationären Pflegeeinrichtungen pro Jahr stellt somit ab 2011 ein hohes Maß an externer Kontrolle dar.

indikatoren greifen unbegründet nur einige zusammenhangslose, kaum an selbstbestimmter Teilhabe orientierte Einzelaspekte der pflegerischen Tätigkeit (Dekubitus- und Sturzprävalenz, Inkontinenz, Ernährung usw.) auf und interpersonale Aspekte werden vernachlässigt (Görres et al. 2008: 19). Hierbei kann von dysfunktionalen Effekten des Qualitätssicherungssystems auf das Qualitätsniveau der Langzeitpflege ausgegangen werden (Behrens 1999).

Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse in Form von „Pflegernoten“ seit 2009, ist auf eine breite Kritik bei beruflich Pflegenden, Einrichtungsträgern, Sozialverbänden, Pflegewissenschaftlern und Sozialrechtlern gestoßen (Tolmein 2010; Klie et al. 2011a; Theuerkauf 2011). Für den Bereich der stationären Pflege werden im Rahmen der Transparenzberichte fünf Qualitätsbereiche (Pflege und medizinische Versorgung, Umgang mit demenzkranken Bewohnern, Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung, Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene sowie die Befragung der Bewohner) beschrieben, denen 82 Einzelkriterien zugrunde liegen (GKV Spitzenverband 2009).

Hauptkritikpunkte des Verfahrens sind die mangelnde wissenschaftlich fundierte Basis des Erhebungsinstrumentes, für das es bisher keinen Nachweis methodischer Gütekriterien gibt sowie die methodische Berechnung der Pflegernoten der Gefahr von Verzerrungen unterlegen ist (Mittelwertbildung bei kleinen Fallzahlen, fehlende Case-Mix-bezogene Risikoadjustierung) (Hasseler et al. 2010; Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB); Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) 2011). Diese Kritikpunkte werden durch tendenziell gute bis sehr gute Pflegernoten für einen großen Anteil der Pflegeeinrichtungen (67,3%) bestärkt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2010), die den Aussagewert für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen erschweren, obwohl dies eines der primären Ziele der Transparenzvereinbarung war. Zentrale Aspekte der Lebens- und Versorgungsqualität finden in den Kriterien zur Bildung der Pflegernoten keine Berücksichtigung (Klie 2011).

Darüber hinaus wird der enorme Aufwand für Pflegeeinrichtungen und Prüfinstanzen kritisch bewertet (Bürokratisierung), der sich sowohl auf die Prüfungen selbst, die Auseinandersetzung mit den Prüfinstanzen sowie die Überhöhung der Dokumentation zum Zwecke einer formalen Nachweispflicht bezieht. Vermutet wird, dass die Prüflöge zur Ausrichtung auf die Erfordernisse der Prüfkataloge führt, die zusätzlich die professionelle Handlungsfähigkeit der Pflegenden durch Normierung gefährdet, ohne tatsächlich Qualitätseffekte für den Pflegebedürftigen zu erreichen.

Pflegeeinrichtungen wehren sich vermehrt auf juristischem Wege gegen die Veröffentlichung der Qualitätsberichte und Sozialgerichte untersagen die Veröffentlichung von Berichten oder Berichtsteilen vor allem aufgrund der

oben dargestellten methodischen Schwächen des Verfahrens (vgl. z.B. Sozialgericht Münster Az. S 6 P 111/10).

In der Diskussion um das Verfahren für mehr Transparenz der Pflegequalität steht nicht die Frage ob es eines öffentlichen Qualitätsberichtes bedarf, der als Benchmark wegweisend für Menschen ist, die eine Pflegeeinrichtung für ihre Angehörigen suchen, sondern um die Frage der Abbildung von pflegesensitiven Outcomes durch ein valides Instrument in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis und dem Ziel Pflegequalität durch das Verfahren in den Pflegeeinrichtungen zu fördern.

Wie die dargestellte Analyse des Status quo der Qualitätsentwicklung in der Langzeitpflege zeigte, ist die Pflegequalität in der stationären Langzeitpflege in Deutschland bisher nicht zufriedenstellend, obgleich die Pflegeeinrichtungen umfassender externer Prüfungen unterzogen werden, die sich jedoch nach wissenschaftlichen Kriterien an ungeeigneten Instrumenten ausrichtet. Eine Perspektive stellt hierbei die im Auftrag des BMG und des BMFSFJ durchgeführte Studie zur ‚Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe‘ dar (Wingenfeld et al. 2011). Mit der Entwicklung eines Sets an gesundheitsbezogenen Indikatoren wurde die Voraussetzung für ein Qualitätsberichtssystem geschaffen, welches das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung durch die Konzentration auf spezifische Bewohnersituationen stärkt (Wingenfeld 2012). Mit der Umsetzung dieser Form der Qualitätsberichtserstattung – die derzeit noch aussteht – würde ein Anschluss an den internationalen (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010) und nationalen Entwicklungsstand (Elsbernd et al. 2010; Brechtel et al. 2010) ermöglicht.

### **4.3 Qualitätsentwicklung und Steuerung der stationären Langzeitpflege im internationalen Vergleich**

Ein internationaler Vergleich von Strukturen der Steuerung und Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege in den ausgewählten Ländern Deutschland, Schweiz, Italien, Schweden und Tschechien (vgl. 4.1) zeigt, dass Deutschland das einzige Land mit einem eigenständigen Sicherungssystem für die Langzeitpflege ist und die anderen betrachteten Länder die Absicherung des Pflegerisikos in andere bzw. allgemeine Sicherungssysteme integriert haben. In den untersuchten Ländern ist dabei die Subsidiarität im Rahmen der stationären Langzeitpflege sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während das italienische Langzeitpflegesystem von einer hohen wirtschaftlichen und/oder familiären (informellen) Eigenleistung ausgeht, ist diese in Schweden und der Tschechischen Republik eher gering.

Aufgrund der regionalen Zuständigkeiten (20 Regionen) und der damit verbundenen solitären Ausgestaltungen der Langzeitpflege hat Italien kein einheitliches Altenhilfesystem (Klie et al. 2011b), Pflege und Gesundheit sind aber in den Provinzen wahlentscheidende Hauptzuständigkeiten, vergleichbar der Schulpolitik in deutschen Landeswahlkämpfen (Behrens et al 2010). Die Rolle der stationären Langzeitpflege in Italien ist, wie die niedrige Zahl an Bewohnerplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen zeigt (17,5/1.000 Einwohner > 65 Jahre), im Vergleich zu den anderen Ländern sehr gering (vgl. 4.1).

Die Pflegebedarfsermittlung für den Zugang zu Leistungen der stationären Langzeitpflege erfolgt in Deutschland, der Schweiz, Tschechien und Schweden in ähnlicher Herangehensweise. Basis ist ein Begutachtungs- oder Feststellungsverfahren, welches im Ergebnis die Zuordnung zu einer unterschiedlich differenzierten Pflege- oder Tarifstufe erlaubt und damit den Zugang zu stationärer Langzeitpflege reguliert. Unterschiede sind hier vor allem in der Zuständigkeit für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beobachten. Während in Deutschland ein die Pflegekasse unabhängig beratender medizin- und nur teilweise pflegewissenschaftlicher Akteur (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) die Begutachtung vornimmt, wird diese Aufgabe in Schweden durch kommunale Manager durchgeführt. In der Schweiz wiederum ist es ausschließlich Aufgabe der Pflegeexperten in den stationären Pflegeeinrichtungen, die Pflegeeinstufung auf der Basis eines geriatrischen Assessments vorzunehmen.

In allen untersuchten Ländern gibt es maßgebliche Anstrengungen Elemente zur externen/internen Qualitätssteuerung im System der stationären Langzeitpflege zu verorten und auszuweiten. Hierbei wird deutlich, dass die für Deutschland beschriebene Herausforderung einer angemessenen und anerkannten Qualitätsprüfung auch in den untersuchten Ländern besteht. Einheitliche Qualitätsgrundsätze die in unterschiedlicher Art und Weise kontrolliert werden (externe Kontrolle anlassbezogen in Schweden, mit fester Frequenz in Deutschland, Selbstkontrolle in der Schweiz), sind die Basis aller Qualitätsbemühungen in den Ländern (vgl. Tabelle 4.1). Die Qualitätsgrundsätze sind in Deutschland, Schweden und Tschechien auf nationaler Ebene gleich, während in Italien und der Schweiz zumeist kantonale/regionale Lösungen gefunden wurden. In diesem Kontext werden Probleme der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Qualitätsparametern beschrieben (Casanova 2012). Die Länderanalyse zeigt, dass das primäre Ziel der untersuchten Länder darin besteht, die individuelle Bedarfsgerechtigkeit (Qualität) stationärer Langzeitpflege an ergebnisorientierten Qualitätskriterien zu messen und sich die weitere Entwicklung des nationalen Qualitätssicherungssystem daran ausrichten wird. Die Beteiligung an unterschiedlichen Projekten (z. B. E-Qualin in Tschechien) zur Entwicklung und

Adaptation von Qualitätsindikatoren sind deshalb kennzeichnend für diesen Umbruch.

Die Analyse der Qualitätsprüfungsverfahren der stationären Langzeitpflege in den Ländern deutet auf eine in unterschiedlicher Intensität forcierte Anwendung geriatrischer Assessments – insbesondere des Resident Assessment Instruments (RAI) – hin. Dieses wird in der Schweiz zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, Finanzierung von Pflegeleistungen sowie zur Qualitätsentwicklung eingesetzt und stellt damit einen Ansatzpunkt für die in Deutschland bestehenden Herausforderungen dar. Es wird in der Schweiz seit Ende 1990 verwendet und ist heute in ca. 500 stationären Pflegeeinrichtungen regulär (Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Art. 8) im Einsatz. In Schweden, Italien, Deutschland und Tschechien ist die Anwendung dieses Instrumentes nicht systematisch verankert, wird aber z. T. regional begrenzt (Italien (6 Regionen)) oder vereinzelt (Schweden, Tschechien, Deutschland) im Zusammenhang mit internationalen Entwicklungen und Studien zum Assessment seit ca. 15 Jahren angewendet (Sgadari 1997; Hansebo et al. 1998; Onder et al. 2012). Das Resident Assessment Instrument (RAI) für stationäre Einrichtungen (RAI-NH) ist ein in den USA entwickeltes und dort in allen Pflegeheimen, die Leistungen für die nationalen Sozialversicherungssysteme Medicare und Medicaid erbringen, gesetzlich vorgeschriebenes Instrument. Das Resident Assessment Instrument wird derzeit in mindestens 30 weiteren Ländern (u. a. Niederlande, Dänemark, Frankreich, Finnland, UK, Spanien), z. T. auch flächendeckend (Island, Kanada) eingesetzt (Center for Scientific Health Care Support GmbH 2011; InterRAI 2011a).

Mit Deutschland vergleichbar, aber unumstrittener, gibt es in Tschechien („Qualitätszeichen“ des Verbandes der Heimträger) und Schweden („Leitfaden für Seniorinnen“) ebenfalls den Versuch, Transparenz über die Qualität der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zu schaffen.

Table 4.1: Internationaler Vergleich der Strukturen zur Steuerung individuell bedarfsgerechter Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege

	Deutschland	Schweiz	Italien	Schweden	Tschechien
Träger	Sozialversicherungssystem Eigenständige Pflegeversicherung nach dem Subsidiaritäts- prinzip	Versicherungssystem über Krankenversicherung 1"	regionaler Gesundheitsdienst (solitare Entwicklungen in den 20 Regionen Italiens) <sup>8</sup> , Sozial- versicherungssystem (vor allem Invalidenversicherung)	Allgemeine staatliche Sozialversicherung	Sozialversicherungssystem über Krankenversicherung und staatliche Finanzierung
Finanzierung	Beiträge zur Pflegeversicherung (1,95%), Private Mittel, Steuern (Sozialhilfe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopfpauschale (Beiträge) zur Obligatorischen Krankenversicherung, Private Mittel (max. 20%),</li> <li>Steuern (Kantone/Gemeinden)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorrangig nationale und kommunale Steuern (Mindestsicherung), Beiträge im Rahmen anderer Sozialversicherungen, Private Mittel (einkommensabhängig)</li> <li>Staatlicher &amp; privater Pflegemarkt<sup>9</sup></li> </ul>	Steuerfinanziert über Bund/ Kommunen Gesundheitsdienst, 4% über Patientengebühren (einkommensabhängig)	Soziale Pflegeleistungen steuerfinanziert (Pflegebeihilfe)

Abgesicherter Personenkreis	Gesamte Bevölkerung	Gesamte Bevölkerung	Bezieher von Invalidenbeihilfe oder Erwerbsunfähigkeitsrente, Mindestsicherung (Pflegebeihilfe) für nicht erwerbstätige Personen mit Behinderung <sup>10</sup>	Gesamte Bevölkerung	Gesamte Bevölkerung
<p>Pflegebedarfsmittlung zum Zugang von Pflegeleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes) durch Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK)</li> <li>• 3 Pflegestufen + Härtefall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verpflichtendes geriatrisches Assessment zur individuellen Bedarfsabklärung, Tarifierung<sup>1</sup> und ärztliche Anordnung</li> <li>• Durchführung durch Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtung</li> <li>• 12 Tarirstufen im Pflegeheim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfsermittlung durch multidimensionale, standardisierte Instrumente (regional definiert)<sup>15</sup></li> <li>• Aufgrund der Autonomie der Regionen keine zentrale Regelung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfsermittlung durch Gutachter auf kommunaler Ebene (Case Management-Teams)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebedarfsfeststellung durch Sozialarbeiter/Prüfer/Arzt</li> <li>• 4 Abhängigkeitsstufen<sup>16</sup></li> </ul>	

Anwendung geriatrischer Assessments	Keine systematische Anwendung	Einsatz von drei Instrumenten: BESA <sup>2</sup> , RAI <sup>3</sup> , PLAISIR <sup>4</sup>	Vereinzelter Einsatz von RAI <sup>3</sup> (ca. 40 Pflegeheime, Region Letium/Rom) <sup>11</sup>	Vereinzelter Einsatz von RAI <sup>14</sup>	Vereinzelter Einsatz von RAI <sup>14</sup>
Qualitätsprüfung/ sicherung & Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>1x jährlich Regelprüfung durch den MDK anhand der Qualitätsprüfungs-Richtlinie und Heimaufsicht</li> <li>Transparenzvereinbarung zur Veröffentlichung v. Pflegenoten im Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstkontrolle per Delegation (KVG-Art 58), Konzepte und Programme zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der Tarifverträge mit den KV, Stichprobenhafte Prüfung durch die Krankenkassen oder beauftragte Organisationen (z.B. G-Sys AG)</li> <li>Kein einheitliches Verfahren</li> <li>Kantonale Fachkommissionen</li> <li>Berichterstattung zu Qualitätsindikatoren aus dem RAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zulassung (formal) &amp; Akkreditierung<sup>16</sup></li> <li>Evaluation</li> <li>Tools: Multidimensional Assessment Form of the Elderly Person (SYAMA) [6] Regionen, RAI-RUG (Resource Group) [7] Regionen</li> <li>Koordinierte Datensammlung: Single Information System for LTC (SINA)<sup>10</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>einheitliche Qualitätssicherungsmechanismen<sup>12</sup></li> <li>externe Qualitätssicherung nur bei Anlässen durch Nationalen Gesundheits- und Wohlfahrtsrat</li> <li>geplant ist ein systematisches GM-Konzept mittels ergebnisbezogener Indikatoren</li> <li>„Leitfaden für Seniorinnen“ (Webseite) mit 36 Indikatoren<sup>13</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 Qualitätsmaßstäbe für Sozialdienstleistungen (staatlich kontrolliert)</li> <li>einheitliche Qualitätssicherungsmechanismen<sup>12</sup></li> <li>E-Galini-Verfahren (EU) (ca. 30 Pflegeheime)</li> <li>„Qualitätszeilen“ des Verbandes der Heimträger<sup>13</sup></li> </ul>

Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	50,3/1,000 Einwohner (> 65 Jahre) <sup>6</sup> 11.634 Pflegeeinrichtungen <sup>5</sup>	67,8/1,000 Einwohner (> 65 Jahre) <sup>6</sup> 1.595 Pflegeeinrichtungen <sup>7</sup>	17,5/1,000 Einwohner (> 65 Jahre) <sup>6</sup> 2,2% (> 65 Jahre) in Heimen betreut	81,7/1,000 Einwohner (> 65 Jahre) <sup>6</sup>	47,8/1,000 Einwohner (> 65 Jahre) <sup>6</sup>
---	---	--	---	--	--

- 1 vgl. Anliker 2007; 2 Bewohnerinnen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem, 3 Resident Assessment Instrument; 4 Planification informatisée des soins infirmiers requis, 5 [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) 2009, 6 OECD 2011; 7 Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2011 (inkludiert auch Altersheime); 8 vgl. Klie et al. 2011b; 9 vgl. Rizzi 2007, 10 vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011; 11 vgl. Bernabei et al. 2003, 12 vgl. Europäische Kommission / Referat Sozialschutz und Sozialdienstleistungen; 13 vgl. Leichsenring 2010; 14 Hawes et al. 1997a; 15 Sowa 2010, 16 Casanova 2012; 17 Hühner et al. 1999

## 4.4 Das Resident Assessment Instrument (RAI)

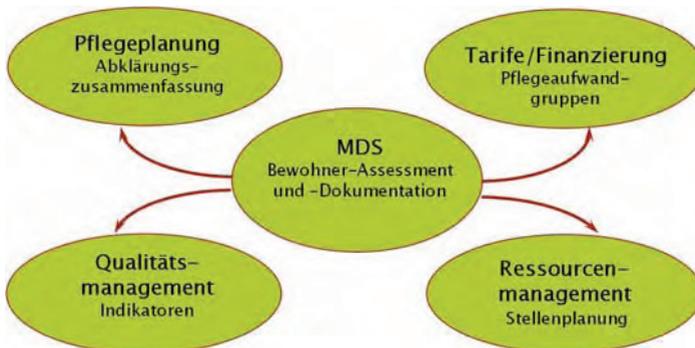
### *Instrument & Philosophie*

Im Jahr 1987 erfolgte aufgrund gravierender Qualitätsmängel in den US-amerikanischen Pflegeheimen eine umfassende Gesetzesinitiative – der so genannte „Omnibus Reconciliation Act“ (OBRA '87) – zur Reformierung des stationären Langzeitpflegesektors. Qualitätsmängel waren in diesem Kontext vor allem Phänomene wie Mangelernährung, eine zu hohe Zahl körperlicher und medikamentöser freiheitsbeschränkender Maßnahmen, Fehler bei der Medikamentenverabreichung, Nichterbringung medizinisch angeordneter Leistungen (Medikamente und Therapien), Missachtung von Vorschriften zum Schutz der Gesundheit und des Lebens sowie die Vernachlässigung und Misshandlung von Pflegebedürftigen (Hawes et al. 2003: 10). Die Reform war im Wesentlichen auf drei Aspekte ausgerichtet: (1) Festlegung von Qualitätsstandards, (2) Entwicklung und Etablierung eines Überwachungsprozesses, der die Einhaltung der Standards gewährleisten sollte sowie (3) Entwicklung und Etablierung eines Vollzugsystems, das den Umgang mit den Einrichtungen festlegte, die die Standards nicht erfüllten. Vor dem Hintergrund, dass viele Qualitätsprobleme auf unvollständige, fehlerhafte oder ungenaue Informationen über die Situation der Pflegebedürftigen zurückzuführen waren, ordnete ein Beschluss des OBRA '87 die Entwicklung, Testung und verbindliche Anwendung eines einheitlichen, standardisierten Assessmentinstruments zur Erfassung der individuellen Situation von Pflegeheimbewohnern an, um die individuell bedarfsgerechte Qualität der Pflege zu steigern. In diesem Zusammenhang wurde das Resident Assessment Instrument (kurz RAI) entwickelt (Hawes et al. 1997a; Hawes et al. 2003: 9-13). Zur Entwicklung und Testung dieses komplexen Assessments wurde durch die amerikanische Gesundheitsbehörde (HCFA, heute CMS=Center for Medicare and Medicaid Services) ein Konsortium aus Pflegewissenschaftlern, Pflegenden, Geriatern, Gerontologen, Sozialarbeitern, Physio- und Ergotherapeuten, Ernährungswissenschaftler und Gesundheitsökonominnen eingesetzt, welches bis heute als kollaborierendes Netzwerk (InterRAI) – inzwischen international durch 30 Länder besetzt – die Entwicklung und Übersetzung des Instrumentes steuert (Morris et al. 1990; InterRAI 2011a). Das Resident Assessment Instrument (RAI) ist eine Instrumentenfamilie für verschiedene Settings (u.a. Long Term Care Facility (LCTF), Home Care, Acute Care, Community Health) und Pflegeanlässe (u.a. Palliative Care, Mental Health) (InterRAI 2011b). Wie im einleitenden Kapitel dieses Buches bereits angedeutet, wird in allen diesen 30 Ländern die Orientierung am individuellen Bedarf (Jedem nach seinen Bedürfnissen)

gleichzeitig als eine Rationalisierung (Effizienzsteigerung) der Ressourcennutzung gesehen.

Die Entwicklung der RAI-Instrumente zielte maßgeblich auf die Qualität der Langzeitpflege ab, die verstanden wurde „als individuell bedarfsgerechte Pflege und Betreuung ... (sowie) die Erreichung der bestmöglichen funktionellen Autonomie und Lebensqualität“ (Anliker et al. 2007: 9). Unter diesem Fokus wurde ein einheitliches, standardisiertes und umfassendes Einschätzungsinstrument entwickelt, welches zum einen auf eine geplante, an den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen orientierte Pflege und Betreuung abzielt und zum anderen die erhobenen Daten für eine ergebnisorientierte Qualitätsentwicklung nutzbar macht. Die Philosophie der RAI-Systematik besteht in einer interdisziplinären Verknüpfung von Informationen über Bewohnerinnen, die der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Planung von individuellen Pflegeleistungen, der Finanzierung von Pflege, der Qualitätssicherung und -förderung sowie der Ressourcenplanung dienen. Das Resident Assessment Instrument erfasst strukturiert den Pflegebedarf eines Bewohners und ermöglicht über eine Problemauswertung Pflegeinterventionen abzuleiten und zu begründen (Pflegeplanung), Qualitätsindikatoren einer Pflegeeinrichtung darzustellen, Ressourcen zu planen (Personal) und über Pflegeaufwandgruppen Pflegeleistungen abzurechnen (vgl. Abbildung 4.2). Es bildet damit die Basis für die Pflegeprozesssteuerung einzelner Bewohner sowie ein umfassendes und systematisches Datenerfassungs- und Berichtswesen (Malette 2003).

*Abbildung 4.2: Das Resident Assessment Instrument und seine Hauptbestandteile (Quelle: Anliker et al. 2007: 11)*



Kern des Instruments ist das Minimum Data Set (MDS), welches der standardisierten Erfassung von spezifischen geriatrisch-pflegerischen Aspekten des Bewohners in 16 Problembereichen dient (vgl. Tabelle 4.2).

*Tabelle 4.2: Themen der Bewohnereinschätzung mit dem Minimum Data Set (RAI-MDS)*

Angaben zur Person	Krankheitsdiagnosen
Kognitive Fähigkeiten	Gesundheitszustand
Kommunikative Fähigkeiten	Ernährungsstatus
Sehfähigkeit	Mund- und Zahnstatus
Stimmungslage und Verhalten	Zustand der Haut
Psychosoziales Wohlbefinden	Beschäftigungsmuster
Körperliche Funktionsfähigkeit	Medikamente
Kontinenz	Spezielle Behandlungen

Die Resident Assessment Protocols (RAP, Abklärungszusammenfassungen) als ein weiterer Bestandteil des RAI, sind strukturierte, problemorientierte Abklärungshilfen, die darauf abzielen, das Augenmerk der Pflegenden auf die Erkennung von Risiken und Problemen in pflegerisch relevanten Bereichen zu lenken. Bei Vorliegen definierter kritischer Item-Ausprägungen und -kombinationen im MDS verweist ein Alarmsystem auf die entsprechende Abklärungshilfe, die dann die Entscheidung, ob ein Problem vorliegt oder nicht und welche pflegerischen Interventionen zu wählen sind, unterstützt. Aus den Erhebungen im Minimum Data Set lassen sich durch Kombination und Gewichtung definierter Item-Konstellationen und Algorithmen 44 Pflegeaufwandgruppen (Resident Utility Groups – RUG) bilden, die die Pflegebedarfe und damit auch die benötigten Ressourcen abbilden (vgl. z. B. Arling et al. 2007; Carpenter et al. 1997; Zbylot et al. 1995). Entsprechend lassen sich aus definierten Item-Kombinationen verschiedene Qualitätsindikatoren (Inzidenz oder Prävalenz pflegerischer Ereignisse wie z. B. Dekubitalulzera, Stürze aber auch die Veränderung kognitiver Defizite oder problematische Verhaltensweisen und Stimmungslagen etc.) ableiten. Diese können dem Vergleich von Individuen, Subgruppen oder Abteilungen innerhalb einer Institution oder – nach Risikoadjustierung – dem Vergleich verschiedener Institutionen dienen (vgl. Berg et al. 2001: 9-26; Faust 2004: 224; Kidder et al. 2002: 1-2; Zimmermann 2002).

Für die Umsetzung und regelhafte Anwendung des Resident Assessment Instrument werden in erfahrenen Ländern je Pflegeeinrichtung mindestens 3-4 Jahre geplant.

## *Forschungsstand zur Wirksamkeit des Resident Assessment Instruments in der stationären Langzeitpflege*

Das Resident Assessment Instrument wurde seit seiner Entwicklung durch zahlreiche Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekte thematisiert und fortlaufend modifiziert. Für die Anwendung des Resident Assessment Instruments in Pflegeheimen gibt es international Belege für eine Optimierung verschiedener Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität (u.a. Verbesserung der Pflegeprozessplanung und der Pflegedokumentation, Senkung der Hospitalisierungsrate und Krankenhausaufenthaltsdauer, höhere Sensibilität für die Belange der Bewohner) (Achterberg 2004: 51-76; Achterberg et al. 1999; Hawes et al. 2003: 6-45; Mor 2004). Durch die Implementierung des Resident Assessment Instruments konnten positive Effekte insbesondere bei spezifischen Pflegeproblemen wie Dehydratation, Dekubitus, Verlust von ADL-Fähigkeit, Gebrauch von Blasenverweilkathetern, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, vermeidbare Krankenhausaufenthalt aber auch für einen Summenscore von 32 RAI-Qualitätsindikatoren festgestellt werden (Boorsma et al. 2011; Engel 2006; Achterberg 2004; Hawes et al. 1997a; Hawes et al. 1997b). Die bisher international vorliegenden Studien unterliegen jedoch Limitation, die sich vor allem auf das Studiendesign, die Messung der Outcomes („paper compliance“ vs. Bewohnerbezogene Outcome-Verbesserung) und die Durchführung der Intervention beziehen.

Eine in Deutschland durchgeführte cluster-randomisierte kontrollierte Studie – eine der ersten, wenn nicht die erste derartige Studie in den 30 Ländern, die sich mit RAI befassen – hat untersucht, ob durch die Einführung und Anwendung des Resident Assessment Instruments in deutschen Pflegeeinrichtungen die Pflegequalität – bestimmt durch bewohnerbezogene Qualitätsindikatoren (ADL-Index (Hauptzielgröße)) – nachweislich erhöht und das Risiko stationärer Akutbehandlungsbedürftigkeit und Pflegestufenerhöhung verringert werden kann (Becker et al. 2010). Vor dem Hintergrund der international beschriebenen Effekte des Resident Assessment Instruments auf die Entwicklung von Pflegequalität lassen die Ergebnisse dieser Untersuchung diesen Schluss nicht zu. Das Resident Assessment Instrument zeigt nach einem Jahr Anwendung des Instruments keinen Effekt auf die Verbesserung oder Stabilisierung der ADL Fähigkeit von Pflegeheimbewohnern (als ein Indikator für Pflegequalität). Die adjustierte Mittelwertdifferenz zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe betrug -0,5 Punkte (95%CI, -1,0; 0,1; p=.08). Ebenfalls keine Effekte waren in Bezug auf die Nebenzielgrößen Behandlungen im Krankenhaus (0,04 (-0,2; 0,3), p=.68), Übergänge in höhere Pflegestufen (1,00 (0,68; 1,46), p=.98) sowie für die Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D) der Bewohner (-0,001 (-0,12; 0,12), p=.98) zu beobachten.

Die Ergebnisse einer begleitenden qualitativen Befragung von 18 Pflegenden aus vier Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen der Studie das Resident Assessment Instrument angewendet haben, zeigen hingegen, dass eine Veränderung in Bezug auf Qualitätsaspekte in der Pflege der Bewohner stattgefunden hat. Die Pflegenden äußerten, dass vor allem Hilfebedarfe besser und umfassender erkannt werden, durch die Struktur des Instruments der Blick gezielter auf pflegerelevante Problembereiche gerichtet wird und unterschiedliche Sichtweisen in Pflegeteams synchronisiert werden. Das Resident Assessment Instrument wird als Formulierungs- und Strukturierungshilfe anerkannt, wodurch Pflegeplanungen aussagefähiger werden und leichter zu erarbeiten sind. Zudem wird es als fachliche Argumentationsgrundlage gegenüber dem MDK genutzt. Die Anwendung des RAI benötigt aber auch einen zusätzlichen Ressourceneinsatz, der nicht sofort positive Auswirkungen auf die direkte Pflege der Bewohner zeigte. Eine Anwendung des RAI in der deutschen Pflegepraxis ist möglich und zeigt vor dem Hintergrund der weiteren Optionen des Instrumentes zumindest keine negativen Effekte auf die Qualität der Pflege nach einem Jahr Anwendung. Für die Anwendung des RAI in Deutschland ist die Übernahme von internationalem Know-how und dessen Weiterentwicklung für das deutsche Pflegesystem unerlässlich. Vor allem bedarf es in der Bewertung von Effektivität, Umsetzbarkeit und Angemessenheit des Instrumentes eines kritischen Blicks auf die Rahmenbedingungen der Langzeitpflege in Deutschland, die maßgeblich die vorliegenden Ergebnisse bestimmen.

In qualitativen Interviews, die mit den Leitungsteams der beteiligten Pflegeeinrichtungen (N=8) zum Erleben der Implementierung und Anwendung des RAI geführt wurden, erwies sich das „Wohl der Einrichtung“ als zentrales Kriterium (Hoben 2010). Je nach subjektiver Bewertung des Gesamtprozesses (allgemeine Herausforderungen der Pflegeeinrichtung einschließlich des RAI-Prozesses) durch die Führungspersonen wurden Entscheidungen für oder gegen die RAI-Einführung als auch für Strategien zur Aufrechterhaltung und Qualitätssicherung des RAI-Prozesses initiiert. Bedeutsam waren hierbei die als existenziell bedrohlich wahrgenommene Personalsituation sowie der Einfluss von MDK und Heimaufsicht. Die Kontrolle der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zu zumeist medizinisch/technischen Aspekten führte einerseits zum heutigen Qualitätsniveau, andererseits verhindert sie jedoch auch die Anwendung von genuin pflegerischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die gesetzlich nicht vorgeschrieben sind (Hoben 2010; Twenhöfel 2007). Dies zeigt sich zum Beispiel auch in der Anwendung von Skalen zur Erfassung des Dekubitusrisikos, die in den untersuchten Pflegeheimen zu Projektbeginn bei allen Pflegeheimen (N=19) aufgrund der Verbindlichkeit der Expertenstandards in MDK-Prüfungen angewendet wurden. Heute werden diese jedoch sehr in Frage gestellt, da es keine Evidenz gibt, dass Risikoskalen in der klinischen Praxis die Dekubitu-

sinzidenz verringern können und die vorhandenen Skalen das Risiko in der Regel überschätzen (DNQP 2010). Diese neue Erkenntnis führte zu Irritation in den Pflegeeinrichtungen, wie in Bezug auf dieses Assessment weiter zu verfahren ist (Stenzel et al. 2012).

Die Strategie der Pflegeeinrichtungen ist unter dem vorhandenen Ressourcendruck zunächst die Sicherung der gesetzlich vorgegebenen Qualitätsindikatoren, auch wenn die Einrichtungen sie nicht für aussagekräftige Indikatoren einer individuellen bedarfsgerechten Pflege halten oder diese in der Fachdiskussion umstritten sind. Diese Priorität gesetzlich vorgegebener Indikatoren ist in der internationalen Diskussion über Risiken und Nebenwirkungen von Qualitätsmanagement-Systemen generell beobachtet und kritisiert worden (Behrens 1999). Erst wenn die gesetzlich vorgegebenen Indikatoren gesichert sind, entsteht Raum für darüber hinausgehende Qualitätsentwicklungsmöglichkeiten, wie z.B. die Anwendung des Resident Assessment Instruments. Da die vorhandenen Ressourcen in deutschen Pflegeheimen von den Leitungspersonen tendenziell als unzureichend eingeschätzt werden und die Erfüllung der gesetzlichen Qualitätsvorgaben eine Herausforderung darstellt, lässt die Steuerung nur Veränderungsprozesse zu, die kosten- und personalneutral verlaufen und innerhalb einer kurzen Zeit eine Erleichterung der pflegerischen Arbeit mit sich bringen. Der Fokus einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung – so zeigt diese Untersuchung – liegt zunächst nicht auf der möglichen Optimierung der Versorgung der Bewohner, sondern auf dem Schutz der Aufrechterhaltung der Institution in gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Selbst die eigene Erkenntnis, dass das RAI eine bessere Versorgung für die Bewohner bringen kann, führt derzeit nicht dazu, dass Pflegeeinrichtungen nach Optionen der Vereinbarkeit von gesetzlichen Bestimmungen und neuen Versorgungsansätzen suchen. Es bestehen durch die Rahmenbedingungen der deutschen Langzeitpflege Barrieren zur Umsetzung und Anwendung des RAI in der Regelversorgung.

#### **4.5 Rationalisierungstheoretische Überlegungen zur Qualitätsentwicklung und -steuerung durch das Resident Assessment Instrument**

Rationalisierung im Sinne von Max Weber meint zunächst den Prozess des Ordnen und Systematisierens nach bestimmten Kriterien durch handelnde Personen eines Systems (Kaesler 2003: 198). Entscheidend für Rationalisierung im Sinne Webers ist, dass Handlungen nicht als traditionell althergebracht hinreichend gerechtfertigt werden können, sondern alle althergebrachten Handlungen daraufhin geprüft werden, ob sie die optimalsten Wege zur

Zielerreichung darstellen. Handeln wird enttraditionalisiert, was selbstverständlich niemals ganz möglich ist (Behrens 1982). Die Organisation erfolgt dabei „gemäß den Prinzipien der Effizienz und auf der Basis des technischen Wissens“ (Giddens et al. 1999: 622). Hierin sieht Weber die Entwicklung von Wissenschaft, moderner Technologie und Bürokratie verortet.

Luhmann deutet Rationalisierungsprozesse vor allem als Reflexivwerdung oder präziser: als Beobachtung zweiter Ordnung (Luhmann 1994: 642).

Rationalisierung im Kontext der Langzeitpflege ist somit auch als ein Prozess der Einsparungen zu sehen, ohne dass dem Pflegebedürftigen Erforderliches vorenthalten wird (Effizienz- und Produktivitätssteigerungen) (Schulenburg 2007). „Rationalisierungsmaßnahmen sind also durch die Vernunft begründete sinnvolle Handlungen, die darauf abzielen, bei gleichbleibendem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu erhöhen oder bei geringerem finanziellem Aufwand das Versorgungsniveau zu halten.“ (Fuchs et al. 2009: 554). Rationalisierung in diesem Kontext ist oft im Gegensatz zu Weber negativ besetzt.

Das am Solidar- und Subsidiaritätsprinzip ausgerichtete System der Langzeitpflege in Deutschland impliziert auf den ersten Blick, dass allen Pflegebedürftigen Pflegeleistungen in individuell bedürfnisgerechten ausreichendem Maß und in gleicher Weise zur Verfügung gestellt werden (also nicht jeder bekommt dasselbe, sondern jedem wird nach seinen – durch gutachtende Grenzwächter erhobenen – Bedürfnissen gegeben). Der in der Krankenversorgung offen geführte Diskurs über Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung ist bisher in der Langzeitpflege nur ansatzweise angeklungen, obgleich die „knappen Ressourcen“ in der Langzeitpflege speziell im Zusammenhang mit der Qualitätsfrage allgegenwärtig sind. Durch die Begrenzung finanzieller Ressourcen und die Forderung nach einer hohen Qualität pflegerischer Leistungen „in engen Zeitkorridoren mit minutengenaue Belegbarkeit und Transparenz des Handelns nach außen (Institutionen, Kostenträger, Aufsichtsinstanzen)“ (Schwerdt 2004: 493) entsteht ein Rationalisierungsdruck, der – wie Studienergebnisse zeigen – nicht selten auch zur Rationierung von pflegerischen Leistungen durch Pflegepersonen führt (Becker et al. 1998: 197) oder aber zu einer Verlagerung von pflegerischen Aufgaben in andere Tätigkeitsbereiche (z.B. zu Betreuungsassistenten) (Eberhardt et al. 2012: 94). Rationierung kann definiert werden als die bewusste Vorenthaltung pflegerischer notwendiger Leistungen (Behrens 2001; Behrens et al. 1996). Hierbei kann festgestellt werden, dass es für das System der stationären Langzeitpflege in Deutschland zu zwei Formen der Rationierung (indirekt und implizit) kommt, die sich aufeinander auswirken. Während die indirekte Rationierung auf eine Ressourcenbegrenzung auf der Makroebene (z. B. Pflegesätze) zurückzuführen ist, erfolgt die implizite Rationierung, während des Umgang mit Versorgungsengpässen auf der Mikroebene, die strukturell vorgegeben sind und die es im Versorgungsalltag zu überwinden

gilt (z. B. Personalengpässe) (Fuchs et al. 2009; Behrens 1996). Die moralische Wertvorstellung, eine bestmögliche pflegerische Versorgung zu leisten, ist für Pflegende in der stationären Langzeitpflege aufgrund mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen (wirtschaftliche Maßgaben) ein konfliktbeladenes Leidenthema, da sie zur Entscheidung über die Verteilung knapper Ressourcen im Pflegealltag gezwungen sind (Schwerdt 2004: 493; Behrens 1996). Akute Knappheitssituationen werden heute zumeist durch erhöhten Einsatz einzelner Pflegepersonen gemeistert, was nicht selten zu einer Chronifizierung der Belastung führt, die langfristig die Gefahr des Berufsausstiegs birgt. Diese Form der „heimlichen“ Rationierung, die eine Absenkung von Versorgungsstandards aufgrund der durch den Gesetzgeber vorgesehenen Rahmenbedingungen erzwingt, schürt Misstrauen in der Pflegebedürftiger-Pflegeperson-Beziehung und führt zu Schuldzuweisungen, die sich dann in oben genannten Pflegeskandalen externalisieren.

Die durch die demographische Alterung (Schwere der Pflegebedürftigkeit, Chronizität, Multimorbidität) und Professionsentwicklung (Veränderung und Ausweitung des Aufgabenspektrums der Pflege, z.B. Zunahme behandlungspflegerischer Leistungen im Pflegeheim, zunehmende spezialisierte Kenntnisse durch die Professionsentwicklung führen zur Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums) steigende Komplexität zu bewältigender Pflegesituationen bei nahezu gleichbleibenden Ressourcen, erhöht den Druck zur Rationalisierung entweder durch Effizienzsteigerungen oder durch Rationierung von Abläufen und pflegerischer Leistungen enorm. Die stationäre Langzeitpflege steht vor der Herausforderung, diese steigenden individuellen Bedarfslagen und die damit verbundene Knappheit zu bewältigen. Dies ist die Aufgabe einer professionalisierten Pflege.

### *Rationalisierung von Pflegeleistungen durch das Resident Assessment Instrument*

Um eine aktive Steuerung von entweder Rationalisierung oder Rationierung pflegespezifischer Leistungen sowie eine gerechte Verteilung der zur Verfügung gestellten Mittel umzusetzen und nicht nur ziellose Kürzungsversuche anhand von „heimlichen“ Kriterien von Pflegepersonen zu unternehmen, sind fachlich begründete Indikationskriterien für pflegerische Leistungen einzusetzen. Im Kontext der Rationalisierungstheorie Webers entspricht dies einer Abwendung von traditionellem und affektuell handeln und einer Stärkung des zweckrationalen Handlungstypus, der durch die rationale Kontrolle über Mittel und Zweck, sowie über die ihnen zugrundeliegenden Werte und die Berücksichtigung der Folgen der Handlung geprägt ist (Bogner 1989; Gimmler 1998). Ein Merkmal von Professionalität ist die Fähigkeit,

zielangemessen mit knappen finanziellen und personellen Ressourcen umzugehen und hierfür transparente Strategien vorzuhalten. Eine Strategie kann vor dem Hintergrund des Primats der pflegerischen Notwendigkeit die individuelle bedarfsgerechte Indikation für evidenzbasierte pflegerischer Leistungen sein. Hierfür ist eine adäquate Pflegebedarfsermittlung zentrale Voraussetzung (Schwerdt 2004), die dann aber auch methodischen Gütekriterien genügen muss. Das Resident Assessment Instrument (RAI) ist ein solches – dem Anspruch nach valides und reliables – Pflegebedarfsermittlungsinstrument (Onder et al. 2012), welches über definierte Kriterien (evidenzbasierte Trigger (Alarmzeichen)) individuelle geriatrische Problembereiche indiziert und über Abklärungshilfen auf pflegerische Interventionen – deren Evidenzbasierung optimierbar ist – verweist. Hierdurch werden Fehlentscheidungen vermieden (Garms-Homolová et al. 2007). Ineffiziente und ineffektive pflegerische Leistungen, die zu Über- und Fehlversorgung führen und damit Rationalisierungspotentiale bergen, können erst identifiziert werden, wenn optimale Pflegequalität umschrieben und Pflegehandlungen, die die Pflegeziele erreichen sollen, in ihren Wirkungen geprüft sind. Ohne vorhergehenden Wirksamkeitsnachweis (Effektivität) ist Effizienz gar nicht feststellbar. Hierfür ist die Beschreibung von Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege unerlässlich. Innerhalb des Resident Assessment Instrument-Systems sind 32 international anerkannte und weitgehend auf Reliabilität geprüfte Qualitätsindikatoren hinterlegt (Mor et al. 2003), die eine solche Beschreibung in Grundzügen darstellen kann. In der Kombination von Pflegebedarfsermittlungs- und Qualitätsentwicklungsinstrument stellt das Resident Assessment Instrument deshalb als einziges verfügbares Inventar dieser Form eine Option zur transparenten Steuerung von Rationalisierungsprozessen in der Langzeitpflege dar.

Unzureichend abgeschwächt werden kann hierdurch der Konflikt, dass pflegefachlich notwendige Leistungen erkannt, aber aus Mangel an Ressourcen nicht umgesetzt werden können. Bleiben Möglichkeiten der stärkeren Ressourcenallokation außer Betracht, wären im Sinne einer Priorisierung Bedarfs-, Leistungs- und Verzichtsgrößen festzulegen und zu begründen, die im Zweifelsfalle einer Rationierung von pflegerischen Leistungen vorausgeht. Unter Priorisierung versteht man im Allgemeinen „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000: 1017), die nach vertikaler (Rangfolge von pflegerischen Verfahren, die aus gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Perspektive unverzichtbar sind) und horizontaler Priorisierung (Rangfolge nach Pflege- oder Krankheitsgruppen, Versorgungszielen) zu unterscheiden ist (Fuchs et al. 2009).

Zur Steigerung von Versorgungsqualität stehen zwei Strategien, die Tendenzen eines Zielkonfliktes in sich tragen, im Mittelpunkt: die Standardisie-

rung (im Sinne einer falsch verstandenen, nämlich den Einzelfall vorschreibenden evidenzbasierte Leitlinien, Behandlungspfade, Entscheidungshilfen, Expertenstandards usw.) und die Individualisierung von Pflegeleistungen (Pfaff et al. 2006). Zumindest was die evidencebasierte Leitlinie angeht, so bildet sie im Unterschied zu Standards keine alternative Strategie zur Individualisierung: Vielmehr hat die Diskussion zum Verhältnis von externer und interner Evidence bewiesen, dass die richtige Handlung im Einzelfall eines Pflegebedürftigen nie einfach aus der externen Evidence abzuleiten ist, sondern immer der individuellen Zielklärung (individuelle Indikation) durch den Aufbau interner Evidence in der Begegnung zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und Pflegeprofessionellen bedarf (Behrens et al. 2006). Um eine individuelle Betreuung der Menschen in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege zu ermöglichen, müssen die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner erfasst und dokumentiert werden, damit eine kontinuierliche qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden kann (Achterberg 2004). In diesem Kontext wird der Begriff der Individualisierung von Pflege allerdings zumeist auf die Erbringung fremddefinierter „bedarfsbezogener“ individueller Pflegeleistungen (Vester 2009: 118) und nicht auf den Prozess der Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen, obwohl gesetzlich der selbstbestimmte Auftrag des Pflegebedürftigen erst die Pflegehandlung von einer Körperverletzung zu einer Pflegehandlung im Einklang mit dem Recht werden lässt. Hierbei muss die Gefahr angesprochen werden, dass die standardisierte Pflegebedarfsermittlung, z.B. mit dem Resident Assessment Instrument, zwar Individualisierung von Pflegeleistungen aus professioneller Sicht erzeugt, diese aber im Sinne von Foucault auch eine aufgezwungene Art von Individualität sein kann, die nicht der subjektiven Betrachtungsweise des Pflegebedürftigen entsprechen muss (Foucault et al. 2011: 248 ff.). Auf diesen Aspekt ist bei Anwendung standardisierter geriatrischer Assessmentinstrumente ein besonderer Fokus zu legen.

### *Rationalisierung des Steuerungssystems der Langzeitpflege durch das Resident Assessment Instrument*

Neben der Rationalisierung von Leistungen ist das Resident Assessment Instrument auch in Bezug auf die Rationalisierung des derzeitigen Steuerungssystems der Langzeitpflege – hier verstanden als Bedarfsermittlung für Leistungszugang und Vergütung, externe Qualitätssicherung/-prüfung und interne Leistungsplanung – zu betrachten. Bisher erfolgen in Deutschland alle benannten Schritte separat und sind nicht miteinander vernetzt, wobei auch die Zuständigkeiten jeweils bei einem anderen Akteur liegen und getrennte Sachverhalte darstellen. In der Länderanalyse konnte für die Schweiz die Anwendung des Resident Assessment Instruments für alle drei Aspekte

der Steuerung festgestellt werden. Die kontinuierliche Pflegebedarfsermittlung mittels Resident Assessment Instrument durch die den Pflegebedürftigen betreuenden Pflegepersonen der stationären Pflegeeinrichtung bildet die Basis für eine kontinuierliche Bedarfsermittlung zur Vergütung von Pflegeleistungen bzw. Voraussetzung für den Leistungszugang (Pflegeaufwandgruppe RUGs), für die interne und externe Qualitätssicherung sowie für die eigentliche Leistungsplanung in Form der Pflegeplanung in der Pflegeeinrichtung. In Bezug zur deutschen Lösung zeigt diese umfassende Rationalisierungspotentiale, die sich vor allem auf die Einsparung von personellen Ressourcen in den Begutachtungs- und Prüfinstanzen der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen beziehen, die wiederum in die Pflegepraxis zu transferieren wären<sup>7</sup>, aber auch durch eine kontinuierliche Prüfung und Anpassung der Pflegestufe (auch Abstufung)<sup>8</sup>, die eine gerechte Finanzierung von Pflegeleistungen ermöglicht. Für das Langzeitpflegesystem in Deutschland könnte dieses Instrument einen Beitrag zur Entbürokratisierung der Pflege leisten<sup>9</sup> und damit die Rolle der Pflegebedarfsermittlung und die Tätigkeit der Pflegepersonen in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen aufwerten und stärken.

Die Übertragung eines zentralen Assessments für die Steuerung der Langzeitpflege in die Pflegepraxis wäre unter Qualitätsaspekten ein wirksamer Schritt, der aber nur – wie die Studienergebnisse der oben dargestellten RAI-Studie zeigen – unter einer generellen Reform des bisherigen Systems und des Transfers von personellen Ressourcen aus den Prüf- und Begutachtungsinstanzen umsetzbar wäre. Es wurde deutlich, dass die Umsetzung des Resident Assessment Instruments durch eine fehlende gesetzliche Verbindlichkeit und das hohe Maß an zu erfüllenden Qualitätsvorgaben des bisherigen Systems behindert wurde. Hier muss für die Anwendung des Resident Assessment Instruments die Äquivalenz zur Erfüllung von gesetzlichen Qualitätsvorgaben hergestellt und anerkannt werden.

Das Resident Assessment Instrument birgt einen Ansatz zu einer Vereinfachung der pflegerischen Prozessplanung und -dokumentation in sich (Anleitung der Pflegenden durch evidenzbasierte Vorauswahl von Zustandsmerkmalen (Garms-Homolová et al. 2007: 18), Strukturierung der Pflegeplanung), was aber aufgrund des Umfangs des Assessments nicht vordergründig ersichtlich ist und im Sinne Webers eher eine Bürokratieausweitung ohne Rationalisierung (Optimierung der Zielerreichung) darstellt. In diesem Kontext ist die Anwendung in Bezug auf Doppeldokumentationen genau zu prü-

---

7 Begutachtungs- und Prüfinstanzen werden aus dem Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung finanziert

8 Diese erfolgt in der Schweiz vierteljährlich.

9 Die Entbürokratisierung der Pflege hat sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Ziel für zukünftige Reformen der Pflegeversicherung gestellt und hierfür eine Ombudsfrau bestellt (vgl. BMG 2011).

fen und Pflegedokumentationen zu modifizieren. Eine adäquate Schulung zum Assessmentinstrument ist die Voraussetzung für dessen Anwendung. Das Resident Assessment Instrument ersetzt ebenfalls nicht fehlendes Fachwissen oder den Nachweis und die geeignete Auswahl evidenzbasierter Pflegeinterventionen durch Pflegepersonen. An die Entfaltung der Rationalisierungspotentiale des Resident Assessment Instruments sind damit wichtige Rahmenbedingungen gekoppelt.

## 4.6 Fazit

Wie dieses Kapitel zeigt, handelt es sich bei der Zuerkennung von Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung um eine besonders typische Anwendung der Norm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“. Der Vergleich zwischen Deutschland, Tschechien, der Schweiz und Italien belegt, dass auch da überall das Prinzip „Jeder nach seinen Fähigkeiten (entweder der Steuerzahlungsfähigkeit oder der Beitragsfähigkeit), jedem nach seinen Bedürfnissen (nach pflegerischer Unterstützung) gilt – auch wenn die Wege der Beitrags- oder Steuererhebung und die Wege der Feststellung (Assessments) des Pflegebedarfs und der Steuerung der bedarfsgerechten Pflegeleistungen sich deutlich unterscheiden. Gerade an der Pflegebedürftigkeit, die ja keine Krankheit ist – denn frühe Kindheit und hohes Alter sind bekanntlich keine Krankheiten, so sehr sie Bedürfnisse nach pflegerischer Unterstützung auslösen – wurde besonders auffällig, dass es typischerweise ausgerechnet Gesundheitsfachleute sind, die als Grenzwächter zwischen den Geltungsbereichen „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ und „Jedem nach seiner Kaufkraft (wirtschaftlichem Erfolg oder Leistung)“ Dienst tun. Ihre Kompetenz greift damit über das System der Krankenversorgung weit hinaus. Die Assessmentinstrumente zur Ermittlung individuellen Bedarfs und zur Steuerung individuell bedürfnisgerechter Pflegeleistungen sind, wie dieses Kapitel zeigte, fachlich hoch umstritten. Die wissenschaftlichen Argumente sind seit vielen Jahren, seit dem Halleschen Memorandum von 2000, im Wesentlichen aktuell geblieben und anerkannt. Oft wird sogar die Gefahr gesehen, die Assessment- und Steuerungsinstrumente, die eigentlich gerade die individuelle Bedarfsgerechtigkeit sichern sollten, führten im Gegenteil zu einer Verletzung der internen Evidenz und der Selbstbestimmung des auftraggebenden Pflegebedürftigen.

Ohne Zweifel steht die professionelle Langzeitpflege in Zeiten der sich verbreitenden Hochaltrigkeit und damit großer Nachfrage professioneller pflegerischer Leistungen unter steigendem Druck, eine bedürfnisgerechte Qualitätsentwicklung und Zugangssteuerung für diesen Sektor zu etablieren. Diese Herausforderung war auch für Schweden, Tschechien, Italien und die Schweiz nachweisbar. Das Bewusstsein, dass Rationalisierung die Pflege

schon immer begleitet hat und ein auf Dauer angelegter Prozess ist, wird in der stationären Langzeitpflege erst allmählich verankert. Um Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden, sind am individuellen Pflegebedürftigen orientierte Indikationen (interne Evidence) zu stellen, die evidenzbasierte Interventionen auslösen. Voraussetzung hierfür sind pflegesensitive Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren, die die Perspektive des Pflegebedürftigen integrieren, möglichst internationale Vergleichbarkeit erlauben, Anerkennung in der Pflegepraxis erfahren und ein zu erreichendes Qualitätsniveau definieren. Das Resident Assessment Instrument ist ein in 30 Ländern erörtertes strukturiertes Steuerungsinstrument für die Langzeitpflege, das Qualitätsindikatoren definiert und mittels Pflegebedarfsassessment die Basis für eine angemessene Gestaltung des Pflegeprozesses und Allokation von Pflegeleistungen stellen will.

In Anbetracht eines anstehenden Fachkräftemangels in der Langzeitpflege in Deutschland erscheinen strukturierte Steuerungsmaßnahmen wie die des Resident Assessment Instruments konsequent, um bei einem Wandel des Skill- und Grademix (Berufserfahrung, individuelle Fähigkeiten, Ausbildungsabschluss) vorbereitet zu sein. International ist die Fachkraftquote in stationären Pflegeeinrichtungen deutlich niedriger als in Deutschland (z.B. in der Schweiz). Hierdurch wurde eine stärkere Trennung von Pflegeplanender und pflegedurchführender Person bereits etabliert. Voraussetzung dafür sind geeignete Pflegeplanungsinstrumente wie das Resident Assessment Instrument, um eine fachgerechte Pflege aufrechterhalten zu können.

In Deutschland wurde das Resident Assessment Instrument im Rahmen der Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Entwicklung von Qualitätsindikatoren bisher ausgeschlossen und man hat sich für eine Neuentwicklung von Instrumenten entschieden. Hier ist kritisch anzumerken, dass der Vorsprung des Resident Assessments Instruments von ca. 20 Entwicklungsjahren und internationaler Erfahrung der interRAI nur mit großer Anstrengung und Ressourceneinsatz aufzuholen ist. Auch wenn das Assessment bestimmte Anforderung (z.B. die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern) nicht erfüllen konnte, so ist doch das Verfahren der Gleichzeitigkeit von individueller Pflegebedarfsermittlung für den Leistungszugang und die Pflegeplanung sowie Erhebung von Qualitätsindikatoren durch die betreuenden Pflegepersonen unter rationalisierungstheoretischen Aspekten und Professionalisierungsstand der Pflege eine anzuerkennende Optimierungsmöglichkeit. An diesem Verfahren lassen sich, wie dieses Kapitel zeigte, fast alle Herausforderungen einer selbstbestimmten Teilhabe orientierten, individuell bedarfsgerechten professionsgestützten Versorgung erkennen und erörtern.



## 5 Erwerbsbezogene Inklusion und gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken gesundheitlich beeinträchtigter Menschen am Beispiel der institutioneller Strukturen und Prozesse der Arbeitsverwaltung

*Michael Schubert, Johann Behrens*

Ein zentrales Element der gesellschaftlichen Inklusion ist die Partizipation am Erwerbsleben. Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit ist in unserer Gesellschaft sowohl wesentliche Subsistenzgrundlage als auch zentrales Mittel der Einbindung des Menschen in gesellschaftliche Funktionsbezüge (Bude/Willisch 2006). Unter den Anerkennungsformen, um die Menschen in der Moderne kämpfen, ist die Anerkennung der eigenen Leistung eine wichtige (Behrens 2002; Honneth 2011). Mit der Exklusion<sup>1</sup> aus dem Erwerbsleben ist neben materiellen Folgen die Gefahr des Ausschlusses aus sozialen Zusammenhängen und dem System statusbezogener Anerkennung verbunden. Die Möglichkeit der Partizipation am Erwerbsleben ist den Mechanismen des Arbeitsmarktes unterworfen. Grundlegend ist hierbei die Dualität der Akteursinteressen in Bezug auf Angebot (Arbeitgeber<sup>2</sup>, AG) und Nachfrage (Arbeitnehmer, AN), die jeweils mit spezifischen Merkmalen (Arbeitsplatzanforderungen (AG); individuellen Ressourcen (AN)) besetzt sind. Die Arbeitsaufnahme bzw. Arbeitsausübung lässt sich als positives Passungsverhältnis zwischen arbeitsplatzbezogenen Anforderungen des Arbeitgebers einerseits und den individuellen Ressourcen des (zukünftigen) Arbeitnehmers (insbesondere persönliche, fachliche, soziale Kompetenzen) andererseits beschreiben. Dieses Passungsverhältnis ist für Personen mit weniger umfangreichen Ressourcen wie Personen im fortgeschrittenen Alter, mit fehlender Berufsausbildung, mit geringerer Flexibilität, mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen usw. häufig in besonderem Maße ungünstig (Elkeles 1999; Rauch/Brehm 2003). Bei Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung sind dabei nicht selten mehrere der benannten Merkmale gleichzeitig erfüllt: So steigt das Risiko des Auftretens und der Persistenz gesundheitlicher Einschränkungen mit zunehmendem Alter an und Menschen mit Behinderung haben oftmals geringere Qualifikationsabschlüsse als Menschen ohne Behinderung (Pfaff 2006). Wie im ersten Kapitel ausgeführt, nimmt aber

---

1 Unter Exklusion (als Gegenbegriff der Inklusion) werden Phänomene sozialer Ausgrenzung verstanden (Castel 2000; Wansing 2006).

2 Hier und im Folgenden wird sich – ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit – auf die Verwendung der männlichen Form beschränkt. Frauen sind in gleicher Weise gemeint und entsprechend mitzudenken.

keine moderne Gesellschaft – zumindest in ihren programmatischen Verfassungsartikeln – die marktbedingte Exklusion gesundheitlich Eingeschränkter einfach hin. Da die angezielte Teilhabe am Leben der Gesellschaft in unserer Gesellschaftsordnung auch die Teilhabe am Wirtschaftssystem einschließt, greift das rehabilitative System der Krankenversorgung, in dem programmatisch die Norm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“<sup>3</sup> wirkt, in den freien Markt ein – aber nicht, indem es die Aufnahme von Personen in Betriebe erzwingt, wie in der DDR (siehe Kapitel 2). Im Gegenteil versuchen insbesondere medizinisch-therapeutische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen Personen hinreichend attraktiv für den Arbeitsmarkt zu machen. Erst wenn dies misslingt, verbleiben geschützte Werkstätten u. ä. als substituives Mittel, Anerkennung ihrer Leistung auch denen zu ermöglichen, die auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht für leistungsfähig angesehen werden.

Die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung ist daher, wie die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insgesamt, aufgrund einer häufig behinderungsbedingt erschwerten Partizipation an gesellschaftlichen Funktionsbezügen (Behrens 2002; Luhmann 1999; Wansing 2006) dieses Personenkreises eine wichtige sozialpolitische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, welche durch sozialrechtliche Kodifizierung umgesetzt wird. Bevor diese im Einzelnen ins Zentrum der Betrachtung rückt, sind die gesellschaftlichen Bewältigungsversuche gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken im Lichte ihrer sozial- und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen sowie genereller sozialstaatlicher Reformnotwendigkeiten zu kontextualisieren (Behrens et al. 2008):

Historisch betrachtet wurde noch vor wenigen Jahrzehnten heute dem sozialen Sektor zugeschriebene sozialpolitische Funktionen stärker im betrieblichen Rahmen ausgestaltet. Im Blick auf die neuen Bundesländer ist dies besonders deutlich. Denn infolge der Zentralität von Erwerbsarbeit in der DDR, kodifiziert über die Pflicht zur Arbeit und das Selbstverständnis als „Arbeiter- und Bauernstaat“, wurde die gesellschaftliche Inklusion insbesondere über Erwerbsarbeit zu realisieren versucht. Mit dem Systemumbruch 1989/1990 brach nun in den neuen Bundesländern die vormals häufige Übernahme sozialpolitischer Aufgaben durch die Betriebe in Form einer starken Betriebszentrierung des Gesundheits- und Rehabilitationssystems der DDR, einer stärkeren sozialen Funktion von Betrieben bei einer umfassenden Betreuung gesundheitlich eingeschränkter Menschen sowie einer stärkeren Einbindung von Betrieben in (beruflichen) Rehabilitationsprozesse gesund-

---

3 „Bedürfnis“ wird am Anschluss an Kapitel 1 dieses Buches als „Bedarf“, der durch Erlangung subjektiver Relevanz des Einzelnen zum „Bedürfnis“ wurde, verstanden, woraus Handlungen des Bedürftigen resultieren. Entsprechend werden einerseits nicht alle Bedarfe, die durch gesellschaftliche Institutionen für feststellbar gehalten werden, gedeckt, sondern nur solche, die für den Antragsteller zum Bedürfnis wurden. Andererseits wird im Sozialrecht den Bedürfnissen entsprochen, sofern Sie vom objektiv festgestellten Bedarf umschlossen sind

heitlich beeinträchtigter Beschäftigter (Höhne et al. 2007b) weitgehend weg. Nach dem Systemumbruch wurde das Wegfallen dieser betrieblichen Funktionen gesellschaftlich durch Ausweitung und Ausdifferenzierung von Aufgaben und Leistungen des sozialen Sektors zu kompensieren versucht. Zudem zeichneten sich bereits (spätestens) seit den 1980er Jahren in den alten Bundesländern Erosionsprozesse innerhalb der fest gefügten sozialpolitischen Strukturen ab, die neben der zunehmenden Externalisierung bislang betriebszentrierter sozialpolitischer Maßnahmen auch die Finanzierungsgrundlage der sozialen Sicherungssysteme erreichten (u. a. durch steigende und sich verfestigende Arbeitslosigkeit, stetige Zunahme an Personen, die (dauerhaft) auf Hilfen zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) angewiesen waren, sinkende Geburtenrate). Akzeleriert durch die Finanzierung eines Teils der enormen Kosten der deutschen Wiedervereinigung über die Sozialversicherungssysteme, führten diese Entwicklungen zur inhaltlichen wie finanziellen Überforderung des sozialen Sektors, die häufig als „Krise des Sozialstaats“ etikettiert wird (Butterwegge 2006; Behrens et al. 2008).

Im Kontext dieser Entwicklungen sind Rationalisierungsversuche im sozialen Sektor zu verorten, zu denen die Heraufsetzung des Rentenalters, die stärkere Betonung des Subsidiaritätsprinzips staatlicher Sozialpolitik, die Verkürzung der Bezugsdauer des beitragsfinanzierten Arbeitslosengeldes I, die Vereinbarkeit der Pflege von Angehörigen mit eigener Erwerbstätigkeit sowie die Evidenzbasierung der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Interventionen zu zählen sind. Zudem können die Sozialgesetzbücher IX („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) im Jahre 2001 und II („Grundsicherung für Arbeitsuchende“) im Jahre 2005 auch als spezifische Reaktion auf parallele Kontextfaktoren dieser Entwicklung, speziell auf die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen sowie auf Veränderungen von Arbeitswelt und -markt, verstanden werden (Behrens et al. 2008).

## **5.1 Zur Wechselwirkung von Gesundheit und Arbeit**

Betrachten wir zunächst in individuumsbezogener Perspektive die Inklusionschancen und Exklusionsrisiken gesundheitlich beeinträchtigter Menschen hinsichtlich der Partizipation am Erwerbsleben.

Wenngleich viele gesundheitlich eingeschränkte Menschen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist dieser Personenkreis – auch aufgrund der dauerhaft angespannten Arbeitsmarktlage – dennoch einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt, wozu auch betriebliche Entlassungs- und Einstellungspraktiken beitragen (u. a. Behrens/Dreyer-Tümmel 1996; Grobe/Schwartz 2003; Kieselbach/Beelmann 2006). Für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer anerkannten (Schwer-)Behinderung,

zeigen Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2005, dass deren durchschnittliche Erwerbsquote (50,1 Prozent) wesentlich geringer ist als von nichtbehinderten Menschen (75,9 Prozent) (Dornette et al. 2008; Pfaff 2006).

Zugleich ist die Erwerbslosenquote von Menschen mit anerkannter Behinderung höher (2005: 14,5 Prozent) als bei Personen ohne Behinderung (2005: 11,1 Prozent) (Pfaff 2006). Die Bundesagentur für Arbeit berichtet, dass in 2003 fast jeder vierte Arbeitslose (was mehr als einer Million Menschen entspricht) vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen aufwies, von denen wiederum bei 28 Prozent eine Behinderung (Grad der Behinderung  $\geq 30$ ) amtlich anerkannt war (Allmendinger/Rauch 2005; Holleeder 2006). Zudem ist bekannt, dass die Statistik der Bundesagentur für Arbeit den Anteil gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitsloser unterschätzt<sup>4</sup>, sodass dieser Anteil als noch höher anzusehen ist (Holleeder 2002).

Eine Vielzahl an Studien wies darüber hinaus nach, dass gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose signifikant schlechtere Wiedereingliederungschancen haben, was zu überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeitszeiten führt (u. a. Grobe/Schwartz 2003; Kieselbach/Beelmann 2006; Schröder/Rauch 2006). Gesundheitliche Beeinträchtigungen stellen zudem für die Betroffenen ein großes Hemmnis bei der Stellensuche dar (Cramer et al. 2002), sodass weniger als die Hälfte dieser Personen aktiv auf Stellensuche ist. Bei Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen, die ihre subjektive Eingliederungsperspektive oftmals in besonderem Maße kritisch einschätzen, betrifft dies sogar nur ein Drittel (Holleeder 2003a).

Da Erwerbsarbeit „potenziell gesundheitsförderliche materielle und nichtmaterielle Funktionen“ (Bieker 2005; Elkeles/Kirschner 2004) zugeschrieben werden, steht Arbeitslosigkeit insgesamt in negativem Zusammenhang mit der physischen und psychischen Gesundheit, wie gleichfalls eine Vielzahl an Befunden belegt (u. a. Berth/Förster/Brähler 2005; Weber/Hörmann/Heipertz 2007). Dies betrifft u. a. eine erhöhte Mortalität, gesundheitlich riskantere Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum etc.) sowie einen schlechteren Gesundheitsstand von Arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Personen, der sich zudem mit steigender Dauer der Arbeitslosigkeit weiter verschlechtert (Grobe/Schwartz 2003). Die Bedeutung der Erwerbsarbeit für das psychische Wohlbefinden des Menschen ergibt sich aus den verschiedenen Funktionen einer beruflichen Tätigkeit: sozialer Status und Identität, finanzielle Sicherheit, soziale Netzwerke, Tagesstrukturierung sowie persönlicher Erfolg, Wertschätzung und Sicherheit durch gelungene Bewältigung beruflicher Anforderungen. Aus dem Fehlen dieser Funktionen können sich in Form eines verminderten Selbstwertgefühls, Hilf- und Hoffungslosigkeit, Isolation und Einsamkeit, Resignation und Schlafstörungen

---

4 Begründet durch die statistische Zählweise fehlen (bei Querschnittbetrachtungen) in der Statistik die zum jeweiligen Zeitpunkt arbeitsunfähigen Arbeitslosen, da diese aufgrund der Arbeitsunfähigkeit als Abgang aus Arbeitslosigkeit ausgebucht werden (Holleeder 2002).

manifestieren (Weber et al. 2007). In der Konsequenz leiden arbeitslose Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich häufiger an psychischen und psychosomatischen Belastungssymptomen und Erkrankungen, wie Schlafstörungen, depressiven Symptomen, Angststörungen, Magen-Darm-Erkrankungen oder Suchterkrankungen (u. a. Gallo et al. 2006; Robert-Koch-Institut 2006).

Bezogen auf die historischen Entwicklungslinien der Bewältigung gesundheitlicher Exklusionsrisiken verdeutlichen die schlechteren Erwerbschancen gesundheitlich beeinträchtigter Menschen eine fehlende Inklusionskraft der zentralen Akteure der Arbeitswelt, der Betriebe. Die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung am Arbeitsleben ist so oftmals in besonderem Maße mit einem höheren Exklusionsrisiko aus dem Erwerbsleben, mit schlechteren Inklusionschancen in den Arbeitsmarkt sowie mit dem Risiko eines sich mit zunehmender Arbeitslosigkeit (weiter) verschlechternden psychischen und physischen Gesundheitszustandes belastet. Die Inklusion wird vielmehr über Leistungen des sozialen Sektors in Form von spezifischen sozialstaatlichen Maßnahmen zu organisieren versucht, über die eine Verbesserung des Eingangs dargestellten Passungsverhältnisses und damit eine Verbesserung individueller Erwerbschancen dieses Personenkreises erreicht werden soll. Menschen mit Behinderung und ohne reguläre Beschäftigung bedürfen sozialstaatlicher Leistungen oftmals besonders, da dieser Personenkreis als gesundheitsbezogene Hochrisikogruppe verstanden werden kann (Hollederer/Brand 2006) und es nicht allein um die Sicherung bestehender Erwerbsintegration geht, sondern zusätzlich auch die Überwindung der Zutrittsschwelle zum Arbeitsmarkt zu erreichen ist. Da gesundheitlich beeinträchtigten Personen selbst oftmals keine hinreichenden Ressourcen zur Überwindung der Barrieren der Arbeitsmarktpartizipation zur Verfügung stehen, liegt es nahe, dass die berichteten Befunde zur geringeren Suchintensität dieser Personengruppe nach einem neuen Arbeitsplatz auch Resultat struktureller Barrieren sind.

## **5.2 Verortung des sozialpolitischen Ziels der Integration**

Die Bewältigung von Erwerbsrisiken gesundheitlich beeinträchtigter Menschen sowie des daran gekoppelten Exklusionsrisikos von Krankheit und Armut, ist für eine Vielzahl arbeitsloser Personen sozialrechtlich seit 1.1.2005 im – im Zuge der sog. Hartz-Gesetze – neu geschaffenen zweiten Sozialgesetzbuch geregelt (Schubert et al. 2007). Mit den sogenannten Hartz-Gesetzen I-IV wurden in den Jahren 2003 bis 2005 wesentliche Strukturformen des Arbeitsmarktes (Eichhorst/Zimmermann 2005). Während die Gesetze Hartz I-III im Wesentlichen auf die Reform der Organisationsstruk-

tur und von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, also auf die aktive Arbeitsmarktpolitik, beschränkt blieben, wurde mit dem vierten Hartz-Gesetz der Handlungsraum des Arbeitsmarktes deutlich überschritten (Dornette et al. 2008). Kernbestandteil dieses Gesetzes war die Einführung des SGB II, welches insbesondere die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitsuchende regelt. Mit der Einführung des SGB II wurden umfangreiche gesetzliche Änderungen – mit Einfluss auf das Arbeitsmarktgeschehen und sozialstaatliche Leistungen in Deutschland – eingeleitet. Vor dem Hintergrund eines damit vollzogenen sozialpolitischen Paradigmenwechsels vom fürsorgenden und statuskonservierenden Sozialstaates der 1970er Jahre zum aktivierenden Sozialstaat stellt das SGB II ein Sozialgesetz neuen Typs dar (Sell 2005; Spellbrink 2008b), mit dem nicht nur die zuständigen Institutionen neu justiert wurden, sondern auch Leistungsangebote und Leistungsansprüche (Dornette et al. 2008). Grundintention war neben einer leistungsrechtlichen Neugestaltung<sup>5</sup> die Bündelung bisheriger institutioneller Doppelstrukturen von Sozial- (Sozialamt) und Arbeitsverwaltung (Arbeitsagentur), wodurch ehemalige erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger zielgerichtet in die erwerbsorientierte Betreuung und Vermittlung durch die Arbeitsverwaltung eingebunden werden sollten. Aus differenzierungstheoretischer Perspektive betrachtet, findet sich damit hier – im Gegensatz zu anderen Bereichen – durch Zusammenlegung von Institutionen eine Gegenstrategie zur Zersplitterung des institutionell ausdifferenzierten Sozialsystems. Das angestrebte Ziel der Rationalisierung bzw. Optimierung von Betreuungsprozessen durch einen einheitlichen institutionellen Ansprechpartner, wird – so viel sei hier vorweggenommen – nicht für alle Leistungsbezieher nach SGB II eingelöst. Die Hartz-Reform IV ist mit im Jahr 2005 mehr als sechs Millionen direkt betroffenen Menschen die größte Sozialrechtsreform der Nachkriegsgeschichte (Dornette et al. 2008; Holleder 2006). Das SGB II ist für die Frage gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken von besonderer Relevanz, da viele Menschen mit Behinderungen – auch aufgrund einer geringeren Erwerbsbeteiligung im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung – in dessen Geltungsbereich fallen (Bieritz-Harder 2007).

---

5 Faktisch wurden die sozialen Leistungen für anspruchsberechtigte (Langzeit-) Arbeitslose durch diesen Schritt nicht nur deutlich reformiert, sondern auch reduziert (siehe Sell 2005).

### 5.3 Das SGB II für erwerbsfähig hilfebedürftige Menschen im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigung

Gesundheitlich beeinträchtigte Personen können Leistungen nach dem Gesetz über die „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (SGB II) erhalten, wenn sie *erwerbsfähig und hilfebedürftig* sind (§7 SGB II). Der Personenkreis des SGB II beinhaltet insbesondere Personen, deren Leistungsanspruch nach SGB III – v. a. infolge durchgängiger Arbeitslosigkeit von länger als 12 Monaten – erschöpft ist (Subsidiaritätsprinzip) sowie Personen mit Erwerbseinkommen unterhalb der Regelleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (sog. Aufstocker).

Die Bewältigung der mit einander verbundenen Exklusionsrisiken Arbeitslosigkeit und Armut zielt im Kontext des SGB II unter dem Paradigma der aktivierenden Sozial- und Beschäftigungspolitik auf eine schnellstmögliche (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt – also in ungeforderte Erwerbsarbeit –, um die Hilfebedürftigkeit zu vermeiden, zu beenden, zu verkürzen oder ihren Umfang zu verringern (vgl. §1 Abs. 2 Nr. 1 SGB II).

Gleichfalls im Kontext der gesetzlichen Zielbestimmungen findet der Einflussfaktor Gesundheit dergestalt Berücksichtigung, als dass „Leistungen der Grundsicherung (...) insbesondere darauf auszurichten (sind), dass (...) behindertenspezifische Nachteile überwunden werden“ (§1 Abs. 2 Nr. 5 SGB II). Wie diese Vorgabe unter dem Vorrang der Erwerbstätigkeit und schnellstmöglichen Erwerbsintegration auszugestalten ist, wird weder im Gesetz selbst noch in der Gesetzesbegründung ausgeführt (Spellbrink 2008a). Der Argumentation Spellbrinks folgend (2008a: 61), ergeben sich jedoch nur geringfügige praktische Konsequenzen, da diese Regelung „insbesondere nur bei der Abwehr unzumutbarer Arbeiten im Rahmen (der weitreichenden Zumutbarkeitsregelungen von Beschäftigung, d. A.) des §10 Abs. 1 Nr.1 ein Rolle spielen“ dürfte. Die Gesetzesnormen zur Zumutbarkeit (§10 Abs. 1 SGB II) bestimmen dabei, dass die Beurteilung der künftigen Erwerbchancen, Vermittlungsmöglichkeiten und Eingliederungsperspektiven der Leistungsbezieher nach SGB II vom Bezug auf den ursprünglich erlernten Beruf abgelöst zu betrachten sind (Dornette et al. 2008)<sup>6</sup>.

Sozialrechtlich ausgestaltet wird das Paradigma des aktivierenden Sozialstaats in der kodifizierten *Ambivalenz des Förderns und Forderns* (Sell 2005; Spellbrink 2008b). Unter dem Leitmotiv des *Forderns* (§2 SGB II) ist der SGB II-Leistungsbezieher zu aktivieren, eigeninitiativ und selbstverantwortlich seine Integration in das Erwerbsleben zu beschleunigen, wobei der geforderten Eigeninitiative und Selbstverantwortung vor allem über die An-

---

6 Die Auflösung des Berufsschutzes begann schon mit der Ablösung des Arbeitsförderungsgesetzes durch das SGB III und wurde im Rahmen der Zumutbarkeitsregelungen des §10 SGB II nochmals deutlich verschärft.

wendung von Sanktionen (§31 SGB II) besonderer Nachdruck verliehen werden kann. Demgegenüber beschreibt der Grundsatz des *Förderns* (§14 SGB II) die institutionsseitige aktive Unterstützung der (Wieder-)Eingliederung des Leistungsbeziehers durch Beratungs-, Vermittlungs- und Eingliederungsleistungen sowie Hilfen zum Lebensunterhalt (Grundsicherung) für die Dauer der bestehenden Hilfebedürftigkeit. Die Leistungsträger haben dabei den Auftrag, für Betroffene unter Berücksichtigung des Einzelfalls alle erforderlichen Leistungen unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erbringen (§14 SGB II). Eine solche am individuellen Bedarf orientierte Inklusionsstrategie lässt die Differenz zum beschriebenen (durch Kompensationszahlungen) statuskonservierenden Ansatz der 1970er offenbar werden. Diese gesetzlich manifestierte, individualisiert(er) Betrachtung nimmt zugleich individuelle Ressourcen und potenzielle Chancen verstärkt in den Blick. Als Folge dieser Strategie werden den Leistungsbeziehern nach SGB II durch die Aktivierungslogik jedoch a priori umfangreiche individuelle Ressourcen (u. a. Gesundheit) unterstellt. Die Verringerung bzw. Beseitigung (umfangreicher) gesundheitlicher Beeinträchtigungen mit ihren Auswirkungen auf die Fähigkeit einer Erwerbsausübung aber liegt oftmals nicht allein im individuellen Vermögen des Betroffenen, woraus ein Bedarf an spezifischen sozialstaatlichen Unterstützungsleistungen entsteht (Dornette et al. 2008: 81). Die Zugangsprozesse und Steuerungsmechanismen zu diesen Leistungen moderieren Inklusions- und Exklusionsrisiken hinsichtlich der Erwerbsspartizipation und haben sowohl Auswirkung auf die inhaltliche Leistungsgestaltung als auch auf deren Erfolg (Schubert 2010). Vor dem Hintergrund der wesentlichen Bedeutung von Gesundheit bzw. beruflicher Leistungsfähigkeit für eine erfolgreiche Erwerbsintegration als auch der deutlich erhöhten gesundheitlichen Belastungen und eines höheren gesundheitlichen Risikos Arbeitsuchender rücken unter institutioneller Perspektive die Leistungsträger nach SGB II (Jobcenter bzw. Institutionen zugelassener kommunaler Träger) ins Zentrum der Betrachtung. Durch den Leistungsbezug in Form von Grundsicherung wird der Personenkreis erwerbsfähig hilfebedürftiger Menschen quasi vollständig in diesen Institutionen vorstellig. Die SGB II-Träger erbringen im Wesentlichen sowohl eigene personenbezogene Dienstleistungen der Institution in Form von Beratung und Vermittlung als auch Leistungen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Maßnahmen durch Dritte) inkl. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen (§16 SGB II) 7. Im Blick auf die Verbesserung von Er-

---

7 Der Gesamtkatalog förderungsfähiger Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für alle SGB II-Leistungsbezieher im SGB II umfasst: Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Förderung der Berufsausbildung und beruflichen Weiterbildung, vermittlungsunterstützende Leistungen, Leistungen an Arbeitgeber (alle §16), kommunale Eingliederungsleistungen (u. a. Suchtberatung, Schuldnerberatung; §16a), Einstiegsgeld (§16b), Leistungen zur Eingliederung von Selbstständigen (§16c), Arbeitsgelegenheiten (§16d), Leistungen zur Beschäftigungsförderung (§16e) sowie Leistungen im Rahmen freier Förderung (§16f).

werbschancen können zudem gesundheitsbezogene Leistungen außerhalb des SGB II, wie Krankenbehandlung und Rehabilitation sowie therapeutische und psycho-soziale Angebote mittelbar oder unmittelbar zu einer Verbesserung individueller (Wieder-)Eingliederungschancen ins Erwerbsleben beitragen (Hollederer/Brand 2006), wobei diesen Angeboten das Ziel der Bewältigung bestehender und die Prävention (weiterer) dauerhafter gesundheitlicher Einschränkungen gemeinsam ist.

Insofern kann der Betrachtungsfokus im Blick auf die gesundheitsbezogene Risikogruppe erwerbsfähig hilfebedürftiger Menschen auf institutionelle Strukturen und Prozessen bei SGB II-Trägern hinsichtlich des Stellenwertes von Gesundheit im Verwaltungshandeln als auch auf den *Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen, die die Möglichkeit der Teilhabe am Erwerbsleben unterstützen und fördern*, spezifiziert werden.

## **5.4 Stellenwert von Gesundheit im Handeln der Arbeitsverwaltung**

*Standardisierte Erfassung von Variablen mit Gesundheitsbezug durch die Arbeitsverwaltungen im Rahmen des „Arbeitspakets“*

Grundlage der Betreuungs- und Vermittlungsleistungen der Arbeitsverwaltungen bilden die „Arbeitspakete“ für Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen. Ein „Arbeitspaket“, ein umfangreicher Fragebogen<sup>8</sup> von insgesamt acht Seiten, ist durch Betroffene jeweils vor dem ersten Vermittlungsgespräch schriftlich auszufüllen. Funktional ist dies ein Teil des institutionellen Assessments (sog. „Profiling“), welches die Voraussetzung für eine individualisierte Betrachtung von Erwerbschancen und Unterstützungsbedarfen auf institutioneller Ebene darstellt. Ziel des Bogens ist daher die Erfassung wesentlicher grundlegender Informationen über den jeweiligen Klienten zur Vorbereitung der Betreuungs- und Vermittlungsarbeit.

Der Stellenwert und die Art der Erhebung gesundheitlicher Aspekte im Profilinginstrument „Arbeitspaket“ verdeutlicht deren Relevanz für die Arbeit der Vermittlungsfachkräfte: In – angesichts einer großen Zahl gesundheitlich beeinträchtigter Klienten – „nur“ 4 Items des „Arbeitspaketes“ – werden Informationen mit Gesundheitsbezug erhoben (Abbildung 5.1).

---

8 Inhaltlich werden die Bereiche „Persönliche Daten“ (Soziodemographie, Kontaktmöglichkeiten etc.), „Berufliche Daten“ (Lebenslauf und beruflicher Werdegang, Weiterbildungen/Qualifikationen, Mobilität, Sprachkenntnisse) sowie Informationen zur „Vorbereitung (des) Vermittlungsgesprächs“ (bisherige Bemühungen, Fähigkeiten, Stärken) erfasst.

Abbildung 5.1: Fragen mit Gesundheitsbezug im „Arbeitspaket“ für Arbeit-suchende der Arbeitsagentur (Quelle: Bundesagentur für Arbeit)

Ich habe gesundheitliche Einschränkungen.			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> <30%	<input type="checkbox"/> 30-40%	<input type="checkbox"/> 50-100%	<input type="checkbox"/> gleichgestellt
Ich habe einen Antrag auf berufliche Rehabilitation gestellt.			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Bescheid vor?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

In Form eines Globalmaßes wird dichotom zwischen dem Bestehen oder dem Nicht-Bestehen „gesundheitlicher Einschränkungen“ unterschieden. Worauf sich diese „Einschränkungen“ im konkreten beziehen bzw. bei welcher Aktivität und in welchem Umfang diese zum Tragen kommen, wird indes nicht expliziert. Umfeld- bzw. Kontextfaktoren innerhalb derer sich Gesundheitsstörungen oder Krankheiten (höchst) unterschiedlich als Beeinträchtigungen auswirken können, finden hier keine Widerspiegelung (z.B. in Form von „Beeinträchtigungen der *beruflichen* Leistungsfähigkeit“).

Zugleich legt die formale Darstellung der vier gesundheitsbezogenen Fragen nahe, dass die Frage nach gesundheitlichen Einschränkungen als übergeordnet zu verstehen ist, wobei die durch Formateinzug „darunter“ liegenden Fragen als Spezifikation der Hauptfrage erscheinen. Sind alle drei „Unterfragen“ zu verneinen, kann dies bei unsicheren Antwortenden, deren Zahl schon angesichts der unkonkreten Dimension der Eingangsfrage als nicht gering anzunehmen ist, dazu führen, dass für Befragte gesundheitliche Einschränkung als nicht zutreffend angenommen werden könnten. Diese spezifischen Unterfragen erfassen indes nur Teilaspekte, die „gesundheitliche Einschränkungen“ in ihrer Gesamtheit und Breite keineswegs abdecken. Denn nicht jede *gesundheitsbedingte Beeinträchtigung* der Teilhabe (am Erwerbsleben) schlägt sich in einem anerkannten Grad der Behinderung nieder. Andererseits muss eine anerkannte Schwerbehinderung nicht zwangsläufig eine erwerbsbezogene Beeinträchtigung darstellen<sup>9</sup> (Allmendinger/Rauch 2005; Winkler 1997). Auch eine bisherige *Antragstellung auf eine berufliche Rehabilitationsleistung* kann nicht als hinreichendes Kriterium für die Erfassung erwerbsrelevanter gesundheitlicher Problemlagen sowie eines sich daraus ableitenden gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarfs gelten.

Die Ausgestaltung der standardisierten institutionellen Erfassung gesundheitsbezogener Aspekte verdeutlicht vielmehr eine Verengung gesundheitlicher Faktoren auf den funktionalen Aspekt der Identifizierung und

9 Selbst in den spezialisierten stationären Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation stellen Personen mit anerkannter Schwerbehinderung eine Minderheit des Nutzerkreises dar (Beiderwieden 2001).

Segmentierung definierter Subgruppen im Verwaltungshandeln: Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung sowie berufliche Rehabilitanden. Denn für diese bestehen innerhalb der Arbeitsverwaltung zumeist besondere Betreuungszuständigkeiten in Form von spezifischen Arbeitsvermittlern („Reha/SB“) sowie leistungrechtlich erweiterte Förderinstrumentarien.

Als inhaltlicher Ausgangspunkt einer Thematisierung gesundheitlicher Aspekte im Vermittlungsgespräch dienen die Informationen demgegenüber nur sehr begrenzt. Auch, da weitere wesentliche Indikatoren, die mit erwerbsbezogenen gesundheitlichen assoziiert Problemen sind bzw. sein können (v. a. längere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit), im „Arbeitspaket“ nicht erfasst werden.

### *Gesundheitlich beeinträchtigte Klienten bei SGB II-Trägern*

Der gesamte durch die SGB II-Institutionen betreute Personenkreis erwerbsfähig hilfebedürftiger Menschen zeichnet sich durch eine große Heterogenität mit unterschiedlichen Voraussetzungen, Kompetenzen sowie biografischen und/oder sozialen Kontexten aus (Schubert 2010).

Bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages der Erwerbsintegration der oftmals langzeitarbeitslosen Klientel sind die SGB II-Mitarbeiter mit vielfältigen Schwierigkeiten und unterschiedlichen individuellen Problemlagen („Vermittlungshemmnissen“) konfrontiert, die häufig einer erfolgreichen Arbeitsvermittlung entgegenstehen und denen daher aus Mitarbeitersicht bei der Beratungsarbeit wesentliche Relevanz zugeschrieben wird: u.a. fortgeschrittenes Alter, fehlende schulische/berufliche Qualifikation, geringe Flexibilität oder Erwerbsorientierung. Auch gesundheitliche Beeinträchtigungen gelten im Rahmen der Arbeitsverwaltung neben anderen als „Vermittlungshemmnis“, zählen aber fachwissenschaftlich zu den „wichtigsten Einflussfaktoren für die Wiedereingliederung von Arbeitslosen“ (Hollederer 2003b). Nicht selten kumulieren „Vermittlungshemmnisse“ durch Kombination mehrerer Aspekte sowie weiterer arbeitsmarktrelevanter Faktoren zu „multiplen Vermittlungshemmnissen“, was für die Akteure die Betreuungsarbeit erschwert und die individuellen Eingliederungschancen deutlich verschlechtert. Qualitative Analysen konnten aufzeigen, das – wie Mitarbeiter der SGB II-Träger berichten – mindestens ein Drittel aller Klienten an (mindestens) einer gesundheitlichen Einschränkung bzw. manifesten Erkrankung leidet, die eine berufliche Wiedereingliederung erschwert (Schubert et al. 2007). Als spezifische und besonders bedeutsame Subgruppe können Klienten mit psychischen Beeinträchtigungen gelten, bei denen in der Betreuungsrealität psychische Auffälligkeiten (wie Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche, Angst, Verhaltensstörungen, schädlicher Gebrauch von Suchtmitteln) wahrgenommen werden. Solche Auffälligkeiten werden seitens der professionellen Akteure häufig als im Zusammenhang mit Langzeitarbeitslosigkeit stehend konzeptu-

alisiert. So wird diese Klientengruppe auch oft als mit der Bewältigung ihres Lebensalltags überfordert erlebt. Durch den nicht selten langwierigen, komplexen und phasenweisen Verlauf psychischer Erkrankungen, stellen sie darüber hinaus häufig Problemfälle mit hohem Betreuungsaufwand im Arbeitsalltag des Verwaltungshandelns dar (Schubert et al. 2010b).

Gerade Klienten mit mehreren „Vermittlungshemmnissen“, insbesondere in den Bereichen Qualifikation, Motivation, soziale Kompetenz und Gesundheit, werden von Mitarbeitern der SGB II-Institutionen als „typisch“ für ihre Beratungsrealität beschrieben, deren Chancen auf eine (dauerhafte) Erwerbsintegration in den ersten Arbeitsmarkt besonders gering eingeschätzt wird. Die Komplexität und Dominanz individueller Problemlagen (Schulden- oder Suchtproblematik, familiäre Probleme etc.) werden hierbei im Arbeitsprozess nicht selten von den Mitarbeitern (zunächst) als wesentlicher erlebt, wodurch die Berücksichtigung gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte in den Hintergrund gerät (Dornette et al. 2008; Schubert et al. 2007; Schubert et al. 2010b).

## **5.5 Handlungsmuster und Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Klienten**

Die institutionelle Strukturierung komplexer Wirklichkeit im Verwaltungshandeln erfolgt vorrangig unter dem Fokus arbeitsplatzbezogener Kriterien der Klienten, was den originären sozialrechtlichen Auftrag des SGB II – eine schnelle Beendigung der Hilfebedürftigkeit bzw. berufliche (Wieder)Eingliederung in Erwerbstätigkeit – widerspiegelt (§1 SGB II). So stehen Wahrnehmungsmuster und Handlungsweisen im Vordergrund, die auf dieses Ziel ausgerichtet sind. Genauer: Hinsichtlich der (gesundheitlich beeinträchtigten) Klienten ist insbesondere die Möglichkeit der „Platzierbarkeit“ auf dem Arbeitsmarkt, der Arbeitsaufnahme und der Tätigkeitsausübung für die Mitarbeiter wesentlich. Zentral sind dabei die berufliche Qualifikation, die bisherige berufliche Tätigkeit und die vorhandenen spezifischen Berufserfahrungen und -kompetenzen.

Wenngleich mit etwa einem Drittel aller SGB II-Leistungsbezieher eine Vielzahl der Personen gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweist, stellt die Berücksichtigung und „Bearbeitung“ gesundheits- bzw. rehabilitationsbezogener Aspekte, zu denen eine differenzierte Betrachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie der Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit gezählt werden kann, in der Arbeitsrealität der SGB II-Träger einen Aspekt unter einer Reihe anderer, ebenfalls als relevant definierter Integrationsprobleme dar und werden nicht selten gerade im Bereich der „allgemeinen“ Vermittlung kaum berücksichtigt.

Aufbauend auf Befunden von Holleeder (2006: 189) zeigen empirische Ergebnisse<sup>10</sup> gleichfalls, dass gesundheitliche Einschränkungen in der Vermittlungspraxis der Arbeitsverwaltungen oftmals nicht als spezifisch zu betrachtende Krankheits- und Behinderungsphänomene mit sehr spezifischen Auswirkungen, sondern zunächst als „Diskriminierungsmerkmal im Sinne von vorhanden oder nicht vorhanden“ Berücksichtigung finden. Einem solchen Verständnis seitens der Vermittler kann auch Vorschub leisten, dass für bereits anerkannte Rehabilitanden (berufliche Rehabilitation) und Personen mit anerkannter Schwerbehinderung nicht selten spezifische Mitarbeiter (Arbeitsvermittler oder Fallmanager) in den jeweiligen Institutionen zuständig sind<sup>11</sup>. Durch diese – aus Sicht einer gezielten Betreuung dieses Personenkreises sinnvolle – Etablierung von „Schwerpunktvermittlern“ kann bei diesem Verständnis und bei gleichzeitiger (subjektiver) Gleichsetzung von potenziellem mit anerkanntem Rehabilitationsbedarf die Berücksichtigung rehabilitativer Aspekte bei der Unterstützung der Erwerbspartizipation der Betroffenen einen geringeren Stellenwert einnehmen. Findet die Kanalisierung der „Klientenströme“ bereits durch bzw. über das „Kundenzentrum“ statt, stützt dies Wirklichkeitskonstruktionen der Arbeitsvermittler, dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht prioritär zu ihrem betreuten Klientel zählen und so die Faktoren Gesundheit und gesundheitliche Leistungsfähigkeit bei ihren Betreuungsprozessen weniger von Belang seien. Zugleich finden sich empirische Belege, dass das Verständnis von „Behinderung“ i.S. §2 Abs. 1 SGB IX häufig unbemerkt auf den der Schwerbehinderung nach §2 Abs. 2 SGB IX verkürzt wird, was als Ausdruck einer verkürzten Problemsicht gelten kann (s.o.).

Werden in dem auf Vermittlung ausgerichteten Beratungsprozess konkrete Hinweise auf gesundheitliche Beeinträchtigungen offenbar, wird durch den zuständigen Arbeitsvermittler oder, sofern bereits mehrere „Vermittlungshemmnisse“ attestiert wurden, den betreuenden Fallmanager des SGB II-Trägers ein ärztliches Gutachten zur Klärung der gesundheitlichen Situation des Klienten beauftragt. Ein Handlungsimpuls für ein ärztliches Gutachten entsteht vor allem dann, wenn im Beratungsgespräch durch den Klienten geäußert wird, dass für ihn die Ausübung des Berufs bzw. der beruflichen Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist. Von den SGB II-Institutionen wird daher ein ärztliches Gutachten häufig erst im Kontext der Klärung der Erwerbsfähigkeit angewiesen, also wenn der Klient gesundheitliche Probleme explizit thematisiert; im Besonderen, wenn diese eine Arbeitsaufnahme verhindern (vgl. Schubert et al. 2010b). Es geht damit

---

10 (siehe hier und im Folgenden Dornette et al. 2008; Schubert 2010; Schubert et al. 2010a; Schubert et al. 2007; Schubert et al. 2010b)

11 Hier spiegelt sich wesentlich die im Rahmen des „Arbeitspaketes“ herausgearbeitete Fokussierung auf die benannten Subgruppen des Personenkreises gesundheitlich beeinträchtigter Menschen wider.

zugleich um eine institutionelle Zuständigkeitsklärung bei der Betreuungsleistung (Abgrenzung zum SGB XII). Auch einer klientenseitig dargestellten Erwerbsunfähigkeit kann so gezielt nachgegangen werden.

*Exkurs: Das arbeitsamtsärztliche Fachgutachten als Schlüssel gesundheitsbezogenen Handelns der Arbeitsverwaltung*

Hinsichtlich der Ausgestaltung der institutionellen Leistungsprozesse erlangt das arbeitsärztliche Gutachten für die Arbeitsvermittler zentrale Bedeutung. Dieses bildet die Entscheidungsgrundlage für die Frage der Empfehlung einer Behandlungsbedürftigkeit einer Erkrankung sowie der Einleitung bzw. des Verweises (zu) einer differenzierten Rehabedarfsprüfung durch den zuständigen Rehabilitationsträger, sowohl für berufliche, als eben auch für medizinische Rehabilitationsleistungen (Schubert et al. 2007). Bereits dargestellt wurde jedoch, dass die Beauftragung eines ärztlichen Gutachtens oftmals erst nach deutlichen Hinweisen im Betreuungsprozess erfolgt. Erfahrungen aus Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (insbesondere Maßnahmeabbrüche), offensichtliche Krankheitsanzeichen (z. B. bei Substanzmissbrauch) sowie – sofern bekannt – häufige Krankschreibungen oder Atteste vom Facharzt stellen für die Vermittler hierfür wichtige Indizien dar.

Der Inhalt und die Aussagekraft medizinischer Fachgutachten hängen wesentlich von den im Rahmen der Beauftragung durch die Vermittler formulierten Fragen an den ärztlichen Dienst ab. Der Vermittler muss durch seine Fragen alle die Punkte zu klären versuchen, die für ihn und die weitere Betreuung des Klienten relevant sind. Zur Unterstützung der Vermittler besteht bei der Bundesagentur für Arbeit ein umfangreicher Katalog mit vorformulierten Fragen, aus dem in der Regel nicht mehr als fünf durch den beauftragenden Vermittler auszuwählen sind. Durch die Begrenzung der Anzahl der auswählbaren Fragen ist eine zielgerichtete Konzeptualisierung des Problems seitens der Vermittler notwendig, was ein Bestehen und die zielgerichtete Anwendung entsprechenden Fachwissens voraussetzt (Schubert et al. 2010a).

Prozessual betrachtet wird das ärztliche Gutachten nach Erstellung dem Auftraggeber, also dem Arbeitsvermittler bzw. dem Fallmanager der SGB II-Institution, übersandt. Die im Gutachten enthaltenen Informationen zur Leistungsfähigkeit und Vermittelbarkeit bzw. deren Interpretation durch den Mitarbeiter bilden eine der zentralen Grundlagen neben den Ergebnissen aus Arbeitsförderungsmaßnahmen für das eigene weitere institutionelle Handeln. Dieses bezieht sich sowohl auf die Frage notwendiger beratungsbezogener Unterstützungsleistungen, der Notwendigkeit der Empfehlung arbeitsverwaltungs-externer Hilfen des medizinisch-therapeutischen sowie des sozialen Hilfesystems als auch auf die Auswahl bedarfsadäquater Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Schubert et al. 2010b). Das ärztliche Gutachten entscheidet so implizit wesentlich mit darüber, ob ein möglicher Rehabilitati-

onsbedarf durch die zuständigen Akteure geprüft wird. Nur wenn das ärztliche Gutachten Rehabilitationsbedarf thematisiert (medizinische Reha) oder eine Unvereinbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit den Anforderungen im vorhandenen Beruf (berufliche Reha) ausweist, erfolgen i. d. R. entsprechende weiterführende Schritte.

Zurück zu Handlungsmustern der Vermittlungsfachkräfte bei gesundheitlich beeinträchtigten Klienten. Werden bei gesundheitlich beeinträchtigten Klienten weitere „Vermittlungshemmnisse“ als dominanteres Integrationsproblem wahrgenommen, erlangen gesundheitliche Aspekte seitens der SGB II-Mitarbeiter oftmals im Vermittlungsgespräch nicht die wesentliche Relevanz-Zuschreibung, die ihnen nach fachwissenschaftlichen Erkenntnissen bei der Wiedereingliederung in Arbeit zukommt. Dies erklärt, warum SGB II-Mitarbeiter einerseits von einer Vielzahl gesundheitlich beeinträchtigter Klienten berichten, gesundheitlichen Aspekten aber andererseits häufig erst im Kontext einer Prüfung der individuellen Erwerbsfähigkeit oder nach expliziter Thematisierung gesundheitlicher Probleme (durch den Klienten selbst) nachgehen.

Werden gesundheitliche Aspekte vom Klienten nicht explizit herausgestellt oder sind Krankheitssymptomatiken unspezifisch, motiviert dies die Mitarbeiter seltener zur Prüfung der gesundheitlichen Situation. Diese Praxis kann zugleich als Indikator dafür gelten, dass den Mitarbeitern praktikable Indikatoren zur Binnendifferenzierung gesundheitlicher Beeinträchtigung im Vorfeld einer (vermuteten) Erwerbsunfähigkeit und somit zur Identifikation rehabilitationsbedürftiger SGB II-Leistungsbezieher fehlen.

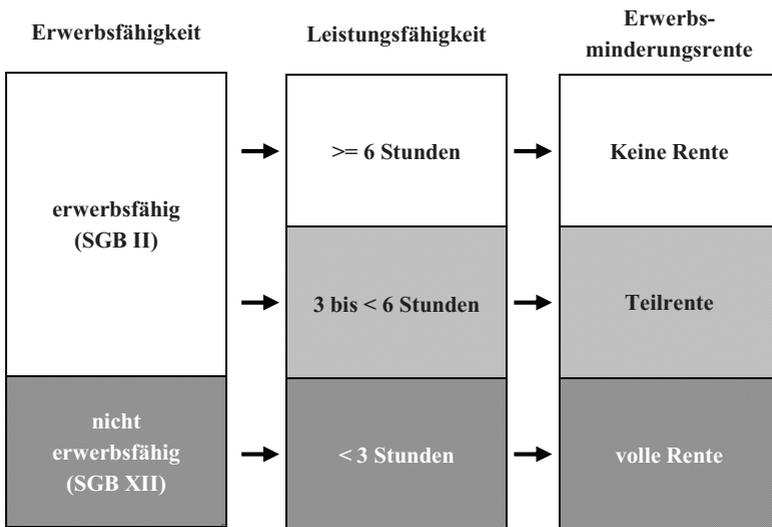
Die einheitliche Definition aller SGB II-Leistungsbezieher als „erwerbsfähig“ (vgl. §8 SGB II; Rixen 2006) homogenisiert hierbei den Personenkreis hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen, beruflichen Leistungsfähigkeit. Die gesetzliche Zuschreibung bestehender Erwerbsfähigkeit (als Leistungsvoraussetzung des SGB II-Träger für Betreuung und Vermittlung) auf operativer Ebene bewirkt nicht selten über implizite Wahrnehmungsmuster, dass sich für die Mitarbeiter ohne konkrete Hinweise keine Notwendigkeit der (differenzierten) Prüfung gesundheitlicher Aspekte ergeben. Daraus werden oftmals bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen die Fähigkeit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit und eine (uneingeschränkte) Vermittlungsfähigkeit in den allgemeinen Arbeitsmarkt abgeleitet<sup>12</sup>.

---

12 Dies wird befördert durch die gesetzlich sehr weite Fassung der Zumutbarkeit beruflicher Tätigkeiten (§10 SGB II), da es für die Arbeitsvermittler nicht (mehr) a priori notwendig ist, spezifische – auch gesundheitliche – Kriterien der bisherigen Berufsausübung bei (gesundheitlich beeinträchtigten) Klienten der SGB II-Träger detailliert zu erfassen.

Die dichotome Unterscheidung der Erwerbsfähigkeit ermutigt oftmals nicht zu einer differenzierten Prüfung der gesundheitlichen Situation von SGB II-Leistungsbeziehern. Dies auch, da eine bereits explizit oder implizit über den SGB II-Leistungsbezug festgestellte Erwerbsfähigkeit als statisches Faktum im Arbeitsprozess vorausgesetzt wird. So greift in der institutionellen Handlungspraxis das Kriterium „gesundheitsbezogener Unterstützungsbedarf“ oftmals erst mit der (vollständigen) Unfähigkeit der Berufsausübung (Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden pro Tag; vgl. §43 SGB VI) greift (Schubert et al. 2010b), was umso bedeutsamer ist, da bereits bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit (3 bis unter 6 Stunden pro Tag) Rentenansprüche in Form von Erwerbsminderungsrente an den Rententräger erwachsen können (Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2: schematische Gegenüberstellung des Erwerbsfähigkeitsbegriffs (SGB II/XII), mit dem (sozialmedizinisch orientierten) Leistungsfähigkeit sowie (möglichen) leistungsrechtliche Konsequenzen im Recht der Erwerbsminderung (SGB VI) (Quelle: eigene Darstellung)



## 5.6 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als „blinder Fleck“ im Verwaltungshandeln

Hinsichtlich gesundheitsbezogener Unterstützungsleistungen, die mittelbar oder unmittelbar die Beschäftigungsfähigkeit sowie die Chancen einer erfolgreichen Erwerbsintegration („Vermittlungserfolg“) und den (dauerhaften) Verbleib in Beschäftigung (Vermeidung von sozialstaatlichen Lohnersatz- bzw. Kompensationsleistungen, insb. Erwerbsminderungsrente) gesundheitlich beeinträchtigter Leistungsbezieher im SGB II erhöhen, können medizinische Rehabilitationsleistungen als besonders wesentlich gelten. Ziel medizinischer Rehabilitationsleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen<sup>13</sup> ist, „1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (§26 SGB IX).

Durch das gegliederte deutsche Sozialsystem sind die Träger des SGB II (jedoch) für medizinische Leistungen nicht struktur- oder prozessverantwortlich (vgl. §6 SGB IX), wodurch auch die Prüfung, ob bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine medizinische Rehabilitations- oder Behandlungsbedürftigkeit besteht, nicht originäre Aufgabe der Arbeitsverwaltungen (Arbeitsagentur und SGB II-Träger) ist. Vielmehr werden diese für erwerbsfähige Personen zumeist durch die Renten- oder Krankenversicherung erbracht. Diese Rehabilitationsträger sind beim Rehabilitationszugang auf eine Antragstellung durch rehabilitationsbedürftige Versicherte angewiesen. Da der Rat Dritter nachweislich positiv auf das Antragsverhalten Betroffener wirkt (Zimmermann et al 2007), wäre ein Rat zur Antragstellung auf medizinische Rehabilitationsleistungen für gesundheitlich beeinträchtigte Personen – sofern diese erkannt würden – zielführend. Entsprechend kann eine gezielte, systematische Berücksichtigung von Potenzialen medizinischer Rehabilitationsleistungen bei der Betreuung der gesundheitlichen Hochrisikogruppe arbeitsloser Menschen als indiziert gelten. Die Zielstellung der trägerübergreifenden, frühzeitigen Bedarfserkennung von Leistungen zur Teilhabe, wie sie auch in der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ zwischen den Rehabilitationsträgern festgeschrieben wurde, findet auf Praxisebene hier jedoch keinen hinreichenden Niederschlag, da die SGB II-Träger nur peripher als inhaltlich einbezogen gelten können. Potenziale und Möglichkeiten rehabilitativer Leistungen, die einen eigenständigen Beitrag

---

13 Von „Behinderung bedroht“ ist derjenige, bei dem eine Beeinträchtigung (z. B. durch Auswirkungen chronischer Krankheit) zu erwarten ist (Kothe 2005: 31).

zur Beschäftigungsfähigkeit liefern (könn(t)en), befinden sich demgegenüber nicht im zentralen Wahrnehmungshorizont und bleiben so nicht selten unberücksichtigt<sup>14</sup>. Der sozialgesetzliche Auftrag mittels medizinischer Rehabilitation auch der Gefahr einer teilweisen Erwerbsminderung (frühzeitig) zu begegnen (SGB IX und VI) läuft – auch unintendiert befördert durch das gegliederte deutsche Sozialsystem – an dieser Stelle im praktischen Verwaltungshandeln ins Leere. Sollen gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken aktiv bewältigt werden, betrifft dies auch die Arbeitsprozesse der SGB II-Träger und die interinstitutionelle Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren.

Rechtzeitige, erfolgreiche medizinische Rehabilitationsleistungen, die zum Erhalt und zur Verbesserung der allgemeinen und beruflichen Leistungsfähigkeit der Betroffenen beitragen, wirken sich dabei positiv auf die Vermittlungsfähigkeit und die Vermittlungschancen Arbeitsloser aus. Zudem kann – gerade bei chronischen und chronifizierenden Erkrankungen – durch eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation auch der Umfang beruflicher Rehabilitationsleistungen (dazu später) verringert oder diese im Einzelfall vermieden werden. Aus beiden Aspekten ergibt sich auch für die Arbeitsverwaltungen ein immanentes institutionelles Eigeninteresse.

Dem gegenüber zeigen die qualitativen Analysen, einen nur sehr geringen Stellenwert von medizinischer Rehabilitation in den Handlungsprozessen der Arbeitsverwaltung (Schubert et al. 2010b). Dies repräsentiert sich auch im bereits benannten umfangreichen Fragenkatalog, aus dem für arbeitsamtsärztliche Begutachtungen relevante Aspekte durch die Vermittlungsfachkräfte auszuwählen sind: nur eine der selektierbaren Fragen bezieht sich konkret auf medizinische Rehabilitationsleistungen. Zugleich beinhaltet die oftmals nach Aktenlage, also Befunden Dritter (Fachärzte, Kliniken etc.), durchgeführte fachärztliche Begutachtung Aspekte medizinisch-therapeutischer Behandlung nicht systematisch.

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung (als für die Personengruppe bedeutendstem Träger medizinischer Rehabilitationsleistungen) ist als sehr gering zu beschreiben und findet überwiegend in Bezug auf berufliche Rehabilitationsleistungen statt. „Zusammenarbeit“ meint dabei v. a. ein „passives“ Weiterleiten, selten einen „aktiven“ dialogischen Austausch.

---

14 In ähnlicher Weise kann dies auch auf medizinisch-therapeutische oder psychosoziale Leistungen gelten.

## 5.7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als komplexes intra- und interinstitutionelles Kooperationsfeld

Als sozialpolitischem Instrument der Bewältigung gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken kommen neben medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (auch: berufliche Rehabilitationsleistungen) zentrale Bedeutung zu. Ziel dieser Leistungen laut SGB IX ist die Erhaltung, Verbesserung, Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Einzelnen entsprechend seiner Leistungsfähigkeit, um auf diese Weise die berufliche Integration möglichst auf Dauer zu sichern bzw. zu unterstützen (§33 Abs. 1 SGB IX)<sup>15</sup>. Gemeinsam ist medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen nach SGB IX die auf individueller Ebene zu verortende Voraussetzung, dass sich die gesundheitliche Beeinträchtigung als Behinderung oder als drohende Behinderung manifestiert. Zur Unterstützung bzw. zur Erreichung des Ziels der Teilhabe werden bedarfsabhängig für die Betroffenen eine Vielzahl unterschiedlicher rehabilitativer Leistungen erbracht (vgl. §33 SGB IX) (Haines 2007). Für Menschen mit Behinderung sollen mittels beruflicher Rehabilitationsleistungen die Chancen der beruflichen Partizipation durch Integrationsleistungen unterstützt und verbessert werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung bewegen sich – anders als andere rehabilitative Maßnahmen – im „Spannungsfeld von Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik“ (Schmidt/Froböse/Schian 2006: 196), wobei es im Kern um die Sicherung bzw. Realisierung der Partizipation am Erwerbsleben (Arbeitsmarktpolitik) von Rehabilitanden (Gesundheitspolitik) mittels spezifischer Leistungen (oftmals: Bildungspolitik) geht. Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen beruflicher Aus-, Fort- und Weiterbildung stellen die zentralen Instrumente der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen dar (Haines 2005). Denn für Menschen mit (und ohne) Behinderung gilt berufliche Qualifikation als Schlüssel und gleichzeitig Voraussetzung für eine möglichst dauerhafte Erwerbsintegration (Becker/Lauterbach 2008; Wicher 2005). Für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können, bietet berufliche Bildung in Form von Weiterqualifikation oder Umschulung die Chance zur Kompensation gesundheitlicher Beeinträchtigungen (z. B.

---

15 Das Ziel der Langfristigkeit der Teilhabe am Arbeitsleben wird durch §4 SGB IX (der allgemeine Leistungsgrundsätze und -ziele definiert) unterstrichen, da (anders als in §33) die Erwerbspartizipation im Gesetzeswortlaut nicht nur „möglichst auf Dauer“, sondern „dauerhaft zu sichern“ ist.

körperlicher Einschränkungen) durch Tätigkeitswechsel (Welti 2004), wodurch gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken wesentlich verringert werden.

Für die Erst- und Wiedereingliederung behinderter Menschen in den ersten Arbeitsmarkt ist die Bundesagentur für Arbeit vor der Deutschen Rentenversicherung der wichtigste Rehabilitationsträger. Mit der Einführung des SGB II werden für erwerbsfähig hilfebedürftige Menschen<sup>16</sup> mit gesundheitlicher Beeinträchtigung über die allgemeinen Leistungen des SGB II hinaus, auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Unterstützung der Erwerbspartizipation erbracht, sofern diese in Folge ihrer gesundheitlichen Situation als behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen gelten. Beschränken wir uns wegen ihrer spezifischen sozialrechtlichen und institutionellen Ausgestaltung im Folgenden ausschließlich auf diese Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähig hilfebedürftige Menschen bei Rehabilitationsträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit im Bereich Wiedereingliederung.

### *Wirkung sozialrechtlicher Bestimmungen auf institutionelle Handlungsprozesse*

Für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen mit (drohender) Behinderung und für deren Zugang dazu ist (bei Rehabilitationsträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit) sowohl das SGB IX, als auch, als spezifisches Leistungsgesetz, vorrangig das SGB II – und in Teilen das SGB III – relevant. Wesentlich ist dabei, dass das SGB IX als „Leistungsverfahrensgesetz“ (Welti 2009) nur die sozialgesetzlichen Ansprüche und Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung zwar bündelt und koordiniert. Jedoch die spezifischen Leistungsgesetze den Bestimmungen des SGB IX gegenüber vorrangig sind, sofern sich abweichende Regelungen ergeben (§7 SGB IX)<sup>17</sup>. Betrachten wir zunächst Implikationen der Parallelität der Regelungen trägerübergreifender Ansprüche und (Ziel-)Bestimmungen im SGB IX mit den Vorgaben der trägerspezifischen Leistungsgesetze SGB II und SGB III. Besonders relevant für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die erwerbsfähig hilfebedürftig sind, sind drei Aspekte (Dornette et al. 2008):

- 
- 16 Rechtswissenschaftlich wird auch argumentiert, dass bereits eine Leistungsberechtigung gegenüber dem SGB II-Träger statt eines realen Leistungsbezugs nach SGB II anspruchswirksam für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist (Welti 2010), jedoch machen die zu erfüllenden Kriterien einer „Hilfebefähigkeit“ einen SGB II-Leistungsbezug zur materiellen Existenzsicherung faktisch notwendig.
  - 17 Während in den meisten Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger (Unfallversicherung, Rentenversicherung, Jugendhilfe etc.) auf den Leistungskatalog des SGB IX verwiesen wird, sind für die Bundesagentur für Arbeit im SGB III eigene Leistungskataloge definiert (Bieritz-Harder 2007).

- (1) Die begrenzte Reichweite des im SGB II verankerten programmatischen Leistungsziels der „Überwindung behindertenspezifischer Nachteile“ (§1 Abs. 2 Nr. 5 SGB II) hat auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur eine geringe praktische Bedeutung und dürfte, so Spellbrink (2008a: 61), hinsichtlich im Sinne des SGB IX nur „von begrenzter anspruchsbegründender Bedeutung sein“, so das sich hieraus kein normativer Vorrang vor der Zielstellung einer schnellen Beendigung der Hilfebedürftigkeit des SGB II ergibt.
- (2) Im SGB II findet sich *kein direkter Bezug auf die Gültigkeit des SGB IX* und die darin enthaltenen Rechtsnormen. Vielmehr handelt es sich um eine juristisch komplexe, mehrstufige, indirekte Verweiskette (vgl. Abbildung 5.3), durch die eine systemimmanente Schnittstellenproblematik angelegt wurde, die auf leistungsrechtlicher Ebene wesentliche Auswirkungen für die Erwerbsintegration mit sich bringen kann (Dornette et al. 2008). Das §16 SGB II verweist im Rahmen der Aufzählung erbringbarer Eingliederungsleistungen lediglich – mit inhaltlichen Einschränkungen – auf den Leistungskatalog des SGB III („Arbeitsförderung“, §§97ff. SGB III). In diesem wiederum wird – unter Differenzierung allgemeiner und besonderer Leistungen<sup>18</sup> – eine zum Teil, aber nicht gänzlich mit dem SGB IX übereinstimmende Aufzählung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgeführt (Bieritz-Harder 2007). Während im SGB III im Rahmen der Eingangsvorschriften (§3 Abs. 1 Nr. 7 SGB III) zugleich auf die Möglichkeit der Leistungserbringung nach SGB IX verwiesen wird, fehlt im SGB II ein direkter Bezug auf diese Eingangsvorschrift des SGB III. Die Verbindung zwischen SGB IX und SGB II ist somit nur rechtssystematisch argumentier- und begründbar, nicht aber gesetzlich im SGB II ausdrücklich festgelegt.

---

18 Unter „allgemeinen Leistungen“ für Menschen mit Behinderung (vgl. §100f. SGB III i. V. m. §16 SGB II) werden Leistungen subsumiert, die auch für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen ohne Behinderung bei entsprechend erfüllten Voraussetzungen erbracht werden: vermittlungsunterstützende Leistungen und Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (Bieritz-Harder 2007). „Besondere Leistungen“ werden „anstelle der allgemeinen Leistungen insbesondere zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung (...) erbracht, wenn 1. Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben die Teilnahme a) an einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder b) einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichtete Maßnahme unerlässlich machen oder 2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen“ (§102 SGB III). Zu unterscheiden sind somit einerseits Bildungsleistungen, die den Bedürfnissen behinderter Menschen in besonderem Maße Rechnung tragen und in der Regel ambulant erbracht werden, sowie andererseits Bildungsleistungen in besonderen Einrichtungen (BFWs und BBWs), bei denen oftmals eine stationäre Unterbringung während der Teilnahme notwendig ist.

- (3) Der im SGB IX verankerte Vorrang der spezifischen Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger (für die BA: SGB II und III) vor den Regelungen des SGB IX kommt für den hier betrachteten Personenkreis durch die Eingangsvorschriften des SGB II und III in doppelter Weise zum Tragen (Abbildung 5.3). Denn alle Leistungen für den Personenkreis gesundheitlich beeinträchtigter Menschen im Leistungsbezug nach SGB II sind so einzusetzen, dass „sie der beschäftigungspolitischen Zielsetzung der Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik der Bundesregierung entsprechen“ (§1 Abs. 1 Satz 4 SGB III). Hinzu kommt, dass alle Leistungen nach SGB II an dessen Handlungsmaxime II (§1), der schnellen Beendigung der Hilfebedürftigkeit, auszurichten sind und dass sie so vorrangig die unmittelbare Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen (§3 SGB II, (Bieritz-Harder 2008)).
- Rechtswissenschaftliche Argumentationen für eine übergeordnete Rechtsstellung der Bestimmungen des SGB IX vor spezifischen Leistungsgesetzen sofern nicht ausdrücklich Abweichendes in den Leistungsgesetzen bestimmt ist (Lachwitz/Welti 2010), sind aus dem Wortlaut der Einzelbestimmungen nicht unmittelbar ableitbar. Zudem fehlt dieser Position im Bereich der Rechtsanwendung, welche in der hier vorgenommenen Betrachtung die entscheidende ist, bislang mangels höchstrichterlicher Entscheidungen die Praxiswirksamkeit.

Insgesamt ist für die Bewältigung gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken auf Ebene sozialrechtlicher Vorgaben hinsichtlich des Verhältnisses von SGB II und IX zweierlei festzustellen:

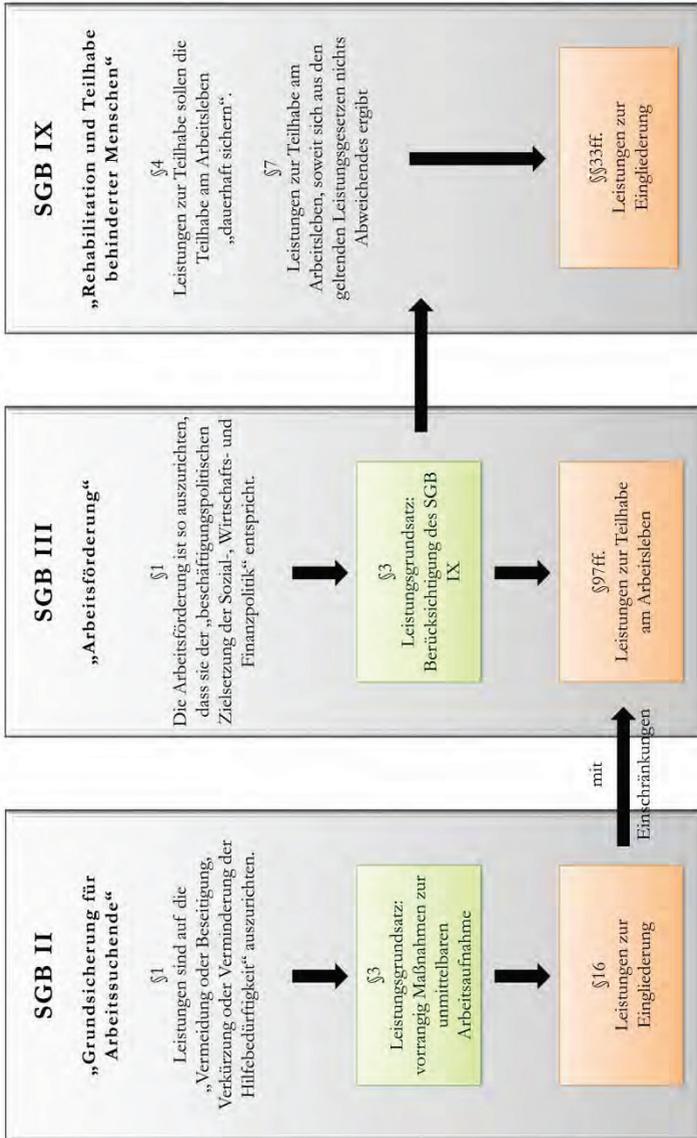
Erstens schränken die grundlegenden Zielbestimmungen des SGB II und III die Gültigkeit des SGB IX bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen im SGB II-Leistungsbezug ein, wodurch – wie Bieritz-Harder (2008: 5) kritisch kommentiert – Rehabilitationsleistungen auf Grundlage des SGB II nur in Betracht kommen, „soweit sie ‚zur Vermeidung oder Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit erforderlich sind‘“<sup>19</sup>.

Zweitens wird offensichtlich, dass die Zielrichtungen von SGB II und SGB IX divergieren (Dornette et al. 2008: 83): Ist im SGB II das Ziel einer zeitnahen Beendigung des Leistungsbezuges durch möglichst schnelle Vermittlung in Arbeit – ggf. unter Verweis auf eine andere Tätigkeit – relevant,

---

19 An anderer Stelle führt die Autorin rechtsvergleichend aus: „Bleibt man beim Wortlaut der Regelungen der ersten beiden Absätze des §3 SGB II und zieht zum Vergleich die Regelungssystematik des SGB III heran, kommt man zu folgendem Ergebnis: Behinderte Menschen, die nicht bedürftig sind und deshalb Leistungen nach dem SGB III erhalten, können weiterhin einen Anspruch auf Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben geltend machen. Menschen, die darüber hinaus nicht nur behindert, sondern dazu noch bedürftig sind, haben keinen Anspruch und sind damit vom Wohlwollen des Fallmanagers abhängig.“ (Bieritz-Harder 2005: 51)

Abbildung 5.3: Sozialrechtliche Verbindung zwischen den SGB II, III und IX in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen (eigene Darstellung)



so betont das SGB IX den Aspekt der Rehabilitation und als deren Ziel einer dauerhafte leidensgerechte (Re-)Integration (§4 SGB IX).

Dieses Spannungsverhältnis zwischen den Rechtsnormen des SGB IX einerseits und den spezifischen Leistungsbestimmungen von SGB II und III gibt für die Praxis des Verwaltungshandelns somit keinen einheitlichen Handlungskontext vor. Auf Basis qualitativer Analysen ist festzustellen, dass die tägliche Arbeitspraxis der Mitarbeiter der SGB II-Träger durch ihre originäre gesetzliche Grundlage – das SGB II – handlungsleitend geprägt ist. Eine schnelle, effiziente Reintegration ins Erwerbsleben stellt das prioritäre institutionelle Arbeitsziel dar, welches in einer Bevorzugung arbeitsmarktnaher, eher kürzerer Maßnahmen aus dem allgemeinen Leistungsspektrum des SGB II seine Widerspiegelung findet, sofern der Umfang der Beeinträchtigung nicht eindeutig für die Prüfung eines beruflichen Rehabilitationsbedarfs spricht. Die beschriebene Asymmetrie zwischen Arbeitsmarktanforderungen und individueller Leistungsfähigkeit wird dabei oft nicht nachhaltig kompensiert, was zur Persistenz des erhöhten Beschäftigungsrisikos gesundheitlich beeinträchtigter Menschen führt (Dornette et al. 2008; Welti 2004). Das SGB IX-Ziel der Dauerhaftigkeit der Eingliederung tritt auf praktischer Ebene zurück.

### *Strukturelle Dimension des Zugangs zu und der Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*

Ähnlich komplex wie die sozialrechtliche Verortung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen im SGB II-Leistungsbezug ist die Verantwortung im Rahmen des Leistungszugangs angelegt (Bundesagentur für Arbeit 2006). Während für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen allgemeine Leistungen zur Eingliederung in Gesamtverantwortung der SGB II-Institutionen erbracht werden, ist im Bereich beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen für gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsbezieher des SGB II die Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger zuständig, wenn diese Verantwortung keinem anderen Rehabilitationsträger obliegt (§6a SGB IX). Die Jobcenter und zugelassenen kommunalen Träger sind hierbei nicht als eigenständige Rehabilitationsträger vorgesehen (Welti 2007), was, so Eichner (2008: 475), „nicht rational erklärbar“ ist und „nur als Versehen des Gesetzgebers gewertet werden kann“. Gleichzeitig ist die Zuständigkeit für Rehabilitationsleistungen für erwerbsfähige hilfebedürftige Personen vom Gesetzgeber mit einer Trennung von Prozess-, Leistungs- und Integrationsverantwortung diversifiziert angelegt worden (Dornette et al. 2008): Einerseits trägt die Bundesagentur für Arbeit die Verantwortung für die einheitliche Steuerung des Rehabilitationsprozesses und -verfahrens, andererseits sind die leistungstragenden Institutionen des SGB II

für die Leistungserbringung und Finanzierung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. Dem SGB II-Träger obliegt zudem die Verantwortung für die Erwerbsintegration.

### *Prozessuale Dimension des Zugangs zu und der Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*

Die praktische Umsetzung dieser Zuständigkeitsteilung bedingt sowohl bereits hinsichtlich der Prüfung eines potenziellen Rehabilitationsbedarfs als auch beim darauf aufbauenden Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben komplexe institutionelle Betreuungs- und Interaktionsprozesse im Vorfeld einer entsprechenden Leistungsgewährung: besteht seitens der Mitarbeiter der SGB II-Träger ein Verdacht auf die Notwendigkeit beruflicher Rehabilitationsleistungen, ist diese erst durch die Reha-Beratung der Arbeitsagentur festzustellen und ein Leistungsvorschlag zu erarbeiten, über den wiederum die Mitarbeiter der SGB II-Träger zu entscheiden haben<sup>20</sup> (Rauch et al. 2008). Auf struktureller Ebene sind an diesen Leistungsprozessen zwei Institutionen (Arbeitsagentur, SGB II-Träger) und mindestens drei Akteure (Vermittler/Fallmanager, Ärztlicher Dienst, Reha-Berater) beteiligt, wobei für Betroffene zusätzlich ein weiterer Ansprechpartner in der Leistungsabteilung des SGB II-Trägers (für Grundsicherungsleistung, Wohngeld, Fahrtkosten etc.) hinzukommt. Eines der ursprünglichen Ziele des SGB II durch Zusammenlegung von Sozial- und Arbeitslosenhilfe für alle SGB II-Bezieher einheitliche Ansprechpartner zu schaffen, wird für die Subgruppe behinderter Menschen keineswegs erfüllt.

Bei der Identifikation potenziell rehabilitationsbedürftiger SGB II-Leistungsbezieher, die nicht bereits als Rehabilitand oder als schwerbehindert anerkannt sind, nehmen die Arbeitsvermittler und Fallmanager der SGB

---

20 Differenziert betrachtet kann das Verfahren wie folgt beschrieben werden: Mitarbeiter der SGB II-Träger (Vermittler/Fallmanager/persönliche Ansprechpartner) beauftragen, wie bereits ausgeführt, bei Bekanntwerden gesundheitlicher Probleme eines ärztlichen Fachgutachten, auf dessen Grundlage entscheidet dieser Mitarbeiter nun über die Weiterleitung des Klienten an einen Rehabilitationsberater der Arbeitsagentur zur Prüfung und ggf. Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs oder er strebt die Vermittlung in Arbeit im Rahmen seiner Betreuung an. Wird die Person und das ärztliche Gutachten an den Reha-Berater der Agentur weitergeleitet, entscheidet dieser, ob eine Indikation zur beruflichen Rehabilitation vorliegt. Ist kein Rehabilitationsbedarf gegeben, erfolgt die Vermittlung in Arbeit durch die SGB II-Institution; ggf. unter Berücksichtigung individueller gesundheitlichen Faktoren. Wird ein Rehabilitationsbedarf attestiert und die Person als „Rehabilitand“ durch die Agentur für Arbeit anerkannt, folgt (gemeinsam mit dem Betroffenen) die Erarbeitung eines Rehabilitationsplans durch den Rehabilitationsberater. Dieser Plan ist in Form einer Rehabilitationsempfehlung der zuständigen SGB II-Institution zur Bewilligung vorzulegen, da diese im Rahmen der Finanzverantwortung die Kosten der Maßnahme trägt. Stimmt der SGB II-Träger zu, kann die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden (Schubert 2010).

II-Träger eine Schlüsselstellung ein, da diese – ob bewusst oder unbewusst – beim Zugang zu beruflichen Rehabilitationsleistungen als Gatekeeper fungieren. Einerseits sind sie (Erst-)Ansprechpartner innerhalb der Arbeitsverwaltung und leiten die Prüfung eines potenziellen Rehabilitationsbedarfs ein<sup>21</sup>. Andererseits obliegt ihnen die Erstbewertung bzw. Interpretation des ärztlichen Gutachtens, bevor der Betroffene ggf. an den Reha-Berater der Arbeitsagentur zur eingehenden Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs weitergeleitet wird. Diese Praxis der Erstinterpretation der Fachgutachten durch SGB II-Mitarbeiter ist insofern zu problematisieren, als die Anforderungen und Erwartungen an ärztliche Gutachten je nach Adressatenkreis unterschiedlich sind. Während die Reha-Berater eine differenzierte sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit als ein Kriterium für ihre Entscheidung verwenden, ist für die SGB II-Mitarbeiter eine klare Aussage zur (Un-)Vereinbarkeit des Gesundheitszustandes mit der bisherigen Berufstätigkeit notwendig. Gerade eine solche eindeutige Aussage zur Vereinbarkeit/Unvereinbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit den Anforderungen des bisher ausgeübten Berufs wird – so zeigen empirische Analysen – durch die Mitarbeiter der SGB II-Träger allerdings oftmals in Fachgutachten vermisst (Schubert et al. 2007). Ist dem Gutachten keine klare Handlungsempfehlung zu entnehmen, kann die Interpretation des Gutachtens durch den SGB II-Vermittler die Entscheidung über einen potenziellen Rehabilitationsbedarf – durch Nichtweiterleitung an den Reha-Berater – unter Umständen prädisponieren. Die Entscheidung, ob ein Rehabilitationsbedarf vorliegt, wird somit häufig implizit vom Vermittler aufgrund des ärztlichen Gutachtens getroffen, was den Zugang zu beruflicher Rehabilitation hier primär von der Qualität und Aussagekraft des ärztlichen Gutachtens sowie der Interpretation dieses Gutachtens durch den Vermittler abhängig macht.

### *Inhaltliche Dimension des Zugangs zu und der Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*

Bereits aufgezeigt wurde, dass für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können, Qualifizierungsmaßnahmen mit dem Ziel einer anderen qualifizierten beruflichen Tätigkeit die wichtigste Säule der Unterstützung der Teilhabe am Erwerbsleben darstellen. Bereits seit den 1970er/1980er Jahren ist eine Neuqualifizierung mit anerkanntem Berufsabschluss (Umschulung) der übliche Weg beruflicher Rehabilitation. Solche Leistungen galten als „Königsweg“ zur erfolgreichen beruflichen Teilhabe (Seyd 1997). Beginnend in der zweiten

---

21 Wie bereits dargestellt, kann vorgenanntes in ähnlicher Weise auch für den Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen gelten.

Hälfte der 1990er Jahre beförderten drei wesentliche Entwicklungslinien eine weitreichende Diskussion zur Vollqualifizierung beruflicher Rehabilitanden:

- (1) Eine zunehmende Erosion der finanziellen Basis des Sozial(versicherungs)systems brachte rehabilitative, medizinische und berufliche Leistungen hinsichtlich ihrer Effektivität und – wissenschaftlich geprüften – Evidenz zunehmend unter Legitimationsdruck (Behrens et al. 2008). Initiativen zur Qualitätssicherung resultieren hieraus ebenso wie ein steigender Druck auf Leistungserbringer beruflicher Rehabilitationsleistungen (Schmidt et al. 2006: 195).
- (2) Die dauerhaft angespannte Arbeitsmarktlage und die sich verfestigende Massenarbeitslosigkeit in Deutschland verringern auch für Personen mit einer umfassenden Neuqualifizierung die Wiedereingliederungschancen nach erfolgreichem Maßnahmeabschluss. Die begrenzten Erfolge der breit angelegten politischen Kampagne „50.000 Jobs für Schwerbehinderte“ illustrieren die Probleme der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung beispielhaft (Hollederer 2003b; Rauch 2003).
- (3) Strukturelle Veränderungen der Arbeitswelt, wie die Flexibilisierung von Beschäftigungsstrukturen und die Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen, führen zu einer Zunahme „atypischer Beschäftigungsverhältnisse“ sowie verstärkt zu unsichereren und instabileren Arbeitsverhältnissen (Schian/Schmidt 2007). Ein ehemals sehr wahrscheinlicher Rehabilitationserfolg, eine dauerhafte Erwerbsintegration in eine möglichst unbefristete Beschäftigung, wird zunehmend seltener und schwieriger.

Im Zuge der Neuausrichtung der Bundesagentur für Arbeit mit den Hartz-Gesetzen I-IV, die auch insgesamt im Kontext dieser drei Entwicklungslinien zu sehen ist, fand auch eine Neujustierung der ihr zur Verfügung stehenden Instrumente der Arbeitsförderung und deren Einsatz statt. Klientenseitig drückt sich dies in einer deutlich veränderten Bewilligungspraxis aus. Dabei ist den Hartz-Reformen insgesamt immanent, dass der Schwerpunkt der Arbeitsmarktpolitik von der Qualifizierung zur Vermittlung verschoben wurde und dass der Stellenwert beruflicher Weiterbildung deutlich gesunken ist, sodass diese heute eine untergeordnete Rolle spielt (u. a. Schmidt et al. 2006). Die Bemühungen zu einer baldigen Aufnahme einer – möglichst sozialversicherungspflichtigen – Beschäftigung stehen als wesentliches Arbeitsziel nunmehr für die Arbeitsverwaltungen im Vordergrund. Die Handlungsmaxime des SGB II ist hierfür deutliche Vorgabe. Die nun verstärkt individualisierte Prüfung von Bedarf bzw. Nicht-Bedarf an Leistungen zur Erwerbsintegration gewinnt durch diese arbeitsmarktpolitischen Veränderungen an Gewicht.

Die Förderung der Erwerbspartizipation von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch von den Arbeitsverwaltungen als Leistungsträger finanzierte Leistungen wird zunehmend von der individuellen Erwerbsperspektive – manifestiert in einer Erfolgsprognose mit unklarer Evidenz vor Maßnahmebeginn – abhängig gemacht. Die Analyse der institutionellen Ausgestaltung des SGB II zeigt deutlich, dass bei der individualisierten Beurteilung der Erwerbsperspektive und der damit verknüpften Frage nach einem potenziellen Bedarf an Eingliederungs- und speziell Bildungsleistungen insbesondere Effizienz- und Wirtschaftlichkeitserwägungen (in Form von Kosten-Nutzen-Abwägungen) relevant sind (Schön/Richter-Witzgall 2004). Auf struktureller Ebene der Institutionen geht es somit auch oder insbesondere um die Beurteilungen von Unterstützungsleistungen nach ihrer wahrscheinlichen Wirkung, sprich: um (verstärkte) Evidencebasierung sozialpolitischen Handelns.

Diese grundlegende Ausrichtung hat Auswirkungen auf den Umfang als auch die Art der angebotenen Arbeitsförderungsmaßnahmen (vgl. §16 SGB II). Ziel aller dieser Maßnahmen ist die Reintegration ins Erwerbsleben. Im Rahmen des SGB II stehen eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen zur Unterstützung dieses Ziels zu Verfügung. Die Handlungspraxis bewegt sich – so wurde dargestellt – im Spannungsfeld zwischen einer schnellen Vermittlung (SGB II), ggf. unterstützt durch arbeitsmarktnahe, eher kürzere Maßnahmen, und einer potenziell größeren Chance der dauerhaften Erwerbsintegration durch umfassende berufliche Bildung (SGB IX).

Die Tatsache, dass aus Sicht der SGB II-Mitarbeiter auch mit allgemeinen Maßnahmen (Arbeitsgelegenheiten, Trainingsmaßnahmen etc.) gesundheitlichen Beeinträchtigungen gezielt Rechnung getragen werden könnte, offenbart, dass von ihnen die Leistungskataloge der allgemeinen Leistungen des SGB II und der Teilhabeleistungen für behinderte Menschen als sich ergänzend und zum Teil funktional äquivalent verstanden und eingesetzt werden. Aktuelle Daten aus der zur Zeit laufenden Evaluation beruflicher Teilhabeleistungen bei der Bundesagentur für Arbeit verdeutlichen zugleich, dass im Bereich „Wiedereingliederung“ (Personen mit beruflichen Erfahrungen) beim Personenkreis der anerkannten (beruflichen) Rehabilitanden der Anteil allgemeiner Maßnahmen für behinderte Menschen, die inhaltlich mit denen für Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen gleichgesetzt werden können, in wenigen Jahren deutlich zu Ungunsten spezifischer Leistungen gestiegen ist (2007: 34%, 2009: 46%; Schmelzer 2011). Insofern lässt sich im Rechtskreis des SGB II tendenziell einerseits eine „Konkurrenz“ zwischen diesen beiden Leistungstypen sowie andererseits zwischen allgemeinen und besonderen Teilhabeleistungen konstatieren. Inwieweit es sich (im Einzelfall) in der Tat bei den allgemeinen (Teilhabe-)Leistungen um für gesundheitlich beeinträchtigte Personen bedarfsgerechte und zielgerichtete Leistungen handelt oder ob aufgrund der Art und Schwere der Behinderung

(spezifische) Teilhabeleistungen notwendig wären, ist hier nicht betrachtbar. Zwar gilt der Grundsatz, dass besondere Leistungen nur dann in Betracht kommen, wenn allgemeine Maßnahmen nicht ausreichen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen (vgl. §98 SGB III), jedoch ist das Kriterium des „Nicht-Ausreichens“ kritisch zu reflektieren. Denn auffällig ist, dass die Mitarbeiter häufig auf eher kürzere Maßnahmen aus dem Spektrum der allgemeinen SGB II-Leistungen zurückgreifen, wenn der Umfang der Beeinträchtigung nicht eindeutig für die Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs spricht. Eine sachgerechte Bedarfsfeststellung bei gesundheitlich beeinträchtigten Klienten ist funktional auch eine Abgrenzung durch Feststellung von „Nicht-Bedarf“.

In Bezug auf die Ausgestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen kann im Kontext des SGB II eine verstärkte Verschiebung des Schwerpunktes von umfassenden zu kürzeren Angeboten konstatiert werden, welche wesentlich vom Aspekt der konkreten Eingliederungsperspektiven und von finanziellen Rahmenbedingungen beeinflusst wird. So zeigt sich heute bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen eine stärkere Fokussierung auf modulare Maßnahmeformen, kürzere Trainingsmaßnahmen, Weiterbildungen, Praktika etc. Die Veränderung der Definition des Rehabilitationsziels angesichts der Arbeitsmarktlage und der Flexibilisierung von Beschäftigungsstrukturen auf der Praxisebene lässt sich auch auf die veränderten Leistungspräferenzen zur Erreichung dieses Ziels rückkoppeln. Konkret: Ist eine befristete Beschäftigung (ggf. in Teilzeit) ein realistisches Rehabilitationsziel, kann im Umkehrschluss aus institutioneller Sicht gefragt werden, welche Leistungen notwendig und wirtschaftlich sind, um dieses Ziel zu erreichen. Angesichts der spezifischen Perspektive des SGB II könnte dies ein Erklärungsmuster zum Nachvollzug veränderter Förderentscheidungen der Kostenträger darstellen.

Mit einer verstärkten Berücksichtigung vorhandener Berufsqualifikationen auch bei Personen, die ihren ursprünglich erlernten Beruf nicht mehr ausüben können, gewinnen zunehmend Tätigkeitswechsel im gleichen Berufsfeld gegenüber beruflichen Neuorientierungen an Bedeutung. Im Rahmen neuer, leidensgerechter Arbeitsaufgaben, z. B. bei Weiterqualifizierung eines Altenpflegers mit chronischen Rückenschmerzen für Tätigkeiten im Verwaltungsbereich einer Pflegeeinrichtung, bleiben zum einen vorhandene berufliche Kompetenzen weiter nutzbar. Zum anderen erfordert ein solcher berufsnaher Tätigkeitswechsel oftmals keine Neu-, sondern eine eher kürzere, modulare Anpassungsqualifizierung. Im Ergebnis ähnliches gilt für Rehabilitanden ohne Berufsabschluss. Auch bei dieser Personengruppe werden eher kurze, modulare und/oder möglichst arbeitsmarktnahe Integrationsmaßnahmen bevorzugt, sodass auch hier selten eine Vollqualifizierung stattfindet. Inwieweit Wünsche und Präferenzen der Rehabilitanden bei den Zuweisungsentscheidungen des Rehabilitationsträgers Berücksichtigung finden (§9 SGB IX), entscheidet sich in den Grenzen des für die Institutionen Sinnvol-

len (z. B. reale Eingliederungschancen im Zielberuf) und finanziell Vertretbaren (Wirtschaftlichkeitsaspekt)<sup>22</sup>.

Eine aktive Steuerung der Rehabilitationsträger in Bezug auf Ausgaben, Rehazugang und Maßnahmezuweisung sowie die benannte Neuausrichtung der Förderpolitik der Bundesagentur für Arbeit, die die massiven Veränderungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation mitverursachen und/oder akzelerieren, findet auch ihre Widerspiegelung in der Leistungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Bereich Wiedereingliederung (Bundesagentur für Arbeit 2007, 2009; Rauch et al. 2008): Diese weist vor allem als Folge der Neuausrichtung der eigenen Förderpolitik bei der Anzahl der durch sie als Rehabilitationsträger als „Rehabilitanden“ anerkannten Personen (gemäß §19 SGB III) von 2003 auf 2008 einen deutlichen Rückgang von 41 Prozent aus. Die Zahl der durch solche anerkannten Rehabilitanden begonnen Leistungen war mit einem Rückgang zwischen 2003 und 2008 von 54 Prozent zugleich noch deutlich größer<sup>23</sup>. Es sind somit nicht nur weniger Rehabilitanden durch die Bundesagentur für Arbeit anerkannt worden, sondern die anerkannten Rehabilitanden sind auch seltener in Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingemündet.

Neben den bereits dargestellten Determinanten dieser Entwicklung ist hier auch zu beachten, dass eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation individuelle Kompetenzen und Ressourcen (Motivation, Volition, (Selbst-) Lernfähigkeit etc.) seitens der Klienten bedingt, die beim hier betrachteten Personenkreis oftmals langzeitarbeitsloser Personen nicht a priori vorausgesetzt werden können. Empirische Befunde zeigen, dass die Veränderung der Klientenstruktur seitens der Reha-Berater weniger deutlich beschrieben wird als durch die Mitarbeiter der Träger des SGB II (Schubert et al. 2007). Darauf deutet hin, dass komplexe Fallgestaltungen eher seltener zur Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs an die Arbeitsagentur weitergeleitet werden. Die gesundheitliche und persönliche Stabilität des Klienten, die ausreichen muss, um eine Maßnahme erfolgreich zu durchlaufen, ist somit eine wesentliche Voraussetzung für spezifische Teilhabeleistungen und findet im Rahmen des Reha-Zugangs besondere Berücksichtigung. Die Zunahme psychischer Erkrankungen im Krankheitsspektrum der SGB II-Klientel sowie die Komplexität der medizinischen und beruflichen Rehabilitation dieser Erkrankungen gewinnt dabei zusätzliches Gewicht. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass auch eine gesundheitliche und persönliche Stabilisierung der Betroffenen als Re-

---

22 Zu hier nicht ausgeführten Entwicklungen und Folgen seitens der Leistungserbringer siehe Schubert 2010.

23 Die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Erst- und Wiedereingliederung) durch die Bundesagentur für Arbeit aufgewendeten Mittel reduzierten sich im gleichen Zeitraum um 668 Mio. Euro, was einem Rückgang um 23% (von der Gesamtsumme 2003) entspricht (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006, 2008, 2010).

habilitationserfolg gelten kann (z.B. im Sinne einer Sicherung der Erwerbsfähigkeit), auch wenn eine (zeitnahe) Erwerbsintegration nicht erreichbar ist.

Durch die Betonung der Wirtschaftlichkeit in Form von höheren Effizienzerwartungen bzw. höheren Kriterien für die Erfolgsprognose werden durch Negativselektion tendenziell Personen ausgeschlossen, deren individuelle Rehabilitationsprognose zwar gut, aber nicht gut genug ist, um einen Erfolg zu garantieren. Wird die Notwendigkeit des Vorhandenseins einer individuellen Erwerbsperspektive hinzugezogen, heißt das, dass (in der Regel) nur diejenigen SGB II-Leistungsbezieher eine Rehabilitation bekommen, bei denen die Erfolgswahrscheinlichkeit einerseits und die Chance der anschließenden Erwerbsintegration andererseits als hinreichend hoch eingeschätzt wird. Die Entwicklung von schematisierten Leistungspaketen und Standardprogrammen hin zu individualisierteren Leistungen mit starker Berücksichtigung der realen (langfristigen) Eingliederungschancen, höherer Maßnahmeneffizienz und besserer Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes führt zwangsläufig über höhere Kriterien für die Erfolgsprognose zur Priorisierung spezifischer Personengruppen (Dornette et al. 2008). Bei der verstärkten Prüfung des Passungsverhältnisses von individuellem Bedarf und Leistungsangebot geht es neben einer individuellen Bedarfsermittlung für eine bedarfsgerechte Leistungsauswahl, eben zugleich um die Feststellung von „Nicht-Bedarf“ an spezifischen Komponenten von Rehabilitationsleistungen (z. B. sozialpädagogischer Unterstützung), was Leistungsversagung nach sich zieht<sup>24</sup>. Das ursprüngliche sozialpolitische Ziel wirksamere Inklusionsmechanismen durch eine individualisierte Berücksichtigung des jeweiligen Bedarfs zu generieren, kann so im verantwortungsethischen Sinne Max Webers über die Wahrnehmung der institutionell auszugestaltenden Wirkungsverantwortung auch implizit Exklusionstendenzen erzeugen, insoweit keine tragfähigen Alternativen zur Verfügung stehen bzw. bereitgestellt werden.

## 5.8 Schlussbemerkung

Arbeit und Erwerbstätigkeit kommt in unserer Gesellschaft wesentliche Bedeutung zu. Der Großteil der Bevölkerung hat nicht das Privileg einer (längeren) Hochaltrigkeit, weshalb die Erwerbsphase im Lebensverlauf den größten Platz einnimmt. Erwerbstätigkeit ist neben dem Aspekt der Existenzsicherung immer auch Element gesellschaftlicher Selbstbeschreibung und gesellschaftlicher Inklusion. So gilt „Vollbeschäftigung“ trotz wesentlicher Her-

---

24 Ähnliche Priorisierungstendenzen lassen sich ebenso bei der Betreuungsarbeit der BA erkennen (Schön/Richter-Witzgall 2004).

ausforderungen durch ein zunehmend globalisiertes Wirtschaftssystem (noch immer) als gesellschaftliche Zielvorstellung und politische Agenda. Die seit den 1970er Jahren zunehmende Arbeitslosigkeit sowie der Wandel der Arbeitswelt fordert dieses gesellschaftliche Selbstverständnis heraus. Die Etablierung sozialer Sicherungsmechanismen durch den Ausbau des deutschen Sozialsystems seit den 1960er Jahren<sup>25</sup> kann auch als Antwort auf diese Herausforderungen verstanden werden. Die Bewältigung gesellschaftlicher Exklusionsrisiken durch erfolgreiche Erwerbsintegration erwerbsloser Menschen ist in doppelter Weise komplex, da sowohl die Bedingungen des Arbeitsmarktes als auch individuelle Ressourcen des Einzelnen, kongruent sein müssen. Gerade deshalb wurden für Menschen mit Behinderung (im Sinne des SGB IX 1. Teil und 2. Teil) die Etablierung spezifischer Instrumentarien der Förderung der Erwerbspartizipation als notwendig angesehen. Die Exklusionsrisiken Arbeitslosigkeit und Krankheit wirken dabei wechselseitig verstärkend, weshalb Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Behinderung in der Gruppe arbeitsloser Menschen deutlich überrepräsentiert sind. Sollen sozialstaatliche Leistungen effektiv und zielführend sein, ist für die benannte Personengruppe diese Wechselwirkung verstärkter in den Blick zu nehmen, was auf der Umsetzungsebene entsprechend handlungspraktisch zu untersetzen ist (z.B. durch stärkere, gezielte Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in der Betreuungsarbeit der SGB II-Träger). Zugleich ist eine Vernetzung der Akteure des gegliederten deutschen Sozialsystems deutlich intensiver auszugestalten; neue Kooperations- und Interaktionsformen sind zu finden und zu etablieren. Die aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive gemeinsame, trägerübergreifende Zielstellung der „Erwerbspartizipation“ muss im Sinne des Betroffenen die Interessenlagen der einzelnen institutionellen Akteure überspannen. Insbesondere wenn Unterstützungsbedarfe in verschiedenen Bereichen (medizinisch, beruflich, psychosozial) zugleich entstehen, ist über die Grenzen der eigenen Institution hinaus zu denken und auch Potenziale für die eigene Arbeit durch Vernetzung zu erschließen. Eine Klarstellung des Vorrangs der trägerübergreifenden Ziele des SGB IX ist zugleich die Voraussetzung für einheitliches institutionelles Handeln bei erwerbsfähig, hilfebedürftigen Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die Effektivität und Nachhaltigkeit der veränderten Förderpolitik der Bundesagentur für Arbeit bleibt hinsichtlich ihrer Inklusionswirkung zu belegen.

---

25 z.B. durch die Stärkung des sozialstaatlichen Fürsorgeprinzips bei der Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1962

## **TEIL II:**

**... zur professionsunterstützten selbstbestimmten  
Teilhabe**



## 6 Blieb nach 1989 nur die Diätetik als Lehre richtigen Lebens übrig? Das Funktionssystem der Krankenversorgung, das Funktionssystem pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung und die Nebenwirkungen von Gesundheitsaposteln auf soziale Ungleichheit

*Johann Behrens, Markus Zimmermann, Yvonne Selinger, Christiane Becker, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Michael Schubert, Gero Langer, Andreas Weber*

### 6.1 Einleitung

Jedem nach seinen Bedürfnissen! Dieser Anspruch galt – nicht unbedingt faktisch, aber normativ – nach 1989 in Europa völlig unbestritten nur noch in einem Bereich, nämlich der Krankenversorgung, und etwas weniger eindeutig im Bereich der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung. Das macht es, wie wir im ersten Kapitel darstellten, nicht nur sehr lohnend, Kritik an überlastenden Zuständen in Termini der Krankenversorgung und der pflegerischen Gesundheitsförderung zu analysieren. Vor allem kann Rehabilitation und Pflege, sollen sie ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllen, kaum wirksam sein ohne in die Wirtschaft auszugreifen und hineinzuwirken. So tendieren die ausdifferenzierten Funktionssysteme der Krankenversorgung und der pflegerischen Unterstützung nach 1989 nicht nur dazu, ihre gesellschaftliche Umwelt im Lichte ihrer Codes wahrzunehmen (wozu alle Systeme tendieren). Weil 1989 auch vordem autoritative Lehren des richtigen Lebens an Glanz verlieren (wie in diesem Kapitel zu erörtern ist), blieb als einzige detailliert normative Lehre des richtigen Lebens die mindestens 2500 Jahre alte Diätetik übrig, die älteste europäische Lehre der gesundheitsförderlichen Selbst- und Fremdpflege. Obwohl Gesellschaften von keinem einzelnen *System* dominiert werden können, ist die diätetische *Lehre* des richtigen Lebens plötzlich durch keine andere Lehre mehr relativiert. Das kann als Befreiung von den alten Lehren gesehen werden. Aber die *Gesundheitsapostel*, wie sie umgangssprachlich heißen, sind selber nicht ohne Risiken und Nebenwirkungen für die Verfestigung sozialer Ungleichheit, für fürsorgliche Bevormundung und organisierte Unverantwortlichkeit. Mit diesen Folgen für die soziale Ungleichheit beschäftigt sich der zweite Teil dieses Kapitels.

Um diese Diskussion zu führen, sind in diesem Kapitel zunächst systemtheoretische und ungleichheitssoziologische Selbstbeschreibungen zu rekonstruieren. Die aufzuführenden Unterschiede zwischen dem ausdifferenzierten Funktionssystem der *Krankenbehandlung* und dem System *pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung* sind so groß, dass sie je für sich gesehen werden müssen. Trotz der Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, die ja eigentlich kein einzelnes System als Leitsystem der Gesellschaft erkennen lassen, ist es daher nicht ganz sinnlos, von „Gesundheitsgesellschaft“ zu sprechen. Die „Gesundheitsgesellschaft“ hypostasiert zwar das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. Aber da alle normativen detaillierten Lehren des richtigen Lebens, die mit den diätetisch-pflegerischen konkurrierten, spätestens 1989 in Europa an Überzeugungskraft verloren haben, ist sie in der Tat fast als einzige Lehre des richtigen Lebens übrig geblieben.

Das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung hat sich zusammen mit Gesundheitsaposteln einerseits, Professionen andererseits evolutionär ausdifferenziert. In der Beobachtung dieses Systems ist seit mehr als 20 Jahren der Ressourcen-Ansatz auch Interventionen leitend geworden, der durch Freiheiten ergänzt wurde (Sen 2000). Häufig greift dieser Ansatz auf Bourdieu zurück, wobei Bourdieus Begriff des sozialen, ökonomischen und kulturellen Kapitals sehr reduziert nur als Ressourcen verstanden wurden, nicht unter dem Aspekt oftmals drückender, manchmal befreiender Erwartungen: der Distinktion, der kulturell spezifischen Bewährungserwartung an jedes Leben und des Kampfes um Anerkennung. Erst unter dieser Perspektive kommen auch die Risiken und Nebenwirkungen der „Gesundheitsgesellschaft“ in den Blick.

## **6.2 Das System der Krankenbehandlung und das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung**

*Warum Evolution zweier Funktionssysteme und nicht ein übergreifendes „Medizinisches“ oder „lebensförderliches Gesundheitssystem“?*

Im folgenden Abschnitt versuchen wir unseren Vorschlag zu begründen (Behrens 1982), zwischen einem Funktions-System der Krankenbehandlung (i. S. Luhmanns, mit dem Code krank/nicht krank) und einem System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung (mit dem Code „pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig“) zu unterscheiden. Dieses zweite System knüpft zwar an der Unterscheidung „ge-

pfllegt/ungepflägt“ an. Da aber alle Menschen sich und ihre Umwelt überwiegend selbst ohne fremde Hilfe pflegen (und zwar täglich), differenziert sich das von uns behauptete System nur in dem Maße aus, in dem die Fähigkeit zur Selbstpflege in die Krise ihrer Überforderung gerät und Professionen – gerufen oder aus eigener Einschätzung – zur Hilfe zu eilen haben. Denn alle Menschen sind jeden Tag pflegebedürftig, aber nicht alle Menschen bedürfen jeden Tag fremder, ja professioneller Hilfe und Beratung bei der Pflege ihrer selbst und ihrer Umwelt. Deswegen stellt unserer Ansicht nach das generalisierte funktionsspezifische Kommunikationsmedium die Unterscheidung zwischen „unterstützungsbedürftig/nicht unterstützungsbedürftig“ bei der alltäglichen gesundheitsförderlichen Pflege dar. Dasselbe Phänomen haben wir übrigens beim Code krank/gesund. Auch wenn wir uns krank fühlen, versorgen wir uns und unsere Liebsten häufig erst einmal selbst. Und nur wenn wir unsere eigenen Fähigkeiten überfordert fühlen, gehen wir zum Arzt oder zur Therapeutin. Ohne diesen Schritt würde sich ein eigenes System der Krankenbehandlung schwer reproduzieren können. Entsprechendes gilt für das System pflegerischer Unterstützung.

Es ist zugegeben keineswegs selbstverständlich, dieses System als „gesundheitsförderliches“ zu bezeichnen. Die tägliche Pflege unserer selbst und unserer Umwelt hat ja noch ganz andere, in diesem Aufsatz herauszuarbeitende und zu belegende Ziele als Krankheitsverhütung: nämlich ansprechender Geruch und ansprechendes Aussehen, gepflegte Erscheinung unseres Arbeitsplatzes, unserer Wohnung und unserer selbst, Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit, mit anderen Worten: Schönheit, Schutz, Wellness, Fitness (vgl. Behrens 1982). Was hat das mit Gesundheitsförderung zu tun? In der Tat: Nur wenn man Schönheit, Schutz, Fitness, Wellness usw. als positiven Gesundheitsbegriff fasst, nur dann ist das System pflegerischer Unterstützung ein gesundheitsförderliches Funktionssystem – und zwar möglicherweise das älteste und am weitesten entwickelte System der Gesundheitsförderung, das wir überhaupt kennen.

Wir müssen also erstens begründen, warum Luhmanns System der „Krankenbehandlung“ nicht durch ein übergreifendes Gesundheitssystem mit dem Code „lebensförderlich/lebenshinderlich“, wie Bauch (1995: S. 85) es sieht, aber auch nicht durch die Rede von einem übergreifenden Medizinischem System (wie Stollberg (2008) vorschlägt) zu ersetzen ist. Zweitens ist ein Funktionssystem mit dem Code „pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig“ zu begründen. Auch Pelikan sieht (2007) neben dem System der Krankenbehandlung ein System der Gesundheitsförderung entstehen, dessen Code „suboptimal gesund/optimal gesund“ allerdings nicht gut funktioniert.<sup>1</sup>

---

1 Der Begriff Optimierung kennt kein Minimum, an dem man sich unaufschiebbar über einen Eingriff verständigen muss, und keinen Punkt, an dem man systemimmanent einen Haken machen kann – wie bei »Zahlung erfolgt« im ökonomischen, bei »Recht gesprochen« im

Bei der Gegenüberstellung eines therapeutischen Systems der Krankenbehandlung und des Systems pflegerischer therapeutischer Unterstützung sehen wir allerdings sehr wohl (und haben früher (Behrens 1997) selbst so argumentiert), dass die chronischen Krankheiten und vorher schon die großen Infektionskrankheiten das System der Krankenbehandlung an die Grenze gebracht haben, in der Krankenbehandlung eigentlich präventive und integrierende Gesellschaftspolitik verlangt. Das hat Virchow schon 1848 gesehen (vgl. Behrens 1982, 1997, Labisch 1992).<sup>2</sup> Aber nur das System der Krankenbehandlung hängt am Code krank – nicht krank, nur es kann sich allein an Kranke wenden – das gilt gerade nicht für das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. Der Unterschied liegt so sehr auf der Hand und ist so folgenreich, dass es erstaunt, dass er bisher noch nicht aufgegriffen wurde. Denn nur Kranke haben besondere Rechte, die pflegerischer Unterstützung Bedürftige keineswegs haben, und nur bei Krankheit gilt die Temporalstruktur, dass die Rückkehr in den Status quo ante die Anschlussfähigkeit einer Intervention auf die Zeit der Krankheit begrenzt. Wenn man wieder gesund ist, gibt es nichts mehr zu sagen und zu tun. Gesundheitsförderliche Pflege ist hingegen eine tägliche Daueraufgabe. Wegen der besonderen Rechte der Kranken – nur im System der Krankenversorgung gilt ganz im Unterschied zu sonstigen gesellschaftlichen Bereichen der Satz „Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten“ – haben sich Wächterämter entwickelt, die über die Zuerkennung des Krankenstatus wachen. Das sind Therapeuten. Man kann ohne Behandlung durch Therapeuten wieder gesund, aber man kann niemals ohne Ärzte krankgeschrieben werden. Niemand, dem nicht der Krankenstatus formell zuerkannt ist, wird in allen bekannten modernen Gesellschaften die Forderung der Kritik am Gothaer Programm „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ als normativ unbestrittenes Anrecht in Anspruch nehmen können.

---

Rechtssystem oder bei „nicht mehr krank = gesund“ im System der Krankenbehandlung, obwohl man immer noch mehr einnehmen, immer noch mehr für ein zutreffendes Rechtsteil, immer noch mehr für die Gesundheit tun könnte. Im Unterschied zur Maximierung setzen die Begriffe „Optimierung“, „optimal“ und „suboptimal“ mehrere Ziele und Nebenbedingungen voraus, unter deren Beachtung optimiert wird. Diese Ziele und Nebenbedingungen gehören wohl anderen Funktionssystemen als dem der »Gesundheitsförderung« an. Das entspricht der Situation einer handelnden Person, spricht aber gegen die Evolution eines Funktionssystems

- 2 Insofern entspricht Bauchs Stellungnahme dem frühen Virchow, auch wenn es statt Autobahnen nur Fabriken gab: „Das Gesundheitssystem tut (mittlerweile) alles, um Lebensförderliches zu fördern und um Lebenshinderliches zurückzudrängen. In diese Codierung passt die traditionelle Krankenbehandlung, in diese Codierung passt aber auch die Installation von Lärmschutzwällen an der Autobahn, die als Maßnahme vorbeugender Gesundheitspolitik zu werten ist. Das Gesundheitswesen mahnt mit dieser Codierung zumindest Mitspracherecht für alle gesellschaftlichen Probleme – quer durch alle funktional ausdifferenzierten Systeme – an“ (Bauch 1996: S. 80). Lebensförderlich/lebenshinderlich werde zum „Leitcode“ oder „Supercode“ der Gesamtgesellschaft (Bauch 1996: S. 85).

Das trifft in der pflegerischen Gesundheitsförderung keineswegs zu. Auch der Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten ist bei der programmatisch befristeten Krisenintervention einer Krankenbehandlung selbstverständlicher als bei gesundheitsförderlicher Pflege, die eine alltägliche dauernde Arbeit an der Lebensgestaltung verlangt.<sup>3</sup>

### *Das System pflegerischer gesundheitsförderlicher (diätetischer) Unterstützung*

Neben dem System der Krankenversorgung lässt sich also ein zweites System erkennen, das über die vier Momente verfügt, deren Zusammenhang Luhmann (1994: S. 51) herausstreicht: (1) Es ist ausdifferenziert, (2) Ausdifferenzierung besonderer Codes für symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien, (3) Formen der Kombination von Geschlossenheit (Autopoiesis) und Offenheit auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilsysteme und ihrer Operationen und (4) relativer gesamtgesellschaftlicher Prominenz der so gebildeten Teilsysteme. Ein solches System ist das System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung (Behrens 1982). Es lässt sich in Ansätzen seit den diätetischen Schriften – z. B. de Victu im Corpus Hippocraticum – von Kos erkennen, die nicht Krankenbehandlung, sondern eine normative Theorie des richtigen Lebens – für die Diätetik ist das ein gesundheitsförderliches Leben – zum Gegenstand haben und eigentlich eine früh schriftlich fixierte Pflgetheorie darstellen.<sup>4</sup>

Das System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung existiert als ausdifferenziertes System selbstverständlich nicht schon dadurch, dass alle Handlungen und Nebenwirkungen von Handlungen unter dem Aspekt ihrer Gesundheitsförderlichkeit oder ihrer Gesundheitsschädlichkeit beobachtbar werden. Bekanntlich entwickeln und erhalten sich z. B. „gesunde“ Muskeln, Lungen und Knochen als ungeplante Nebenfolgen ganz anders begründeter Handlungen, nämlich beim Herumtoben, bei der Hausarbeit, beim Kicken, beim Tanzen, selbst bei der Büroarbeit. Ein Beobachtungsas-

---

3 Auch – das ist aber für uns nicht das Hauptargument gegen die Rede von einem »Medizinischen System« – die berufliche und fachwissenschaftliche Zuordnung aller Krankenbehandlung an ein medizinisches System trifft nicht zu, seit die philosophischen Fakultäten Psychotherapeuten in der Psychologie und Logopäden ausbilden. Selbst wenn das gemeinsame Forschen, Lehren und Praktizieren aller gleichberechtigten Therapeuten unter einem Dach erstrebenswert erschiene, so deutet nichts darauf hin, dass diese Entwicklung tatsächlich Platz griffe.)

4 Dass wir heute von »Gesundheitsgesellschaft« sprechen, liegt – so unsere im dritten Abschnitt zu belegende These – daran, dass alle anderen detaillierten normativen Lehren des richtigen Lebens, die bis vor wenigen Jahrzehnten herrschten, gegenüber den diätetischen Lehren an Glanz und Bedeutung entscheidend verloren haben – und keineswegs daran, dass es diesen diätetischen Diskurs nicht schon seit mindestens 2500 Jahren gäbe (Behrens 1983, 1990)

pekt macht noch kein ausdifferenziertes Funktionssystem. Nicht alles, was Gesundheit fördern mag, wird exklusiv als Gesundheitsförderung kommuniziert. Aber es gibt eine Arbeit, die explizit auf Gesundheitsförderung, keineswegs nur auf Krankheitsvermeidung, zielt. Das ist die Arbeit der Pflege. Ihr Ziel ist „Gesundheit“ keineswegs ausschließlich im Sinne von Krankheitsvermeidung, sondern positive Gesundheit i. S. von Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Schönheit, oder, wie Armeen zur Schönheit sagen, Schliff. In der deutschen Umgangssprache scheint mir der Begriff der Pflege in all seinen sehr unterschiedlichen Anwendungsbereichen durch ganz wenige konstitutive Merkmale, durch eine spezielle Blickrichtung auf das Handeln bestimmt, die jeder beherrscht, der sich der deutschen Sprache bedient. Für „Pflege“ gilt dasselbe wie für die „Arbeit“ (Behrens 1982): Umgangssprachlich ist jederzeit klar, was gegeben sein muss, damit eine Handlung diesem jeweiligem Bereich zugeordnet, also z.B. als „Pflege“ bezeichnet werden kann.

Erst innerhalb des Sinn-Systems differenzieren sich Unterbereiche aus – und auch die Berufe und Professionen, die um soziale Anerkennung, um Erwerbchancen, um Zuständigkeiten kämpfen (Behrens 1983, Bourdieu 1987, Honneth 1998, 2001). Dabei möchten wir zeigen, dass Pflege, soweit sie Profession wird, gerade nicht unvermittelt das Pflege-System des Alltags steigert. Vielmehr nimmt sie es zurück: Sie unterscheidet sich von der alltäglichen Pflege durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie des Alltagslebens. Alle gesundheitsförderlichen und sonstigen Pflegeziele treten davor zurück. Zwei konstitutive Eigenschaften von Professionen sind nicht zu übersehen: ihr Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis und in der Wissenschaft ihre Unterscheidung zwischen interner und externer *Evidence*.

Was sind die ganz wenigen *konstitutiven Merkmale*, die gegeben sein müssen, damit wir umgangssprachlich von einer Handlung als *Pflege* sprechen? Pflege ist eine zielorientierte Anstrengung mit einem definierten Zweck. Sie muss Kindern mit vielen Ermahnungen beigebracht werden, weil sie sich keineswegs in ausreichendem Maße spontan ergibt. Wir können gesund sein, ohne speziell dafür viel zu tun. Unsere Muskeln entwickelten sich, wie wir sahen, als spontane Nebenfolge von Bewegungen, die keineswegs nur Gesundheit zum Ziel haben. Aber wir können nicht gepflegt sein, ohne uns gepflegt zu haben. Herumtoben bezeichnen wir nicht als Pflege. Aber gezieltes Zähneputzen, Händewaschen, Haare waschen, Schminken, Garten-, Arbeitsplatz- und Umweltpflege, Pflege der Kleidung, des Autos und unserer ganzen, ohne tägliche Anstrengung der Pflege immer wieder von Unkraut und Giften überwucherten Welt. Pflege ist keineswegs nur bei Krankheit erforderlich. Nur der spezielle Teil der Krankenpflege ist der Bereich der Pflege, der dem System der Krankenbehandlung zugehört. Dem Ungepflegten mangelt es daran, lange bevor seine Verrottung so weit geht, dass er krank vergammelt. Wegen dieser konstitutiven täglichen Anstrengung

gedieh seit der Schrift „De Victu“ vor 2500 Jahren bis zu den diätetischen Schriften heute eine riesige Literatur detailliert normierender Pflege-Ratgeber. Die Ratschläge wechseln, die normierende Emphase bleibt (vgl. Behrens 2005). Die zugrunde liegende, Sinn konstituierende Vorstellung unserer täglichen Pflege unserer selbst und unserer Umwelt von der Kindheit bis ins hohe Alter ist offenbar, dass wir täglich der Pflege bedürfen, um nicht zu verrotten.

Damit ist die Grund-Behauptung der Systemtheoretikerin Findeiß zumindest für die Kommunikationen in den Alltagssprachen aller (uns) bekannten Gesellschaften eindeutig falsifiziert: „Die Besonderheit der pflegerischen Kommunikation scheint zu sein, dass sie nur über die medizinische Unterscheidung krank/gesund beobachten kann, denn nur unter diesem Blickwinkel wird ein pflegebedürftiger Körper sichtbar“ (Findeiß 2008: 318). Nein, schon unter dem Blickwinkel von – kulturspezifischer – Schönheit, Fitness, Wellness, Sicherheit wird ein Körper als pflegebedürftig sichtbar. Man wäscht sich auch, wenn man nicht krank ist. Man kämmt sich und zieht sogar ein frisches Hemd an noch aus ganz anderen Gründen als dem, den Läusen und Flöhen vorzubeugen. Und auch das Pflegeversicherungsgesetz setzt nicht an Krankheit an, sondern am Bedarf nach pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung.

Einfacher und alltagssprachlicher lässt sich der Vorteil der Unterscheidung zwischen dem System der Krankenbehandlung und dem System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung in der Auseinandersetzung mit Luhmann verstehen. „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv (...). Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit“, schreibt Luhmann 1990: S. 186 ff.

Aber Gesundheit gibt viel zu tun – wenn auch nicht unbedingt den Therapeuten und der Medizin. Was für die Gesundheit zu tun ist, ist die Arbeit der Pflege. Dass es sich bei dieser Arbeit um eine keinesfalls spontane, sondern bewusst zielgerichtete, mühsam zu erlernende und erst danach häufig liebgewordene Anstrengung handelt, davon kann jeder ein Lied singen, der Kinder hat.

Was als ungepflegt bekämpft wird, mag sich von Kultur zu Kultur, von Milieu zu Milieu stark unterscheiden. Die Normen der Gesundheit als Pflegeziel variieren kulturell enorm. Auch deswegen sind sie ja Kindern so schwer beizubringen. Aber alle bekannten Kulturen kennen die Arbeit der Pflege. Mit pflegerischer Selbstbeherrschung reagieren Menschen darauf, dass sie Körper haben und Körper sind. Durch pflegerische Selbstbeherrschung werden Körper zur Verkörperung des Sozialen (vgl. im Anschluss an Plessner und Merlau-Ponty Behrens 1990: 2ff; 2003: 279). In allen drei Systemen des Individuums – Körper, Psyche und Person – bezeichnet Pflege die notwendige Arbeit für alles, was sich hier nicht ganz von selbst ergibt: für

das körperliche funktionstüchtige, psychisch hinreichend funktionsfähig wohl gelaunte oder zumindest ausgeglichene und attraktive Auftreten in den für die Person relevanten gesellschaftlichen Subsystemen und Organisationen der Wirtschaft, Familie, Staat, Netzwerke usw. – und zwar jeden Morgen, jeden Mittag und jeden Abend wieder. Deswegen liegt Baecker (2008: 55) um mindestens 2500 Jahre daneben, wenn er das hier Beschriebene der „Computerkultur“ zuordnet und schreibt: „Und in der Computerkultur (unserer gegenwärtigen, der, wenn man so will, „nächsten“ Gesellschaft) wird Körper zum Medium der Wahrnehmung sozialer Möglichkeiten, und dies ebenso reell und virtuell. Fitness und Wellness ordnen ihn nicht mehr nur lokal im Hinblick auf die Orte der Gesellschaft und auch nicht mehr nur faktoriell im Hinblick auf Sachzusammenhänge der Reproduktion von Gesellschaft, sondern zusätzlich temporal im Rahmen der Frage, an welchen Optionen der Gesellschaft er schon und noch mit welchen Voraussetzungen teilnehmen kann und an welchen nicht“ (Baecker 2008: 55).

*Das jeweils funktionspezifische generalisierte  
Kommunikationsmedium beider Systeme, deren Programme und die  
„Gesundheitsgesellschaft“*

Von „krank/gesund“ unterscheidet sich der binäre Code „gepflegt/ungepflegt“ offensichtlich darin, dass nicht der gesellschaftlich negativ bewertete Wert „krank“ den Anschlusswert darstellt, sondern der positive Wert „gepflegt“. Während im System der Krankenbehandlung Gesundheit nur die Abwesenheit von Krankheit („ohne Befund“) darstellt (der Reflexionswert i. S. Luhmanns) und es deswegen viele Krankheiten, aber nur eine praktisch relativ uninteressante Gesundheit gibt, erkennen wir in „gepflegt“ plötzlich einen diätetisch höchst detailliert ausgearbeiteten positiven Begriff von Gesundheit. Wir erkennen diesen positiven Begriff von Gesundheit allerdings nur, wenn wir bereit sind, der positiven Gesundheit die Merkmale der Schönheit und Sauberkeit (Attraktivität), des körperlichen und physischen Wohlbefindens, der gepflegten Umwelt und der sozialen Teilhabefähigkeit (Inklusion der Person) als notwendige definitorische Bestandteile zuzuerkennen – für die das therapeutische Krankenbehandlungssystem überhaupt nicht oder frühestens dann zuständig ist, wenn die Defizite dieser Merkmale Krankheitswert annehmen. Nur bei diesen genannten definitorischen Merkmalen ist der Begriff positiver Gesundheit identisch mit „gepflegt“. Jürgen Pelikan (2007: 84) und Illona Kickbusch (2007) fassen in Übereinstimmung mit zahlreichen Erklärungen der WHO ihre Vorstellung positiver Gesundheit in den Kriterien der körperlichen, psychischen und personal-sozialen Funktionsfähigkeit, Wohlbefinden und Attraktivität, zu-

sammen, die wir für das Ziel der Selbst- und Umweltpflege herausgearbeitet haben (Behrens 1982).

Für die evolutionäre Ausdifferenzierung eines Systems eignet sich ein binärer Code wie „gepflegt/ungepflegt“ oder der von uns oben begründete Code „gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig“ eher als das von Pelikan (2007, 2008) vorgeschlagene Quasi-Kontinuum „suboptimal gesund/optimal gesund“. Codes dienen dazu, zu kommunizieren, was beobachtet werden muss, damit es etwas zu sagen und zu tun geben kann. Das ist bei Quasi-Kontinua schwierig. Man könnte immer noch mehr für die Pflege seines Körpers und seiner Seele, für die Pflege seiner Beziehungen und seiner Umgebung, seines Gartens und seiner Wohnung tun – aber wann muss man es unabweisbar tun?

Bei Zahlung/Nichtzahlung, Recht/Unrecht, krank/nicht krank = gesund ist das kommunikativ klar, obwohl deren positiv bewertete Anschlusswerte bekanntlich ebenfalls steigerbar sind. Auch für die Ausdifferenzierung eines Systems bis zur Verberuflichung – darauf kommen wir für die gesundheitsförderliche Pflege gleich zurück – trägt ein binärer Code mehr bei, weil es hier um Zuständigkeit/Nichtzuständigkeit geht.

Systemtheoretisch gesprochen, erweist sich der binäre Code „bedürftig/nichtbedürftig der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung“, für die im folgenden skizzierte Ausdifferenzierung eines gesellschaftlichen Funktionssystems als geeignet, weil er auf der Ebene der Programme (Diätetiken der Selbst- und Umweltpflege, Pflegediagnosen, Schönheitsvorstellungen, Fitnessdefinitionen, Wellness-Habitus) Varianzen und Neuerungen zulässt. Die Unterscheidung zwischen besonderen Codes für symbolisch generalisierte Kommunikationsebenen und Programmen erlaubt also die Kombination von Geschlossenheit (Autopoiesis) und Offenheit auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilsysteme und ihrer Operationen. Wären Programme die Codes, wäre dieses Moment von Funktionssystemen, das für Luhmann (1994: 51) wesentlich ist, offenbar dahin. Daher folgen wir Jürgen Pelikan hier nicht, der (2007: 89 f.) davon ausgeht, die Differential-Diagnostik der International Classification of Diseases (ICD) bilde das funktionsspezifische medizinische generalisierte Kommunikationsmedium. Die ICD stellt ein in Konsensuskonferenzen ausgehandeltes Sammelsurium verschiedenster Krankheits-Systematiken dar, von denen viele – nicht alle – auf therapeutische Konzepte bezogen sind.<sup>5</sup> Bei jeder Novellierung (inzwischen die 10.) der ICD gehen einigen therapeutischen Richtungen ihre lieb gewordenen Anschlüsse an die ICD verloren, sie finden aber in der Regel rasch andere als Ersatz. Darüber hinaus führt selbst das enorm verbreitete medizinische Handbuch Pschyrembel noch eine Vielzahl von – logisch vielfach unverein-

---

5 Unter einem Konzept verstehen wir mit Rothsuh (1978: S. 9) einen Begründungszusammenhang zwischen einer bestimmten Physiologie, einer bestimmten Krankheitslehre und dem daraus abzuleitenden Therapieprogramm

baren – Diagnostiken nebeneinander, die alle von Therapeuten genutzt werden<sup>6</sup>. Differentialdiagnosen – wie auch von Stollberg 2008 vorgeschlagen – auf der Ebene vielfältiger diagnostisch-therapeutischer „Programme“ anzusiedeln und nicht als funktionsspezifisches generalisiertes Kommunikationsmedium zu bezeichnen, erlaubt dagegen pfadabhängige evolutionäre Entwicklungen therapeutisch unvereinbarer Richtungen bei gleich bleibendem operativ geschlossenem Code „krank/nicht krank“. Denn die beanspruchte Zuständigkeit für die Unterscheidung nach dem funktionsspezifischen operativ geschlossenem Code „krank/nicht krank“ eint alle therapeutischen Richtungen und Programme – und er ist dem Publikum verständlich. Operativ geschlossen ist auch der Code „der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig“, der an „gepflegt/ungepflegt“ anknüpft und an der vermeintlich beobachteten Überforderung der Selbstpflege-Fähigkeit anschließt – bei einer Vielfalt von diagnostischen und Interventionsprogrammen, die keineswegs kleiner ist als die Vielfalt therapeutischer und ärztlicher Programme. Das erörtert der nächste Abschnitt.

### **6.3 Das System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung und das versittlichende Bildungsbürgertum in der „Gesundheitsgesellschaft“**

#### *Systeme und ihre Profession und Experten-Berufe*

Wie das Krankenbehandlungssystem sich als Funktionssystem erst ausdifferenzieren kann, wenn in der Bevölkerung der Code krank/gesund gebräuchlich ist, so konnte sich auch das System der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung erst entwickeln, soweit in der Bevölkerung die Differenz gepflegt/ungepflegt genutzt wird und Gegenstand täglicher erheblicher Anstrengungen ist. Wie man nicht gleich zum Therapeuten muss, wenn man mal krank ist (außer, siehe oben, man braucht eine Krankschreibung), so bedarf man auch keineswegs beruflicher pflegerischer Unterstützung, weil man – wie wir alle jeden Tag – pflegebedürftig ist. Man pflegt sich selbst, bringt seinen Kindern die Pflege bei, pflegt seine Liebsten, sorgt am Arbeitsplatz und in der Küche für den nötigen Arbeitsschutz, sorgt für die Figur, schützt sich vor Regen, Dreck, Kälte und Gift, liest vielleicht mal in einer Illustrierten die aufdringlichsten diätetischen Ratschläge – aber zieht deswegen noch lange keine professionellen Pflegefachleute heran, weder occupational health nurses, noch Kinderpfleger, noch andere Pflegefachleute. Pflege-

---

6 Liest man Rothschiuh 1978, hat man den Eindruck, Therapiekonzepte lösen sich nicht ab, sondern koexistieren jahrzehntelang gewandelt nebeneinander her fort

bedürftig sind wir alle jeden Tag. Erst wenn unsere eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in der Krise sind – das gilt für Krankheit wie für Pflegebedürftigkeit – wenden wir uns an professionelle Unterstützung.

Für die Evolution eines autonomen Funktionssystems sind diese Berufsgruppen und Professionen der Unterstützung in der Krise der eigenen Geneungs-, der eigenen Pflegefähigkeit oder der Fähigkeit, selber Recht zu bekommen, von enormer Bedeutung. Zwar erscheinen Professionen für Stichweh (2008: 330 ff (revidiert von 1996)) wohlbegründet „ein Phänomen des Überganges von der ständischen Gesellschaft des alten Europa zur funktional differenzierten Gesellschaft der Moderne“ zu sein, so dass sich die Frage stellt, welches der Stellenwert von Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft sein kann“ (Stichweh 2008:329). Luhmann bejahte 1974 die Frage, ob Professionalität noch ein eigenständiger gesellschaftspolitischer Faktor – wie Schichtung und Organisation – sein könne, daher keineswegs. Aber in einer Reihe von Bereichen haben sich Funktionssysteme mit Professionen so sehr verbunden, so dass auch Stichweh (2008: 335)fragt: „In welchem Grade ruht ein System darauf, dass es sein Verhältnis zur Umwelt so gestaltet, dass diese durch eine homogene – eventuell korporativ organisierte Berufsgruppe wahrgenommen wird, deren Mitglieder als im Kontakt zur Umwelt des Systems als Repräsentanten des Systems fungieren?“ Das gilt – so unsere These – für das Rechtssystem wie für das System der Krankenbehandlung wie ansatzweise für das System der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung, die alle vormoderne paternalistische Beziehungen in Krisen der Autonomie ihrer Klienten in moderne, den Menschenrechten entsprechende Beziehungen transformieren und ausbalancieren müssen. Leistungs- und Komplementärrollen entstehen. Die Gesellschaft gesteht den Professionen zu, dass Therapeuten nach eigenen fachlichen Kriterien den Therapiebedarf, dass Pflegeprofessionen nach eigenen Fach-Kriterien den Bedarf an pflegerischer Unterstützung einschließlich des Beratungsbedarfs, dass Anwälte nach eigenen Fach-Kriterien den Rechtsvertretungsbedarf autonom feststellen – und verpflichtet sie alle berufsethisch, auf die Erwerbchancen zu verzichten, die sich aus diesem Recht zur fast autonomen Nachfrageerzeugung nach ihren eigenen Leistungen ergeben (Abbott 1987; Behrens 2005).

Bald sind sie es, die in allen Illustrierten und im Internet verbreiten, welche neuen Krankheiten es gibt und woran man sie erkennt, wie man sich gesundheitsförderlich pflegt und richtig lebt, welche Rechtsunsicherheiten es gibt und wann man zum Anwalt gehen sollte. Für gesundheitsförderliche Pflege teilen diese Fachleute mit, dass nicht alle Menschen, nachdem sie von ihren Eltern das Zähneputzen, das Händewaschen, das Essen, den gepflegten Auftritt, also die Selbst- und Umweltpflege lernten, sich genug pflegen. Obgleich z. B. PflegediagnostikerInnen eigentlich nur dafür zuständig sind, für die Versichertengemeinschaft verbindlich festzustellen, wann ein Pflegebe-

dürftiger sich nicht mehr selbst gesundheitsförderlich pflegen kann und daher der professionellen pflegerischen Unterstützung bedarf, wächst ihnen schnell die Rolle zu, gepflegt/ungepflegt zu unterscheiden (eine Rolle, die professionsethisch – siehe Kapitel 11 „Soziologie der Pflege und Soziologie der pflegerischen Unterstützung als Profession“ – relativiert werden muss). Im Schichtzusammenhang der Gesellschaft nehmen insbesondere die Berufe der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung eine Position ein, auf die das Bildungsbürgertum schon seit seiner Beerbung der Mönche und Priester stolz war, der Position der pflegerischen gesundheitsförderlichen Versittlichung und Aufklärung des Volkes (Behrens 1983). Der Code „gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig“ ist besonders anfällig für das Selbstverständnis seiner gebildeten Berufe als *versittlichende Aufklärer des Volkes*. Pflege ist, wie wir eingangs sahen, die habituell verankerte, methodische Lebensführung zugunsten derjenigen nachhaltigen körperlichen, psychischen und sozialen Attraktivität, Funktionsfähigkeit und Ausgeglichenheit (wellness), die sich nicht ganz von allein ergibt, sondern gegen die tägliche Gefahr des Vergammelns, Verrottens und Verderbens erarbeitet werden muss. Das klingt sehr nahe an der Bekämpfung der Völlerei und der anderen 6 Todsünden durch die 7 Tugenden. Methodische Lebensführung heißt auf Griechisch „Askese“, und es liegt nahe, pflegerische Gesundheitsförderung im *Askese – Hedonismus* Gegensatz zu verorten (Bourdieu, Vester), was sich nicht ganz halten lässt (Behrens 1983). Typisch für die Berufsgruppen in diesem Funktionssystem ist: Sie treten nicht zurück, wenn die Krise der Krankheit soweit behandelt ist, dass der Genesene in sein altes riskantes Leben, in den alten Trott und Schlendrian zurückkehren kann. Sie behandeln gar nicht, sondern rufen stattdessen noch nach der Behandlung, aber auch schon präventiv vor der Behandlungsnotwendigkeit zur Umkehr und zur Änderung des Lebens und der Umwelt auf – gebeten oder ungebeten. Selbst occupational health nurses und Betriebsärzte haben nicht die Behandlung von Arbeitern und Angestellten zur Hauptaufgabe – das tun sie nur im Notfall – sondern die Unterstützung des Betriebs bei der gesundheitsförderlichen Pflege der Arbeitsplätze. Auch Lehrer haben nicht die Krankenbehandlung von Schülern zur Hauptaufgabe aus der Schulapotheke, sondern die Gesundheitsbildung, die Befähigung zur Pflege eines methodischen Lebensstils, der Herzensbildung und der Umwelt.

Dieses System der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung ist in der Tat vielfältig belegt. Ihre Adressaten sind keineswegs notwendig krank. Frühe Kindheit ist keine Krankheit, hohes Alter ist keine Krankheit – und die Bedürftigkeit, in der eigenen Pflege, die man nicht mehr oder noch nicht leisten kann, von anderen unterstützt zu werden, ist auch keine Krankheit. Eine Geburt ist keine Krankheit. Auch eine Behinderung ist keine Krankheit, sonst könnte ein Behinderter nicht krank und wieder gesund wer-

den (zur entscheidenden Abgrenzung und zum Zusammenhang von Behinderung und Krankheit siehe Behrens 2002).

Auf zwei nahe liegende, oft geäußerte Einwände gegen unser Argument der Trennung des Systems der Krankenbehandlung von dem der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung müssen wir kurz eingehen.

Erstens wird häufig eingewandt, die nicht-ärztlichen Berufsgruppen hätten so gut wie keine eigene *jurisdiction* (Abbott 1987; Behrens 1988, 1994) bei der Feststellung von Unterstützungsbedürftigkeit in der gesundheitsförderlichen Pflege (bei der Geburt, beim physiotherapeutisch oder ergotherapeutisch angeleiteten Training, im occupational health nursing usw.). So sind etwa Hebammen – wie übrigens auch die Wundärzte – erst nach jahrhundertelanger Unabhängigkeit Mitte des 19. Jahrhunderts unter die Aufsicht akademisch ausgebildeter Ärzte geraten (Göckenjan 1985; Huerkamp 1985). Unabhängig davon, dass Berufsgruppen in beiden Systemen bei deutlich unterschiedlichen Settings tätig sein können, verdient das populäre Argument mangelnder *jurisdiction* hier der Erörterung. Ein – keineswegs der wichtigste – Einwand gegen die mangelnde *jurisdiction* ist, dass es weltweit Pflegediagnostiken zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (gemeint eigentlich: professionelle pflegerische Hilfsbedürftigkeit) gibt, deren Durchführung in der Regel – so auch in Österreich – Vorbehaltsaufgabe der Pflegeberufe ist, und Hebammen ihre eigenen diagnostischen und therapeutischen Vorbehaltsaufgaben nie verloren. Unser wichtigster Einwand gegen die Behauptung mangelnder *jurisdiction* bezieht sich indessen auf die genaue Bedeutung dessen, was eigentlich ärztliche Aufsicht, Verantwortung und Delegation (Verschreibung) inhaltlich heißt:

Man könnte denken, die ärztliche Anordnung schriebe eine genaue Handlung vor, von deren Durchführung sich der Arzt überzeuge und für deren Folgen er bei buchstabengetreuer Durchführung durch den Beauftragten allein hafte. Diese Beschreibung träfe auf einen Senioranwalt zu, der seinem Junioranwalt kurz eine Argumentation skizziert, die dieser nächtelang zu einem sehr umfangreichen Schriftsatz ausarbeitet, den der Senioranwalt dann nach prüfender Durchsicht ans Gericht sendet. Die Beschreibung trifft aber keineswegs auf eine ärztliche Anordnung an Pflegefachkräfte oder Therapeuten zu: Der Arzt kann die Durchführung der Anordnung nicht prüfen, bevor sie der Klient oder Patient am eigenen Leibe spürt, weil die Durchführung nur mit dem Klienten oder Patienten in einem Akt möglich ist. Wenn der anordnende Arzt nicht dabei ist, kann er bestenfalls die Folgen sehen, nicht die Durchführung. Die ärztliche Anordnung ist ferner in der Regel so knapp oder cursorisch, dass sie von den Pflegefachleuten oder Therapeuten eine eigene fachliche Erhebung (Assessment) und Handlungsplanung zusammen mit dem Klienten verlangt. In der Regel hat der anordnende Arzt die Fachkenntnisse und Fähigkeiten der Pflegefachleute und Therapeuten nicht und müsste sie sich mit erheblichen Aufwand aneignen, um Anordnungen

mit dem nötigen Detaillierungsgrad auszufertigen; häufig müsste er bei der Beratung, bei der Behandlung oder dem Training sogar dabei sein, um seine Anordnungen jederzeit rechtzeitig situationsgerecht anpassen zu können. Konsequenterweise können sich Pflegefachleute, Hebammen und Therapeuten daher nicht haftungsentlastend auf die ärztliche Anordnung berufen, wenn die angeordnete Handlung falsch war. Im Gegenteil machen sie sich haftbar und ggf. strafbar, wenn sie nicht selber die ärztliche Anordnung mit ihren Kompetenzen auf Angemessenheit überprüft haben.

Hinter der Konstruktion von ärztlicher Aufsicht, Anordnung, Verantwortung und Delegation steckt – außer legitimen berufsständischen Interessen bei allen Parteien – das organisatorische Problem der arbeitsteiligen Erbringung der Diagnostik der Behandlung sowie der Gesundheitsförderung. In allen komplexen Aufgaben ist in der Regel ein Facharzt allein ebenso wenig zur Diagnostik fähig wie zur Behandlung wie zur Gesundheitsförderung. In der Diagnostik bedarf er häufig der Laborwerte, der Befragungsdaten oder der Röntgenaufnahmen, die er vernünftigerweise von spezialisierten Einrichtungen bezieht; auch Behandlung und Beratung überlässt er häufig spezialisierten Pflegefachleuten und Therapeuten. Diese Beziehungen können und werden häufig statt über Anordnungen über Holschulden geregelt: Der psychologische Psychotherapeut ist dafür verantwortlich, sich organmedizinische Abklärungen für seinen Patienten ärztlicherseits zu holen, ohne dass er deswegen von ärztlichen Anordnungen abhängig wird. Der Internist ist verpflichtet, sich rechtzeitig Laborwerte oder interpretierte Röntgenaufnahmen zu holen, ohne dass er deshalb der Aufsicht des Röntgenarztes unterworfen würde und nur auf dessen Anordnung hin behandeln und beraten dürfte. Genauso könnten – und sind es faktisch – Pflegeprofessionen dazu verpflichtet, sich ärztliche Diagnosen rechtzeitig für ihre Behandlungen zu holen und in ihre Planungen einzubeziehen. Wenn Fachpflegende, die oft mehr Zeit mit ihren Klienten verbringen als alle anderen Berufe, tendenziell für die Unterstützung von Aktivitäten und die Partizipation am – für den Pflegebedürftigen biographisch relevantem – sozialem Leben ihrer Klienten zuständig werden und ÄrztInnen für die Diagnose und (oft delegierter) Behandlung von Organen, dann sind beide Berufsgruppen von einander wechselseitig abhängig, ohne dass sich aus der Abhängigkeit von der jeweiligen Spezialität des anderen eine generalisierte Weisungsabhängigkeit ergeben müsste. Vielmehr sind beide verpflichtet, nicht tätig zu werden, ohne sich entscheidende Informationen vom jeweils anderen geholt zu haben. Aus der tendenziellen Zuständigkeit für Personen statt für Organe ergibt sich für Pflegeberufe sehr schlüssig die exakte Bedeutung des sonst völlig unverständlichen Begriffs der „Ganzheitlichkeit“ im Unterschied zur ärztlichen Fokussierung auf das Organ. Wenn auch Ganzheitlichkeit für Menschen – im Unterschied zu Gott – erkenntnistheoretisch gar nicht möglich ist (Behrens 2005), so drückt sich doch in dieser Vorstellung ein beanspruchter Bezug auf die Per-

son statt nur auf das Organ aus, der zutrifft. Andererseits gefährdet der Ganzheitlichkeits-Anspruch Fachpflegende darin, es am Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten fehlen zu lassen (Behrens 2005).

In beiden Systemen, dem System der Krankenbehandlung und dem System der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung sind z. T. dieselben Berufsgruppen tätig. Ärzte behandeln nicht nur Patienten, sondern wenden sich mit Traktaten zur Gesundheitsförderung an Personen, die nicht ihre Patienten sind. Fachpflegende sind nicht nur die größte Berufsgruppe in der Pflege Pflegebedürftiger, die ja keine Patienten sind als auch in der Krankenbehandlung. Entsprechend regeln ihre Arbeit zwei ganz verschiedene Sozialgesetzbücher. Dabei ist die Trennung dieser Systeme deutlich. Das System der Krankenversorgung unterscheidet sich vom System gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung (a) im Adressaten, (b) in den Rechten und Pflichten, (c) in der Bedeutung des Leidensdrucks und damit (d) im Mandanten. So heißt das einschlägige deutsche Gesetz „Gesundheits- und Krankenpflege-Gesetz“, und die zuständige Semi-Profession nutzt die sperrige Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger“. Wäre beides dasselbe, käme es nicht zu diesem extrem sperrigen Namen.

### *Die Legitimität der Krankenbehandlung vs. der Legitimität der Gesundheitsförderung*

Die Legitimität der Gesundheitsförderung ist viel schwieriger als die der Krankenbehandlung, weil im System der Krankenbehandlung der Leidungsdruck, z.B. der Schmerz, einen Hilfesuchenden zum Professionsangehörigen führt. In der gesundheitsförderlichen pflegerischen Unterstützung ist es anders. Die Professionsangehörigen gehen auf den Unterstützungsbedürftigen viel öfter zu. Legitimität und Wirkung sind viel schwieriger. Das Tabu konnten wir im DFG-Sfb 580 in einem methodisch an Goffmann und Garfinkel angelegten Experiment eindeutig belegen, welches jede LeserIn leicht replizieren kann. Wir haben auf den Hauptbahnhöfen von Halle (früher preußische, dann DDR-Bezirkshauptstadt), von Hamburg und Frankfurt a. M., wo jeder Passant sofort zahlreiche gesundheitsgefährdende Handlungen bei der Imbissauswahl, beim Heben und Tragen, bei der Körperhaltung usw. beobachten kann, Passanten mit einem Satz (in jeweiligen Varianten) angesprochen, der auf allen Zigarettenpackungen gedruckt war und für den wir in unserer Praxis Honorar bekommen können: „Erlauben Sie mir eine Bemerkung, ich bin vom Fach: Pommes gefährden Ihre Gesundheit“, „diese Art des Bückens gefährdet Ihre Gesundheit, eine Rückenschule ist angeraten“, „Autofahren statt Laufen gefährdet Ihre Gesundheit“. Diese Sätze wären in der Krankenbehandlung geradezu erwartet worden, außerhalb der Krankenbehandlung bewiesen alle Zeichen der Verblüffung, dass hier eine eherne Re-

gel, geradezu ein Tabu gebrochen wurde und jeder Käufer von Pommes, wie immer er aussehen mag, eigentlich absolut sicher vor derartigen Hinweisen sowohl von Seiten der Verkäufer als auch der fachkundigen Passanten sein kann.

Codes, Programme, Anknüpfungspunkte und Anrechte für Interventionen unterscheiden sich in beiden Systemen. Das wird in der partiellen Übernahme Parsonischer Theorie durch Luhmann deutlich. Parsons hatte, wie Stollberg 2008 schreibt, das Arzt-Patient-Verhältnis ins Zentrum seiner medizinsoziologischen Erörterungen gestellt. Die Inklusion der Laien/Patienten durch Experten/Therapeuten in die Gesellschaft, *pattern variables*, die beiden gemeinsam waren, sowie die soziale Kontrolle devianten Verhaltens durch die Profession waren seine zentralen Themen (Stollberg 2001). Diese Dinge spielen für Luhmann nachgeordnete Rollen. Er interessiert sich vor allem für die systemischen Aspekte des Systems der Krankenversorgung, den Code und die Autonomie des Systems; für die Systemebenen der Interaktion und der Organisation scheint er, soweit er sich überhaupt auf diese Ebenen begibt, weitgehend Parsons' Aussagen zu bewahren. Diese unterscheiden sich aber in Krankenpflege und Pflege zur Gesundheitsförderung, so dass es klug ist, sie nicht in ein System zu fassen.

### *Verhältnis des Systems der Krankenbehandlung zum System der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung*

Das System der Krankenbehandlung und das System der traditionell pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung stehen in einem Verhältnis der Konkurrenz,

- (1) weil es die Position des Kranken nicht gibt: Die kommunistische (und in Familien weit verbreitete) Norm „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ überlebte am besten im Bereich der Krankenbehandlung, sie galt bisher nicht oder kaum im Bereich der präventiven Gestaltung von Umweltbedingungen und der Gesundheitsförderung: Nur im System der Krankenbehandlung hat jeder unabhängig von seiner Kaufkraft einen Anspruch auf das medizinisch Notwendige („Jedem nach seinen Bedürfnissen“) und bezahlt an die Krankenkasse oder Steuern nach seiner finanziellen Fähigkeit („Jeder nach seinen Fähigkeiten“). Auch wenn dieser normative Anspruch keineswegs immer eingelöst wird – das trifft für das Verbot, zu stehlen und zu töten, ja auch nicht zu – wird doch die Norm überall auf der Erde in allen Gesetzen als selbstverständlich betont.
- (2) Damit leistet das System der Krankenbehandlung den wichtigsten Beitrag zum Gerechtigkeitsdiskurs moderner Gesellschaften. Erst vor der

Norm „jedem nach seinen Bedürfnissen“ wurde und wird „health inequality“, wird auch ungleiche Gesundheitsversorgung zum Skandal, während ungleiche Versorgung mit Wohnungen und Einkommen vielfältige Rechtfertigung fand. Heute gewinnt die soziologische Theorie sozialer Ungleichheit vor allem aus der Verletzung jener in allen schriftnutzenden Gesellschaften der Erde proklamierten Norm der Gleichheit bei der Krankenversorgung die Skandalisierbarkeit ihres Gegenstands, jeder habe unabhängig von seiner Zahlungs- oder Rückgabefähigkeit Anspruch auf die gesundheitlich notwendige Versorgung.

- (3) Mit diesem – durch exklusiv zur Krankschreibung berechnete Grenzwächter geschützt – Bereich entfaltet das System der Krankenbehandlung eine enorme Anziehungskraft für alle Beladenen und ihre Vertreter, ihre Probleme in Kategorien der Krankheit und der Krankenbehandlung vorzubringen („Medikalisierung“). Das System der typisch pflegerischen Gesundheitsförderung entfaltet keine solche Schutzzone.
- (4) Bei chronischen Krankheiten, die nicht zu heilen, sondern nur vorzubeugen oder zu bewältigen sind, verliert die Grenzziehung des Systems der Krankenversorgung begrenzt erfolgreiche und leidvolle Intervention dar im Vergleich mit rechtzeitiger Prävention und pflegerisch-gesundheitsförderlicher Bewältigung. Das setzt einen Druck, alle anderen sozialen Funktionssysteme unter dem Code der pflegerisch gesundheitsförderlichen Unterstützung zu beobachten (Behrens 1996).

Die enorme Autorität, die Wissenschaft in modernen Gesellschaften gewonnen hat, ist offenbar nicht unabhängig von der Entwicklung zur Gesundheitsgesellschaft: Allein Wissenschaft beansprucht noch in ihren esoterischsten Verästelungen zu wissen, was gesund und was ungesund ist.

Erst innerhalb des Sinn-Systems differenzieren sich Unterbereiche aus – und auch die Berufe und Professionen, die um soziale Anerkennung, um Erwerbschancen, um Zuständigkeiten kämpfen (Behrens 1983; Bourdieu 1987; Honneth 1998, 2001). Dabei möchten wir zeigen, dass gesundheitsförderliche pflegerische Unterstützung, soweit sie Profession wird, gerade nicht unvermittelt die normativ diätetische Setzung, was richtige pflegerische Gesundheitsförderung ist, übernimmt. Vielmehr nimmt sie sich zurück: Sie unterscheidet sich von der alltäglichen Pflege, in der Eltern mit großer Selbstverständlichkeit ihren Kindern ihre Vorstellungen von Attraktivität/Funktionsfähigkeit/Wohlbefinden als Normen aufzuerlegen versuchen, durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie des Alltagslebens. Alle gesundheitsförderlichen und sonstigen Pflegeziele treten davor zurück. Zwei konstitutive Eigenschaften von Professionen sind nicht zu übersehen: ihr Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis und als Folge dieses Respekts die wissenschaftliche Unterscheidung zwischen interner und externer Evidence.

## 6.4 Ungleich in der „Gesundheitsgesellschaft“

### *Neuzeitliche Stadien und Identität der „Gesundheitsgesellschaft“*

Für Luhmann (1954: 51) ist die „relative gesamtgesellschaftliche Prominenz der so gebildeten Teilsysteme“ das vierte der Momente, deren Zusammenhang ein ausdifferenziertes Funktionssystem ausmachen. So könnte man die Rede von der „Gesundheitsgesellschaft“ als eine Reflexionstheorie der gesundheitsförderlich pflegerischen Berufe verstehen – wobei die Hypostasierungen als typisch für berufliche Vertreter funktionaler Teilsysteme gelten können. Dafür könnte sprechen, dass die meisten Phänomene der „Gesundheitsgesellschaft“ schon seit 2500 Jahren belegt sind und vermutlich viel länger bestehen. Seit 2500 Jahren gilt Gesundheit, verstanden als Fitness/Wellness/Attraktivität, diätetisch- pflegerisch als durchaus machbar, und treibt unzählige Menschen zu entsprechenden pflegerischen Aktivitäten und Konsumgütern (z.B. in Jungbrunnen). Seit mindestens 2500 Jahren ist Menschen bewusst, dass so gut wie jede ihrer Handlungen gesundheitsschädliche oder gesundheitsförderliche Folgen hat oder haben kann. Wenn Ilona Kickbusch (2006, 2007, 2008) sehr anschaulich von drei Gesundheitsrevolutionen spricht – die erste habe uns das Überleben, die zweite den Zugang zur medizinischen Versorgung gesichert, die dritte handle von der Förderung der Gesundheit – so lässt sich belegen, dass alle drei Entwicklungen nicht hintereinander, sondern nebeneinander fortschritten, sich eher – das ist ja gerade das Thema der diätetischen Schriften im Corpus Hippocraticum – Lebensstile als selbst- und umweltpflegerische Gesundheitsstile erörtert, steht die Diätetik eigenständig neben den Kunstlehren der Krankenbehandlung. Chronische Krankheiten wie Diabetes, Herzkrankheiten, Adipositas einerseits und menscheitsgeschichtliche Errungenschaften, wie die Verbreitung der Hochaltrigkeit, andererseits haben diese alten Erörterungen nur breiter gestreut, mit neuen technischen Mitteln versehen und verstärkt, nicht erzeugt (Behrens 2002). Auch der Ruf „Gesundheit in allen Politikbereichen!“ ist von versittlichenden Intellektuellen, die sich im Code des Teilsystems definieren, zu erwarten; er bedeutet ebenso wenig funktionale Entdifferenzierung wie „gender mainstreaming!“ oder „Effizienz in allen Politikbereichen!“ funktionale Entdifferenzierung meinen.

Aber wir argumentieren dafür, im Begriff der Gesundheitsgesellschaft doch mehr zu sehen als eine hypostasierende Reflexionssemantik versittlichender Gesundheitsberufe, nämlich ein zur soziologischen Fremdbestimmung taugliche Semantik. Der Grund ist nicht, dass die Elemente der Gesundheitsgesellschaft neu hinzugekommen seien, sondern umgekehrt, dass relativierende konkurrierende Lehren des richtigen und guten Lebens gegenüber der Diätetik an Glanz verloren haben und die selbst- und umweltpflegerische

rische Gesundheit als Wellness, Fitness, Attraktivität ziemlich allein übrig blieb.

Von allen Lehren des richtigen und insofern guten Lebens, die das Leben minutiös vom Geschlechts- bis zum Geschäfts- und Gefechtsverkehr beraten und anleiten, war schon in den Jahren vor 1989, eigentlich nur die Gesundheitslehre übrig geblieben. Alle anderen Lehren, die vorher mit Autorität das richtige und gute Leben normiert hatten, von den religiös-theologischen über die absolutistisch-ökonomischen, die philosophisch-nationalistischen, die demokratischen und sozialistischen Theorien hatte nur die Gesundheitslehre nicht an Autorität verloren und sich nicht, wie die Theologie und Philosophie, vom Anspruch detaillierter normativer Regelung aller Lebensbereiche zurückgezogen. Allein die Diätetik, jene auf Kos 400 Jahre vor unserer Zeitrechnung in ihrem umfassenden Anspruch formulierte normative Theorie der Pflege (Selbst- und Fremdpflege) war übrig geblieben. Infolgedessen wurde nun unter Bezug auf Gesundheit begründet, was vorher unter Bezug auf Religion, Nation, Sozialismus und Demokratie begründet worden war: Während vorher für höhere religiöse oder nationale Ziele durchaus die Gesundheit hinten anzustellen war, rechtfertigten Städtebauer und Architekten jetzt ihre Gebäude als gesund, Betriebe mussten nicht nur Geld machen, sondern ihre Arbeitsbedingungen sollten gesund sein, Oberbürgermeister rechtfertigten ihre Stadtentwicklungen als gesund – sie durften keinesfalls ungesund sein – und die vorher allein demokratisch oder sozialistisch begründete „participation“, die Teilhabe am sozialen Leben, wurde jetzt in der Internationalen Klassifikation funktionaler Gesundheit der WHO als Gesundheitszustand, der gesundheitlich unverzichtbar sei, sehr gut begründet. Armut und schlechte Wohnung waren vor allem aus gesundheitlichen, nicht mehr (nur) aus demokratischen Gründen zu bekämpfen. Strafe wurde weder mit Rache noch Vergeltung, sondern als Resozialisation der Täter und präventive Maßnahme für die Tatgefährdeten begründet; wer medizinisch als nicht hinreichend zurechenbar schuldig begutachtet worden war, wurde konsequent vom Gericht zu Therapie statt Strafe zugeteilt.

Drei Grundlinien der Entwicklung der „Gesundheitsgesellschaft“ lassen sich in der Neuzeit rekonstruieren (Behrens 1990, 2005):

- (1) Gesundheitsförderung im bevölkerungspolitischen Interesse des nationalen Souveräns
- (2) „Das Volk“ wird „der Souverän“
- (3) Märkte und Ausdifferenzierung des Systems der Krankenversorgung als Reservat und das System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung

### *Zu Phase 1:*

Gesundheitsförderung im bevölkerungspolitischen Interesse des nationalen Souveräns: Der gute Hirte ist der vorsorgende Schlachter. Im Absolutismus wird Gesundheitsförderung von einzelnen Abwehrmaßnahmen (Quarantäne, Pestbekämpfung) explizit in eine möglichst geschlossene Bevölkerungspolitik integriert (vgl. Quesnay), die den Souverän sieht wie einen umsichtig sorgenden Viehzüchter, der seinen Besitz mehrt: die Nation.

Noch das preußische gesundheitsförderliche Verbot der Kinderarbeit wird nicht mit dem Wunsch des einzelnen Kindes, sondern mit dem nationalen Interesse an tauglichen Soldaten für die Schlacht begründet. Von allen Kanzeln – und mit sich durchsetzender Schulpflicht in allen Schulstuben – wird Gesundheitsverhalten gelehrt und gepredigt als Pflicht gegenüber Gott, König und Vaterland.

Der gute Hirte weidet seine Schafe für die Schlacht – mit aller Fürsorge und allen Rechten und Pflichten des Herrn.

### *Zu Phase 2:*

„Das Volk“ wird „Der Souverän“. Schuldet der Bürger nun, da das Volk der Souverän wird, der Nation gesundes Verhalten?

Als die Souveränität ans Volk übergeht, gehen da auch die Rechte des „viehzüchterischen“ Souveräns an das Volk über, in Gesundheitsbedingungen zu intervenieren und von seinen Bürgern gesundheitsförderliches Verhalten zur Mehrung der Wohlfahrt der Nation zu fordern?

Die Antwort auf diese Frage ist lange umstritten. Noch mitten im 20. Jahrhundert „schenken Frauen dem Führer ein gesundes Kind“. Aber spätestens im 20. Jahrhundert lautet die Antwort in allen Demokratien eindeutig: Nein.

Die Nation, der Staat können von ihren Bürgern kein gesundes Verhalten verpflichtend fordern. Jeder Bürger ist frei, sich gesundheitlich zu schädigen wie er will, nur: Er darf Dritte nicht schädigen. Staatlicher Gesundheitsschutz, nicht nur im Arbeitsschutz, begründet sich aus dem Straf- und Haftungsrecht: Der erwachsene Bürger, der sich selbst durch Rauchen (oder gefährliche Produktionsweisen) zu Grunde richten darf, darf keine Nichtraucher (oder Passanten oder Arbeiter) schädigen.

### *Zu Phase 3:*

Märkte und der Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des Klienten: die Professionen und das System der Krankenversorgung bilden sich zentral heraus.

Wenn der Patient statt des Souveräns Auftraggeber wird, bekommen Wander- und Jahrmarktsheiler, die Dr. Eisenbarts, die weisen Frauen, die Barbieri und Pfarrer Oberwasser, die alle immer nur im Auftrag des Klienten tätig wurden. Obwohl die Ärzte im Vergleich zu allen anderen Heilkundigen noch im 19. Jahrhundert den Barbieren und anderen Heilern an Effektivität und Effizienz kaum überlegen waren, gelang es den Berliner Hof- und Modeärzten ein staatlich garantiertes und später umlagefinanziertes Versorgungs-Monopol zu erdiern und alle konkurrierenden ebenso (wenig) effektiven Heilkundigen (die Pfarrer, die Barbieri, die weisen Frauen) als „Kurpfuscher“ und „Quacksalber“ staatlich verfolgen zu lassen.

Aber ihr Handwerksmerkmal, das Tätigwerden nur im Auftrag, wenn auch nicht mehr in Finanzierung des einzelnen Klienten, blieb: Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten. Therapeutische Professionen und das System der Krankenversorgung wurden – trotz aller warnenden Hinweise auf Gefahren und auf ihre Lösungskompetenzen – nicht zugehend tätig, sondern nur dann aktiv, wenn ein (mehr oder weniger zahlungsfähiger) Klient mit Leidensdruck sie beauftragte.

Darin liegt ein Fortschritt: Der Respekt vor der Autonomie der Lebenswelt war ihnen wenigstens insoweit selbstverständlich, als sie ohne Auftrag des Klienten gar nicht tätig werden konnten – wie auch immer sie diesen Auftrag werbend zu erringen suchten und suchen: Weil Nachfrage aus (auch werbend und interpretierend hergestelltem) Leidensdruck entstand, bildete sich weniger ein Gesundheitssystem als ein System der Krankenversorgung heraus. Die Medikalisierung als Bündnis von Klienten und Therapeuten entsprach den wirtschaftlichen berufsständischen Interessen der Therapeuten.

Früh war sichtbar, dass – insbesondere bei chronischen Krankheiten – die Behandlung erst der bereits aufgetretenen Krankheit leidvoller und teurer ist als die gesundheitsförderliche Prävention. Die Abgrenzung des Systems der Krankenbehandlung ermöglichte aber, dass in ihm – anders als in der übrigen Gesellschaft – der Grundsatz als Norm gelten konnte „Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten“ (siehe Kapitel 1 dieses Buches). Daneben existierte das System der pflegerischen gesundheitsförderlichen Unterstützung fort und die diätetische detaillierte Lehre des richtigen pflegerisch-gesundheitsförderlichen Lebens verlor alle Relativierungen durch konkurrierende Lehren. Wachsender Lebensstandard und technische Erfindungen ermöglichten marktgetriebene Angebote für sehr alte pflegerische Hoffnungen.

### *Risiken und Nebenwirkungen*

Daher erschien uns vor nahezu einem Vierteljahrhundert Jahren der Begriff der „Gesundheitsgesellschaft“ nicht völlig inadäquat, weil der Bezug auf Gesundheit in der Tat über das im Sinne Luhmanns ausdifferenzierte System

der Krankenbehandlung, das viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit kennt, hinausgeht: der Code „pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig“ geht über den Code krank/gesund, der das System der Krankenbehandlung dominiert, weit hinaus und leitet nach dem Rückzug der theologisch-religiösen, philosophischen, nationalistischen, sozialistischen und sogar z. T. demokratischen Theorien eines detailliert normierten guten Lebens in der Tat die Selbstbeschreibungen von Gesellschaften. Auch wenn wir nicht mehr krank sind, müssen wir uns weiterhin pflegen und dafür sorgen, dass die Umwelt gesund ist. Für dieses Argument ist wie gesagt unerheblich, dass häufig wechselt, was als gesund gilt. Was als „gesund“ gilt, wechselt mit neuen Erkenntnissen; dass alles „gesund“ sein und „gepflegt“ werden muss, bleibt.

Gesundheit wurde von einem Mittel oder einer Nebenbedingung (Gadamer: Gesundheit als „Leben im Schweigen der Organe“) zu einem Ziel, das durch kein anderes mehr zu relativieren war. Die vormalig absolutistisch-ökonomisch begründete Notwendigkeit des Wirtschaftswachstums zum Beispiel wurde nun damit begründet, dass das Wirtschaftswachstum notwendig sei, um die Gesundheitsförderung zu bezahlen. Gesundheit erschien und erscheint als gesellschaftlich machbares Ziel. Jede Entscheidung erwies und erweist sich als Entscheidung mit gesundheitlichen Folgen. Lebensstile erwiesen sich als Gesundheitsstile (Bourdieu, Abel, Kickbusch).

Woher kam vor 25 Jahren dieser kritische Unterton beim Gebrauch des Begriffs „Gesundheitsgesellschaft“, warum nahmen wir den Rückzug aller anderen normativen detaillierten Lehren außer der Diätetik nicht als Fortschritt der Aufklärung und der Befreiung des Menschen aus selbstverschuldeter Unmündigkeit? Die Antwort lautet nicht nur, dass der Begriff der „Volksgesundheit“ durch die nationalsozialistische Fraktion der Sozialmediziner so diskreditiert war, dass bis heute fast alle der sozialmedizinischen Tradition (auch der der vertriebenen und ermordeten Sozialmediziner) zugehörigen Begriffe nur als englische benutzt werden: für „public health“ wird bis heute keine Rückübersetzung ins Deutsche gebraucht, dann schon lieber eine ins Lateinische.

Die Antwort lautet darüber hinaus, dass in der öffentlichen Gesundheitsförderung der – professionstypische – Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten keinen systematischen Platz mehr zu haben schien, wenn Gesundheit zum Ziel wurde und nicht mehr als Mittel zu relativieren war: Als zu bearbeitende, bedenkliche Unbelehrbarkeit und als „Mangel an Bewusstsein“ betrachteten die „Gesundberatungsstellen für Erwachsene (GBE)“ des Berliner Senats damals, was im ausdifferenzierten System der Krankenbehandlung als Mangel an „Compliance“ und später als Mangel an „Adherence“ bearbeitet wurde.

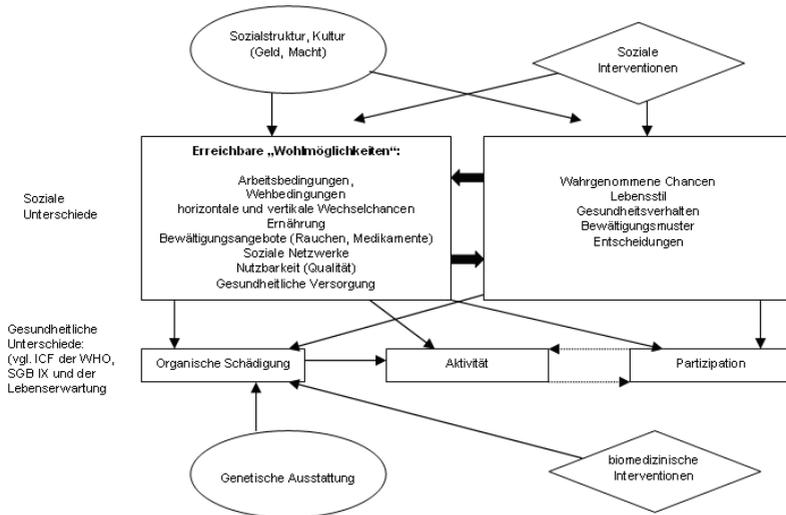
## *Ungleich in der „Gesundheitsgesellschaft“: Chancengleichheit für ein gesundes Leben*

Die Kritik an der Gesundheitsgesellschaft lautete drittens und vor allem, dass die Maßnahmen der traditionell selbst- und umweltpflegerischen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes als ungeplante Nebenwirkung diejenigen belaste, ja krank mache, die ihr nicht genügen könnten. Dabei bezog sich dieses „Nicht-Genügen-Können“ keineswegs nur auf mangelnde Ressourcen oder mangelnde Freiheit, „Capability“, wie sie der indische Nobelpreisträger Armatya Sen später im Ansatz des „Capability Approach“ als Ziel auch der Gesundheitsförderung fasste, sondern auf ungleiche milieuspezifische Lebensstile, oder anders gesagt, auf milieuspezifische Ausdeutungen der Bewährungsaufgabe jedes Lebens.

Hier ist kurz auf die Entwicklung der health inequality-Forschung einzugehen. Der Zusammenhang von Einkommen und gesundheitlichen Indikatoren wie Mortalität, Morbidität, Krankheitsbelastung ist seit Jahrzehnten überwältigend. Dabei liegt der Unterschied keineswegs nur zwischen arm und reich, sondern auch innerhalb der Besserverdienenden wirkt sich jede Gehaltsgruppe höher auf Lebenserwartung und Morbidität aus. (vgl. die sozialepidemiologische Diskussion Behrens 2003 über das fehlende Soziale an der Sozial-Epidemiologie).

Ihr erklärendes Verstehen ist demgegenüber keineswegs überwältigend (ausführlich Behrens 2003). Demographische Merkmale prognostizieren Morbidität und Mortalität, ohne dass wir die sozialen Prozesse hinreichend begreifen, die zu diesen Resultaten führen. Daher ist schon die Frage gestellt worden, was eigentlich sozial sei an der „Sozialepidemiologie“, wenn die sozialen Prozesse handlungs- und sozialisationstheoretisch gar nicht sichtbar werden und die eingesetzten theoretischen Modelle eigentlich nicht auf wählende und entscheidende Menschen, sondern auf deterministische Dosis-Wirkungsbeziehungen angelegt sind (Mielck/Bloomfield 2003; Behrens 2003). Dem Ressourcenansatz, z. B. unserem eigenen von 2003, liegt eine Vorstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zugrunde: Menschen sollen die Ressourcen und die Freiheit haben, die gesundheitlich günstigere Form der Selbst- und Umweltpflege zu wählen. Konsequenter formulierten wir unsere epidemiologisch gefundenen Variablen in Ressourcen voraussetzende Wahlmöglichkeiten um, wie die folgende, in Behrens 2003 ausführlich erläuterte Modell-Graphik ressourcenabhängiger gesundheitsbezogener Entscheidungs- und Handlungsspielräume zeigt (vgl. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1: Ressourcenabhängige gesundheitsbezogene Entscheidungs- und Handlungsspielräume (Quelle: eigene Darstellung)



Für solche Chancengleichheits-Modelle ist auf den ersten Blick die Ökonomie generell, allen voran Sen, sehr instruktiv, da sie vom Individuum oder besser gesagt vom Haushalt ausgeht, der unter einschränkenden Nebenbedingungen und (meist) Ressourcenknappheit seine Wahl trifft. Ressourcen und Freiheitsrechte kommen im Capability-Ansatz gut in den Blick.

In diesen Chancengleichheits- und Ressourcenmodellen wird inzwischen Bourdieu breit rezipiert (Abel, Behrens 1983), weil er weniger am Individuum (Haushalt) ansetzt und die soziale Strukturierung von Lebensstilen als Gesundheitsstilen thematisiert. Zumeist werden aber nur die Kategorien des ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitals übernommen, die in der Regel rezipiert werden als ökonomische, soziale und kulturelle Ressourcen.

### *Grenzen des Ressourcen- und Chancengleichheitsmodells (gegen die verkürzte Rezeption Bourdieus)*

Diese Übernahme Bourdieus geht aber an seiner eigentlichen These vorbei: Dieses an vielen Beispielen veranschaulichte Thema Bourdieus ist die Logik der Distinktion, des relativen Verhältnisses der fast ständischen, familial durch Herkunft und Bildung tradierten Gruppen zueinander. Sie werden

nicht nur durch unterschiedliche Ausstattung mit sozialen, kulturellen und ökonomischen Ressourcen unterschieden. Sondern sie beobachten sich wechselseitig und bilden ihre Lebensstile so aus, dass sie ihre Abgrenzungs- und Überhebungsbedarfe befriedigen. Das ist auch die Grenze einer Milieu-, einer Community- und eines Lebensstilvorstellung, in denen die Menschen zu leben scheinen wie in einander fremden Stämmen. In Wirklichkeit beobachten sie sich wechselseitig und finden ihre Identität in der Abgrenzung; sie machen feine Unterschiede, betonen und fürchten zugleich Grenzen der Respektabilität. Die Gemeinschaft stattet die individuellen Entscheider nämlich nicht nur mit Ressourcen und Freiheitsrechten aus, sondern auch mit Erwartungen, mit kulturell spezifischen Bewährungsproblemen, denen sie mit ihrem Leben zu genügen versuchen. Das ist unsere Kritik am Ansatz von Sen (Behrens 1983). Lebensstile wie fettes Essen mit Bier, Rauchen sind daher nicht (nur) dem Mangel an kulturellem/ökonomischen/sozialem Kapital geschuldet, sondern den (familial) tradierten Abgrenzungsversuchen zur Bewältigung des Bewährungs- und Anerkennungproblems.

Paul Willis (1977) hat in Birmingham in Schulklassen teilnehmend das Learning to Labour beobachtet, was wir auch in deutschen Schulklassen beobachten können und was uns beim Verständnis des Unterschieds zwischen Gesundheitsaposteln und Professionen helfen wird: Die Schule verspricht die Chancengleichheit, dass jeder bei guter Leistung alles werden kann. Die Ahnung, dass dieses Versprechen für einen selbst nicht gelten könnte, führt in Schulklassen zur Kultur der Abgrenzung von der Gruppe der „Streber“ und Lehrer, zu einer männlichen Kultur der körperlichen Unbekümmertheit und Stärke, des Genusses, der demonstrativen Verdrängung der Risiken und zu einer weiblichen Kultur der unwiderstehlich begehrten Schönheit, des Lebens als Trophäe. Die Differenz zu den „Strebern“ wird also nicht einfach als Ressourcenmangel begriffen, sondern positiv gewendet als selbstverwirklichende Entscheidung für einen anderen, sicher risikoreicheren, aber auch attraktiveren Lebensstil als den der Streber. In Deutschland haben einige Jugendliche weder Beruf noch Bildung vor sich, sie müssen finden und finden tatsächlich andere Verwirklichungsmuster des von den bildungsbürgerlichen Schichten seit den 50er Jahren übernommenen Bewährungsprogramms selbstverwirklichender, virtuoser (und darin berufsähnlicher) Lebensgestaltung (ausführlicher Behrens 1983).

Bourdieu – und ihn für Deutschland aufgreifend Michael Vester – haben Schichteinteilungen für Frankreich und Deutschland gefunden, die eine führende Oberschicht des konkurrierenden Bildungs- und Besitzbürgertums, eine sich nach oben und nach unten abgrenzenden Mitte der um ihre Autonomie bedachten respektablen Facharbeiter und Angestellten und eine Schicht der Prekären abgrenzt.

## *Intellektuelle als Gesundheitsapostel der Versittlichung des Volkes und der Herren*

Es ist leicht zu erkennen, welche Position dieses Panorama für die diätetischen Gesundheitsberufe bereithält. Es ist die Position der bildungsbürgerlichen und bildungsbürgerlich orientierten, sich durch Distinktion von den Massen wie vom Besitzbürgertum absetzenden kulturellen, pädagogischen, medizinischen, kirchlichen, naturwissenschaftlichen „organischen Intellektuellen“ (Gramsci), die ihre Bewährung in der Funktion finden: Das triebhafte, nicht langfristig denkende („hedonistische“) Volk und die ausbeuterischen, besitzenden Herren („führende Eliten“) müssen zu einem nachhaltigeren Umgang mit ihrem Leben und den natürlichen Ressourcen der Umwelt aufgerufen werden.

An dieser Position zeigt sich erneut sehr klar die Differenz des Systems der Krankenbehandlung und des System der pflegerisch-gesundheitsförderlichen Unterstützung: Während Krankenbehandlung einen Leidensdruck im Auftrag des Kranken lindern muss, ohne ihn unbedingt versittlichend zu belehren, ist im System der pflegerisch-gesundheitsförderlichen Unterstützung die präventive Versittlichung, die Hilfe zur Selbsthilfe, das entscheidende Element. Im Fall von Krankheit führt Leidensdruck zum Therapeuten in der Krise der eigenen Bewältigungsmöglichkeit des Lebens (Krank, vor Gericht). Es wird den Kranken eine vorübergehende Auszeit mit spezifischen Rechten und Pflichten des Kranken gewährt, in Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Patienten, nach der Behandlung nehmen sie ihr gewohntes Leben wieder auf, wenn auch vielleicht mit etwas mehr Vorsicht. Dagegen verlässt sich in der Gesundheitsförderung der Gesundheitsagent viel seltener darauf, dass der Klient kommt. Als „Gesundheitsapostel“ weist er viel häufiger (hier von uns unterstellt: völlig zutreffend) auf mangelnde Nachhaltigkeit der eigenen Lebensführung hin. Er versucht durch Überzeugungsarbeit Leidensdruck zu erzeugen, wo nicht genügend Leidensdruck da ist. Diese Position gefährdet tendenziell den Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Adressierten, die hier Tätigen werden von den Adressaten als „Gesundheitsapostel“ wahrgenommen.

Von ihnen setzt sich das skeptische, respektable Volk ab: autonomieorientiert, eigenverantwortliche Arbeiter und Angestellte, die ihre Identität in der Abgrenzung nach oben gegenüber den Gesundheitsaposteln, nach unten gegen die nicht mehr respektablen, resignierten, zur autonomen Lebensführung nicht mehr fähigen Prekären finden. Diese „Prekären“ sind für die mit methodischer Pflege ihrer Selbst und ihrer Umwelt um ihre Autonomie kämpfenden Mittelschichten der Angestellten, der Arbeiter und kleinen Selbständigen unerlässlich für ihren identitätsbildenden Abschluss nach unten. Ihr Zeithorizont ist kurz und wird durch demonstrative Unbesorgtheit überspielt. Es ist schwer, die Autonomie durch eine relativ feste Stelle in der

Stammebelegschaft, eine sichere Wohnung und unterstützungsfähige soziale Beziehungen zu erringen: die Hoffnung liegt im virtuoseren Hasard (Behrens 1984), im Spekulationsgewinn, in der guten Heirat, im Klientelismus. Das sich die Mittelschicht, das Bildungs- und das Besitzbürgertum von ihnen identitätsstiftend abgrenzt, heißt keineswegs, dass sie ihr Leben nicht beneiden: An einem Abend im Kneipenviertel versuchen sie die demonstrative Unbesorgtheit der Prekären zu teilen, traditionell als Studentenherrlichkeit gerahmt, mit dem Unterschied, dass diese am nächsten Morgen oder nach ein, zwei Jahren bei der Examensvorbereitung das Milieu verlassen können, jene nicht. Auch gehört, so die Befunde von Bourdieu und Vester, ein Spross des Bildungsbürgertums oder der Mittelschichten nicht schon dann zu diesen Prekären, wenn er arbeitslos wird und schließlich sein Recht auf Sozialhilfe wahrnimmt: Der Habitus ist familial vermittelt, nicht durch Einkommensverluste und Arbeitsmarktereignisse.

Daher ist jede pflegerische gesundheitsförderliche Unterstützung, jeder Rat gefährdet, als Rat vom Oben der volksversittlichenden Bildungsbürger nach unten anzukommen, als Besserwisserei und Bevormundung, als – bei allem Mitleid (wegen zu wenig Ressourcen) und aller weltverbessernden Programmatik – Verletzung des Stolzes durch Gesundheitsapostel. Gesundheitsförderung kann die krank machen, die ihren Forderungen nicht genügen können. Nicht die pädagogische Aufforderung zu einer einzelnen Verhaltensänderung, nicht die Bereitstellung von Ressourcen, sondern der respektierende Bezug auf den Habitus eröffnen Chancen.

So wird empirisch beschreibend – nicht erst normativ – der Unterschied zwischen *Gesundheitsaposteln* und *Professionen* pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung deutlich. Professionen unterscheiden sich von Gesundheitsaposteln durch ihren Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten. Sie verwechseln nicht externe und interne Evidence, sondern bauen mit ihren je einzigartigen Klienten aus deren je eigenen Erfahrungen interne Evidence auf und richten von dieser internen Evidence aus Fragen an die externe Evidence der Erfahrungen Dritter. Denn nur das ist das Neue an der weltgesellschaftlichen Computerkultur: Es stehen in einem nie zuvor gekannten Ausmaß (gefilterte) Berichte über Erfahrungen in allen Erdteilen im Netz, und Experten können sie nach vorgegebenen Kriterien in einem benchmarking ordnen (externe Evidence). Aber nur Professionen, die mit ihren Klienten zusammen interne Evidence zur Sprache bringen können, können sie mit ihren Klienten nutzen (Behrens 2005; Behrens/Langer 2010a, b). Das ist der Gegenstand des Kapitels „Soziologie der Pflege und Soziologie des Professions-Systems pflegerischer Unterstützung“ in diesem Band, während sich die Ergebnisse unseres SFB-Projekts zur sozialen Ungleichheit in und durch Pflege in der Liste der Projektpublikationen finden, zusammengefasst in Behrens 2008 und Behrens 2006.



## 7 Die „Gesellschaft der Individuen“ geht „in Rehabilitation“: Medizinische Rehabilitation in Zeiten der Individualisierung

*Andreas Weber, Johann Behrens*

„Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ ist das möglich in einer modernen, individualisierten Gesellschaft? Norbert Elias beschrieb schon 1939: „Jedermann weiß, was gemeint ist, wenn er das Wort „Gesellschaft“ hört, oder jedermann glaubt es wenigstens zu wissen. Ein Mensch gibt dieses Wort dem anderen weiter, wie eine Münze, deren Wert man kennt und deren Gehalt man nicht mehr zu prüfen braucht. Wenn dieser „Gesellschaft“ sagt und jener es aufnimmt, verstehen sie sich ohne weiteres. Aber verstehen wir uns wirklich? Die „Gesellschaft“ – man weiß es –, das sind wir alle miteinander, das sind viele Menschen zusammen. Aber viele Menschen zusammen bilden in Indien und China eine andere Art von Gesellschaft als in Amerika oder in England; die Gesellschaft, die viele einzelne Menschen in Europa während des 12. Jahrhunderts bildeten, war verschieden von der des 16. oder des 20. Jahrhunderts“ (Elias 2001/1939: 1). Die Welt in der wir heute leben ist vielfach beschrieben und je nach Standpunkt verortet worden (Schulze 1992; Beck 1986; Bell 1973; Meyer 2005; Gross 1994). Die Herauslösung aus bestehenden Strukturen und Bindungen hin zu einer größeren Selbstbestimmung als prozessuales Geschehen, insbesondere in der sich durch Industrialisierung modernisierenden westlichen Zivilisation, stellt eine Entwicklung dar, die von verschiedenen Autoren unterschiedlichster gedanklicher Herkunft als Individualisierung bezeichnet wird. Die Individualisierung und die soziologische Auseinandersetzung mit der „Individualisierungsthese“ hat die Soziologie teilweise sehr beschäftigt und auch „Klassiker“ wieder zu neuem Leben erweckt (vgl. z.B. Merz-Benz 2004; Kippele 1998; Junge 2002; Kron /Horacek 2009).<sup>1</sup> Ganze Stränge soziologischer Forschung, die sich mit der Lebenslaufforschung (vgl. beispielgebend Kohli 1988; Sackmann 2007; Heinz/Weymann/Huinink 2009) befassen, haben diesen Gedanken als Herausforderung bzw. nicht zu vernachlässigender Entwicklung Rechnung getragen. Dass Individualisierung ein Prozess ist, der immer wieder stattfindet, möglicherweise auch in Schüben, betont Norbert Elias: „Das Individuum ist ein Name mit einer Nummer, ein Steuerzahler oder je nachdem auch ein Hilfe oder schutzsuchender Mensch, dem die

---

1 Gerade was die so genannten soziologischen Klassiker angeht, kann die Darstellung von Kippele (1998) als im wahrsten Sinne des Wortes gegebener Antwortversuch auf die durch die Individualisierungsthese, wie sie von Beck und anderen Ende der 80er Jahre aufgeworfen wurde betrachtet werden.

Staatsbehörden Erfüllung gewähren müssen oder verweigern können. Aber obgleich der Staatsapparat auf diese Weise den einzelnen Menschen in ein Regelnetz einbettet, das im Großen und Ganzen für alle Staatsbürger gleich ist, sind es eben doch nicht die Menschen als Schwestern oder Onkel als Mitglieder eines Familienverbandes oder eines der anderen vorstaatlichen Integrationsformen, auf deren staatsbürgerliche Rechte und Pflichten sich die Organisation eines neuzeitlichen Staates bezieht, sondern die Menschen als Einzelne, als Individuen. Auf der bisher letzten Stufe der Entwicklung trägt der Prozess der Staatsbildung das Seine zu einem Schub der Massenindividualisierung bei“ (Elias 2001/1987: 242). Diese Sicht von Elias ist die aus seinem Figurationsbegriff abgeleitete Wir-Ich-Identität bzw. die Wir-Ich-Balance. Während die Ich-Identität die individuellen Merkmale, das Bewusstsein und die Gefühle des Einzelnen darstellen, ist die Wir-Ich-Identität die Vorstellung der gemeinsamen Gruppenmerkmale und die damit verbundenen Assoziationen und Gefühle. Bei der Wir-Ich-Balance hängt das Verhältnis von der Ich-Identität zur Wir-Identität davon ab, inwieweit die äußeren Umstände diese Balance schwanken bzw. das Pendel in eine spezifische Richtung ausschlagen lassen. Die Frage, wie die Wir-Ich-Balance sich erhalten kann bzw. welche Strukturen den Pendelausschlag in welche Richtung bewegen können, versucht er in seinem Beitrag „Gesellschaft der Individuen“ (Elias 2001/1987) zu verdeutlichen, nämlich dass Gesellschaft ein Prozess des „Werdens“ ist und dass auch die in ihr vorhandenen Individuen gleichsam wie Kinder erst in die entsprechende Struktur hineinwachsen und diese weiter formen müssen. Das diagnostizierte Ungleichgewicht zwischen Wir und Ich lässt aus der Wir-Ich-Balance eine Ich-Wir-Balance entstehen, wodurch die aus alten Gewissheiten herausgelösten Menschen zunächst ohne Bindungen – Dahrendorf würde hier vielleicht von Ligaturen sprechen – dastehen bzw. sich in einem neuen Gebäude erst einmal verorten müssen. Elias schreibt: „und das eigentümliche Kreuzgeflecht von Unabhängigkeit und Abhängigkeit, von der Notwendigkeit und der Möglichkeit, für sich selbst und allein zu entscheiden, und der Unmöglichkeit, für sich selbst oder allein zu entscheiden, von Selbstverantwortlichkeit und Gehorsam, kann erhebliche Spannungen hervorrufen. Hand in Hand mit dem Wunsch, etwas ganz für sich zu sein, dem die Gesellschaft der anderen als etwas Äußeres und Behinderndes gegenübertritt, geht oft der Wunsch einher, ganz innerhalb seiner Gesellschaft zu stehen“ (Elias 2001/1987: 204). Treibel (2008: 100) erklärt also folgerichtig: „die Figurations- und Prozesstheorie ist eine Theorie der Machtbeziehungen“. Wenn vieles wechsel- und auswechselbar ist, wenn Fremdregulierung zunehmend durch Selbstregulierung abgelöst wird, wenn Entscheidungsspielräume wachsen, wenn psychische (Ehrenberg 2004) und soziale Sicherheiten ebenfalls nicht mehr so „sicher“ sind, wenn das „Herausgelöst werden“ aus bestimmten integrativen Lebenszusammenhängen, die Tatsache, dass alles was immer sicher war, nun auf einmal zumindest auch

brüchig sein könnte oder ist, dann erfordert dies auch eine Art des „Zurückgeben von Sicherheit, von Gewissheit.“

Die Ergebnisse einer Befragung der verschiedenen am Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall beteiligten Akteure zeigten, „dass Individualisierung oder individuelle Passfähigkeit in den Programmen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall wohl zu finden sind, im Gesamtverlauf der Rehabilitation (Anschlussrehabilitation und weitere Nachsorge) jedoch selten, mitunter fast zufällig erscheinen. Stattdessen reagieren die Akteure der Versorgung auf die Herausforderungen der Rückgewinnung von Partizipationsstörungen weitgehend mit Standardprogrammen oder auch Versorgungsabbrüchen. Dieser Widerspruch zwischen explizit gesehenen Notwendigkeiten einerseits und institutionellen Praktiken und tatsächlichen Handlungen andererseits geht darauf zurück, dass jede Einrichtung nur für einen begrenzten Abschnitt im Behandlungsnetz zuständig ist. Diese institutionellen Praktiken prägen die Handlungen mehr als die gesellschaftlichen, professionellen und individuellen Selbstbeschreibungen. Unsere Forschungen zur betroffenen Perspektive von Patienten und Rehabilitanden nach einem Schlaganfall zeigen, dass vor allem die Phase, die nach der Anschlussrehabilitation (also die weitere „Nachsorge“) und die mögliche Rückkehr ins Alltags- und auch Arbeitsleben in Deutschland durch ein sehr uneinheitliches Bild gekennzeichnet sind“ (Zimmermann/Behrens 2008: 342). Best (2004: 16-18) hält zu Recht fest, dass die Folgen von Handlungen, mit denen Menschen Problemen begegnen zu neuen Problemen führen, die nach neuen Antworten verlangen und somit als „Challenges zweiter Ordnung“ zu bezeichnen sind. Challenges sollten aber immer auch als Herausforderung über die Zeit hinweg betrachtet werden, denn der Wechsel von zuständigen Akteuren kann die Sicht auf das „große Ganze“, d.h. auf gesellschaftliche Strukturen und die Macht- und Herrschaftsstrukturen (und seien es die „Deutungshoheiten“) „vernebeln“. Die Differenzierung, die Individualisierung und die Transformation von Gesellschaften kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass historisch bedingte Prozesse bzw. spezifische Machtkonstellationen dazu beigetragen haben, dass im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und Absicherung Konstellationen und Strukturen entstanden sind, die jenseits der funktionalen Betrachtung bis heute die gesundheitliche Versorgung und die Institutionen des Gesundheitssystems nachhaltig prägen (Rosewitz/Webber 1990; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992). Dass sich soziales Handeln zu bestimmten Formen, Funktionen im jeweiligen Selbstverständnis oder der alltäglichen Arbeit und Profession ausdifferenziert und damit neue soziale Probleme schafft, welche Fragen nach den Perspektiven der Sozialintegration aufwerfen – eben wie Best (2004) schreibt „challenges zweiter Ordnung“ – bedarf einer sozialwissenschaftlichen Analyse, jenseits der reinen ökonomischen Kostenminimierungsdiskussion im Gesundheitssystem.

Das Therapiegesehen in der Anschlussrehabilitation – hier nach Schlaganfall<sup>2</sup>– ist ein bedeutendes Forschungsfeld im Bereich medizin- und gesundheitssoziologischer Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation im Bereich medizin- und gesundheitssoziologischer Forschung. Dazu zählt nicht nur die direkte rehabilitative Versorgung nach dem Akutereignis, sondern auch die weitere rehabilitative Versorgung und die Nachsorge. Dies ist deshalb für den Gesamtzusammenhang der Darstellung so wichtig, weil die Rehabilitation und die Rehabilitationsnachsorge oft darüber entscheiden, ob und inwieweit Chancen für chronisch kranke und durch Akutereignisse behinderte Menschen Perspektiven im Leben eröffnet oder erhalten werden können. Methodisch wurden verschiedene Datenquellen wie Routinedaten der Rentenversicherungsträger<sup>3</sup> genutzt.

Individualisierung oder individuelle Passfähigkeit ist in den Programmen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall nicht generell zu finden. Oft dominieren noch Standardprogramme, obwohl die Therapeuten und Kliniker die individuellen Ansprüche hierzu in ihren expliziten Handlungsorientierungen durchaus betonen. Dieser Widerspruch zwischen explizit gesehenen Notwendigkeiten einerseits und institutionellen Praktiken sowie tatsächlichen Handlungen andererseits geht darauf zurück, dass jede Einrichtung nur für einen begrenzten Abschnitt im Behandlungsnetz zuständig ist. Auch sind je nach Ziel der Rehabilitation andere Einrichtungen und Finanzierungsträger (z.B. Krankenversicherung vs. Rentenversicherung) zuständig.

Für den einzelnen betroffenen Patienten bedeutet dies, seine Bedürfnisse und Anrechte einzufordern, denn die individuell abgestimmten Therapie- und Interventionsmodule ermöglichen erst „Teilhabe“ bzw. die Chancen auf Teilhabe. Dabei werden bisher die spezifischen individuellen Bedarfe, die über funktionale Verbesserungen hinausgehen, wie Sorgen über die Fortsetzung der beruflichen Laufbahn oder die Befürchtung, den Verpflichtungen gegenüber der Familie nicht gerecht werden zu können oder bestimmten identitätsstärkenden Tätigkeiten nicht mehr nachgehen zu können, nur teilweise berücksichtigt. Über die Anschlussrehabilitation wissen Betroffene zu berichten, dass zwar Absprachen über den Therapieplan stattfinden, aber keine Planung der weiteren Zukunft bzw. dessen, was mit und nach der Rehabilitation erreicht werden kann und soll. Betrachtet man die bisherigen Forschungsarbeiten in diesem Kontext, ist zu konstatieren, dass die bearbei-

---

2 Das Teilprojekt C5 des SFB 580 untersuchte mit seinem Thema „Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung – Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation und Pflege im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien“ die (langfristigen) Verläufe nach dem Ereignis eines Schlaganfalls mit dem Ziel, Prädiktoren für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall zu finden.

3 vgl. hierzu Klosterhuis (2000)

tete Fragestellung zu Individualisierung und Differenzierung rehabilitativer Leistungen im Kontext eines kontinuierlichen Rehabilitationsprozesses. Alleinstellungsmerkmale aufweist. So sind andere Forschungsaktivitäten entweder im engeren medizinischen Kontext angesiedelt und/oder beschäftigen sich mit Fragen der Wirksamkeit therapeutischer Leistungen innerhalb stationärer Rehabilitationsmaßnahmen (u.a. Capito 2004; Liepert 2006; Mehrholz 2006; Seitz und Bütetisch 2006; Siekierka-Kleiser et al. 2006; Weller et al. 2006). Forschungsarbeiten verweisen zum Teil auch mit längsschnittlicher Perspektive auf Bruchstellen innerhalb des Rehabilitationsprozesses (Becker et al. 2006). Institutionelle (Leistungsträgerseite) und individuelle (Unterstützungsnetzwerke) Bruchstellen selbst wurden als besondere Aspekte der Rehabilitation bisher weniger berücksichtigt (u. a. Becker et al. 2006; Wiesemann et al. 2004). Darüber hinaus nehmen Langzeitstudien zu Krankheits- bzw. Behandlungsverläufen (u. a. im Rahmen von Schlaganfallregistern) zu, die sich jedoch weitgehend auf kürzere und mittelfristige Verläufe nahezu ausschließlich eng an der institutionalisierten Versorgung der Akut- und Rehabilitationsklinik und gesundheitsökonomischer Fragestellung konzentrieren (u. a. Kolominsky-Rabas 2006; Rossnagel et al. 2005; Ward et al. 2005). Aus bisherigen Forschungsarbeiten wurde auch deutlich, dass die eigentliche Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall vielfach nicht in der direkten Anschlussrehabilitation erfolgt oder abgeschlossen ist, sondern im weiteren Verlauf bis zu einer Dauer von fünf und mehr Jahren sich stetig entwickeln kann. Allerdings bleibt diese Betreuung über fünf und mehr Jahre weitgehend der individuellen Integrationskompetenz der Rehabilitanden und ihrer Aktivität überlassen.

Die nachfolgende Darstellung gibt auf Grundlage von Daten von 4705 Patienten aus vier Bundesländern (Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Thüringen) nach einem Schlaganfallereignis in den Jahren 1996 bis 2006 einen Überblick über die bedarfsgerechte, evidenzbasierte und individuelle Gestaltung der medizinischen (Anschluss-)Rehabilitation nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. Die ausgewerteten Daten sind Routinedaten der Rentenversicherungen und beinhalten neben Patientencharakteristika insbesondere die Codes der verordneten therapeutischen Leistung nach der Klassifikation Therapeutischer Leistung (KTL).

Der hier nachzuziehenden Frage der bedarfsgerechten und individuellen Versorgung kann anhand der KTL und den differenzierten Schlaganfalldiagnosen einen wichtigen Aufschluss über differenzierte Interventionen liefern.

## 7.1 Material und Methode

Zur Analyse der therapeutischen Leistungen findet die von Schönle et al. (2004) vorgeschlagene Methode Anwendung. Diese wurde ursprünglich im Rahmen des von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) initiierten Leitlinienprogramms, das auf die Entwicklung von evidenzbasierten S-3-Leitlinien für die Rehabilitation abzielte, entwickelt. Auf der Grundlage einer systematischen Recherche und Analyse der wissenschaftlichen Literatur der Jahre 1988 bis 2002 wurden für die rehabilitative Versorgung von Patienten nach Schlaganfall acht evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) gebildet, in denen verschiedene therapeutische Verfahren mit dem gleichen Therapieziel aggregiert wurden. Sie wurden um fünf praxisbasierte Module (PTM) (vgl. Tab. 7.1) ergänzt, um so die gesamte Breite der Rehabilitation nach Schlaganfall erfassen zu können. Den Therapiemodulen wurden die in der KTL dokumentierten Leistungen (Version: KTL 2000) der Schlaganfallrehabilitation bei BfA-Patienten zugeordnet. Insgesamt wurden die Datensätze von 8876 Patienten der BfA aus den Jahren 2001 und 2002 ausgewertet.

*Tabelle 7.1: Evidenz und praxisbasierte Therapiemodule; in Klammern ist die Anzahl der jeweils aggregierten KTL-Codes angegeben (Schönle et al. 2004)*

<b>Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM)</b>	<b>Praxisbezogene Therapiemodule (PTM)</b>
1 Motorisches Training (77)	1 Krankheitsbewältigung (4)
2 Schmerzlinderung (77)	2 Motivationsförderung (11)
3 Ausdauertraining (64)	3 Ernährungsschule (13)
4 Alltagstraining (86)	4 Klinische Sozialarbeit (57)
5 Hirnleistungstraining (18)	5 Komorbidität (73)
6 Kommunikationstraining (6)	
7 Kompetenztraining (20)	
8 Stressbewältigungstraining (17)	

Die so gewonnenen Ergebnisse decken sich weitgehend mit den Resultaten von Schönle et al. (2004). So stimmen z.B. die am häufigsten verordneten Leistungen in allen ETMs überein.

In Tabelle 7.2 sind die 10 häufigsten Leistungseinheiten in den einzelnen PTMs zusammengestellt.

Tabelle 7.2: Pareto-Liste Die wichtigsten Eigenschaften der praxisbasierten Module mit den 10 meistgenannten Leistungseinheiten: A = Anzahl Codes im Therapiemodul, B = Code (Typ: KTL 2000), C = Beschreibung, D = Anteil des dokumentierten Codes innerhalb des Therapiemoduls, E = Anzahl insgesamt dokumentierter Codes im Therapiemodul, F = Anteil der gelisteten Codes an den Codes insgesamt.

	Krankheitsbewältigung	Motivationsförderung	Ernährungs-schulung	Klinische-Sozialarbeit	Konkretität
1	A 4	B 11	B 13	B 57	B 73
B	p01	k51	k02	g70	k14
C	Einzelberatung therapeutischer Leistung	Vortrag: Gesundheits-information	Ernährungsberatung einzeln	Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	Rückenschule
D	87,10%	30,20%	49,90%	20,00%	11,70%
2	B	p11	k03	h01	b31
C	Diagnosebezogene Gruppenarbeit sonstige Gruppenarbeit	Vortrag: Krankheitsinformation	Ernährungsberatung in der Gruppe	Sozialrechtliche Beratung	Begleitende Krankengymnastik, Gruppe, 30 min, Wirbelsäule
D	6,70%	18,30%	23,90%	16,60%	9,30%
3	B	p02	k04	h01	k52
C	Beratung von Patienten und Angehörigen	Gespräche mit Patienten und Partner	Schulungsbüffet, Frühstücksbüffet	Sozialrechtliche Beratung, sonstige Fragen	Vortrag Krankheitsinformation KHK u.a.
D	4,80%	9,30%	9,80%	7,90%	6,40%
4	B	p11	k12	h21	k43
C	Diagnosebezogene Gruppenarbeit	Vortrag: Krankheitsinformation, sonstige Themen	Patientenschulung als Lehrküche praktisch o.n.A.	Organisation weitergehender Maßnahmen, sonstige weitergehender Maßnahmen	Seminar Koronare Herzkrankheit, Infarkt, Bypass, PTCA
D	1,30%	9,20%	9,10%	5,50%	6,30%
5	B	k46	k12	h11	l24
C	Seminar: Aktiv Gesundheit fördern	Seminar: Aktiv Gesundheit fördern	Patientenschulung als Lehrküche praktisch „Gesunde Ernährung“	Beratung zur beruflichen Rehabilitation (Rehabilitationsberatung)	Manuelle Lymphdrainage
D		8,20%	3,40%	4,80%	6,20%

<b>6</b>	k53.10 Vortrag: Rehabilitation, Einführung in die Rehabilitation	k13 Schulungsbuffet	m21.99 Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion sonstige	k13.10 Indikationsspezifische Krankengymnastik, Gruppe, 30 min, Wirbelsäule
	7,20%	2,60%	4,60%	5,70%
<b>7</b>	k53.20 Vortrag: Rehabilitation, Abschlussgedanken zur Rehabilitation	k12.40 Patientenschulung Lehrküche praktisch, Reduktionskost	h21 Organisation weitergehender Maßnahmen	e02 Inhalation - druckunterstützt mit Iohne Medikament
	5,30%	0,50%	3,90%	4,30%
<b>8</b>	k11 Patientenschulung zur Motivationsförderung	k13.20 Schulungsbuffet Abendbuffet	h01.10 Sozialrechtliche Beratung Berufliche Situation	k52.70 Vortrag Krankheits- information Suchtinformation
	4,50%	0,30%	3,80%	4,10%
<b>9</b>	k53.99 Vortrag: Rehabilitation, sonstige Vorträge	k12.20 Patientenschulung Lehrküche praktisch, Übungsstunde	h01.60 Sozialrechtliche Beratung, Nachteilsausgleich bei Behinderung	k41 Seminar Stoffwechsel- störungen
	4,00%	0,20%	3,20%	4,00%
<b>10</b>	k53 Vortrag Rehabilitation o.n.A.,	k12.50 Patientenschulung Lehrküche praktisch, Diabetiker	h01.50 Sozialrechtliche Beratung, Klärung rechtlicher Fragen	k17.00 Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ II Diabetiker
	3,90%	0,20%	2,70%	3,90%
	9.138	2.541	9.932	3.503
	1.841			
	100,00%	99,90%	74,00%	61,90%

Aus dem Gesamtdatensatz einer Stichprobe aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) wurden diejenigen Fälle ausgewählt, die einen der folgenden ICD-9 bzw. ICD 10-Codes als Hauptdiagnose für eine medizinische Rehabilitation aufwiesen:

*Tabelle 7.3: ICD-Code „Schlaganfall“*

**ICD 9**

430	Subarachnoidalblutung
431	Intrazerebrale Hämorrhagie
432	Sonstige und n.n.bez. intrakranielle Blutungen
434	Verschluss zerebraler Arterien
436	Akute, aber mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten

**ICD 10**

I60	Subarachnoidalblutung
I61	Intrazerebrale Blutung
I63	Hirnfarkt
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Insgesamt wurden so die Datensätze von 4705 Patienten aus den Jahren 1996-2006 mit 85.256 gültigen KTL-Kodes und 1.735.968 Terminen ausgewählt. Nachfolgende Tabelle stellt die wesentlichen Charakteristika der Patienten dar.

*Tabelle 7.4: Charakteristika der Patienten, n=4705*

<b>Alter (Mittelwert, Std.abw. in Jahren)</b>	<b>50,9 (7,9)</b>
<b>Geschlecht</b>	
Weiblich	47,4%
Männlich	52,6%
<b>Bundesland des Wohnortes</b>	
Schleswig-Holstein	14,2%
Baden Württemberg	54,5%
Sachsen-Anhalt	16,4%
Thüringen	14,9%
<b>Anzahl der Begleitdiagnosen</b>	
Keine	5,9%
Eine	14,5%
Zwei	20,4%
Drei	22,4%
Vier	36,8%
<b>ICD-Kode</b>	
430	0,7%
431	0,8%
434	1,2%
436	3,3%
I60	11,2%
I61	10,2%
I63	66,5%
I64	6,0%

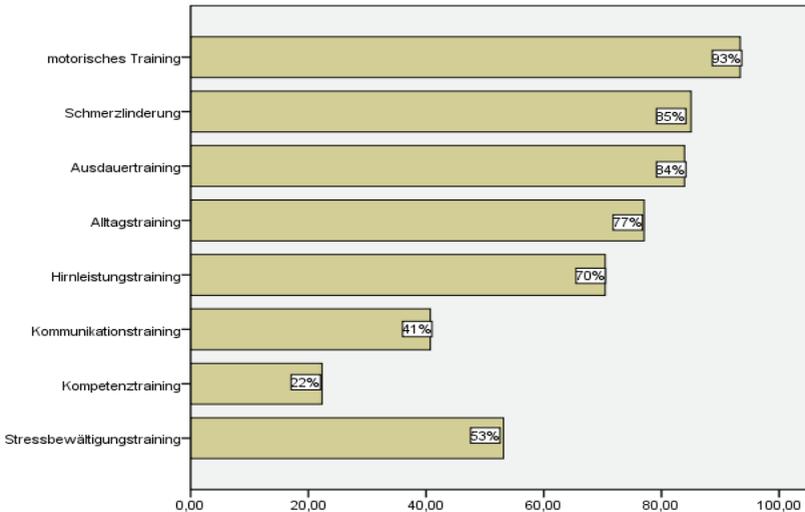
## 7.2 Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten lag bei 50,9 Jahren (Standardabweichung 7,9 Jahre), 52,6% waren Männer. Mit 54,5% hatten über die Hälfte der Rehabilitanden ihren Wohnort in Baden-Württemberg, 16,4% kamen aus Sachsen-Anhalt, 14,9% aus Thüringen und 14,2% aus Schleswig-Holstein. Aus den Daten kann allerdings nicht ermittelt werden, zu welchem Zeitpunkt diese Zuordnung vorgenommen wurde.

In Bezug auf die ICD10-Hauptdiagnosen zeigte sich, dass 66,5% der Schlaganfälle auf einen ischämischen Hirninfarkt (I63), 11,2% auf eine Subarachnoidalblutung (I60) und 10,2% auf eine intrazerebrale Blutung (I61) zurückzuführen sind. 6,0% der Patienten hatten einen Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet. Es ist festzustellen, dass fast alle Patienten weitere Begleitdiagnosen aufwiesen, so dass die Frage nach der Multimorbidität eindeutig positiv zu beantworten ist.

In Abbildung 7.1 ist die Anzahl der Patienten in % dargestellt, die mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen evidenzbasierten Modul erhalten haben. „Motorisches Training“ erhielten 93% aller Patienten, „Ausdauertraining“ 84%, „Alltagstraining“ 77%. Dadurch wird deutlich, dass auch hier wie bei den Ergebnissen von Schönle et al. (2004) Therapiemodule zur Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen. Am seltensten erhielten die Patienten Leistungen aus dem Modul „Kompetenztraining“.

Abbildung 7.1: Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben (Angaben in %, n=4705) (Quelle: eigene Darstellung)

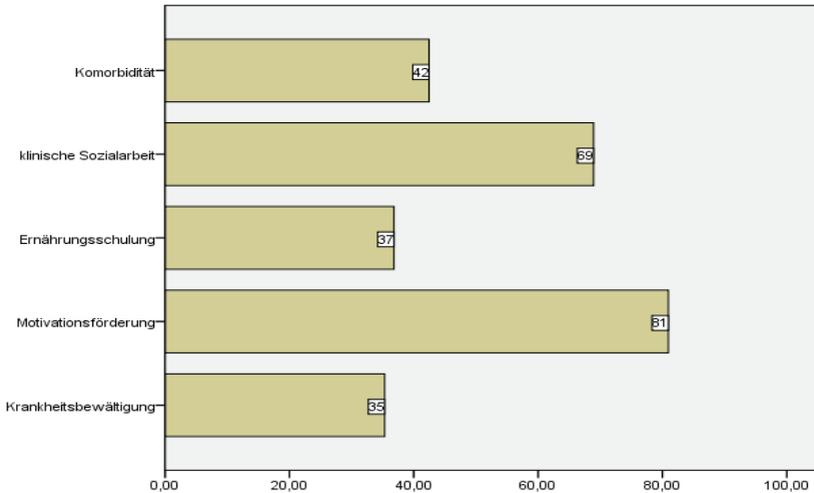


Praxisbasierte Therapiemodule, die mit mindestens einer Leistung Anwendung fanden, finden sich in Abbildung 7.2.

Dabei erhielten 81% der Patienten „Motivationsförderung“, 69% fielen in das PTM „Klinische Sozialarbeit“. Nur 35% der Untersuchten erhielten Leistungen aus dem Bereich der „Krankheitsbewältigung“. Ähnliche Ergeb-

nisse zu den Häufigkeiten der PTMs ergaben sich bei den Analysen von Schönle et al. (2004).

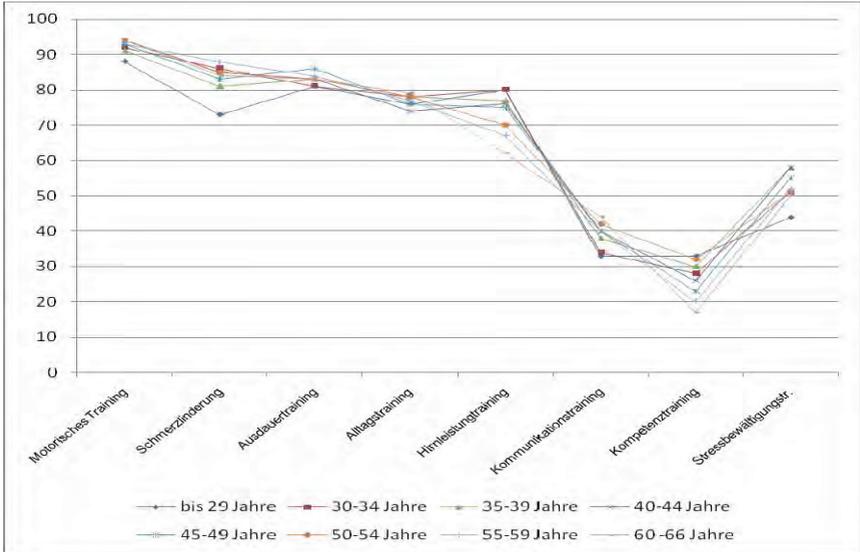
Abbildung 7.2: Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der PTM erhalten haben (Angaben in %, n=4705) (Quelle: eigene Darstellung)



### 7.3 Analyse der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM)

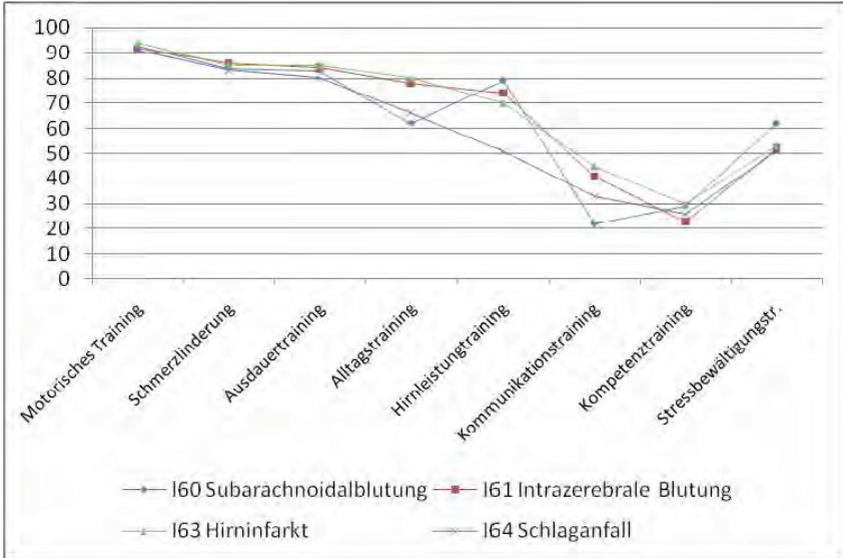
Die Inanspruchnahme der evidenzbasierten Therapiemodule nach Altersgruppen ist in Abbildung 7.3 dargestellt. Es zeigt sich, dass (bis auf Schmerzlinderung bei der jüngsten Altersgruppe) in den motorikbezogenen ETM's die Verteilung der Inanspruchnahme ähnlich ist. Auch diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit denen von Schönle et al. (2004)

Abbildung 7.3: Inanspruchnahme der evidenzbasierten Therapiemodule nach verschiedenen Altersgruppen (n=4705); Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben. (Quelle: eigene Darstellung)



Betrachtet man die evidenzbasierten Therapiemodule nach den vier Diagnosegruppen (vgl. Abbildung 7.4), so weist die Gruppe der Patienten mit einer Subarachnoidalblutung (I60) das auffälligste Therapieprofil auf. Diese hat im Vergleich zu den anderen Gruppen die geringsten Werte im ETM „Alltagstraining“ und ETM „Kommunikationstraining“, die höchsten Werte im ETM „Hirnleistungstraining“. Dies lässt sich nach Schönle et al. (2004) dadurch erklären, dass bei einer Subarachnoidalblutung kaum Sprachstörungen, dafür aber häufig komplexe kognitive und behaviorale Störungen auftreten.

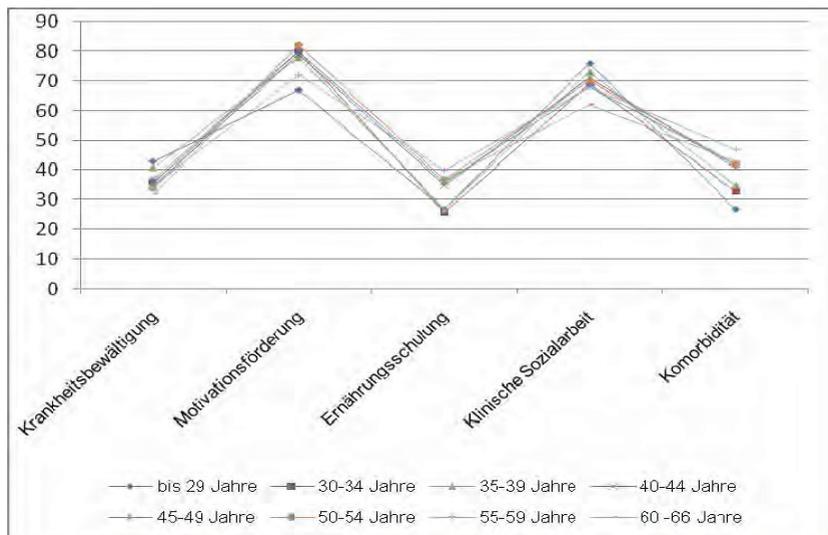
Abbildung 7.4: Inanspruchnahme der evidenzbasierten Therapiemodule nach den vier häufigsten Diagnosegruppen; Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben. (Quelle: eigene Darstellung)



## 7.4 Analyse der praxisbasierten Therapiemodule (PTM)

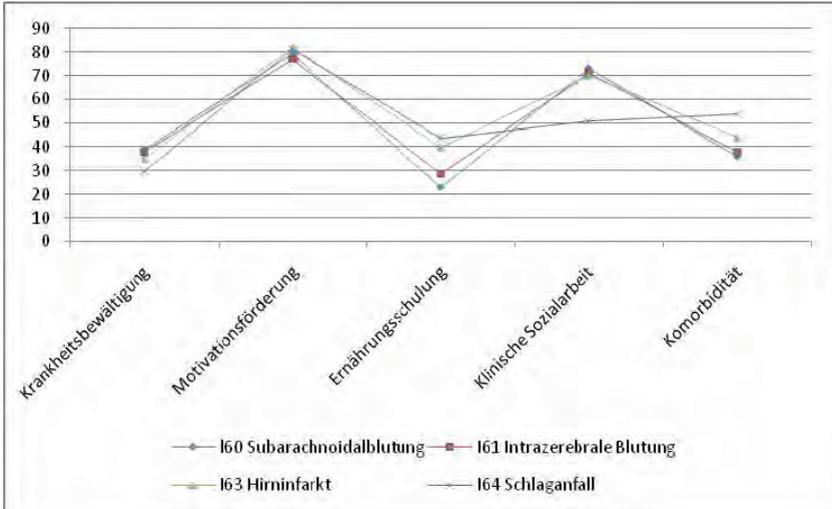
Die Inanspruchnahme der praxisbasierten Therapiemodule nach Altersgruppen ist in Abbildung 7.5 dargestellt. Es zeigt sich, dass über alle Altersgruppen hinweg die Therapiemodule „Motivationsförderung“ und „Klinische Sozialarbeit“ am häufigsten verordnet werden. Ferner lassen sich auch Unterschiede in den Altersgruppen beschreiben. So wird z. B. mit zunehmendem Alter das Modul „Komorbidität“ wichtiger, beim Modul „Klinische Sozialarbeit“ lässt sich ein umgekehrter Trend feststellen. Dabei ist unklar, warum mit steigendem Alter die klinische Sozialarbeit weniger wichtig werden soll.

Abbildung 7.5: Inanspruchnahme der praxisbasierten Therapiemodule nach verschiedenen Altersgruppen (n=4705); Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben. (Quelle: eigene Darstellung)



Die Deskription der praxisbasierten Therapiemodule nach Diagnosegruppen findet sich in Abbildung 7.6. Auch hier spielen die Module „Motivationsförderung“ und „Klinische Sozialarbeit“ die wichtigste Rolle bei allen Indikationen. Auffallend ist allerdings der niedrige Wert der Patienten mit einem Schlaganfall (I64)- Diagnose bei der klinischen Sozialarbeit. Worauf dieser zurückzuführen ist, ist nicht ganz klar. Zwar stellt diese Gruppe die ältesten Patienten, aber der Altersunterschied und die Verteilung unterscheidet sich nicht deutlich von den Patienten mit einer Hirninfarkt (I63) -Diagnose.

Abbildung 7.6: Inanspruchnahme der praxisbasierten Therapiemodule nach den vier häufigsten Diagnosegruppen; Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben (Quelle: eigene Darstellung)



## 7.5 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Großteil der Patienten an vielen verschiedenen Therapiemodulen teilnimmt (im Durchschnitt an 7,9 Modulen). Damit wird die Breite der Rehabilitation nach Schlaganfall deutlich. Dass sich sowohl anhand der ICD Ziffern als auch der Altersgruppen Unterschiede in der Therapigestaltung zeigen, sollte grundsätzlich für eine differenzierte, an die individuelle Bedarfslage angepasste Rehabilitation sprechen. Dabei sind die Unterschiede nach Altersgruppen differenziert zu bewerten. Dass bei älteren Patienten das Problem der Komorbidität an Gewicht gewinnt und dementsprechend das Therapieregime ausgerichtet wird, ist leicht einzusehen. Dass die Bedeutung der klinischen Sozialarbeit mit höherem Alter zurückgeht, kann mit der geringeren Bedeutung der weiteren Erwerbskarriere zusammenhängen, scheint jedoch angesichts der Verlängerung der Lebensarbeitszeit hinterfragbar.

Wie bei den Analysen von Schönle et al. (2004) zeigte sich, dass den evidenzbasierten Therapiemodulen besonders die Therapiemodule zur Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen, während bei den praxisbasierten Therapiemodulen besonders häufig die Module zur Motivationsförderung und der klinischen Sozialarbeit zur Anwendung kommen.

Im Hinblick auf die sogenannte Nachsorge ist dies deshalb von Interesse, weil in diesen beiden Modulen sich Leistungen finden, die sich mit der Zeit nach der Rehabilitation wie z.B. „Organisation weitergehender Maßnahmen“ befassen. Diese nehmen allerdings in ihren Modulen keinen allzu großen Anteil ein, so dass hier vermutlich noch ein Mehrbedarf vorhanden wäre. Ein Ergebnis, welches sich mit den bisherigen Arbeiten deckt, die gerade die Kontinuität des Rehabilitationsprozesses analysieren. Wie anfangs dargestellt endet der Rehabilitationsprozess nicht mit der Anschlussrehabilitation, sondern ist als Geschehen zu verstehen, das bis zu 5 oder 10 Jahren, mitunter bis ans Lebensende andauern kann.

Die Analysen bestätigen Erwartungen an ein individualisiertes und bedarfsorientiertes Rehabilitationsgeschehen, welches den Versicherten nicht immer in dieser Form angeboten wurde. Dies ist zunächst positiv im Sinne der Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu deuten. Sie lassen aber Fragen nach der Qualität bzw. dem Grad der Orientierung an individuellen Bedarfen offen. Dies liegt nicht allein an der beobachteten Therapiegestaltung, sondern auch an der Datenlage selbst. So fehlt der Zusammenhang zwischen Rehabilitationsbedarf, Therapiegestaltung und Outcome der Maßnahmen. Bereits die Darstellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs benötigt differenziertere Angaben zu allen Ebenen der ICF und nicht nur die Diagnoseziffer. Ein anderer Aspekt ist die Selektivität der Stichprobe, die nur Versicherte der Rentenversicherungen umfasst, die eine positive Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit im Sinne des Auftrags der Rentenversicherungen aufweisen. Dies bedeutet, dass Rehabilitanden ohne diese Voraussetzungen maximal im Rahmen der Rehabilitationsmöglichkeiten des SGB V versorgt werden.

Die Probleme der betroffenen Menschen sind schon deshalb gesellschaftliche Herausforderungen, weil sie die bisher üblichen Bewältigungsmuster in Frage stellen und als kontextuelle „Dauerkrisen“ wahrgenommen werden.

Der hier schon aufgezeigte und sich abzeichnende Wandel hin zu differenzierten und trägerübergreifenden Therapieregimen geht auch darauf zurück, dass Experten im Bereich der Rehabilitation sich bereits seit einigen Jahren<sup>4</sup> in einem abgestimmten Qualitätssicherungsprogramm nicht nur der Qualität und Evidenz der erbrachten Leistungen widmen, sondern auch allen individuellen Anrechten und Ansprüchen mit zum Durchbruch verhelfen wollen. So gesehen konnte bei aller Einschränkung dieser Studie dargestellt

---

4 Auch als Perspektiven rehabilitationswissenschaftlicher Forschung (vgl. Rische 1998)

werden, dass sich für die betroffenen Patienten trotz weiterhin bestehender Macht- und Abhängigkeitskonstellationen manches innerhalb der Rehabilitation im Sinne der Flexibilisierung und Individualisierung verbessert hat.

Die Rehabilitation selbst für Patienten einer Indikationsgruppe wird und kann es nicht geben, dass Bewusstsein aber „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“, hat den langen Marsch durch die Institutionen der Krankenbehandlung zunehmend und scheinbar unumkehrbar angetreten, muss aber im Sinne der selbstbestimmten Partizipation immer wieder aufs Neue eingefordert werden. Die gesellschaftliche Bewältigung von Gesundheitsproblemen durch Rehabilitation ist immer eine Antwort auf individuelle Krankheitsverläufe und Lebensentwürfe, in welcher der Selbstbestimmung des Patienten immer wieder neu Rechnung zu tragen ist und die selbstbestimmte Teilhabe oberstes Ziel bleibt.

## 8 International vergleichende Analyse von Leitlinien zur Rehabilitation nach Schlaganfall – als Strategien der Unterfütterung alltäglicher, professionell an je einzigartigen Patienten orientierter Pflege mit externer Evidence

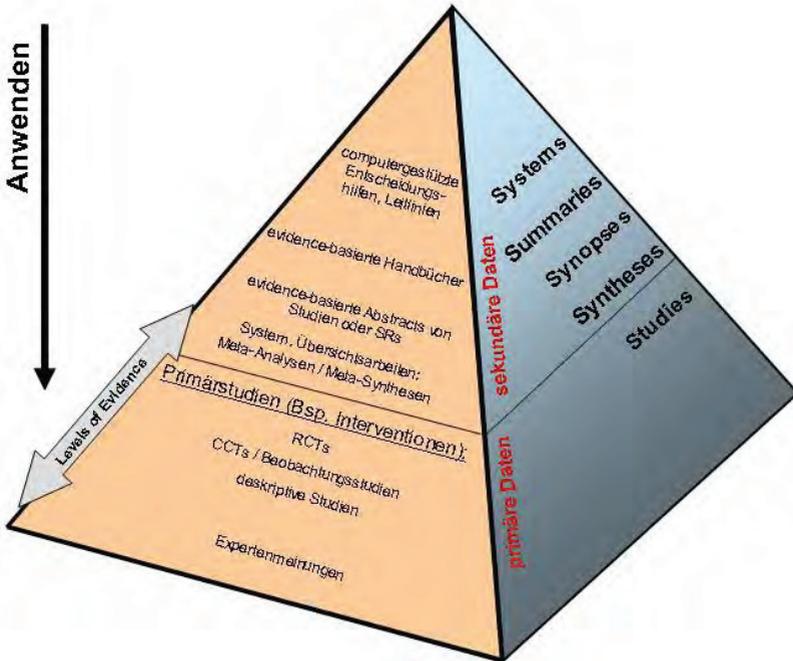
*Almuth Berg, Steffen Fleischer, Andreas Weber, Gero Langer, Johann Behrens*

Die Novellierung der beiden Pflegeberufsgesetze sowie die im Pflegeweiterentwicklungsgesetz festgeschriebene Entwicklung und Implementierung von Expertenstandards bilden mehrheitlich den aktuellen Stand der Evidence-basierung für die deutsche Pflege. Die begleitende Diskussion über eine evidencebasierte Praxis im Generellen (Behrens 2010; Behrens/Langer 2010) und über methodische Aspekte evidencebasierter Standards und Leitlinien in der Pflege und ihre Entwicklungsmöglichkeiten im Speziellen (Meyer et al. 2006) kann hierbei insgesamt als positiv bewertet werden. Für die Pflege- und Gesundheitswissenschaft stellt sich die Aufgabe, konkrete Umsetzungs-konzepte zu entwickeln, aber auch Strategien vorzuschlagen, die den Prozess der Evidencebasierung darüber hinaus unterstützen können. Dieser Aufgabe fühlt sich auch der SFB 580 mit dem Teilprojekt C5 verpflichtet, da sich hierin die Professionalisierung der Pflege als selbstreferentielles System und auch generelle Entwicklungen des Gesundheitssystems in einem Subsystem widerspiegeln.

Dem Grundgedanken des S-Hierarchie-Modells der Forschungsevidence – *studies, syntheses, synopses, summaries* und *systems* (Behrens/Langer 2010; Dicenso et al., 2009; Haynes 2007) – entsprechend, stellt die Anwendung aufbereiteten Wissens (pre-appraised evidence) im Rahmen von Bestrebungen der Evidencebasierung generell die sicherste und ressourcenfreundlichste Methode dar (siehe auch Abbildung 8.1).

Die Spitze der Pyramide bilden systematisch entwickelte Leitlinien, wobei der Erstellungsprozess unabhängig und transparent erfolgen sollte. Laut Europarat kann dann, „wenn eine Leitlinie mithilfe gründlicher und explizit beschriebener Literaturrecherchen erstellt wurde und ihre Schlussfolgerungen und Empfehlungen sich nachvollziehbar auf die gefundenen Daten stützen, (...) der Inhalt der Leitlinie an eine neue Umgebung angepasst werden, anstatt zeitraubende wissenschaftliche Arbeiten zu wiederholen“ (Europarat 2001: 27).

Abbildung 8.1: Evidence-Pyramide am Beispiel von Interventionsfragestellungen (Quelle: modifiziert und erweitert nach Ciliska, 2005; Guyatt et al., 2002; Harbour & Miller, 2001; Haynes, 2007; McKibbin et al., 1999, Behrens & Langer 2010)



## 8.1 Terminologie

Allerdings herrscht hinsichtlich der Verwendung der Begriffe (Pfleger-) Standards, Leitlinien und Richtlinien in der *deutschen Pflegeliteratur* kein Konsens, sondern eine „Beliebigkeit in Gebrauch, Definition und Ausgestaltung“ (Bölicke 2001: 99) bzw. eine „babylonische Sprachverwirrung“ (Trede 1997: 262).

Generell beinhalten sie als Instrumente professioneller Normsetzung Anforderungen an die Qualität pflegerischen Handelns entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Praxis. Sie dienen so als Orientierungs- und Entscheidungshilfen für die pflegerische Praxis und bieten Kriterien für deren Evaluation (vgl. auch Bartholomeyczik 2002). Entsprechend dem jeweiligen Kontext des verwendeten Begriffes ist die Intention, Reichweite und Verbindlichkeit jeweils im speziellen Fall abzugrenzen.

Orientiert an der *internationalen pflegerischen* Terminologie, insbesondere den Definitionen der American Nurses Association (ANA), schlägt Bölicke (2001) deshalb die Differenzierung drei verschiedener Instrumente für die deutsche Pflege vor:

*Standards* bzw. Richtlinien („Normen“): besitzen die größte Reichweite und sind allgemein formuliert;

*(Praxis-)Leitlinien* (practice guidelines): beziehen sich auf spezielle klinische Probleme, dienen dabei als Entscheidungshilfe und haben eine geringere Reichweite;

*Standardpflegepläne*: gelten für die Pflege von Klienten einer bestimmten Einrichtung und werden bisher häufig mit dem Begriff „Standard“ assoziiert (Bölicke 2001: 97ff.).

Dieser Ansatz ist weitgehend vereinbar mit den im *medizinischen* Bereich verwendeten Begrifflichkeiten. Dort sind Leitlinien (guidelines) definiert als systematisch entwickelte Empfehlungen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung über zweckdienliche Maßnahmen bei speziellen gesundheitlichen Problemen (vgl. AWMF 2004; BÄK/KBV 1997). Im Gegensatz dazu stellen – im deutschen und europäischen Sprachraum – Richtlinien (directives) verbindliche Handlungsregeln von Institutionen dar; im amerikanischen Sprachgebrauch werden allerdings auch Richtlinien als „guidelines“ bezeichnet und nicht bezüglich der Verbindlichkeit unterschieden (AWMF 2004; BÄK/KBV 1997).

## **8.2 (Internationale) Qualitätsanforderungen an Leitlinien**

Um die Qualität von Leitlinien bei ihrer Erstellung optimieren sowie bei vorliegenden Leitlinien einschätzen zu können, existieren nationale sowie internationale Instrumente, Schemata und Ausführungen zur Qualitätsbeurteilung von Leitlinien sowie zu Prinzipien systematischer Leitlinienentwicklung (AGREE Collaboration 2002; AWMF/ÄZQ - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001; AWMF/ÄZQ - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2008; ÄZQ - Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, 1999; BÄK/KBV - Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung 1997; Behrens/Langer 2010; GRADE Working Group 2004; Kunz et al. 2007; Ollenschläger et al. 2000; Oxman et al. 2006). Die wichtigsten Kriterien sind, gegliedert nach den acht Domänen des aktuellen, an das internationale AGREE-Instrument angelehnte, Deutschen Instrumentes zur me-

thodischen Leitlinien-Bewertung - DELBI (AWMF/ÄZQ 2008) im Folgenden auf dieser Grundlage zusammenfassend dargestellt.

### *Geltungsbereich und Zweck*

In der Leitlinie sollte konkret dargestellt sein, welches Gesundheitsproblem die Leitlinie thematisiert und welche Zielgruppe sie fokussiert. Darüber hinaus sollten die Gründe bzw. die Absichten der Leitlinienentwicklung dargelegt sein.

### *Beteiligung von Interessengruppen*

Die Zusammensetzung des Leitlinien-Gremiums kann die Erstellung und die Ergebnisse einer Leitlinie maßgeblich beeinflussen. Aus diesem Grund ist es wichtig, abzuschätzen, inwiefern bestimmte Gruppen, die das Thema der Leitlinie betreffen würde, nicht im Gremium oder andere Gruppen zu stark vertreten waren und ob dies einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben könnte.

Es sollte beschrieben sein, ob die Empfehlungen der Leitlinie in einem Pilotversuch überprüft wurden und bestätigt werden konnten.

### *Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung*

Wichtige Fragen der Leitlinienentwicklung sollten gleich zu Beginn einer kritischen Beurteilung eingeschätzt und beantwortet werden. Von besonderem Interesse sind hierbei die Integration von Forschungsergebnissen und die Art und Weise der Konsentierung. Grundsätzlich können Leitlinien entweder evidence-basiert sein oder auf reinen Expertenmeinungen beruhen. Häufig kommen diese beiden Möglichkeiten jedoch in Mischformen vor, wenn zum Beispiel zu bestimmten Aspekten und Fragestellungen der Leitlinie noch keine Forschungsergebnisse vorliegen oder die bestehenden Forschungsarbeiten einer abschließenden Klärung nicht genügen. Die Art der Konsentierung gibt Aufschluss über das Verfahren zur Auswahl der Leitlinienempfehlungen. Je formalisierter dieses ist, umso weniger ist davon auszugehen, dass ein Bias auf Grund der Konsentierung besteht. Wenn eine Bias-Diskussion durchgeführt wurde, fällt die Einschätzung der Ergebnisse wesentlich leichter, ansonsten muss dies abschließend vom Leser oder Nutzer vollzogen werden.

Die Methoden zur Identifizierung der Evidence müssen nachvollziehbar dargestellt sein. Es gelten analog zu Meta-Analysen die entsprechenden Kriterien der Glaubwürdigkeit und Angemessenheit, zum Beispiel hinsichtlich

der Datenquellen (Publikationsbias). Ebenso sollten Güte und Aussagekraft (Evidence-Niveau) der eingeschlossenen Publikationen entsprechend der Beurteilung von Meta-Analysen einschätzbar und nachvollziehbar sein.

Um beurteilen zu können, wie die Leitlinienempfehlungen letztendlich ausgewählt wurden, sollten die Methoden, die zur Auswahl der Empfehlungen angewendet wurden, und das Verfahren zur Konsentierung beschrieben sein.

Um die einzelnen Aussagen und Empfehlungen der Leitlinie auf einen Blick einschätzen zu können, sollten diese mit Evidence-Einschätzungen (bei einigen Leitlinien in Form von Empfehlungsklassen) auf Basis der eingeschlossenen Primärarbeiten verknüpft sein. Von Vorteil ist hier im Sinne der Nachvollziehbarkeit eine Angabe der Literaturstellen.

Um den Gültigkeitsanspruch einer Leitlinie zu erhöhen, können zusätzlich zu den Mitgliedern des Gremiums externe unabhängige Experten zu Rate gezogen werden. Diese externe Validierung der Leitlinie stellt dann eine zusätzliche Qualitätskontrolle der Leitlinienempfehlungen dar. Der Inhalt der Leitlinie sollte auch vor dem Hintergrund bereits bestehender oder früherer Leitlinien dargestellt sein und mit ihnen in Einklang stehen, Widersprüche müssen begründet sein.

Die Aktualität von Leitlinien und deren Datenquellen stellt ein potentielles Problem dar. So kann entweder die Leitlinie selber nicht mehr aktuell sein oder die verwendeten Datenquellen sind bereits veraltet und entsprechen nicht mehr dem neuesten Stand der Forschung. Um die Aktualität von Leitlinien gewährleisten zu können, ist eine Überarbeitung der Leitlinie in einem Abstand von zwei (bis fünf) Jahren notwendig. Ältere Leitlinien sind als nicht mehr gültig zu betrachten.

### *Klarheit und Gestaltung*

Im Idealfall sind die empfohlenen Vorgehensweisen im Vergleich zu Alternativen dargestellt. Ebenso sollten klare Entscheidungskriterien für oder gegen die Auswahl der Vorgehensweisen angegeben sein.

Für eine praktikable Handhabung der Leitlinie ist es wichtig, dass die Empfehlungen übersichtlich dargestellt sind und in kurzer nachvollziehbarer Form, zum Beispiel einem Algorithmus, präsentiert werden.

### *Generelle Anwendbarkeit*

Voraussehbare Hindernisse für eine Umsetzung und Möglichkeiten zu ihrer Bewältigung sollten realistisch eingeschätzt werden.

Eine Abwägung möglicher negativer Effekte wie Kosten, Nebenwirkungen oder Risiken mit dem zu erwartenden Nutzen sollte eine positive Entscheidung für die vorgeschlagene Vorgehensweise ergeben.

### *Redaktionelle Unabhängigkeit*

Die Entwicklung von Leitlinien ist mit erheblichem personellem, zeitlichem und somit auch finanziellem Aufwand verbunden. Es gilt zu klären, ob die Interessen des Finanziers möglicherweise Einfluss auf die Ergebnisse der Leitlinie hatten. Oftmals ist dies jedoch nicht zweifelsfrei festzustellen.

### *Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem*

Um die Empfehlungen der Leitlinie anwenden zu können, sollte das in der Leitlinie thematisierte Gesundheitsproblem und ihre damit verbundene Zielstellung mit dem eigenen Handlungsziel identisch sein. Entsprechen meine Patienten der in der Leitlinie fokussierten Zielgruppe oder gibt es grundlegende Unterschiede in wichtigen Merkmalen? Besteht ein zwingender Grund, weshalb ich die Empfehlungen der Leitlinie bei meinen Patienten nicht anwenden sollte?

Neben diesen klassischen Kriterien der Übertragbarkeit auf die eigene Situation gilt es noch, die ökonomischen, pädagogischen und möglicherweise administrativen Bedingungen, die mit einer Implementierung verbunden wären, zu prüfen.

Darüber hinaus muss erkennbar sein, welche Maßnahmen als unbedingt notwendig und welche als obsolet zu betrachten sind. Es ist einzuschätzen, welche Relevanz die Zielgrößen für die Patienten und die Praxis haben.

Es ist zu prüfen, ob wichtige aktuelle Entwicklungen in der Leitlinie berücksichtigt wurden. So können neue Technologien etwa noch nicht ausreichend erforscht sein, eine eventuelle Überlegenheit oder Unterlegenheit kann sich aber bereits andeuten.

Vor allem bei komplexen Vorgehensweisen ist das Vorhandensein eines Implementierungsplanes von Vorteil. Dieser kann sich auf verschiedene Ebenen (Mikro-, Meso- oder Makroebene) des Gesundheitssystems beziehen. Neben konkreten Implementierungsschritten und -hilfen sollten auch Auditkriterien angegeben sein, anhand derer der Grad der Umsetzung ausgewertet werden kann.

## *Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien*

Bei Verwendung existierender Leitlinien sollten diese systematisch recherchiert, transparent und begründet ausgewählt sowie auf ihre Qualität geprüft worden sein. Gegebenenfalls müssen auch systematische Aktualisierungsrecherchen zu den Quelleitlinien durchgeführt worden sein.

### **8.3 Exemplarische Analyse internationaler Leitlinien zur Schlaganfallrehabilitation**

#### *Zielstellung*

Ausgehend vom Grundgedanken der Unterstützung einer Evidencebasierung der Praxis über die Anwendung existierender, qualitativ hochwertiger Leitlinien (hinsichtlich der Entwicklung eigener Leitlinien und/oder der Übernahme von Leitlinienempfehlungen) wurde exemplarisch eine Analyse internationaler Leitlinien zur rehabilitativen Versorgung nach Schlaganfall vorgenommen.

#### *Methodisches Vorgehen*

Dazu wurde sowohl in nationalen als auch internationalen Leitlinien-Datenbanken systematisch recherchiert:

- Guidelines International Network (G-I-N): <http://www.g-i-n.net>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – National Guideline Clearinghouse (NGC): <http://www.guideline.gov>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: <http://www.leitlinien.de>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): <http://www.awmf.org/leitlinien.html>

Ergänzend wurde eine Handsuche durchgeführt. Lediglich Leitlinien, die vor dem Jahr 2000 publiziert waren, wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

## Ergebnisse

Insgesamt konnten 16 Leitlinien aus acht Ländern identifiziert werden (siehe Tabelle 8.1), wobei englischsprachige Länder eindeutig überwiegen. Zudem befinden sich 2 Leitlinien noch im Entwicklungsprozess.

*Tabelle 8.1: Überblick: identifizierte Leitlinien (N=18)*

<b>Deutschland:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2006<sup>1</sup> in Überarbeitung</li><li>- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin / Deutsche Gesellschaft für Geriatrie / Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2007<sup>2</sup> in Überarbeitung</li><li>- DGNR - Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation, 2009<sup>3</sup></li><li>- DRV - Deutsche Rentenversicherung, 2011<sup>4</sup></li><li>- DGNR - Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation, 2012<sup>5</sup> in Entwicklung</li></ul>
<b>Schweden:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Socialstyrelsen, 2009<sup>6</sup></li></ul>
<b>Norwegen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Helsedirektoratet, 2010<sup>7</sup></li></ul>
<b>Niederlande:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- KNGF – Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2006<sup>8</sup></li></ul>
<b>United Kingdom:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008<sup>9</sup></li><li>- SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010a<sup>10</sup></li><li>- SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010b<sup>11</sup></li><li>- NCGCACC - National Clinical Guidelines Centre for Acute and Chronic Conditions, 2012<sup>12</sup> in Entwicklung</li></ul>
<b>USA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- AOTA - American Occupational Therapy Association, 2008<sup>13</sup></li><li>- VA/DoD - Department of Veterans Affairs and The Department of Defense, 2010<sup>14</sup></li><li>- AMDA - American Medical Directors Association, 2011<sup>15</sup></li><li>- ACOEM - American College of Occupational and Environmental Medicine, 2011<sup>16</sup></li></ul>
<b>Kanada:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Canadian Stroke Strategy, 2010<sup>17</sup></li></ul>
<b>Australien:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- National Stroke Foundation, 2010<sup>18</sup></li></ul>

Trotz der Fokussierung der Recherche auf Leitlinien zur Rehabilitation nach Schlaganfall zeigten die Gültigkeitsbereiche eine große Variabilität. Der weitaus größte Teil der gefundenen Leitlinien bezog sich ausschließlich auf das Geschehen der Rehabilitation nach Schlaganfall<sup>2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16</sup> und lässt sich auch noch weiter differenzieren: Beschränkung auf bestimmte Phasen der Rehabilitation<sup>4, 15</sup> oder Bezug nur auf spezifische Problematiken wie zum Beispiel Dysphagien<sup>2, 11</sup> oder die Therapie der oberen Extremitäten<sup>3, 8, 13, 16</sup>. Demgegenüber stehen aber auch Leitlinien, die sich auf den gesamten Prozess der Schlaganfallversorgung von der Prävention über die Diagnose des akuten Ereignisses bis zur Langzeitversorgung<sup>1, 6, 7, 17, 18</sup> beziehen.

Insgesamt wurden multiprofessionelle Ansätze bei der Entwicklung, der Evaluierung und der Zielgruppenauswahl bevorzugt. Dies spiegelt auch die wie bei kaum einem anderen Krankheitsbild vorhandene durchgängige Involviertheit des gesamten multiprofessionellen Teams in den Phasen der Rehabilitation nach einem Schlaganfall wider. Ausnahmen bilden hier insbesondere spezifische Leitlinien therapeutischer Berufe, die ausgewählte Therapieformen thematisieren<sup>3, 8, 13, 16</sup>.

Obwohl alle eingeschlossenen Leitlinien in ihrer Methodik evidencebasiert vorzugehen behaupten, kann hier ein breites Spektrum an Ansätzen beobachtet werden.

Bis zu dem Schritt der systematischen Literaturrecherche stimmen die Methoden zumeist überein, wobei graduelle Unterschiede bestehen. Teilweise finden sprachliche Einschränkungen (zum Beispiel nur englische Publikationen<sup>14</sup>) oder auch datenbankspezifische Limitierungen statt (zum Beispiel nur Recherche in Medline und der Cochrane Library<sup>1</sup>).

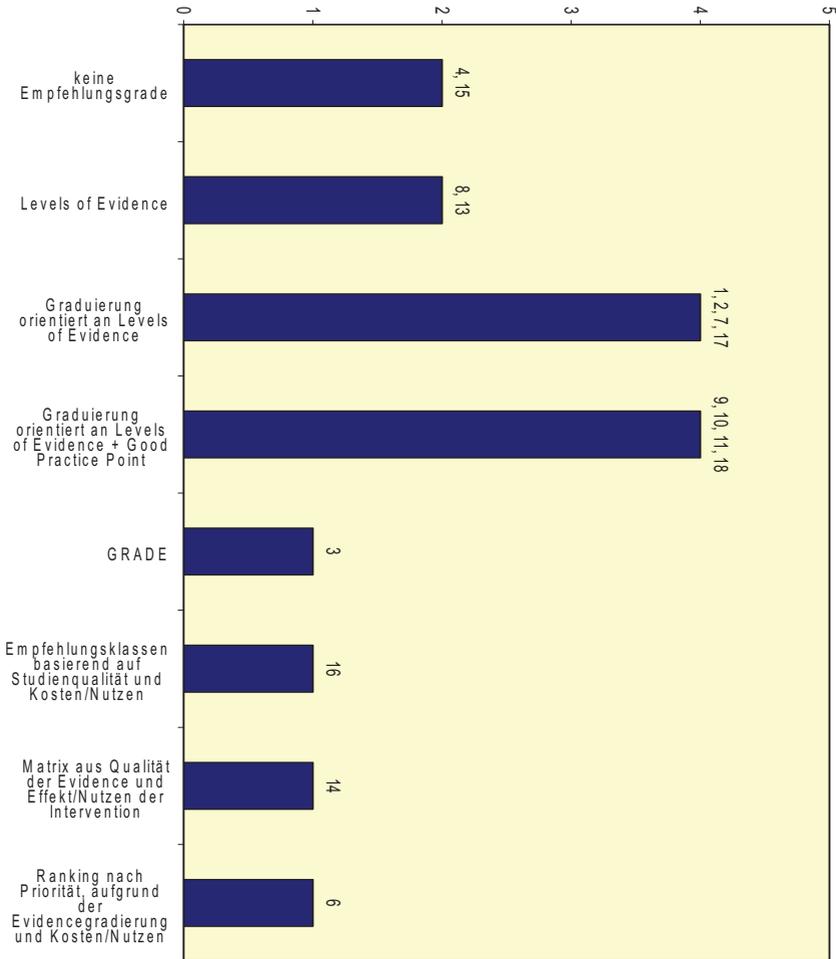
Nur bei wenigen Leitlinien ist die Methodik der verwendeten Evidencebasierung nicht nachvollziehbar beschrieben<sup>4, 13, 15</sup>.

Für einen schnellen und praktikablen Überblick über die Leitlinieninhalte wird die Darstellung und Zusammenfassung in Form von Algorithmen empfohlen. Ein Großteil der Leitlinien der Stichprobe verwendete diese Präsentationsform nicht, allerdings erscheint es hinsichtlich der Komplexität des Rehabilitationsprozesses nach einem Schlaganfall auch schwierig umsetzbar. Leitlinien mit einem Algorithmus<sup>2, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17</sup> fokussierten entweder auf ein sehr spezielles Themengebiet oder die Algorithmen waren eher abstrakt gehalten, so dass ihnen kaum handlungsunterstützender Wert beigemessen werden kann.

Der Forderung nach einer unabhängigen Erstellung von Leitlinien wurde überwiegend entsprochen. Eine Leitlinie wurde vom Kostenträger in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften entwickelt<sup>4</sup>, diese soll aber laut Kostenträger auch nur als Ergänzung zu den Leitlinien der Fachgesellschaften verstanden werden. Eine weitere Leitlinie wurde mit privatwirtschaftlicher Unterstützung<sup>2</sup> entwickelt. Überwiegend wurden die Leitlinien jedoch öffentlich finanziert<sup>1, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18</sup> und bei einigen wurde die

Entwicklung auch finanziell vollständig von den Fachgesellschaften getragen bzw. ehrenamtlich von den Leitlinienentwicklern erbracht<sup>3, 5, 8, 13, 15, 16</sup>.

Abbildung 8.2: Graduierung der Empfehlungen (Quelle: eigene Darstellung)



Die Leitlinienempfehlungen geben ein typisches Bild der gängigen Systeme wieder: Während einige gar keine Empfehlungen aussprechen<sup>4,15</sup>, orientiert sich der überwiegende Teil an den konventionellen Levels of Evidence und der damit verbundenen Bewertung der internen Validität der eingeschlossenen Studien. Ein zurzeit noch sehr geringer Anteil wählt einen mehrdimensionalen Ansatz, der auch die Relevanz möglichen Nutzens und assoziierter Kosten berücksichtigt<sup>6, 14, 16</sup> (Abbildung 8.2).

Einzig der Ansatz der Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung (2011) erscheint äußerst fragwürdig, der als Empfehlungen die Umsetzungshäufigkeit einzelner mit hoher externer Evidence belegter Interventionen enthält.

## 8.4 Fazit

Die Nutzung von Leitlinien als konkretes Umsetzungskonzept und unterstützende Strategie zur Evidencebasierung der Praxis stellt auf nationaler und internationaler Ebene ein probates Mittel dar. Für die Güte einer Leitlinie sind, worin die in Behrens (2010: Schritte 5 und 6) und in Behrens/Langer (2010: Kapitel 1 und 2) zusammengefasste internationale Diskussion inzwischen übereinstimmt, die methodische Nachvollziehbarkeit und eine breite Basis synthetisierter externer Evidence entscheidend. Eine Leitlinie, die ohne diese Nachvollziehbarkeit der herangezogenen externen Evidence lediglich ihre Empfehlungen klar darstellt (wie früher in Lehr- und Handbüchern sowie Heften für die Kitteltasche üblich), ist deswegen ungenügend und sogar gefährlich, weil eine Leitlinie niemals die richtige Handlung im Einzelfall vorgeben kann. Statistisch ist der Schluss von einer Häufigkeit in einer Population auf den Einzelfall – man mag das bedauern – nicht möglich. Für die Entscheidung im Einzelfall ist daher immer die klärende Begegnung zwischen einzigartigen Patienten und Professionsangehörigen nötig, um interne Evidence für die individuelle Indikation aufzubauen und dafür die geeignete externe Evidence zu nutzen. Die Professionsangehörigen müssen also bei Leitlinienempfehlungen die externe Evidence identifizieren können, auf der die Empfehlung basiert. Sonst können sie gar nicht beurteilen, ob die Ergebnisse überhaupt für ihren Fall relevant sind. Für die Professionsbildung der Pflege sind gute Leitlinien ein wichtiges Hilfsmittel – aber dass Pflege- und Therapieberufe sowie die ärztlichen Berufe Professionen geworden sind, zeigt sich erst in ihrer alltäglichen Fähigkeit, gemeinsam mit ihren je einzigartigen Patienten interne Evidence für deren Teilhabewünsche aufzubauen – und dafür externe Evidence nutzen zu können, wie im Kapitel „Inkludierende individuelle Indikation und die handlungswissenschaftliche Rationalisie-

rungsstrategie der Evidencebasierung: Jedem nach seinen Bedürfnissen“ in diesem Buch beschrieben.

Die hier als Beispiele angeführten Leitlinien genügen in einem hohen Maße den Ansprüchen einer systematischen Leitlinienentwicklung und der geforderten Aktualität. Einschränkend muss angemerkt werden, dass der Themenkomplex Rehabilitation nach Schlaganfall nur schwer in kurzen Übersichten dargestellt werden kann, dies zeigt insbesondere der Status der Darstellung als Algorithmus in den eingeschlossenen Leitlinien.

Das Vorliegen aufbereiteter externer Evidence allein sagt jedoch noch nichts über die tatsächliche Evidencebasierung klinischer Praxis aus, das heißt tatsächliches evidencebasiertes Handeln. Auch muss, wie gezeigt, für jede Indikation die interne Evidence aufgebaut werden. Sie ist unabdingbar für die klinische Entscheidungsfindung gemeinsam mit dem individuellen Patienten (Behrens 2010; Behrens/Langer 2010).

## 9 Pflege im Kontext von Differenzierungsprozessen im System der Krankenbehandlung

*Markus Zimmermann, Anja Bathe, Johann Behrens*

### 9.1 Einleitung

Die Professionalisierungsdebatte innerhalb der Pflege macht die Ansprüche eines eigenständigen Gegenstandsbereiches deutlich, der Konsequenzen in Ausbildung, gesellschaftlicher Anerkennung und Entscheidungsbeteiligung bei Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems nach sich zieht. Pflegewissenschaft und -forschung etablieren sich nach und nach in den verschiedenen Ländern. Dazu gehören auch Bemühungen, mit Reflexivität die Funktionen und damit die Problemlösungskompetenzen der Pflege zu erfassen und zu beschreiben.

Diese Reflexivitätsentwicklung in der „Pflege“ lassen sich als Transformationen im System der Krankenbehandlung verstehen und bedeuten sowohl sekundäre Differenzierungsentwicklungen als auch als implizite und explizierte Selbst- und Fremdbeobachtungen bzw. -steuerungsversuche.

Hohm (2002) und Behrens (2005) haben zuletzt aus (system-)theoretischer Perspektive sowohl anhand Alltagssemantik (Behrens) als auch anhand der Entwicklung der deutschen Pflege (Hohm) versucht zu zeigen, dass sich die Pflege als ein eigenständiges Funktionssystem innerhalb des Medizinsystems ausdifferenziert und neben anderen gesellschaftlichen Systemen wie Recht, Wirtschaft, usw. etabliert hat. In diesem Zusammenhang zeigt er u.a., welche Bedingungen für die Ausdifferenzierung einer pflegespezifischen Kommunikation ausschlaggebend sind. Nach seinen Ausführungen beginnt sie, wenn das Ungepflegtsein des Körpers einer Person als einen Pflegebedarf beobachtet wird, der durch Krankheit, Unfall oder Behinderung entstanden ist. Dieser wird dann durch das Pflegesystem kompensiert.

Die pflegerische Praxis zeigt sich hingegen komplexer. Augenfällig wird besonders in der Krankenhauspflege, dass Pflegenden innerhalb ihres Tätigkeitsspektrums Assistenz- und Hilfsfunktionen für die medizinische Diagnostik und Therapie übernehmen. Nun stellt sich nicht alles, was Pflegenden tun, als pflegespezifische Kommunikation dar. Die verschiedenen Kontexte wie das Krankenhaus oder ein ambulanter Pflegedienst erfordern immer auch organisationsspezifische Kommunikationen. Dazu kommt, dass die Anstrengungen, die Pflege als einen eigenständigen Beruf bzw. Profession zu be-

gründen, auch dadurch gezeichnet sind, sich von der Medizin abzugrenzen und als eigenständige Leitprofession zu etablieren. Die Aufgaben der (professionellen) Pflege müssen in ihrer Pflegespezifität begründet werden. Um die Pflegespezifität der oben genannten Assistenz Tätigkeiten für die Medizin zu untersuchen, können Selbstbeschreibungen der Pflege herangezogen werden. Selbstbeschreibungen sind systemspezifische Reflexionen, in denen es sich ein System selber beobachtet oder, salopp gesagt, Gedanken über sich selbst als System macht.

In dieser Arbeit soll ausgehend von dem Vorschlag Hohms, die Pflege als ein sich etablierendes Funktionssystem zu beschreiben, die ausschließliche Orientierung am Pflegebedarf des Patienten als Anschlusswert für die Ausdifferenzierung pflegespezifischer Kommunikation noch einmal hinterfragt werden. Dazu werden Selbstbeschreibungen der Pflege, in den letzten 50 Jahren entwickelte Pflege Theorien und -modelle, herangezogen. Die Forschungsfrage lautet somit: Sind die von Hohm genannten Bedingungen des Feststellens von Pflegebedarf beim Patienten als Voraussetzungen für die Ausdifferenzierung einer pflegespezifischen Kommunikation ausreichend beschrieben? Diese Bedingungen werden zusammengefasst durch den binären Code, an dem sich ein Funktionssystem orientiert.

Die Arbeit gliedert sich in drei Teile: Nach einer kurzen Einführung in das systemtheoretische Verständnis, das sich an Niklas Luhmann orientiert und auf das diese Arbeit beruht, werden systemtheoretische Analysen des hier interessierenden gesellschaftlichen Bereichs, das Gesundheitssystem und das Pflegesystem, vorgestellt. Im zweiten Teil werden der Verlauf der Pflege Theorieentwicklung und einige Modelle dargelegt. Der dritte Teil diskutiert basierend auf den beiden vorangegangenen Abschnitten die Forschungsfrage.

## 9.2 Soziale Systeme

Die funktionalistische Systemtheorie von Luhmann nimmt soziale Vorgänge auf eine völlig neue Art in den Blick. Seine Analysen verweisen auf eine radikale Änderung des bisherigen Verständnisses, sie eröffnen dadurch neue Zugänge zu Problemstellungen und kritisieren bisher selbstverständlich verwendete Begriffe und Auffassungen. Er hat umfangreiche gesellschaftstheoretische Analysen der großen Systeme vorgelegt, z.B. zum politischen, wirtschaftlichen, Familien- und auch zum Gesundheitssystem, dass er als Krankenbehandlungssystem konstituiert.

Innerhalb des Gesundheitssystems gibt es in den letzten Jahrzehnten verstärkte Bemühungen der Pflege, durch Professionalisierungsstrategien eigenes Wissen zu definieren und gesellschaftliche Anerkennung zu erhalten. Dieser Prozess ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich weit fortgeschrit-

ten; er begann mit der Akademisierung der Pflege in Amerika zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Pflegewissenschaft als eigenständige Disziplin formiert sich dann in den 1950er Jahren in Amerika. In den Folgejahren setzt eine Theorieentwicklung ein, beide Prozesse steigern sich gegenseitig.

Mit Hohm (2002) liegt der Versuch einer funktionalen Analyse der Pflege vor. Seine Argumentation zeigt die Pflege auf dem Weg der Ausdifferenzierung zu einem sekundären Gesellschaftssystem. Bevor diese Entwicklung nachvollzogen wird, sollen allgemeine Merkmale einer Theorie sozialer Systeme skizziert werden. Darauf folgt eine kurze Kennzeichnung der modernen Gesellschaft als einem Systemtyp. Luhmann führt 1983 erstmals Überlegungen zu einem System der Krankenbehandlung, später nennt er es auch Medizinsystem (1990a), aus. Die Besonderheiten dieses gesellschaftlichen Funktionssystems sollen dargestellt werden. Eine systematische Analyse des Gesundheitssystems nimmt Bauch vor, sie soll im Anschluss an Luhmann's Diskussionen skizziert werden. Nachfolgend wird die Pflege als ein Funktionssystem nach dem Vorschlag von Hohm charakterisiert.

### *Die Theorie sozialer Systeme*

Die Systemtheorie von Luhmann begreift Systeme als geschlossen und selbstreferentiell. Das heißt, sie produzieren ihre eigenen Elemente, die sie zu ihrem Fortbestehen benötigen, selbst und sind dabei nicht auf ihre Umwelt angewiesen. Die Elemente entstehen wieder aus Elementen, Systeme operieren also rekursiv. In diesem Sinne sind sie geschlossen, auf der Ebene der elementaren Operation ist kein Umweltkontakt möglich.

Durch die operative Geschlossenheit grenzen sich die Systeme also zur Umwelt ab. Der entscheidende Unterschied zwischen System und Umwelt besteht in dem Komplexitätsgefälle. Auf die höhere Komplexität der Umwelt antwortet das System mit selektiver Auswahl von deren Möglichkeiten unter dem Gesichtspunkt der Anschlussfähigkeit seiner Operation und erhält und stabilisiert so die Differenz zwischen beiden und damit letztlich sich selbst. Diese „Produktion des Systems durch sich selber“ fasst Luhmann auch unter dem Begriff Autopoiesis (1997: 97).

Der für alle sozialen Systeme vorhandene Modus der Komplexitätsreduktion ist Sinn. Er bezeichnet die Differenz von Aktualität und Möglichkeit, „erscheint in der Form eines Überschusses von Verweisungen auf weitere Möglichkeiten des Erlebens und Handelns.“ (ebd.: 93) Das System wählt aus einer Vielzahl von Möglichkeiten (Komplexität) eine aus, die anderen potentiellen Optionen treten in den Hintergrund. Damit legt es bestimmte Anschlussentscheidungen fest. Sinn stellt für soziale Systeme also die Art der Verarbeitung von Umweltkomplexität dar. Gleichzeitig ist er die Bedingung der Offenheit sozialer Systeme nach außen: alle Möglichkeiten in der Um-

welt sind potentiell anschlussfähig, ausgewählt werden sie einzig durch die Kategorie Sinn.

Sinn kann in drei Dimensionen dekomponiert werden. Die Sachdimension behandelt die Themen sinnhafter Kommunikation; die Zeitdimension unterscheidet vorher und nachher; die Sozialdimension betrifft alter Ego. Alle drei Dimensionen treten nur miteinander kombiniert auf.

Um die Verfügbarkeit von Sinn zu gewährleisten, werden Ereignisse generalisiert. Tritt eine Situation zu einem späteren Zeitpunkt in ähnlicher Weise noch einmal auf, weiß man, mit welchen Konsequenzen (zumindest teilweise) zu rechnen ist. Auf Grund dieser symbolischen Generalisierung von Gegebenheiten bilden sich Erwartungen heraus, durch die der hohe Verweisungsüberschuss von Sinn eingeschränkt werden kann.

### *Gesellschaft als soziales System*

Luhmann kennzeichnet die heutige, moderne Gesellschaft als funktional differenziert (1997: 743ff.). Diese Form der Differenzierung ist das Ergebnis des Umgangs mit immer größer werdender Komplexität innerhalb des sozialen Systems Gesellschaft. Darauf antwortet das System mit interner Ausdifferenzierung neuer Systeme. Das Differenzschema der heutigen gesellschaftlichen Teilsysteme orientiert sich an der Funktion, die die einzelnen Systeme innerhalb der Gesellschaft übernehmen. Sie operieren weiter auf der Grundlage von Kommunikation – sonst wären sie keine sozialen Systeme – allein sie bilden sich auf Grund einer für sie spezifischen Kommunikation heraus und reagieren damit auf ein bestimmtes gesellschaftliches Problem (Luhmann benutzt zur Charakterisierung den Begriff des funktionalen Primats, vgl. ebd.: 747). Dieser exklusive Funktionsbezug ermöglicht dann die operative Schließung der einzelnen Teilsysteme. Hilfreich dabei ist neben der Orientierung an der Funktion der binäre Code. Dieser besteht aus zwei Werten: der positive Wert bedeutet für das System als eindeutiger Bezugspunkt die Anschlussfähigkeit seiner Operationen, rekuriert also auf die Funktion, der negative Wert drückt alles andere aus, was in der Umwelt des Systems noch möglich ist (Kontingenzenreflexion). Dritte Werte sind durch eine solche Codierung ausgeschlossen. Das System muss sich immer zwischen den beiden Werten des Codes entscheiden, wobei sein Fortbestehen von der Selektion des Positivwertes abhängt. Innerhalb des Funktionssystems regeln dann Programme, welcher Wert als Anschlusswert für die Kommunikation ausgewählt wird.

Eine weitere Unterscheidung muss vom System vollzogen oder besser: beobachtet werden, die zwischen Selbstreferenz und Fremdreferenz. Die Seite der Selbstreferenz lässt das System seine eigenen Strukturen und Operationen und dadurch seine eigene Komplexität, aber auch die Beschränktheit erkennen (vgl. ebd.: 756f.). Diese Unterscheidung wird mit Hilfe der Beobachtung gewonnen, genauer auf der Ebene der Beobachtung zweiter Ord-

nung, also der Beobachtung des Beobachters. Die Operation des Beobachtens vollzieht sich im Unterscheiden, wobei immer eine Seite der Unterscheidung bezeichnet wird. Die Ebene des Beobachtens zweiter Ordnung als Modus der Selbstbeobachtung gilt als ein Charakteristikum für funktional ausdifferenzierte Systeme (vgl. ebd.: 766f., eine Ausnahme sieht Luhmann im System der Krankenbehandlung, siehe hierzu die Bemerkung 1993: 236). Als Beobachter erster Ordnung kann das System seine Unterscheidung, die es in der Fortsetzung seiner Operation vollzieht, nicht „sehen“, die Umwelt ist in diesem Modus ein blinder Fleck für das System. Erst wenn es in den Beobachterstatus zweiter Ordnung wechselt, kann es die Differenz zwischen System und Umwelt, seine eigene Operation in Abgrenzung zu anderen Systemoperationen in der Umwelt unterscheiden. In diesem Sinne entstehen z.B. als Reflexion über die eigene Funktion Theorien der einzelnen Funktionssysteme (siehe Teil 2).

Luhmann hat verschiedene Funktionssysteme in ihrer Ausdifferenzierung analysiert. Zu den wichtigsten zählen die Wirtschaft, die Politik, das Recht und die Familie. Daran zeigt er Charakteristika, die als Ergebnis der Differenzierung beschrieben werden. Neben dem binären Code, der für das System für die Ausdifferenzierung seiner spezifischen Kommunikation konstitutiv ist, stellen die symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien eine Folge dieser gesellschaftlichen Entwicklung dar. Im Zuge der Ausdifferenzierung von sozialen Systemen findet Kommunikation nicht mehr nur face-to-face statt (also in Interaktionen), sondern kann auch unter dem Gesichtspunkt der Erreichbarkeit<sup>5</sup> mit Hilfe von Schrift und modernen (Verbreitungs-)Medien möglich werden. Für das Zustandekommen von Kommunikation bei nicht zwingender Anwesenheit sind Medien des sozialen Systems ausdifferenziert, die helfen sollen, „erfolgreich“ zu kommunizieren, d.h. für die Annahme einer (für das System anschlussfähigen) Kommunikation zu motivieren (Luhmann 1997: 316). Dies tun sie anhand einer Unterscheidung, die in einem Zentralcode ausgedrückt wird. Mit der Entscheidung für oder gegen (Positiv-/ Negativwert) kann relativ schnell und unkompliziert bestimmt werden, ob Kommunikation systemspezifisch anschlussfähig ist oder bleibt. Im Wirtschaftssystem beispielsweise differenziert sich auf der Grundlage des Tausches von Eigentum das Medium Geld aus. Es abstrahiert von den konkreten Waren und kann in dieser generalisierten Form verschiedenste Produkte und Dienstleistungen angebots- und erwerbsfähig machen. Solche Medien haben sich auch für die anderen primären Funktionssysteme herausgebildet. In gleicher Weise fungiert Macht bzw. Recht im politischen bzw. Rechtssystem, die Liebe in der Intimbeziehung und die Wahrheit im Wissenschaftssystem.

Die Ausdifferenzierung der Kommunikationsmedien bleibt jedoch immer rückbezogen auf den Körper, wenn auch in sehr abstrakter Weise. Der

---

1 Die Erreichbarkeit bezeichnet das Grenzziehungsprinzip des Systemtyps Gesellschaft.

Erfolg von Kommunikation bei Nicht-Anwesenheit von Personen rekurriert in diesem Sinne auf die ursprüngliche Interaktions- und damit Anwesenheitsabhängigkeit, in der die Kommunikation auch Interdependenzen mit der physischen und psychischen Umwelt berücksichtigen muss. Die Kopplung der Medien an das Physische wird unter dem Begriff des symbiotischen Mechanismus gefasst (Luhmann 1991: 229). Die Ablösung der Kommunikation von der Anwesenheit der Personen und die Differenzierung der generalisierten Medien belässt die physische Umwelt lediglich auf der Möglichkeitsebene und ist weiterhin – in ihrer Bedeutung generalisiert – präsent. Die primären Funktionssysteme der Gesellschaft untermauern ihre Funktion (auch) durch die Rückbindung an die physische Komponente in der Umwelt des sozialen Systems; es kommt dabei zu einer Respezifizierung. In diesem Verständnis wird z.B. das Medium Macht durch die Möglichkeit physischer Gewalt gestützt, für das Wissenschaftssystem spielt die Wahrnehmung als symbiotischer Mechanismus für die Wahrheitsfindung die entscheidende Rolle und der Befriedigung (körperlicher) Bedürfnisse nimmt sich das Wirtschaftssystem an (vgl. ausführlich dazu und zu weiteren Beispielen Luhmann 1991: 233ff.). Der Rückbezug zur körperlichen Umwelt auf diesem Wege stabilisiert zusammen mit dem symbolisch generalisierten Kommunikationsmedium die einzelnen Funktionssysteme und kennzeichnet sie.

Diese strukturellen Kriterien der Funktionssysteme in Form binärer Codes und symbolisch generalisierter Kommunikationsmedien zeigen in der Beschreibung des Krankenbehandlungs- bzw. Gesundheitssystems spezifische Besonderheiten, die nachfolgend skizziert werden sollen.

### *Niklas Luhmann: Das Krankenbehandlungssystem*

Luhmann hat keine ausführliche Darstellung des Krankenbehandlungssystems gegeben. In den 1980er Jahren ging er in einigen Beiträgen auf die Besonderheiten des Systems ein.

Für dieses Funktionssystem formuliert er den Code krank/ gesund, wobei der erste Wert die Anschlussfähigkeit für das System darstellt. Der Arzt ist dazu da, Krankheiten zu heilen. Gesundheit als Kontingenzwert bezeichnet den Zustand der Abwesenheit von Krankheit, und sie ist zugleich das Ziel des Krankenbehandlungssystems. Damit sind der negative Wert der binären Codierung und das Ziel des Systems identisch (1990a: 187). Anhand dieser Eigenheit begründet Luhmann das Fehlen einer Reflexionstheorie für die Medizin (vgl. hierzu auch 1983a). Die Aufgabe der Medizin muss nicht mit Hilfe von Selbstbeobachtung reflektiert werden; die Gesundheit, in der Gesellschaft als höchstes Gut proklamiert, ist Grund genug für die Existenz des Systems. Professionsstatus und ärztliches Ethos unterstreichen dies. Die Bedeutung der Gesundheit wird vom Krankenbehandlungssystem selbst unterstrichen; garantiert dies doch die universelle Relevanz seiner Funktion für alle Gesellschaftsbereiche – eine Folge der Hypostasierung der eigenen

Funktion (Luhmann 1983b: 30). Das heißt, das System kann seine Funktion, Krankheiten zu heilen, am besten erfüllen, wenn es dieser unter dem Stichwort Gesundheit (schaffen, wiederherstellen usw.) Bedeutung verleiht. Gesundheit fungiert hier eher als eine Idealvorstellung.

Einen weiteren Grund für den immensen Einfluss der Gesundheit als gesellschaftlichem Wert sieht Luhmann in den unterschiedlichen Zeitverhältnissen, die dem sozialen und auch dem psychischen System, dem Bewusstsein, durch den kranken Körper oktroyiert werden. Der Körper lässt das Bewusstsein „die Gleichzeitigkeit mit der Welt“ (Luhmann 1990a: 189) erfahren. Diese Tatsache wird normalerweise nicht übermäßig strapaziert, die Menschen haben eine über die unmittelbare Gegenwart hinausgehende Zeiteinteilung durch Termine, Fristen usw. Zeigt aber der Körper durch Schmerzen an, dass etwas mit ihm nicht in Ordnung ist, rückt alles andere in den Hintergrund und die Behandlung des Schmerzes besitzt höchste Priorität. Die Zeitordnung gerät durcheinander. Diese Unmittelbarkeit des Schmerzes rechtfertigt das Krankenbehandlungssystem in seiner Funktion und enthebt aller Notwendigkeit einer weiteren Reflexion.

Im Vergleich zu anderen primären Funktionssystemen bezieht sich das Krankenbehandlungssystem in seiner Funktion auf einen Ausschnitt seiner Umwelt, auf den Körper. Das hat Konsequenzen. Andere gesellschaftliche Teilsysteme haben sich auf gesellschaftliche Probleme spezialisiert und lösen diese mit Hilfe systemspezifischer Kommunikation. Ein (strukturelles) Ergebnis dieser Entwicklung ist, wie im vorigen Abschnitt gezeigt, die Ausdifferenzierung spezieller Kommunikationsmedien für die einzelnen Systeme. Da das Krankenbehandlungssystem seine Funktion auf die Umwelt ausgerichtet hat, kommt es auch nicht zur Ausdifferenzierung eines Mediums.<sup>6</sup> Auf Grund dessen gewinnen hier die Interaktionen innerhalb des Systems besondere Bedeutung und Charakteristik (1983b: 44). Die Orientierung des Systems auf den Körper hat Auswirkung auf den Vollzug der Funktion: „Die basale Operation des Systems ist nicht an die Form der Kommunikation gebunden.“ (Luhmann 1983a: 173) Diagnose und Therapie können auch schweigend ablaufen.

Die Konstruktion der binären Codierung krank/ gesund für das Krankenbehandlungssystem trägt weitere Konsequenzen: werden unter diesen Prämissen der Funktion die neuen Anstrengungen der medizinischen Prävention betrachtet, sind diese nicht im Sinne des Systems anschlussfähig. Das System wird nicht bei vorbeugenden Maßnahmen tangiert, sondern nur bei Krankheit. „Die Ausdifferenzierung und Sondercodierung des Systems der Krankenbehandlung hängt davon ab, dass man so gut wie vollständig darauf ver-

---

6 Auch das Erziehungssystem spezialisiert seine Funktion auf einen Teil der Umwelt, es zielt auf „Steigerung und Anpassung einer hochrelevanten Umwelt in bezug auf die Erfordernisse der Gesellschaft“ (Luhmann 1983b: 41), dem psychischen System. Auch hier wird kein Medium ausdifferenziert. Erreicht werden soll eine Personänderung.

zichtet, einen Gesunden als möglicherweise krank zu behandeln...“ (ebd.: 192) Insofern sind Präventionsprogramme zum Scheitern verurteilt, sie werden ihr Ziel nicht erreichen.

Luhmann diskutiert ebenfalls Zweitcodierungen für das System. Durch Zweitcodierungen werden neue Möglichkeiten von Kontingenz geschaffen, an denen dann neue Programme ansetzen können oder/und Systemtransformationen stattfinden. Für das Krankenbehandlungssystem könnte eine solche erweiterte Möglichkeit in der Unterteilung genetisch o.k./ genetisch bedenklich liegen, die am Wert Gesundheit nochmals angelegt wird (ebd.: 193). Der Positivwert Krankheit erfährt eine Zweitunterscheidung in heilbar/ unheilbar. Allerdings besitzen beide Seiten der Unterscheidungen der Zweitcodierungen Anschlussmöglichkeiten für das Krankenbehandlungssystem.

Diese Beschreibung des Systems der Krankenbehandlung hat weitere Überlegungen angestoßen. Bauch (1996) kritisiert die postulierte Krankheitsorientierung des Systems. Er sieht Weiterentwicklungen im Gesundheitssystem, die ihn zum Vorschlag eines anderen binären Codes führen. Zugleich ergeben sich für ihn weitreichende Veränderungen in der heutigen Gesellschaft. Bauch's Vorschlag soll hier im Weiteren nachvollzogen werden.

Zunächst jedoch soll ein Exkurs eingeschoben werden. Die Bedeutung des Körpers als Umwelt des sozialen Systems ist in der Darstellung des Systems der Krankenbehandlung gezeigt worden. Auch das Pflegesystem wird in seiner spezifischen Weise den Körper fokussieren. Die Thematisierung des Körpers innerhalb der Gesellschaft bzw. seine Interpretationen fand auch in anderen systemtheoretischen Kontexten statt. Diese sollen hier kurz dargestellt werden.

### *Exkurs: Der Körper. Systemtheoretische Perspektiven*

Der Körper und seine sozialen Deutungen:

Der Körper, das organische System, ist als Umwelt der sozialen Systeme unverzichtbare Voraussetzung für deren Entstehen und Bestehen. Über den symbiotischen Mechanismus ist seine Bedeutung für die einzelnen Funktionssysteme der Gesellschaft bereits deutlich geworden.

Hahn (1988) beschäftigt sich mit der Frage, wie der Körper als soziale Tatsache in der Gesellschaft behandelt wird. Der Körper wird – ausgehend von Descartes – als Einheit aufgefasst, dass dem Geist bzw. dem Bewusstsein entgegengesetzt ist. Hahn möchte die Konzeption des Körpers als ein singuläres System noch einmal hinterfragen und wirft die These auf: „Die Vorstellung vom Körper als einem einheitlichen System ist selbst Resultat von Evolution.“ (1988: 668) Er sieht das Leib-Bewusstsein-Verhältnis entwickelt aus dem Wunsch, über den Körper eine größere soziale Kontrolle auszuüben. Sofern das Bewusstsein den Körper als soziales Vollzugsorgan behandeln kann, besteht die Möglichkeit, ihn unter einem sozialen Blickwin-

kel zu sehen und zu sanktionieren. Es gibt allerdings keine völlige Determiniertheit des Körpers durch den Geist: die willkürliche Steuerung durch das Bewusstsein ist begrenzt. Für die unwillkürlichen körperlichen Regungen erwachsen (soziale) Deutungspotentiale, die nicht von der jeweiligen Person intendiert sind, z.B. ein Erröten, ein Zittern der Hände, ein Gähnen. „Ob und wenn ja welchen unwillkürlichen Veränderungen des Körpers eine Bedeutung zugemessen wird und erst recht welche, hängt von den Sinninvestitionen des Bewußtseins oder des jeweiligen sozialen Systems ab.“ (ebd.: 670f.) Anlass dafür ist die Zuschreibung von Sinn. Die psychischen Systeme sind und bleiben füreinander Umwelt. Gewissermaßen als Kompensation dafür wird der Körper interpretiert als ein „Organ der Wahrheit“ (ebd.: 673), wobei die physischen unwillkürlichen Äußerungen dazu dienen.

Hahn/ Jacob (1994) legen auf dieser Grundlage eine Codierung der Leiblichkeit als Differenz von Mitteilung und Information an (1994: 152). Der Körper gilt als die Schnittstelle dessen, was einerseits durch das Bewusstsein kontrolliert gesteuert werden kann; andererseits gibt es die unwillkürlichen Äußerungen, die Dinge offenbaren, die das Bewusstsein bzw. die Person gerade nicht mitteilen will.

„Er wird in doppelter Hinsicht beobachtet: als Medium für Mitteilung und als Feld für Informationen. Die Interpretationen des Körpers, die dessen relative Unberechenbarkeit zum Ausgangspunkt nehmen, beziehen sich nicht nur auf das, was jemand mitteilen will, sondern auch auf das, was er uns ausdrücklich verheimlichen will.“ (ebd.: 153)

Die Grenzen der Steuerbarkeit des Körpers durch das Bewusstsein zeigen sich z.B. in Krankheit, Schmerz und am deutlichsten im Tod, denn der beendet die Operation des psychischen Systems. Aber darunter zählen auch andere physische Regungen wie Hunger, Durst, Sexualität usw.

„Immer handelt es sich dabei darum, daß die leibliche Dimension Phänomene produziert, die zwar – physiologisch oder medizinisch gesehen – durchaus als gesetzmäßige Verläufe deutbar sind, die aber im Kontext des sinnhaft verfaßten Bewußtseinslebens zunächst als äußere Störungen erscheinen und insofern als nicht zu uns gehörig, als fremd verbucht werden.“ (ebd.: 156)

In diesem Sinne erfährt das Bewusstsein den eigenen Körper als Fremdheit. Davon ausgehend kann der Körper auch mit der Unterscheidung Risiko/ Gefahr beobachtet werden (Hahn/Jacob 1994). Gefährlich ist er im Sinne dieser lediglich teilweisen Möglichkeit zur Steuerung durch das Bewusstsein; er stellt eine Quelle von Unsicherheit dar. Ob diese Unsicherheit als Gefahr oder Risiko interpretiert wird, entscheidet sich durch Zurechnung. Risiko bedeutet, die Handlung und deren Folgen schreibt Ego sich selbst zu, Gefahr wird der Umwelt zugerechnet. Als Gefahren gelten alle Ereignisse, die von Ego nicht (direkt) beeinflusst werden können.

„Risiko und Gefahr stellen (...) eine binäre Codierung dar, die Realität unter spezifischen Blickwinkeln thematisiert und die Wahrnehmung strukturiert...“ (ebd.: 164)

Krankheit/Gesundheit stellt ein weiteres Codierungsschema für den Körper dar. Die Codierung Risiko/Gefahr wird als eine „Meta-Codierung“ (ebd.: 165), also eine Zweitcodierung, eingeführt und quasi über die Codierung Krankheit/ Gesundheit gelegt. Damit setzt sich eine andere Sichtweise des Körpers durch: er wird als völlig beherrschbar interpretiert. War die Krankheit vom Bewusstsein bisher als etwas Fremdes, das dem Körper widerfährt, empfunden worden, werden mit der Codierung Risiko/ Gefahr viele Erkrankungen heute als vermeidbar bzw. als beeinflussbar angesehen. Die Gewissheit, den eigenen Körper beherrschen zu können, führt zu intendierten Handlungen, die der Vermeidung von Krankheiten dienen. Aber dies gilt in allgemeinem Sinne z.B. bei Bemühungen zu Entsprechungen von Schönheitsidealen.

Am Beispiel von Aids wird gezeigt, wie diese Krankheit als Risiko und gleichzeitig als Gefahr wahrgenommen wird (ebd.: 167ff.). Die Gefahr, sich anzustecken, resultiert u.a. daraus, dass eine Infektion nicht von außen sichtbar ist. Somit präsentiert sich der Körper selbst ebenfalls als eine Gefahr. Gleichzeitig sind aber auch die Maßnahmen bekannt, die einen Schutz gegen Aids bieten und es bleibt der einzelnen Person überlassen, ob er sie berücksichtigt oder darauf verzichtet. Aids ist, wie bei anderen Krankheiten auch, stark beeinflusst von der Definitionsmacht der Biomedizin zur Erklärung von Krankheit. Gleichzeitig gibt es jedoch auch subjektive Erklärungsansätze (subjektive Krankheitstheorien), die oft an außerbiologische Tatsachen angebunden sind. Damit wird die „Korrespondenz zwischen der sozialen und der biologischen Ordnung“ aufrechterhalten (1988: 672).

Hahn und Jacob beschäftigen sich damit, wie mit dem Körper in seiner „Fremdheit“ umgegangen wird. Als Umwelt des psychischen und sozialen Systems können wir ihn nicht verstehen und auch nur in begrenzter Möglichkeit durch das Bewusstsein steuern, z.B. durch Gesten das Gesagte unterstützen. Unwillkürliche körperliche Regungen irritieren das Gespräch, sie werden wie auch die bewusst gesteuerten Bewegungen wahrgenommen und sozial interpretiert. Insofern lässt sich der Körper dann als nonverbale Kommunikationsfläche verstehen, an die die Differenz von Information und Mitteilung angelegt wird und mit dem Verstehens- bzw. Interpretationsakt als Kommunikation identifizieren, auch wenn sie im Falle der unwillkürlichen Regungen nicht intendiert ist.

Die Autoren argumentieren hier auf der Interaktionsebene. Der Körper kann nur unter körperlicher Anwesenheit wahrgenommen werden. Die Interpretation des physisch Unwillkürlichen kann als ein zusätzlicher Versuch zur Komplexitätsreduktion verstanden werden, der nur in der Interaktionsebene möglich ist.

Krankheiten als Teil des eigentlich Unverständlichen am Körper haben vielfach eine soziale Deutung erfahren. In der modernen Gesellschaft wird dies zurückgedrängt bzw. modifiziert: Krankheit wird dem Spezialisten über-

lassen. Die Deutungen des Arztes sind auf Grund seines Wissens erfolgreich(er). Die Codierung Risiko/ Gefahr als Zweitcodierung ist – bezogen auf Krankheit – Resultat der Akzeptanz des ärztlichen Wissens, die Kausalitätsketten als Ergebnis der Entdeckung von Krankheitserregern und anderen Ursachen (z.B. Risikofaktoren in der Lebensführung) von Krankheit suggerieren die zumindest teilweise Handhabbarkeit und Beeinflussung von Krankheit. Krankheit als Teil dessen, was die Fremdheit des Körpers ausmacht, führt zur Etablierung eines gesellschaftlichen Teilsystems, das sich auf die Behandlung und Erklärung spezialisiert.

Der Körper in der funktional differenzierten Gesellschaft:

Bette (1989) beschäftigt sich mit den Auswirkungen der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft auf den Körper. Er beschreibt eine sich wechselseitig bedingende und vorantreibende Körperdistanzierung und Körperaufwertung.

Die Ausführungen zum symbiotischen Mechanismus führen bereits die Verdrängung des Körpers vor Augen. Diese Marginalisierung hat wiederum Auswirkungen auf das physische System: durch die Effekte der modernen Gesellschaft wie Zeitknappheit, Anonymität usw. werden organische Reaktionen hervorgerufen, die dann wiederum z.B. in Form von Krankheit in die Gesellschaft zurückstrahlen. Die gesellschaftliche Entwicklung reagiert darauf wiederum, indem sich spezielle Systeme ausdifferenzieren, die sich des Körpers unter spezifischen Gesichtspunkten annehmen. Dazu gehören beispielsweise das Gesundheitssystem und das Sportsystem. Soziale Systeme, die ‚body-processing‘ betreiben, sind als Resultat von gesellschaftlicher Differenzierung zu sehen, weil sie Reaktionen auf die Intervention des Körpers wegen seiner Vernachlässigung darstellen; sie problematisieren also den Umgang mit Ergebnissen sozialer Differenzierung (1989: 27). Der Körper wird mit der ihm zugeschriebenen Natürlichkeitsqualität als eine wichtige Sinninstanz verstärkt wieder entdeckt, wenn durch die gesellschaftliche Differenzierung kein überzeugendes Sinnangebot mehr gemacht werden kann (ebd.: 31f.).

Auch in der Semantik werden die beschriebenen Auswirkungen der gesellschaftlichen Differenzierung sichtbar: hier wird der Begriff der Ganzheit als Antwort wieder aktualisiert.

„Insgesamt zeigt die Projektion von Ganzheitsvorstellungen und -hoffnungen eine Entwicklungslinie an, die von den gesellschaftsstrukturellen Änderungen seit Beginn der Neuzeit über damit korrespondierende psychophysische und -soziale Bedürfnis- und Motivtransformationen bis hin zu einer sozio-evolutionären Stabilisierung an sich unwahrscheinlicher Kommunikationszusammenhänge führt.“ (ebd.: 40)

Als Entgegnung auf das Paradox von synchron ablaufender Körperdistanzierung und -aufwertung wird der Körper als Form auf dem Hintergrund des Mediums Gesellschaft trainiert, subjektiviert usw. Dies ist die Antwort einer

Gesellschaft auf eine Gesellschaft, die gegenüber der Person bzw. dem Körper indifferent geworden ist (ebd.: 42).

Der Stand der Ausdifferenzierung körperorientierter sozialer Systeme hat nach Bette den Prozess der Exklusion, also die Herausbildung der spezifischen Leitdifferenz, abgeschlossen. Er weist am Beispiel des Sportes beginnende Inklusionsangebote für die Gesellschaft nach: Ergebnisse sieht er u.a. in Bewegung des Massensports (ebd.: 44f.).

Kein System wird ein Monopol auf die Behandlung der Körperumwelt erheben können, denn alle Systeme benötigen ihn als Sicherheitsbasis in Form des symbiotischen Mechanismus. Auch das Medizinsystem kann lediglich gesellschaftlich nützlich Körperpotential (wieder)herstellen, „ist aber nicht in der Lage, die Betreuung der Körperwelt zu usurpieren.“ (ebd.: 49) Die Wahrnehmung des Körpers in der Gesellschaft ist extrem unterschiedlich, sie passiert jeweils unter den Perspektiven der einzelnen Funktionssysteme. Damit schon zeigt sich die Illusion der Ganzheit des Körpers, vielmehr „kommt es zu dem Problem einer differentiellen, nämlich funktionsspezifischen Instrumentalisierung des Körpers.“ (ebd.: 52, im Original hervorgehoben)

Aus diesen Analysen schlussfolgert Bette, dass es ohne Gegensteuerung zu einem Kollabieren des Körpers angesichts der Auswirkungen der gesellschaftlichen Differenzierung kommt. Es braucht eine Neuausrichtung in dem Verhältnis zwischen Gesellschaft und Körper. Die einzelnen Teilsysteme müssten sich zum Zweck einer Strukturtransformation in diesem Sinne in einer neuen Ausrichtung abstimmen. Dies ist (bisher) nicht möglich, da es keine gesamtgesellschaftliche Reflexion im Stadium der funktionalen Differenzierung gibt. Bette sieht allerdings Chancen der Lösung des Problems: bezogen auf die Ausdifferenzierung autonomer Funktionssysteme meint er,

„daß es eine scheinbar unumkehrbare Entwicklungsrichtung gibt, in der mit zunehmender Systembildung und -differenzierung (Teilsystembildung) immer höhere und voraussetzungsvollere Grade an Unwahrscheinlichkeit in der Gesellschaft stabilisiert werden.“ (ebd.: 59)

In diesem Sinne sieht er die festgestellte Indifferenz der Gesellschaft gegenüber dem Körper bzw. der Person als eine solche Unwahrscheinlichkeit an, die dann wiederum eine Vorbedingung für eine andere Unwahrscheinlichkeit darstellen kann. Für den Beginn eines solchen Transformationsprozesses zeigen sich dann weitere Voraussetzungen: langakzeptierte Sinnbestände in der Gesellschaft gehen verloren. Dabei kommt es auch zum Wiederaufleben von alten Sinnangeboten. So wird dann z.B. der Begriff der Ganzheitlichkeit als Antwort auf die (gesellschaftliche) Zergliederung wieder aktuell. „Vergangenes wird nostalgisch hervorgeholt, um dem Gegenwärtigen die eigenen Unzulänglichkeiten und Defizite vorzuführen.“ (ebd.: 60) Es beginnen auf der anderen Seite Gegenreaktionen, die erst als gesellschaftliche Randphänomene sichtbar werden und als neue Sinnangebote von den gesellschaftli-

chen Teilsystemen beobachtet und evtl. angenommen werden. Bei der Akzeptanz eines solchen neuen Sinnvorschlags wird dieser dann als eine weitere unwahrscheinliche Möglichkeit neben den schon bestehenden etabliert. Die von Bette beobachtete verstärkte Nutzung bzw. Thematisierung des Körpers wird in diesem Sinne interpretiert:

„Auch der verstärkte Einsatz des Körpers als ein genereller symbiotischer Mechanismus zur Verknüpfung von Individuum und Gesellschaft indiziert angesichts seiner gleichzeitig ablaufenden Verdrängung, daß Unwahrscheinliches und Paradoxes sozial möglich geworden ist.“ (ebd.: 61)

Bette argumentiert auf der gesellschaftstheoretischen Ebene die Auswirkungen der funktionalen Differenzierung auf den Körper als Umwelt sozialer Systeme. Durch die Modernisierung zurückgedrängt, behauptet er seinen Anspruch als Sicherungsbasis von Kommunikation. Auf seine organischen Reaktionen antwortet die Gesellschaft mit der Etablierung von körperorientierten Funktionssystemen. In der Prognose Bette's reicht dies allerdings nicht aus: das funktionale Differenzierungsprinzip kann auf dieses Problem nicht angemessen reagieren, so dass er eine gegenseitige Abstimmung der einzelnen Teilsysteme in bezug auf dieses Problem fordert. Im gegenwärtigen Stadium der funktionalen Differenzierung ist dies nicht möglich, jedoch sieht er eine Chance in der weiteren Differenzierung. Die Notwendigkeit, den Körper mit Hilfe der gegenseitigen Abstimmung aller Funktionssysteme vor dem „Kollabieren“ zu bewahren, wird sich als eine unwahrscheinliche Möglichkeit neben anderen stabilisieren.

Bette setzt mit seiner Darstellung die Beschreibung der Auswirkungen gesellschaftlicher Differenzierung mit Funktionsorientierung fort (siehe zu anderen Auswirkungen auf die Umwelt Luhmann 1990). Gleichzeitig wagt er eine Prognose für die Zukunft zu begründen.

### *Jost Bauch: Das Gesundheitssystem*

Bauch (1996) versucht eine systematische Analyse der Ausdifferenzierung des medizinischen Systems. Die Prozesse der ärztlichen Professionalisierung basierend auf der Vernaturwissenschaftlichung der Medizin sieht er als die erfolgreichen Mechanismen, die die Konstitution des medizinischen Systems als gesellschaftliches Funktionssystem begründen (1996: 26ff. bzw. 33ff.). Sie erlauben die Ausdifferenzierung des binären Codes krank/ gesund. Hier rekurriert Bauch auf die Darstellungen dieses Systems von Luhmann.

Die Besonderheit des medizinischen Systems, seine Funktion auf die kommunikative Umwelt zu konzentrieren, findet er allerdings im Wandel begriffen: er sieht den Körper zunehmend „sozialmanipulative(r) Einflussnahme“ (ebd.: 61) ausgesetzt, die auch von allen anderen Sozialsystemen ausgeht. In diesem Sinne spricht er von einer ansteigenden „Vergesellschaftung der menschlichen Körperlichkeit“ (ebd.), die ebenfalls das Gesundheitssystem erfasst. Der Körper wird immer mehr zur „sozialen Inwelt“ (ebd.).

Mit den Auswirkungen und den Ergebnissen der modernen Medizin wird erkannt, dass Kommunikation körperliche Folgewirkungen haben kann. Das Gesundheitssystem konzentriert sich zunehmend auf diese Folgewirkungen in Form von Prävention und entwickelt sich damit zu einem echten Sozialsystem in dem Sinne, als dass die grundlegende Operation sich zur Kommunikation wandelt. „Einer Körperfixierung des Gesundheitswesens, wobei die Körnernatur als menschlich beeinflussbar angesehen wurde, folgt eine Gesellschaftsorientierung, weil Gesellschaft Krankheit mitverursacht.“ (ebd.: 62) Somit wird die ausschließliche Körperorientierung der Medizin verdrängt; Bauch spricht von einem „Paradigmenwechsel“, der die „Wahrnehmungs- und Bearbeitungsregeln von Krankheit und Gesundheit verändert hat.“ (ebd.: 69) Und noch aus einem weiteren Grund erklärt er die Veränderung der systemischen Perspektive: die Ergebnisse der medizinischen Forschung ermöglichen immer neue Einsichten und damit auch Manipulationsmöglichkeiten in den Körper (ebd.: 111ff.). Diese Entwicklung führt zur Ausbildung einer Reflexionstheorie (ebd.: 114ff.).

Diese Veränderungen haben eine Transformation der das Gesundheitssystem leitenden binären Codierung zur Folge: Bauch schlägt den Code lebensförderlich/ lebehinderlich vor. Der Code krank/ gesund ordnet sich als Nebencode ein. Mit dieser Transformation des Gesundheitssystems werden auch neue Anforderungen gestellt: das Element der Personen- und Verhaltensänderung rückt in den Mittelpunkt.

Der neue Code ist für Bauch auch geeignet, als Leitcode für alle gesellschaftlichen Teilsysteme zu dienen. Im Rückgriff auf Bette's skizzierte Folgen der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft auf den Körper fasst Bauch diese Doppelcodierung als Problemlösung ins Auge. „Die Codierung des Sozialsystems, das sich systematisch mit der Bearbeitung der psychosomatischen Umwelt von Gesellschaft befaßt – das Gesundheitssystem – wird dabei mit den systemspezifischen Codierung der einzelnen Sozialsysteme verkoppelt.“ (ebd.: 84) Diese verinnerlichen den Fremdcode und richten ihre Operationen neben ihrem spezifischen Code auch nach lebensförderlichen/ lebehinderlichen Kriterien aus. In diesem Sinne kann dann von einer „Medikalisierung der Gesellschaft“ (ebd.: 85) gesprochen werden. Ein gutes Beispiel ist die Prävention, die eine Strategie zur Behebung lebehinderlicher Zustände in allen gesellschaftlichen Bereichen darstellt.

Die Etablierung eines solchen Leitcodes hat Folgen: das politische System nimmt sich im Besonderen dieser Leitdifferenz an; aber auch das Individuum wird zunehmend in die Verantwortung einbezogen (ebd.: 103). Die Kontrolle des Leitcodes durch das politische System ermöglicht Steuerungen unter dieser Maßgabe in vielen anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, es wirkt dabei auch auf das Gesundheitssystem selbst zurück und unterwirft es u.U. Restriktionen im Funktionsvollzug (ebd. 154).

In der Diskussion um die Konstitution des Gesundheitssystems geht es um die Problematik des Kommunikationsmediums für das System. Da es sich auf den gesamten Körper bezieht, kann kein Medium ausgebildet werden, auch nicht in der zunehmenden sozialen Inanspruchnahme des Körpers im Transformationsprozess des Systems. Denn auch die Neuausrichtung auf die Gesundheit bindet letztlich an die gesamte physische Umwelt.

*Hans-Jürgen Hohm: Das Pflegesystem*

Die Pflegewissenschaft und -forschung hat mit einigen theoretischen Konzepten auf das Potential der Luhmann'schen Systemtheorie für die Pflege aufmerksam gemacht. Richter (1995) weist auf das Potential der neueren sozialwissenschaftlichen Entwicklung – und er bezieht sich explizit auf Luhmann – für die Pflegewissenschaft hin. Er selbst demonstriert dies an einer Kritik des Begriffes der Ganzheitlichkeit (Richter/Saake 1996; Richter 1998), ein gemeinhin akzeptierter (Selbst)Anspruch der Pflege. Gilbert (1998) zeigt an dem Konzept Vertrauen, dass dies nicht als ein Outcome-Kriterium der Pflegenden/ Patient-Beziehung zu verstehen ist, sondern sich aus systemtheoretischer Perspektive als ein Mechanismus des gesamten Gesundheitssystems zur Komplexitätsreduktion darstellt. Die gesellschaftstheoretischen Grundlegungen Luhmanns nutzt Ziehlke-Nadkarni (2003), um in ihrem theoretischen Rahmen die Pflege im gesellschaftlichen Kontext zu verorten.

Mit Hohm (2002) gibt es einen Versuch der funktionalen Analyse der Pflege auf gesellschaftstheoretischer Ebene. Hier sollen seine Vorstellungen zur binären Codierung und die „pflegerische Perspektive“ auf den Körper zusammengefasst werden.

Hohm (2002) benennt das Bezugsproblem des sich entwickelnden Pflegesystems im 20. Jh. den pflegebedürftigen Menschen, der als ein organisches System gesehen wird, „der zu einer selbständigen Pflege und Fortbewegung des Körpers vorübergehend, auf Dauer oder in der Sterbephase aufgrund von Krankheit, Verletzung und Verwundung nicht mehr in der Lage war.“ (Hohm 2002: 48) Diese Spezifizierung der Pflege, die zur Orientierung an einen eigenen Pflegecode hinführt, gelingt durch die Selektion von körperlich Kranken, die meist vorübergehend im Krankenhaus behandelt werden. Die Ausdifferenzierung eines Pflegecodes wird vornehmlich an die Krankenhauspflege angebunden. Die Leitdifferenz des entstehenden Pflegesystems drückt sich in der Codierung von pflegefähig/ pflegeunfähig aus (ebd.: 142). Die Anschlussfähigkeit für das System gewährleistet der Positivwert pflegefähig; durch den Reflexionswert pflegeunfähig „kommen Grenzen der Pflegefähigkeit bezüglich der Lösung von Problemen der Pflegebedürftigkeit in den Blick.“ (ebd.)

Zur Selbstdarstellung einer Person gehört ein gepflegter Körper. Die Transformation eines ungepflegten in einen gepflegten Körper wird haupt-

sächlich unter dem Ausschluss Dritter durchgeführt. Auslöser für die Selbstpflege ist der in Selbstbeobachtung wahrgenommene Pflegebedarf; der Körper präsentiert sich als ungepflegtes Medium. „Systemreferenz des Ungepflegtseins können der eigene Körper als ganzer, bestimmte Körperteile, aber auch das Outfit sein.“ (ebd.: 149f.) Die Selbstpflege wird im Selbstbeobachtungsmodus, durch Beobachtung erster Ordnung durchgeführt.

In der Begegnung mit anderen Personen werden deren Körper auf die Normalerwartung von Gepflegtsein hin beobachtet. Hohm stellt hier den Körper unter dem Blickwinkel gepflegt/ ungepflegt als ein besonderes Kriterium zur Überwindung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation dar. „Die ungepflegte Person riskiert als Adressstelle für Kommunikation ignoriert und exkludiert zu werden.“ (ebd.: 151) Mit diesen Überlegungen erweitert er das Inklusionsrisiko der primären Funktionssysteme. Zusätzlich zum Hilfebedarf, das eine systemspezifische Kommunikation des Hilfesystems auslöst, muss das Pflegesystem zur Ausdifferenzierung „das Ungepflegtsein des Körpers der Person als einen Pflegebedarf beobachten, den sie nicht primär ihrer sozial benachteiligten Lage, sondern einer Krankheit, Behinderung oder einem Unfall zuschreibt.“ (ebd.: 151f.)

Der pflegebedürftige Körper „als sprachloses und dennoch kommunikatives Wahrnehmungsmedium“ spielt für die Auslösung von Pflegehandlungen eine große Rolle. Dies beschreibt Hohm mit Hilfe der Differenz von Medium und Form, die auf den Körper angewendet wird.<sup>7</sup> Der Körper als Wahrnehmungsmedium wird mit Hilfe der verschiedenen Sinnesmedien visuell, olfaktorisch, akustisch, taktil oder motorisch beobachtet und so als Form wahrgenommen (ebd.: 152). Die Person hat durch Frisur, Kleidung, Kosmetika etc. viele Selektionsmöglichkeiten, ihren Körper in eine ganz bestimmte Form zu bringen.

Ist eine Person (Person B) durch Unfall, Behinderung oder Krankheit darin eingeschränkt, kann sie ihren ganz oder teilweise ungepflegten Körper nicht mehr in einen gepflegten transformieren, dann ist sie pflegebedürftig (ebd.: 153). Eine pflegespezifische Kommunikation beginnt,

„wenn die Person B es zuläßt und akzeptiert, daß Person A seinen Körper als pflegebedürftigen Körper durch Handeln in einen gepflegten Körper bzw. nichtpflegebedürftigen Körper transformiert. Die Zumutbarkeitsschwelle, welche die Pflegekommunikation überschreiten muß, besteht dann darin, daß Person B ihren eigenen pflegebedürftigen Körper durch Person A als ‚behandelt‘ (=Behandlungspflege) erleben können muß, ohne selbst temporär oder auf Dauer in bezug auf ihren eigenen Körper handeln zu können.“ (ebd.: 154)

An gleicher Stelle betont Hohm, dass es in der Pflegekommunikation zwischen Pflegenden (Person A) und Patient (Person B) nicht einzig darum geht, sich über den (pflegebedürftigen) Körper auszutauschen. Auch er hebt den

---

3 Diese Differenz wendet er ebenfalls auf das psychische System an. Siehe dazu Hohm (2000: 96ff.).

Körper als spezielle Bedingung in der Ausdifferenzierung der pflegespezifischen Kommunikation hervor. Die Besonderheit liegt darin,

„daß es vor allem der ‚behandelte‘ pflegebedürftige Körper als nichtsprachliches Wahrnehmungsmedium der Person B ist, der die Person A darüber informiert, ob ihre Pflegehandlungen von jener verstanden und akzeptiert werden oder nicht. Im Kern geht es bei der Ausdifferenzierung der Pflegekommunikation also darum, ob Person A durch die Selektion seiner Pflegehandlungen Person B dazu motivieren kann, diese als spezifische Formung seines pflegebedürftigen Körpers anzunehmen.“ (ebd.)

In diesem Sinne stellt Hohm den pflegebedürftigen Körper an die Seite der Erfolgsmedien.

### *Zusammenfassung: Die Funktion(en) des Gesundheitssystems*

Der erste Teil stellt ausführlich verschiedene Überlegungen zur Ausdifferenzierung und Funktion des medizinischen bzw. Krankenbehandlungssystems dar. Argumentieren Luhmann und Bach in Bezug auf das „gesamte“ Gesundheitssystem, dass eine gesellschaftliche Funktion übernimmt und an dessen Vollzug neben dem Arzt auch die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten, sieht Hohm in der Pflege ein neues Funktionssystem in der Ausdifferenzierung, dass eine eigene Funktion innerhalb der heutigen Gesellschaft übernimmt.

Die Ausführungen Luhmann's zum Krankenbehandlungssystem stoßen ein wichtiges Problem an: Wie kann der Körper als Umwelt des Sozialsystems als Auslöser für eine funktionspezifische Kommunikation behandelt werden und damit ein Funktionssystem „begründen“? Er sieht die Begründung in der Behandlung von Unaufschiebbar: Schmerz und Krankheit dringen in das Soziale ein, irritieren, erhalten absolute Relevanz und begründen die Existenz dieses Systems und seiner Funktion innerhalb der Gesellschaft. Gesundheit als Ziel kann und muss nicht klar definiert werden und bietet so gute Chancen für Hypostasierung und Legitimation der Funktion des Systems. Verurteilt Luhmann die medizinische Prävention als eine nicht anschlussfähige Maßnahme innerhalb des Systems zum Scheitern, ist sie für Bach Signal und Angriff mit Inklusionsstrategien des Gesundheitssystems auf die Gesellschaft. Das Schlagwort Prävention begründet auch seinen Code lebensförderlich/ lebhinderlich. Erklärt wird diese Gegenposition mit einer veränderten Perspektive auf den Körper. Der Körper als organische Umwelt des Sozialsystems erfährt auch im Gesundheitssystem einen Prozess der „Sozialisierung“. Das System fängt schon an zu operieren, wenn nur die Möglichkeit einer körperlichen Erkrankung vorliegt. Die Beseitigung dieser Krankheitsdisposition als Präventionsmaßnahme ist für Bach die Antwort des Gesundheitssystems auf die veränderten gesundheitlichen Probleme der funktional differenzierten Gesellschaft und gleichzeitig der Eroberungsfeldzug seines binären Codes zum gesellschaftlichen Leitcode.

Mit medizinischer Prävention verlagert sich die Intervention des medizinischen Personals: Ziel ist eine Personänderung des Menschen. Damit werden auch andere Berufs- und Professionsgruppen auf den Plan gerufen: Pädagogen und Psychologen besitzen bessere skills, um den potentiell Betroffenen zu beraten. Schon hier wird deutlich, mit den von Bauch interpretierten Beobachtungen des heutigen Gesundheitssystems ist eine (fast unbemerkte) Entdifferenzierung verbunden; eine Tendenz, die er auch selbst sieht und anmerkt. Sollte dies eintreffen, so könnte man vermuten, dass sich das System wieder auf seine – bis dato auf einen Nebenschauplatz abgeschobene – Funktion des Heilens von Krankheiten konzentriert. Ist Prävention also doch eine letzten Endes nicht anschlussfähige Operation im Krankenbehandlungssystem?

Hohm sieht in der Pflege einen eigenen gesellschaftlichen Beitrag, der nicht unter der Funktion eines medizinischen Systems, ob es sich nun an der Behandlung von Krankheiten oder lebensförderlichen Maßnahmen orientiert, subsummiert werden kann (was er allerdings selbst nicht diskutiert). Ein Selbstpflegedefizit, ausgelöst durch Krankheit, Behinderung oder Unfall, führt zum Beginn einer funktionsspezifischen Kommunikation, die auf dessen Kompensation spezialisiert ist. Dieses Selbstpflegedefizit wird vor allem durch den Körper signalisiert, genauso wie dieser ihm ebenfalls den Erfolg der ausgeführten Pflegehandlungen erkennen lässt. Hohm macht den pflegebedürftigen Körper zum Thema des Geschehens im Pflegesystem, genauso wie andere körperbezogene Systeme ihn ebenfalls zum Thema machen, natürlich unter anderen Blickpunkten (2000: 96).

In seiner Beschreibung der Ausdifferenzierung von Pflegekommunikation bleibt Hohm auf einem sehr allgemeinen Niveau (Person A, Person B). Die Anbindung seiner Ausführungen an die Krankenhauspflege lassen vermuten, dass er bei pflegerischer Intervention an eine Pflegenden/Patient-Interaktion denkt. Die Pflegenden setzt spezielles Wissen ein, um den Körper zu pflegen, der oft durch Krankheit, Operation usw. eine spezielle Vor- bzw. Nachbereitung des ärztlichen Eingriffes benötigt, z.B. die Wundversorgung, das Katheterisieren usw. Aber grundsätzlich könnte die von ihm beschriebene pflegespezifische Kommunikation auch eine Situation in der Laienpflege kennzeichnen.

Die Ausdifferenzierung des Pflegesystems ist eng in Zusammenhang mit der Entwicklung der Medizin zu sehen, insbesondere im Krankenhaus. Pflegenden übernehmen viele ärztliche Assistenzaufgaben, die sich nicht unter den Pflegecode, wie ihn Hohm hier entwickelt hat, subsumieren lassen. Nun kann dies als ein evolutionäres Rudiment gedeutet werden, aus dem sich die Pflege im Laufe ihrer Exklusion befreien wird. Vielleicht aber lässt sich mit der Feststellung und Kompensation von Pflegebedarf doch nicht vollständig die Funktion der Pflege beschreiben. Dieser Frage soll mit Hilfe der Selbst-

beschreibungen des Pflegesystems im folgenden Kapitel nachgegangen werden.

### 9.3 Pflgetheorien als Selbstbeschreibung der Pflege

In den 1950er Jahren wurden in Amerika, in der Pflegewissenschaft und -forschung langjähriger Vorreiter, die ersten Pflgetheorien formuliert. Im Laufe der nächsten beiden Jahrzehnte sind viele weitere hinzugekommen.

Ist die Verwissenschaftlichung der Pflege neben Amerika in Großbritannien, Skandinavien und in den Niederlanden vorangeschritten, steht die Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland noch am Anfang. Auch Theoriebildung hat hier bisher kaum stattgefunden. Bei Bedarf werden amerikanische Pflgetheorien herangezogen.

Luhmann stellt heraus, dass Selbstbeschreibungen der einzelnen Funktionssysteme ein Phänomen der funktional differenzierten Gesellschaft darstellen (1997: 964). Die systeminterne Reflexion gestaltet sich mit Hilfe von Theorien, die auf eine gegenstandsbezogene Problemexplikation und -lösung konzentriert sind.

In diesem Kapitel sollen einige ausgewählte Pflgetheorien vorgestellt werden. Die Pflege erscheint unterschiedlich in Blickpunkten und Komplexität. An den ersten Theorien lassen sich die Idealvorstellungen über das Wesen der Pflege gut herausfiltern. In einem weiteren Beispiel dann soll ein deutsches Pflegemodell vorgestellt werden, das in starker Anlehnung an die Praxis entstanden ist. Es kann die verschiedenen Facetten und Aufgaben einer Pflegenden aufzeigen und interpretieren.

#### *Theorie als Reflexion des Systems*

Infolge der funktionalen Differenzierung entsteht für das System die Notwendigkeit, seine Systemreferenzen schärfer zu konturieren und voneinander abzugrenzen. Drei Formen der Systemreferenz sind möglich: die Beziehung zum Gesamtsystem, die Beziehung zu einem seiner Teilsysteme und die Beziehung zu sich selbst (Luhmann/Schorr 1988: 34f.). Dabei drückt die Funktion den Bezug zum Gesamtsystem, zur Gesellschaft also, aus. Der Begriff der Leistung zeigt die Beziehungen zwischen den einzelnen gesellschaftlichen Teilsystemen an. Die Beziehung des Systems zu sich selbst nennt Luhmann Reflexion (ebd.: 37). Es muss betont werden, dass es sich hier um soziale Reflexion handelt und sich nicht auf Bewusstseinsprozesse bezieht. „Dabei kann es sich angesichts der Komplexität realer Systeme nie um eine volle Vergegenwärtigung der Gesamtrealität aller Strukturen und

Prozesse des Systems handeln.“ (ebd.) Reflexionen oder Selbstbeschreibungen selbst können also immer nur Teile bzw. Ausschnitte aus dem System abbilden. Für die Bestimmungen der jeweiligen Systemreferenzen benötigt das System selbst Autonomie. Luhmann spricht von Autonomiepostulaten als den ersten Anfängen der Systemreflexion, wobei diese oft spontan, also unreflektiert geäußert würden und sich darin unerfüllbare Erwartungen (Ideale?) sammeln (ebd.: 47). Autonomie zu erreichen meint dabei nicht die Steigerung von Unabhängigkeit allein; Autonomie besteht immer aus Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten zugleich. Es ist die Steigerung von einem kombinatorischen Niveau von Abhängigkeit und Unabhängigkeit, die größere Autonomie ermöglicht (ebd.: 52).

### *Pflegetheorie: Reflexionen des Pflegesystems*

#### *Der Entwicklungsprozess pflegetheoretischer Überlegungen*

Amerika:

Amerika ist das Ursprungsland vieler und vor allem der ersten Pflegetheorien. In den 1950er Jahren veröffentlichten die ersten Theoretikerinnen ihr Werk. Dem voran ging die Akademisierung der Pflege; die Theorieentwicklung setzte dann etwa zeitgleich mit der Autonomisierung der Pflegewissenschaft ein. Die Emanzipationsbemühungen resultierten vor allem aus der Überformung der Medizin (Moers/Schaeffer/Steppe 1997: 281). Erste theoretische Überlegungen kamen aus der psychiatrischen Pflege. Nachfolgend wurden mehr für den akutpflegerischen Bereich theoretische Überlegungen formuliert, die sich an den menschlichen Bedürfnissen orientierten (Kirkevold 1997). Auf einen entsprechenden Aufruf der ANA in den 1960er Jahren hin setzte dann eine sehr intensive Theorieproduktion ein. Die entstehenden Theorien und Modelle teilt Meleis (1997) in vier Denkschulen ein: es gab zum einen Theoretikerinnen, die bedürfnisorientiert argumentieren. Andere Pflegewissenschaftlerinnen stellen die Pflegenden/Patient-Interaktion in den Vordergrund. Sie analysieren das Interaktionsmuster und beschreiben eine dynamische Beziehung. Die humanistische Schule versteht Pflege als Betreuung und Fürsorge bzw. caring. Schließlich bezeichnet Meleis eine vierte Schule, deren Vertreterinnen es weniger um den Prozess des Pflegens als vielmehr um die Ergebnisse der Pflege geht.

Moers et al. (1997) merken an, dass diese Theorien ein sehr unterschiedliches Niveau besitzen. Einige sind auf niedriger Allgemeinheitsstufe angelegt. Andere wiederum nahmen Anleihen aus anderen Disziplinen, um damit „Pflege in allgemeingültiger Form in ihren Grundelementen zu fassen und die dazu erforderlichen Begriffs- und Klassifikationssysteme zu entwerfen.“ (ebd.: 283)

Insgesamt versuchen die Theorien der 1960-70er Jahre einen Spagat zwischen der Bestimmung bzw. Erklärung des Wesens der Pflege und der

(selbstgestellten) Aufgabe, Handlungshinweise für die Praxis zu liefern (ebd.: 285). Sie besitzen meist normativen Charakter und den Anspruch, eine Einheitstheorie für die Pflege zu sein.

Bezeichnend für die Pflege Theorieentwicklung in den USA zu dieser Zeit ist die Tatsache, dass sich die einzelnen Theoretikerinnen kaum aufeinander bezogen. Es war auch nur eine kleine Gruppe von Pionierinnen, die sich mit der Theoriebildung beschäftigte und nicht die gesamte ‚scientific community‘ (Moers/Schaeffer 2000: 37). Oft wurden die theoretischen Modelle für Lehre und Ausbildung, etwa als Grundlage für ein Curriculum entwickelt. Theorieentwicklung hatte das Ziel, das pflegerische Wissen zu definieren und die Pflege als eigenständigen Beruf zu etablieren (Choi 1992: 98).

Erst in den späten 1970er Jahren wurde für die Pflege eine Theoriepluralität proklamiert und akzeptiert. Jetzt wurden Klassifikations- und Systematisierungsversuche vorgenommen (vgl. z.B. Fawcett 1998). Es wurde immer deutlicher, dass die Theorien in ihrer ‚idealtypischen Pflegewirklichkeit‘ (Moers et al. 1997: 285) für die Praxis ungeeignet waren, sie konnten kaum empirisch geprüft werden. Als Folge distanzierte sich die Pflegeforschung immer mehr von dieser Art Theorie.

In den folgenden Jahren wurden vermehrt Theorien mittlerer und geringerer Reichweite formuliert, die praxisorientiert den pflegerischen Gegenstand jeweils spezifischer erfassen und beschreiben können (Chinn/Kramer 1996: 45).

Es muss für die Entwicklung der Pflegewissenschaft Amerika eine Vorreiterrolle eingeräumt werden. Die Theoretikerinnen haben ein gemeinsames Ziel: die Eigenständigkeit der Pflegewissenschaft gegenüber anderen Disziplinen theoretisch zu bekräftigen (Moers et al. 1997: 289).

#### Europa und Deutschland:

In Europa begann die Entwicklung der Pflegewissenschaft rund 50 Jahre später. In Großbritannien wird die Pflegewissenschaft mehr als ein ‚unique mix‘ aus biologischen, Verhaltens-, Sozial- und anderen Theorien gesehen, deren Theoriebestände selektiv übernommen werden.“ (ebd.) Von diesem Standpunkt aus sieht die britische Pflegewissenschaft die Theoriebildung als sekundär an. Vor allem steht sie theoriemonistischen Auffassungen skeptisch gegenüber; sie postuliert eine theoretische Vielfalt angesichts einer komplexen Pflegerealität. Aus diesem Grunde ist dort die Pflegeforschung sehr weit fortgeschritten, die Theoriebildung dagegen kaum (ebd.: 290). Eine Ausnahme stellt das Pflegemodell von Roper, Logan und Tierney dar, das nachfolgend neben anderen Theorien vorgestellt werden soll.

In Skandinavien ist die Situation ähnlich (Moers/Schaeffer 2000). Die Etablierung der Pflegewissenschaft ist außerdem in Belgien und in den Niederlanden vorangeschritten, wobei der Prozess wie auch in den USA mit der Akademisierung der Pflege beginnt. Auch hier findet bisher wenig Theoriebildung statt. In den Niederlanden gibt es eine neue Tendenz zu induktiver

Theoriebildung; dies impliziert eine Verknüpfung von Forschung und Theorie (ebd.: 59).

In Deutschland beherrscht vor allem in den 1980er Jahren die Professionalisierungsdebatte die Pflege und eng damit verbunden die Einführung der Pflegeforschung (Schmidbaur 2002: 210). Auch die Berufspolitik richtet sich nach der Professionalisierung aus, Pflegepolitik und Pflegeforschung verfolgen das selbe Ziel. Mitte der 1990er Jahre konstatiert Schmidbaur eine zunehmende Selbstreflexion und -kritik (ebd.: 212). Es wird über die zunächst vorbehaltlos übernommenen Begriffe und Instrumentarien der Professionalisierung (z.B. Pflegediagnosen) vor allem aus Amerika neu nachgedacht. Dies führt zu einer zunehmenden Trennung von Berufspolitik und Pflegeforschung. In dieser Zeit etablieren sich ebenfalls die ersten Pflegestudiengänge.

Theoriearbeit findet auch hier wenig statt. Vielfach werden amerikanische Pflegetheorien rezipiert. Die wichtigsten Theorien sind übersetzt worden, allerdings wurden und werden sie kaum auf ihre Übertragbarkeit hin überprüft (van Kampen 1998). Eine deutsche Kritik an den amerikanischen Theorien nimmt Schröck (1997) vor; sie moniert vor allem die Praxisferne der Theorien, die sie in ihren Augen unbrauchbar werden lassen, da die Pflegewissenschaft für sie eine Praxisdisziplin ist.

In der pflegetheoretischen Diskussion tauchen neben dem Begriff der Theorie Termini wie konzeptueller Rahmen und Modell auf, die von einigen Autoren synonym, von anderen getrennt gebraucht werden (vgl. dazu z.B. Fawcett 1998; Evers 1997: 17ff.). Für unsere Darstellung von Selbstbeschreibungen der Pflege ist diese Diskussion unerheblich.

### *Die Pflege in Abgrenzung zu Medizin und Laienpflege*

Wie oben schon angeklungen, formulierte die Pflege ihre Abgrenzungs- und Autonomiebestrebungen besonders gegen die Medizin. Aus historischer Bedingtheit von den Ärzten in enger Assistenz- und Hilfsfunktion gehalten, versucht sie, die Bedeutung der Pflege hervorzuheben und ihren Eigenwert zu begründen. Oft wird der Gegensatz zwischen der Medizin und der Pflege polarisiert: die medizinische Sichtweise verkürzt den Patienten auf den Körper, auf die Physiologie, auf seine Organe, auf seine Krankheit. Die Pflege hingegen wendet sich dem Patienten als Menschen zu. In diesem Zusammenhang wird die Ganzheitlichkeit als pflegerische Sichtweise zitiert und gilt bis heute als akzeptierter Anspruch. Kennzeichnend sind Gegenüberstellungen wie die der Konzepte des Körpers (paradigmatisch für die Medizin) und des Leibes (charakterisierend für die Pflege) (Müller 1999; für eine Gegenüberstellung der Menschenbilder von Medizin und Pflege siehe Uzarewicz 1997).

Andere Meinungen thematisieren die Nähe zur Medizin als Charakteristikum der Pflege:

„Der Krankenpflegeberuf ist (...) dadurch gekennzeichnet, dass er im Überschneidungsbereich zweier Arbeitsbereiche liegt, in denen Arbeitsgebiete beansprucht werden: dem Arbeitsbereich ‚Care‘ (Pflege und Fürsorge) und dem Arbeitsbereich ‚Medizin‘.“ (Schmidbaur 2002: 40)

Diese zwei Arbeitsbereiche drücken sich durch die Termini Grund- und Behandlungspflege aus.

Die professionelle Pflege muss sich aber auch von der Laienpflege abgrenzen. Dieses Problem wird weniger thematisiert, spielt aber eine Rolle vor dem Hintergrund eines Funktionssystems Pflege. Begründet sich die Pflege als ein solches über Tätigkeiten der Grundpflege, ist dies ein Tätigkeitsspektrum, dass auch zu „selektiver Laiisierung“ (Hohm 2001: 8) führen kann.

### *Das ‚Ideal‘ der Pflege: die klassischen Pflege-theorien*

Die in den 1950-70er Jahren formulierten Pflege-theorien in Amerika spiegeln eine Idealsituation der Pflege. „Die Pflege-theoretikerinnen wollten und wollten mit ihren Modellen von der Intention her die Realität der Pflege weniger erklären, sondern diese vielmehr gestalten, indem sie sie nicht beschreiben, wie sie ist, sondern eher, wie sie sein sollte.“ (van Kampen: 201f.) Ob dies auch für die heutige Theorieentwicklung zutrifft, kann hier nicht beurteilt werden, jedoch wird dieser Tenor besonders in den ersten zwei bis drei Jahrzehnten der Theoriebildung deutlich.

Es sollen hier drei Theorien vorgestellt werden. Joyce Travelbee fokussiert den Beziehungsaspekt in der Pflege. Anschließend wird der systemische Bezugsrahmen und die Zielerreichungstheorie von Imogene King skizziert. Abschließend soll das Modell von Roper/ Logan/ Tierney stellvertretend für die bedürfnisorientierten Theorien vorgestellt werden.

### *Joyce Travelbee: Interpersonale Aspekte der Pflege*

Travelbee ist eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin. Ihr Hintergrund ist die psychiatrische Pflege. Die theoretischen Überlegungen formulierte sie in den 1960er Jahren. Die professionelle Beziehung zwischen Pflegendem und Patient steht im Vordergrund.

Travelbee definiert die Pflege als einen interpersonalen Prozess, „in dem eine professionelle Pflegekraft einer einzelnen Person oder einer Familie assistiert, die Erfahrung von Krankheit und Leiden abzuwenden oder ihr standzuhalten, und ihnen gegebenenfalls hilft, in dieser Erfahrung einen Sinn zu finden.“ (Travelbee 1997: 100)

Das Ziel der Pflege kann über eine gelungene Pflegende/ Patient-Beziehung erreicht werden. Sie kennzeichnet sich durch eine wechselseitige Beeinflussung und Veränderung von Patient und Pflegenden. Die Pflegende nutzt diese „Bewegung“ zielgerichtet, indem sie den von Krankheit und Leid geprägten Zustand des Patienten verändert. „Pflegekräfte haben wesentlich mit Veränderung zu tun, und in gewissem Sinne kann man sagen, daß sie immer nur das gleiche Ziel haben: andere zu verändern oder zu beeinflus-

sen.“ (ebd.) Dabei versteht Travelbee diese Pflgetätigkeit als Begleitung („assistance“); die Pflegende steht dem Patienten zur Seite. Wichtig ist, dass die Pflegende den Patienten als Mensch sieht; sie legt damit die Betonung auf die Individualität jedes Einzelnen. Pflege bedeutet, „sich um den Menschen, der Patient ist, zu sorgen...“ (ebd.: 120) „In Wirklichkeit gibt es keine Patienten. Es gibt nur individuelle Menschen, die Pflege, Dienst und die Hilfe von anderen Menschen benötigen, von denen geglaubt wird, daß sie die Hilfe, die benötigt wird, leisten können.“ (Travelbee zitiert nach Hobbles et al. 1992: 333)

Die schwierigste Aufgabe der Pflege sieht sie im letzten Teil ihrer Definition: die Sinnfindung in Krankheit und Leid. Die Schwierigkeit dieser Aufgabe resultiert aus einem verkürzten Krankheitsverständnis. Es ist einzig auf eine vollständige Kuration ausgerichtet; Krankheit als Kategorie, als ein möglichst schnell zu beendender Zustand. Dabei wird ihr Sinngehalt vernachlässigt. „Krankheit sollte als eine natürliche, allgemeine Erfahrung betrachtet werden.“ (Travelbee 1997: 105) Sie kann für den Kranken zu einer Selbsterfahrung werden, sofern er in ihr einen Sinn findet.

Grundstein für diese Aufgabe bildet die professionelle Pflegende/Patient-Beziehung, in die sich die Pflegende mit ihrem theoretischen Wissen und ihrer Person gezielt einbringt. Diese beiden Voraussetzungen werden mit den beiden Begriffen Inhalt und Prozess umschrieben, wobei der Inhalt die theoretischen Aspekte der Pflege meint und der Prozess definiert wird als „Erfahrungsaspekt der Pflege beziehungsweise als das, was zwischen Pflegekraft und Patient geschieht.“ (ebd.: 108) Beide Personen beeinflussen sich gegenseitig. Der therapeutische Einsatz des Selbst stellt besondere Voraussetzungen an die professionell Pflegende. „Bringt eine Pflegekraft ihre eigene Person in therapeutischer Absicht ein, dann macht sie bewußt Gebrauch von ihrer Persönlichkeit und ihrem Wissen, um im Patienten eine Veränderung zu bewirken.“ (ebd.: 109) Dies impliziert „Einsicht in das eigene Selbst, Kenntnis der eigenen Person, Kenntnis der Dynamik menschlichen Verhaltens...“ (ebd.) wie auch eine methodische und wissenschaftliche Herangehensweise in Form des Pflegeprozesses.

#### *Die Pflegende/Patient-Beziehung*

„Die Pflege-Patient-Beziehung ist in erster Linie eine Erfahrung beziehungsweise eine Ansammlung von Erfahrungen zwischen einer Pflegekraft und einem Patienten...“ (ebd.: 110) Travelbee betont, dass im Ergebnis für beide Beteiligten eine sinnvolle Erfahrung stehen sollte, also diese Beziehung auch für die Pflegende bedeutsam ist in dem Sinne, als dass gleichfalls ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Autorin betont, dass eine Vernachlässigung dieses Aspektes eine Enthumanisierung der Pflege bedeuten würde.

Eine solche Beziehung wird in vier Phasen beschrieben.

Die Phase der Begegnung. In der ersten Begegnung treffen beide, Pflegende und Patient, aufeinander. Der erste Eindruck des jeweils anderen wird durch Assoziationen aus vergangenen Erfahrungen geprägt; der Patient wird als Patient gesehen, die Pflegekraft als Pflegekraft. Die Besonderheit der Person weicht zuerst den stereotypen Wahrnehmungen des ersten Aufeinandertreffens.

Die Phase der wechselseitigen Identifizierung. Hier beginnen Patient und Pflegende eine Beziehung zu knüpfen. Der andere wird als Person mit einer eigenen Identität wahrgenommen; dies als Voraussetzung für den Interaktionsprozess, in dem der andere jeweils auch auf die eigene Person rückwirkt. „Im Verlauf dieser Phase stellt sich zwischen Pflegekraft und Patient eine Bindung her; beide sehen sich allmählich weniger als Kategorien, vielmehr als Menschen in ihrer Besonderheit.“ (ebd.: 118)

Die Phase der Empathie. Im Fortgang der Beziehung treten durch eine intensiviertere Wahrnehmung der Individualität des anderen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Beteiligten stärker zu Tage. Dazu braucht es die Fähigkeit, über das eigene Ich hinauszuschauen. „Sie (die Empathie, A.B.) ist ein Prozeß, bei dem das Individuum über das äußere Verhalten des anderen hinauszublicken und in einem bestimmten Augenblick dessen innere Erfahrung exakt zu erfassen vermag.“ (ebd.) Diese Erfahrung bezeichnet Travelbee als gegenseitiges Verstehen. Durch die Empathie kann das Verhalten des anderen vorherbestimmt werden.

Die Phase der Sympathie. Die Sympathie resultiert aus der Empathie; ihr spezifisches Merkmal ist „ein grundlegendes Streben oder ein Wunsch nach Linderung des Leidens“ (ebd.: 119), das durch Mitgefühl für den anderen entsteht. Sympathie ist „ein Gespür, eine Haltung, eine Art und Weise des Denkens und Fühlens...“ (ebd.), zeichnet sich durch die Sorge um den Patienten aus, bedeutet Herzlichkeit und Freundlichkeit ihm gegenüber.

### *Das persönliche Verhältnis*

Liegen die vorab aufgeführten Charakteristiken in einer Pflegenden/Patient-Beziehung vor, kommt es zum Entstehen eines persönlichen Verhältnisses. Dies ist der Kern einer solchen Beziehung.

Die vier Phasen der Pflegenden/Patient-Beziehung sind ausschlaggebend für die Entstehung eines persönlichen Verhältnisses. Zum anderen fließt hier auch die wissenschaftliche Arbeitsweise der Pflegenden mit ein. Durch das pflegerische Wissen ist es ihr möglich, systematisch und theoriegeleitet für eine Linderung des Leidens des Patienten zu arbeiten. Des Weiteren spielt der therapeutische Einsatz der Person der Pflegenden eine entscheidende Rolle. „Das persönliche Verhältnis ist nicht nur etwas, was die Pflegekraft *hat*, sondern etwas, was sie *ist*.“ (ebd.: 121, Hervorhebungen im Original) Betont sei hier noch einmal die Voraussetzung ihrer Fähigkeit, „das Menschsein des Patienten anzuerkennen, (es, A.B.) drückt sich in dem Vermögen aus, zu *sein*, im Gegensatz zum *Tun*.“ (ebd., Hervorhebungen im Original)

### *Bemerkungen zur Theorie*

Travelbee's interpersonale Aspekte der Pflege beschreiben das Wesen der Pflege als einen Prozess zwischen dem Pflegenden und dem Patient. Travelbee möchte den Patienten verändern, so dass die Verarbeitung der Erfahrungen von Krankheit und Leid gelingt. In diesem Verständnis erhält Pflege psychotherapeutische Konnotationen, auch wenn Travelbee die Pflege lediglich als Begleiter oder Assistenz im Prozess der Veränderung des Patienten sieht. Aufgabe der Pflege ist es, die leidvollen Erfahrungen in die bisherige Erfahrungs- und Erwartungsstruktur des Patienten zu integrieren. Krankheit und Leid gelten als eine Art Ausnahmezustand, der zusammen mit seinen Folgen abgeglichen werden muss mit der bisherigen (Lebens)Einstellung. Dies soll durch die Pflegenden/Patient-Beziehung geschehen, wobei die Empathie eine große Rolle spielt. Dieses Moment muss systemtheoretisch in Frage gestellt werden. Es ist nicht möglich, dass zwei psychische Systeme sich gegenseitig Einsicht geben. Sie operieren als geschlossene Systeme und sind füreinander Umwelt. Diese Geschlossenheit setzt Grenzen für die Beeinflussbarkeit des Bewusstseins, und in diesem Sinne auch für Veränderung. Psychische Strukturen und Prozesse können nicht gezielt verändert werden (Simon 2001: 121). Dies ist nicht nur das Problem der pflegerischen Beziehung im Verständnis von Travelbee, es ist die Situation eines jeden Psychotherapeuten. Beeinflussungen können über das soziale System der Pflegenden/Patient-Beziehung oder über den Organismus vorgenommen werden, da diese beiden Umwelten durch ihre besonderen strukturellen Kopplungen mit dem psychischen System dieses irritieren und stören können (ebd.: 122f.).

Insofern erscheint das persönliche Verhältnis im Ergebnis der vier Phasen in der pflegerischen Beziehung als ein idealtypisches Moment.

### *Imogene King: Ein systemischer Bezugsrahmen und die Zielerreichungstheorie*

In den 1970er Jahren veröffentlicht King in Amerika ihre Theorie, an der sie lange gearbeitet hat und auch kontinuierlich weiterentwickelte. Ausgangspunkt bildet für sie die Systematisierung der Pflegepraxis. Mit Hilfe von theoretischen (z.B. systemtheoretischen) Überlegungen aus anderen Disziplinen möchte sie die Pflege in der Gesellschaft verorten. Sie versucht, mit dem allgemeinen Bezugsrahmen die Beziehungen zwischen Individuum, Gruppe und Gesellschaft zu beschreiben. Daraus leitet sie dann die Zielerreichungstheorie für die Pflege ab, die die pflegerische Interaktion fokussiert.

### *Der systemische Bezugsrahmen*

Der Bezugsrahmen ist das Ergebnis von Überlegungen, die Konzepte und das Wissen der Pflegenden in ihrem Fachgebiet zusammenzutragen und mit Hilfe eines einheitlichen Begriffssystems zu ordnen. Das allgemeine Systemmodell fasst den Menschen als ein personales System auf, dass mit seiner Umwelt interagiert. Die Umwelt stellen interpersonale Systeme (Gruppen)

und das soziale System (Gesellschaft) dar, wobei bei den jeweiligen Interaktionen das Individuum im Mittelpunkt steht. Die Analyseeinheit stellt das menschliche Verhalten auf den einzelnen Interaktionsebenen dar. Den einzelnen Systemen, dem personalen, interpersonalen und sozialen System, werden verschiedene Konzepte zugeordnet, die das jeweils Spezifische dieses Systems beschreiben können und die intersystemische Interaktion dadurch kennzeichnen (King 1997: 186). So beziehen sich Konzepte wie die Wahrnehmung, das Selbst, das Körperbild usw. auf das personale System. Konzepte wie soziale Rolle und Stress, die sich auf mehrere Individuen in Gruppen beziehen, werden dem interpersonalen System zugeordnet. Dementsprechend gibt auch Konzepte, die sich auf das soziale System beziehen; dazu zählen beispielsweise die Konzepte von Macht, von Organisation usw. King betont, dass in Pflegesituationen Wissen aus Konzepten aller drei Ebenen angewandt werden (ebd.). Mit Hilfe dieses Bezugsrahmens kann nach King das Wesen der Pflege, die dynamische Interaktion in der Pflegesituation und deren wesentliche Komponenten in ihrer Komplexität beschrieben werden. „Das Ziel der Pflege besteht darin, Individuen und Gruppen zu helfen, Gesundheit zu erlangen, zu bewahren und wiederherzustellen.“ (ebd.)

### *Die Zielerreichungstheorie*

Der Bezugsrahmen spiegelt die Komplexität der Pflege; aus ihm können Theorien abgeleitet werden, um einzelne Phänomene zu erklären. Eine solche stellt King mit der Zielerreichungstheorie für die Pflege vor. Damit setzt sie sich mit der Frage nach dem Wesen der Pflege auseinander. Wichtig ist für sie, diese Überlegungen in das ‚Ganze‘, ihren entwickelten Rahmen, einzupassen. Um das Ziel der Pflege zu erreichen – Gesundheit für Individuen und Gruppen – sind Maßnahmen auf allen drei Ebenen bzw. in den drei beschriebenen Systemen notwendig.

Die pflegerischen Handlungen und Maßnahmen sind für professionell Pflegende in Abgrenzung zu den anderen Professionen im Gesundheitssystem charakteristisch und werden folglich als Grundeinheit für die Analyse verwendet. „In bezug auf Pflegesituationen wurde als Grundeinheit des Verhaltens die Interaktion zwischen Pflegekraft und Rezipient der Pflege identifiziert.“ (ebd.: 189) „Das Verstehen der menschlichen Interaktion (...) ist für das Verständnis des Wesens der Pflege unabdingbar.“ (King 1995: 68) Diese Dimension der unmittelbaren pflegerischen Interaktion ist über die Veränderung der Gesellschaft hinweg unverändert geblieben.

King fasst die Menschen als offene Systeme auf, die mit ihrer Umwelt durch Transaktionen in Verbindung stehen. Dadurch gibt es zwischen Umwelt und System keine Trennung. Treten bei Individuen Gesundheitsstörungen – Veränderungen täglicher Lebensaktivitäten – auf, helfen ihnen Pflegende, diese zu bewältigen, und sie tun dies in face-to-face-Interaktion. Mit Hilfe der Hauptkonzepte Wahrnehmung, Kommunikation, Interaktion und Transaktion kann die pflegerische Interaktion charakterisiert werden. „Inter-

aktion definiert sich als der Prozeß von Wahrnehmung und Kommunikation zwischen Person und Umwelt und zwischen Person und Person, der sich in zumeist zielorientierten verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen ausdrückt.“ (ebd.: 75) Transaktion spiegelt die wertsetzende Komponente der menschlichen Interaktion. Wahrnehmung bedeutet das Speichern und Verarbeiten von Informationen aus der Wirklichkeit, die sich in der subjektiven Erfahrungswelt niederschlagen. „Kommunikation ist ein Prozeß, durch welchen Informationen von einer Person zu einer anderen gegeben wird (...)“ (ebd.: 74)

King entwickelt auf der Grundlage dieser Konzepte ein Transaktionsmodell, das die theoretische Wissensbasis für den Pflegeprozess, als Methode angewandt in der Praxis, darstellt. „Zwei Menschen (Pflegekraft und Klient), die sich in der Regel fremd sind, begegnen sich in einer Pflegesituation, um zu helfen und sich helfen zu lassen, damit die Gesundheit erhalten bleibt, die soziale Rollenerfüllung ermöglicht.“ (King 1997: 191) Es werden gemeinsam Ziele zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung von Gesundheit vereinbart, ebenso der Weg dorthin. Beide Personen beteiligen sich an der Zielsetzung und

-erreicherung. In diesem Verständnis fließen noch weitere Konzepte neben den oben genannten mit ein: die für das personale System wichtigen Konzepte des Selbst, Wachstum und Entwicklung, Stress, Zeit, persönlicher Raum und soziale Rolle finden Berücksichtigung in der Zieldefinition im Pflegeprozess (ebd.).

#### *Bemerkungen zur Theorie*

King ist eine der Theoretikerinnen, die mit dem Wunsch, die Praxis zu systematisieren, eine Theorie auf abstrakterem Niveau formuliert hat. Der Bezugsrahmen gilt als Basis für die Erklärung pflegerische Phänomene. Sie sieht die Komplexität der Pflege und damit die Notwendigkeit, ausreichende Konzepte für die Beschreibung bereit zu stellen. Die Zielerreichungstheorie ist eine Möglichkeit der Anwendung des systemischen Bezugsrahmens. Weitere Anwendungsmöglichkeiten des Rahmens hat King nicht demonstriert. In der Zielerreichungstheorie ist die gemeinsame Aushandlung des Zieles der Pflege als ein besonderes Moment hervorzuheben. Dieses kennzeichnet ebenfalls das Konzept der Partnerschaft als Beschreibung der Pflegenden/ Patient-Beziehung, dass das empowerment des Patienten zur wesentlichen Outcome-Komponente erklärt (Gallant et al. 2002). Dies ist auch das Ziel der Pflege von King. Das Verständnis pflegerischer Interaktion als partnerschaftliche Beziehung impliziert power sharing. Damit wird die pflegerische Beziehung symmetrisiert und gerät in Gefahr, sehr komplex zu werden. Für Zinnecker (1997) ist jede helfende Beziehung asymmetrisch. Die Asymmetrie zeigt sich in verschiedenen Dimensionen: zum einen setzt die Hilfe selbst Asymmetrie voraus. Weiterhin erfolgt der Akt des Helfens unter bestimmten Bedingungen, die nicht frei wählbar sind, z.B. muss der Kranke für eine Operation

stationär aufgenommen werden. Zu einer dritten Dimension führt Zinnecker aus, dass der Hilfe immer normative, teleologische Vorgaben inhärent sind. Diese muss der Hilfebedürftige übernehmen, wenn er Hilfe erhalten will (1997: 216).

Hervorzuheben ist, dass King das Ziel der Pflege im Fokus auf die Gesundheit formuliert.

*N. Roper/ W. W. Logan/ A.J. Tierney: Ein Modell für die Krankenpflege*

Das Pflegemodell von Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney soll hier vorgestellt werden, weil es in Deutschland in der Krankenpflegeausbildung und -praxis eine weite Verbreitung gefunden hat. Es ist ein mehr praxisorientiertes Modell, das in Großbritannien entwickelt wurde. Die Autorinnen haben ihr auf einem Lebensmodell beruhenden Pflegemodell immer wieder aktualisiert, nachdem die Idee dafür 1975 reifte. Sie fassten es in einem Lehrbuch für die Krankenpflege 1980 zusammen.

### *Das Lebensmodell*

Im Modell des Lebens sollen die Hauptmerkmale des komplexen Phänomens „Leben“ dargestellt werden. Es enthält fünf Hauptkonzepte: die Lebensaktivitäten (LA), die Lebensspanne, das Abhängigkeits-/ Unabhängigkeitskontinuum, die Faktoren, die die LA beeinflussen und die Individualität.

Die zwölf Lebensaktivitäten stehen im Mittelpunkt des Modells, sie „tragen gemeinsam zum vielseitigen Prozeß des Lebens bei.“ (Roper/Logan/ Tierney 1997: 40) Die einzelnen Aktivitäten bündeln eine Vielzahl von Einzelaktivitäten und sind in enger Wechselbeziehung aufeinander bezogen. Im Einzelnen handelt es sich um folgende LA: Für eine sichere Umgebung sorgen, Kommunizieren, Atmen, Essen und Trinken, Ausscheiden, Sichsauberhalten und Kleiden, die Körpertemperatur regulieren, Sich bewegen, Arbeiten und Spielen, Sich als Mann/ Frau fühlen und verhalten, Schlafen, Sterben (ebd.: 41). Einigen LA kommt eine größere Bedeutung zu, z.B. die LA Atmen als ein grundlegender Prozess und Voraussetzung für das Leben.

Die Lebensspanne einer jeden Person repräsentiert die Aktivität „Leben“, sie verändert sich durch die Einwirkung von verschiedenen Faktoren ständig.

Eng mit den LA und der Lebensspanne verbunden ist das Kontinuum, dass die Abhängigkeit/ Unabhängigkeit anzeigt. In den einzelnen Lebensphasen sind die einzelnen Unabhängigkeitsgrade unterschiedlich ausgeprägt, wobei sie auch für jede LA differieren. Im Modell wird also für jede LA ein solches Kontinuum angelegt. Bei einem Kind wird auf diesem Kontinuum für die LA „Für eine sichere Umgebung sorgen“ ein Punkt zwischen beiden Polen in Frage kommen, ist es doch zu großen Teilen darin von den Eltern abhängig.

Die Faktoren, die die LA beeinflussen, werden in fünf Gruppen zusammengefasst in körperliche, psychologische (intellektuelle und emotionale),

soziokulturelle (darunter fallen geistige, religiöse, ethische), umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische Faktoren. Auch hier wird die enge Beziehung zwischen den einzelnen Faktoren(gruppen) betont. Die körperlichen Faktoren rekurrieren auf die physiologische und anatomische Leistungsfähigkeit des Körpers, wird also im Sinne von biologischen Faktoren verwandt (ebd.: 51).

Die Komponente „Individualität im Leben“ soll für das Leben, wie es vom Einzelnen erfahren wird, stehen. „Dem Modell entsprechend kann man diese Individualität als Ergebnis der Einflüsse aller anderen Modellkomponenten auf die LA und die vielfältigen Wechselwirkungen untereinander betrachten.“ (ebd.: 63)

### *Das Pflegemodell*

Das Pflegemodell beinhaltet Aspekte der Krankenpflege, die die Aufgaben der Pflegenden initiieren und ihr Wissen beeinflussen können. Es beschreibt nicht alle Maßnahmen einer Pflegenden. „Ein Pflegeplan beinhaltet auch die Verordnungen des Arztes oder anderer Mitarbeiter des Gesundheitsteams. Die Ausführung dieser Pflegemaßnahmen ist eine weitere wichtige Funktion der Krankenschwester.“ (ebd.: 65) Das Pflegemodell soll den „roten Faden“ kenntlich machen und Zusammenhänge der theoretischen und praktischen Bereiche aufzeigen.

Dem Pflegemodell liegt das Modell des Lebens zu Grunde. Die Autoren verstehen das Leben als eine „Verschmelzung von Lebensaktivitäten“ (ebd.: 67). Bei Krankheit kann es zu (aktuellen oder potentiellen) Problemen kommen. „Die spezifische Funktion der Krankenpflege besteht darin, dem Individuum dabei zu helfen, Probleme in den LA zu vermeiden, zu lindern, zu lösen oder zu überwinden (aktuelle oder potentielle).“ (ebd.: 68) Die Konzepte des Pflegemodells sind also denen des Lebensmodells sehr ähnlich. Das Konzept der Individualität wird durch die individualisierte Krankenpflege ersetzt.

Im Zusammenhang mit den LA im Pflegemodell wird die Priorität der LA Atmen nochmals betont; des weiteren weisen die Autorinnen darauf hin, dass wohl alle zwölf LA relevant sind, allerdings die individuelle Situation des Patienten immer bestimmte LA in den Vordergrund rückt. „Die Krankenschwester sollte wissen, dass unterschiedliche Umstände unterschiedliche Prioritäten schaffen.“ (ebd.: 72)

Die Bedeutung des Konzepts der Lebensspanne wird deutlich, wenn beachtet wird, dass es einzelne pflegerische Qualifikationen für Patienten in unterschiedlichen Abschnitten der Spanne gibt (z.B. Altenpflege), in diesen Zusammenhang sei auch das Konzept des Abhängigkeits-/ Unabhängigkeits-Kontinuums gestellt.

In der Diskussion der körperlichen Faktoren und ihre Bedeutung für das Pflegemodell weisen die Autoren darauf hin, dass es eine verkürzte Sichtweise sei, „daß viele glauben, die Krankenpflege befasse sich nur mit Funktions-

störungen und Krankheit. Dies entspricht nur zum Teil der Wahrheit, mit Ausnahme von Notfallsituationen, doch die Krankenschwester hat auch mit der Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie mit der Krankheitsvorbeugung zu tun.“ (ebd.: 84)

Das fünfte Hauptkonzept im Pflegemodell, die individualisierte Krankenpflege, verkörpert die Interaktionen der vier anderen Komponenten. Durch die Anwendung des Pflegeprozesses kann eine individualisierte Pflege erreicht werden. Dabei wird dem Patienten eine aktive Teilnahme zugesprochen. Die Auswirkungen einer solchen veränderten Patientenrolle müssen von der Krankenschwester erkannt und in ihrer Arbeit berücksichtigt werden (ebd.: 100).

#### *Bemerkungen zum Modell*

Das Pflegemodell von Roper, Logan und Tierney ist eines der bedürfnisorientierten Modelle in der Pflegetheorie. Das Konzept der menschlichen Grundbedürfnisse ist in der Krankenpflege weit verbreitet und lehnt sich an die Maslow'sche Bedürfnispyramide an. Die Zugrundelegung der Bedürfnisse als Tätigkeitsbereich macht das Wesen der Pflege aus. Henderson (1997) formuliert ihre Theorie auf dieser Basis. Gleichwohl weisen Roper, Logan und Tierney darauf hin, dass ihr Konzept der LA keine Hierarchisierung enthält. Sie begründen des weiteren ihr Konzept der LA damit, „dass man sie beobachten, klar umschreiben und in einigen Fällen objektiv messen kann. Für die Krankenschwester ist es schwierig, Bedürfnisse als solche einzuschätzen.“ (ebd.: 70) Dennoch lassen sich viele der LA auch in anderen Aufstellungen wiederfinden.<sup>8</sup> Vielfach angewandt werden sie auch in Deutschland. Krohwinkel (1992) hat ihr ‚konzeptionelles Modell der Aktivitäten und der existentiellen Erfahrungen des Lebens‘ (AEDL) an den Theorien von Roper, Logan und Tierney und an Orem, eine weitere Bedürfnistheoretikerin, orientiert. Sie übernahm elf LA aus dem Pflegemodell von Roper et al. und ergänzte die AEDL „mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ und die AEDL „die sozialen Bereiche des Lebens sichern“. Auch in dem in der Pflegeausbildung vielverwandten Buch von Juchli werden 13 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) als Grundlage für die Krankenpflege beschrieben (Kellnhauser et al. 2000).

Die Lebensaktivitäten in dem Modell von Roper, Logan und Tierney stecken einen weiten Raum ab, für den sich die Krankenpflege verantwortlich zeichnet (wenn auch der Hinweis gegeben wird, dass nicht alle LA bei jedem Patienten ein Problem darstellen). Sie beziehen sich auf verschiedene Funktionsvollzüge des Organismus (Atmen, Ausscheiden, Regulieren der Körpertemperatur) und auf soziale Tätigkeiten (Arbeiten und Spielen, Kommunizieren). Probleme in der Ausübung der LA resultieren meist aus den Folgen

---

4 Eine Gegenüberstellung der in den einzelnen Theorien (V. Henderson, M. Krohwinkel, J. Juchli, N. Roper/ W. Logan/ A. Tierney) formulierten Bedürfnisse findet sich im Anhang.

einer Erkrankung, müssen es aber wahrscheinlich nicht, da Gesundheitsförderung auch als ein Arbeitsbereich genannt wird. Die Zuständigkeit der Pflegenden für Probleme in diesen Bereichen sind allerdings nicht klar abgegrenzt. Es gibt Überschneidungen mit anderen Professionen und Berufen. Die Verantwortlichkeit für die LA, die den Prozess des Lebens ausmachen, ist Aufgabe vieler Professionen und nicht einzig der Pflege.<sup>9</sup> In der Praxis werden die LA meist in vorstrukturierten Anamnesebögen operationalisiert. Hervorzuheben ist, dass die Autorinnen die Problembereiche in den LA nicht als einzige Aufgabe der Pflege ansehen, ärztliche Anweisungen und Aufgaben gehören ebenso in das Spektrum ihrer Tätigkeiten.

*Theorie als Abbildung der Pflegerealität: Das multidimensionale Modell der Patientenorientierung von Karin Wittneben*

In Deutschland fand bisher kaum Theoriebildung statt. Aus den Erfahrungen der amerikanischen Entwicklung heraus wird die Konsequenz der Notwendigkeit einer engen Verknüpfung von Forschung und Theorie angestrebt (Moers/ Schaeffer 2000).

Die Notwendigkeit einer pflegetheoretischen Basis für die Krankenpflegeausbildung begründet Wittneben: „Eine Pflegedidaktik muß sich (...) auf ein Pflegemodell stützen können, das Pflegewirklichkeit bzw. Pflegepraxis möglichst breit ‚abbildet‘.“ (1993: 207) Die Krankenpflegeausbildung soll auf die Praxis vorbereiten, deshalb sollte das Modell sich eng an der Realität orientieren. Dabei ist sich Wittneben bewusst, dass ein Modell notwendig einen Sachverhalt immer vereinfachend repräsentiert (ebd.). Die angesprochenen Forderungen fand sie in den vorliegenden Modellen nicht vor. Deshalb entwickelte sie ein multidimensionales Modell der Patientenorientierung, das ihr als Grundlage für eine Pflegedidaktik dient.

*Ein multidimensionales Modell der Patientenorientierung*

Der Begriff der Patientenorientierung soll die vorherrschende Krankheitsorientierung in der Krankenpflege um humanwissenschaftliche Aspekte erweitern. Diese Aspekte werden in der Form von Dimensionen auf einem Kontinuum abgetragen. Dem der Patientenorientierung entgegengesetzte Pol ist die Patientenignorierung. Die Dimensionen reichen über die Verrichtungs-, Symptom-, Krankheits-, Verhaltens- bis zur Handlungsorientierung. Sie werden in ihrem Bezug zur Krankenpflege erläutert.

Die Krankheitsorientierung in der Krankenpflege leitet Wittneben historisch ab. Sie wird primär dem Medizinsystem attribuiert. Die Situation der Pflegenden prägt die Assistenzfähigkeit für die Medizin, welches letztere bis heute erfolgreich einfordert. „Erwünscht ist eine spezialisierte, aber erkennt-

---

5 Diese Kritik formuliert Cash für die Pflgetheorie von Orem. Die „universal self-care needs“ beanspruchen nicht einzig die Pflege, auch medizinische, physiotherapeutische und andere Interventionen dienen der Problembehandlung dieser Bedürfnisse (vgl. Cash 1990: 252).

nisfreie Überwachung, die als ‚symptombezogene Krankenpflege‘ bezeichnet werden soll.“ (1991: 31) Die Dimension der Symptomorientierung nimmt somit das Konzept der Krankenbeobachtung auf. Wird sie patientenorientiert ausgerichtet, steht nicht mehr das Sammeln von einzelnen Symptomen im Vordergrund, solche Tätigkeiten erhalten eine kontextuelle Orientierung (1994: 27). Daneben beschreibt sie die Dimension der Verrichtungsorientierung. In ihr „werden Pflegearbeiten eingeordnet, die bisher unter den Konzepten der Grund- und Behandlungspflege eingeordnet worden sind.“ (ebd.) Diese Tätigkeiten werden als Pflegetechniken verstanden. Patientenignorierende Pflege beschrieben mit diesen beiden Dimensionen arbeitet der Medizin zu; sie schließt eigene Erkenntnis- und Urteilsfähigkeit aus. Die Autorin entwickelt nachfolgend die Dimension der Krankheitsorientierung, die sich von der der Medizin unterscheidet und in einen pflegerischen Denk- und Handlungsansatz integriert werden kann.

„Eine krankheitsorientierte Krankenpflege bezieht sich auf die Überwachung und Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, denen so umfassende Kenntnisse der Krankheitslehre zugrundeliegen, daß eine eigenständige Erkenntnis des Krankheitsbildes und Beurteilung der Therapie ermöglicht wird. Die die medizinische Diagnostik und Therapie unterstützenden pflegerischen Maßnahmen lassen sich einerseits als quantifizierende Methoden des Zählens und Messens von Patientendaten und andererseits als ein Methode des Verstehens kleinster Phänomene im Erscheinungsbild des Patienten charakterisieren. Die durch Zählen, Messen und Verstehen von Patienten gewonnen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Diagnose und Therapie hinaus zur Konstituierung der medizinwissenschaftlichen Forschung und letztlich der medizinischen Wissenschaft bei.“ (1991: 39)

Wittneben belässt die Dimension der Krankheitsorientierung als eine Grundlage in der Pflege und wandelt dieses Wissen in den Ausgangspunkt für eine spezifische (pflegerische) Patientenorientierung um. Das Charakteristikum der patientenbezogenen Krankenorientierung ist eine pflegerische Erkenntnis- und Urteilsfähigkeit. Die Patientenorientierung in dieser Dimension zeigt sich in dem Bemühen, die Symptome des Patienten zu verstehen auf der Grundlage des pflegerischen Wissens, das auch Kenntnisse aus der Krankheitslehre umfasst, und sie zu interpretieren. Wittneben hat die Dimension der Krankheitsorientierung formuliert, weil sie damit eine Kategorie schaffen wollte, in der die Diagnosekompetenz der Pflege, also das Erkennen von medizinischen Symptomzusammenhängen, verortet werden kann (1994: 29).

Neben diesen drei Dimensionen der Symptom-, Verrichtungs- und Krankheitsbezogenheit beschreibt Wittneben weitere. Die Notwendigkeit einer anderen Dimension sieht sie in den negativen Aus- und Nebenwirkungen, das ärztliche und pflegerische Tun unweigerlich nach sich ziehen, z.B. Schmerz, Angst und Unsicherheit. Mit der verhaltensbezogenen Dimension möchte Wittneben deutlich machen, dass es auch Aufgabe der Pflege ist, solche Nebenwirkungen bzw. Störungen zu vermeiden bzw. zu minimieren (1993: 205). Mit dem auf der Neurophysiologie beruhenden Modell der

„cholinergischen Reizpflege“ gibt sie ein Beispiel, wie dies aussehen könnte. Wittneben erweitert diese Dimension um die Erlebnisbezogenheit und versucht so, die eingengegte Sicht der Berücksichtigung von einzig physiologischen Reaktionen aufzubrechen und auch das subjektive Empfinden des Patienten mit einzubeziehen (ebd.).

Eine weitere Dimension stellt die handlungsbezogene Patientenorientierung dar. Sie bedeutet zugleich eine Erweiterung der zuvor beschriebenen Dimensionen, und zwar in dem Sinne, dass die Pflege nicht nur darauf ausgerichtet ist, den Patienten schonend zu pflegen (siehe verhaltensbezogene Patientenorientierung). Wittneben sieht hier die Zielperspektive eines Pflegeverständnisses in der Herausforderung des Patienten zur Selbstverantwortung für die Erhaltung und Wiederherstellung von persönlichem Wohlbefinden. „Das Spezifische intentionalen pflegerischen Handelns wird in der Bereitschaft und Fähigkeit von Pflegenden und Gepflegten erkennbar, im Gepflegten ein Handlungsvermögen zu verantwortlicher Selbstpflege zu entdecken, zu erhalten, zu restituieren oder zu erweitern.“ (1991: 74) Mit der Pflegetheorie von Orem wird diese Dimension beschrieben. Gleichzeitig macht Wittneben jedoch darauf aufmerksam, dass Orem's Modell eine asymmetrische pflegerische Interaktion voraussetzt: die Pflegenden substituieren unhinterfragt und selbstverständlich die Selbstpflegethürdefizite des Patienten. Insofern charakterisiert Wittneben die Pflege nach Orem's Modell als zweckrationale Patientenorientierung. In Anlehnung an Habermas sieht sie in dieser Zweckrationalität die Begünstigung einer instrumentellen Verfügung über die Patienten: „Eine Pflegezielvorgabe der Selbstpflege durch die Pflegenden impliziert die Gefahr eines höheren Potentials von Herrschaftsausübung von Pflegenden über Gepflegte.“ (ebd.: 143) Darauf aufbauend umreißt sie eine weitere Dimension ihres Modells: die der Interaktions- und Kommunikationsbezogenheit (1993: 206). Sie liegt quer zu den bereits beschriebenen fünf Dimensionen, denn in allen diesen pflegerischen Dimensionen ist diese Interaktionsebene natürlich inbegriffen. In der Diskussion dieser Dimension argumentiert sie mit der Theorie des kommunikativen Handelns. Dahinter steht die Überlegung, ob die pflegerische Interaktion, die bisher ein asymmetrisches Kommunikationsmuster besitzt, mit dem Anspruch der Patientenorientierung nicht symmetrisiert werden kann. Diese Diskussion ist mit groben Überlegungen eröffnet worden (1994: 30). In Arets et al. wird zusätzlich noch eine interkulturelle Pflegeorientierung mit Bezug auf Leininger erwähnt, die sich wie die Dimension der Interaktions- und Kommunikationsbezogenheit auf die ersten fünf beschriebenen Dimensionen bezieht (1999: 158).

#### *Bemerkungen zum Modell*

Wittneben selbst macht darauf aufmerksam, dass die Dimensionen dieses Modells keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Um die Pflegerealität angemessen zu beschreiben, sind Beschreibungen der institutionellen Bedingungen oder historische Voraussetzungen einzuarbeiten (ebd.: 207). Mit

diesen hier beschriebenen Dimensionen hebt sie auf jene Bedingungen ab, die in der unmittelbaren Pflegesituation eine Rolle spielen.

Die ersten drei dargestellten Dimensionen der Verrichtungs-, Symptom- und Krankheitsorientierung als jene Bereiche, „welche der praktischen Krankenpflege traditionell vertraut sind“ (Wittneben 1993: 205) gründen auf der historisch gewachsenen Abhängigkeit und Assistenzfunktion der Pflege gegenüber der Medizin. Dieses Verständnis von Pflege wird von Wittneben aus diesem Grunde nicht verleugnet. Sie versucht aber in gleichem Zuge, in der Wahrnehmung dieser Funktion der Krankenbeobachtung und der therapeutischen und diagnostischen Aufgaben sich nicht als bloße „Vermessungstechnikerin“ zu verstehen, sondern selbst die pflegerische Fähigkeit zur Erkenntnis von Symptomzusammenhängen einzubringen und damit patientenorientiert zu arbeiten. Wenn sie in der Kategorie der Krankheitsorientierung ein „Anregungs- und Ordnungspotential für ein Denken und Handeln in medizinischen Symptomzusammenhängen“ (ebd.) sieht, weist Wittneben auf eine Aufgabe der Pflege hin, die bisher den Ärzten vorbehalten blieb. Vielmehr wird in der Pflegelehre und -wissenschaft versucht, eine klare Abgrenzung zur Medizin und ihrem naturwissenschaftlichen Vorgehen zu schaffen. Die Methode des Verstehens kleinster Phänomene im Erscheinungsbild des Patienten in der Definition der Dimension der Krankheitsorientierung als spezifischen Beitrag zur Patientenorientierung ist nur auf dem Hintergrund von medizinischen Kenntnissen in der Krankheitslehre möglich. Diese sind nicht denen der Medizin gleichzusetzen. Allerdings passiert diese Einschätzung und Interpretation der Symptome des Patienten auf jene Art, wie auch Ärzte bei der Diagnosestellung vorgehen. Die Pflegenden haben durch intensiveren Kontakt bessere Möglichkeiten, kleinste Änderungen am Zustand des Kranken zu bemerken (die Aufgabe der Krankenbeobachtung). Dass sie diese beobachtet und gleichzeitig in ihrer Bedeutung interpretiert, „impliziert einen entscheidenden Wandel von einer arztbezogenen zu einer patientenbezogenen Krankheitsorientierung in der Krankenpflege...“ (1991: 39).

Ihren Überlegungen zur Dimension der Interaktions- und Kommunikationsbezogenheit muss grundsätzlich mit der gleichen Kritik begegnet werden wie sie zur Theorie von Imogene King geführt wurde. Vor- und Nachteile partnerschaftlicher Implikationen durch eine Symmetrisierung der pflegerischen Interaktion auf der Grundlage der Theorie kommunikativen Handelns müssen eingehend diskutiert werden.

### *Zusammenfassung*

In diesem Teil der Arbeit standen die Selbstbeschreibungen der noch jungen Disziplin Pflegewissenschaft im Vordergrund. Reflexionen waren vor allem zu Beginn in den 1950er-60er Jahren gezeichnet von dem Bemühen, sich von der Medizin abzugrenzen. Die Theorien und Modelle richteten sich nach zwei Seiten aus: einige Theorien versuchen, das Wesen der Pflege zu erklären. Als

Beispiel wurde hier die Theorie von Joyce Travelbee vorgestellt, die Pflege als einen Beziehungsprozess zur Verarbeitung von Krankheit und Leid beschreibt.

Die Selbstbeschreibungen der Pflege sind auf unterschiedlich abstraktem Niveau angelegt. Imogene King hat sich um eine Systematisierung der Pflege mit Hilfe eines Bezugsrahmens und einer Reihe von Konzepten bemüht. Andere Theorien versuchen zielgerichtet, praxisorientierte Handlungsanleitungen zu formulieren, als Beispiel für diese Richtung wurde das Roper, Logan und Tierney-Modell beschrieben. Dazu zählt aber auch das Theorie-Modell von Wittneben. Die Entwicklung des Modells der Patientenorientierung erfolgte mit dem Anspruch, die Pflegewirklichkeit so weit möglich abzubilden.

Zusammenfassend muss mit Bishop im Hinblick auf den Stand der Theorieentwicklung konstatiert werden, dass sie sich in einem Anfangsstadium der systematischen Entwicklung befindet. Pflege-theorien entsprechen bei weitem nicht den Kriterien einer wissenschaftlichen Theorie (1992: 96).

Der Abriss des Verlaufs der Formulierung und Diskussion von Pflege-theorien zeigen die von Luhmann/ Schorr beschriebenen Entwicklungen von Reflexionen eines Funktionssystems. Wie oben aufgezeigt, benötigt das System Autonomie, um die Systemreferenzen für sich abgrenzen zu können. Autonomiepostulate gelten als erste Reflexionsansätze, die allerdings selbst unreflektiert abgegeben werden. Betrachten wir die Entwicklung in den USA in den 1960-70er Jahren, passiert die Theorieentwicklung vor allem in dem Bemühen, sich von der Medizin abzugrenzen. Die Autonomiebestrebungen werden durch Pflegewissenschaftlerinnen gestützt, die das Wesen der Pflege theoretisch zu begründen versuchen. Nachfolgend wird vor allem auch in den Ländern, in denen die Pflege ähnliche Emanzipationsbestrebungen zeigt, erkannt, dass die Pflege ein wesentlich komplexeres Phänomen darstellt. Durch Pflegeforschung soll der Gegenstand genauer umrissen werden. Parallel beginnen die Diskussionen einer Pflegeethik. Einsicht besteht ebenfalls, dass Autonomie auch eine Klärung der Abhängigkeiten zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen wie die Wirtschaft, Wissenschaft und Politik bedeutet. Davon zeugen Pflegestudiengänge mit unterschiedlichsten Ausrichtungen.

Mit den hier vorgestellten ersten Selbstbeschreibungen der Pflege und weiteren Überlegungen soll im folgenden Abschnitt diskutiert werden, wie sich die Pflege innerhalb der Gesellschaft verortet.

## 9.4 Pflege als System?

Neben den systemtheoretischen Ausführungen zum Gesundheitssystem bzw. zum System der Krankenbehandlung formuliert Hohm Überlegungen zur Ausdifferenzierung eines Pflegesystems. Die Pflege übernimmt in seinen Augen eine Funktion innerhalb der Gesellschaft, die kein anderes System übernehmen kann. Im zweiten Abschnitt wurden Selbstbeschreibungen der Pflege im Kontext ihrer Professionalisierungsbestrebungen vorgestellt. Mit der Etablierung der Pflegewissenschaft wird der Charakter einer eigenen Disziplin propagiert.

Ausgehend von der von Hohm für das Pflegesystem vorgeschlagenen binären Codierung pflegefähig/ pflegeunfähig soll noch einmal mit Hilfe der Selbstbeschreibungen der Pflege gefragt werden, ob die pflegespezifische Kommunikation einzig mit den Positivwert ‚pflegefähig‘ anschlussfähig ist, soll heißen: ist die Pflege dadurch hinreichend präsentiert?

### *Pflege – ein komplexes Phänomen*

Für die weitere Argumentation soll die hier in Deutschland vielfach verwendete Trennung der Pflege in Behandlungs- und Grundpflege noch einmal aufgegriffen werden. Wie im zweiten Abschnitt bemerkt, stehen diese Begriffe für die Charakterisierung zweier unterschiedlicher pflegerischer Arbeitsbereiche: unter der Behandlungspflege werden Tätigkeiten verstanden, die in Assistenz für den Arzt ausgeübt werden. Die allgemeine oder Grundpflege umfasst den genuin pflegerischen Bereich, z.B. die Körperpflege, die Essenversorgung, Hilfe beim Ankleiden usw. Diese Unterteilung der pflegerischen Aufgaben, die auch als Grundlage von gesetzlichen und finanziellen Entscheidungen dient, ist von pflegerischer Seite auf starke Kritik gestoßen (siehe dazu z.B. Schwarzmann 1999).

Die Bestrebungen zu pflegerischer Autonomie und Professionalität konzentrieren sich auf den Bereich der Grundpflege, symbolisiert doch die Behandlungspflege die Abhängigkeit zur Medizin. Damit gewinnt die Pflege einen schwer zu fassenden Charakter, der eine Abgrenzungen zur Laienpflege schwierig macht und so die Gefahr der Omnipotenz beinhaltet (Bartholomeyczik 1999). Einige solcher theoretischen Abgrenzungsversuche gegen die Laienpflege und gegen die Medizin sind im vorherigen Abschnitt vorgestellt worden. In der Beschreibung des Wesens der Pflege wird zum einen der pflegerische Interaktionsprozess in den Mittelpunkt gestellt. Zum anderen sind es die Bedürfnisse des Patienten, auf die sich die Tätigkeiten der Pflege beziehen. Daneben existieren noch weitere Foki, die sich in den entsprechenden Denkschulen verorten.

Das Modell der Patientenorientierung von Wittneben erhebt den Anspruch, Pflegerealität abzubilden; in ihm finden sich also auch beide Bereiche der Pflege, die Behandlungs- und die Grundpflege, in den Dimensionen wieder. In der handlungsorientierten Dimension ist der Aspekt der Grundpflege ausgedrückt. Anhand des Pflegemodells von Orem wird ein Selbstpflegedefizit ermittelt, das dann durch die Pflegenden kompensiert wird. Daneben finden sich die Elemente der Krankenbeobachtung und der Behandlungspflege, die sie unter den Dimensionen der Verrichtungs-, Symptom- und Krankheitsbezogenheit diskutiert. Es sind Tätigkeiten, bei denen die Pflegenden genau die Perspektive einnimmt, mit der ein Arzt den Patienten beobachtet: sie überwacht die Veränderungen bzw. Stabilität der Symptomatik des Patienten. Veränderungen werden auf Grund eigener Urteilsfähigkeit interpretiert. Das heißt, die Pflegenden deutet symptomatische Veränderungen nach dem medizinischen Kausalitätsmuster. Das besondere Verstehensmoment kleinster Phänomene im Erscheinungsbild kann nur durch den regelmäßigen Kontakt zwischen Pflegenden und Patient entstehen. Diese Phänomene erfahren ebenfalls eine Erklärung nach medizinischem Muster. Spezifisch pflegerisch im Sinne des Modells werden sie deshalb, weil sie nur durch eine genaue Beobachtung der Symptome und der Verhaltensweisen des Patienten und deren Interpretation erkannt werden können. Pflegenden nehmen keine gezielte Diagnose im Sinne einer ärztlichen Diagnosestellung vor, aber sie deuten auftretende Veränderungen im Zustand des Patienten auf dem Hintergrund der Unterscheidung krank/ gesund. Sie beobachten den Körper dahingehend, ob sich der krankmachende Zustand verschlechtert oder verbessert. Solche Beobachtungen können durchaus während pflegerischer Handlungen gemacht werden (zu einem Beispiel siehe Wittneben 1993: 205), allein sie werden unter medizinischem Blickwinkel gedeutet. Die Pflegenden selbst kann nur bedingt direkt handeln, also eine Operation veranlassen oder die Absetzung eines Medikaments, das sie für den Auslöser der Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands hält, aber sie kann (muss!) den Arzt auf die Veränderung hinweisen und somit Handeln veranlassen. In diesem Verständnis wäre die Pflege mit der Aufgabe der Krankenbeobachtung als ein Teil des Krankenbehandlungssystems im Luhmann'schen Sinne zu verstehen.

Die Dimensionen der Verrichtungs-, Symptom- und Krankheitsbezogenheit ordnet Wittneben auf ihrem Kontinuum nahe dem Pol der Patientenignorierung an. Wie die obigen Ausführungen vermuten lassen, sieht sie hier die Gefahr, dass der Patient ausschließlich unter der medizinischen Perspektive betrachtet wird. Das bedeutet, die Pflegenden beobachtet den Körper des Patienten. Diese Perspektive wird als reduktionistisch etikettiert und dem Arzt bzw. der Medizin zugeschrieben. In einigen Bereichen der stationären Pflege ist die Gefahr einer solchen verkürzten Sichtweise des Patienten besonders groß, wenn nämlich die verbale Kommunikation mit dem Patienten nicht

möglich ist und die Verrichtungsorientierung dominiert, z.B. auf der Intensivstation. Durch theoretische Konzepte wie das Leibkonzept (Uzarewicz 1997, s.u.) versucht die Pflege dem zu begegnen. Auch die Dimension der Verhaltensbezogenheit im pflegetheoretischen Modell von Wittneben orientiert sich am Körper bzw. dessen Reaktionen auf die Pflege und die Medizin. Eine schonende Pflege kann direkt am Körper ‚abgelesen‘ werden; Krankenpflege kann gezielt in ihren pflegerischen Maßnahmen Einfluss auf körperliche Vorgänge nehmen.

Gehört nun der Bereich der Krankenbeobachtung, der Verrichtungs- und Symptomorientierung, also der oben benannte (durchaus weitere Maßnahmen umfassende) Bereich der Behandlungspflege mit zu den pflegerischen Aufgaben in dem Sinne, dass sie die Funktion der Pflege (mit) repräsentiert? Oder ist sie lediglich ein Zeugnis der historisch gewachsenen Abhängigkeit zur Medizin, aus der sich die Pflege im Zuge der Professionalisierung befreien muss? Die bisherigen Ausführungen und die Beispiele der Pflege-theorien legen es nahe, dass die Pflege in ihrem Bemühen um berufliche Autonomie den Bereich für sich definieren möchte, der ihr ein autonomes Handeln ermöglicht, also die Grundpflege. Die Bestrebungen einer Abgrenzung von der Medizin führen nicht nur zur Ignoranz medizinischer Assistenz-tätigkeiten der Pflege in ihren Versuchen der Selbstbeschreibung, sie negieren auch das gemeinsame (biomedizinische) Wissen. Kling-Kirchner sieht die Gefahr, dass die Pflege sich dadurch in eine neue Abhängigkeit begibt: in die der Sozialwissenschaften, z.B. wenn sich Pflege primär über die pflegerische Beziehung definiert (1994: 5). Für sie resultiert diese Hinwendung zu den Sozialwissenschaften vor allem aus dem bisher nicht geklärten Körperbegriff und den somatischen Ansatz in der Pflege (ebd.). Medizin und Pflege haben vieles gemeinsam,

„(d)er wesentliche strukturelle Unterschied zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Domäne und ihrem Handlungsbezug liegt in der Blickrichtung: Somatische ‚Ursachen‘ bei Ärzten, somatische ‚Symptome‘ einschließlich subjektiver Äußerungen der Patienten bei Pflegekräften.“ (ebd.: 7)

Während sich die Mediziner auf die Behandlung der Ursachen von Krankheiten konzentrieren, behandeln die Pflegenden Symptome und deren Folgen, wobei auch das subjektive Erlebnis des Patienten mit einbezogen wird. Für Kling-Kirchner muss es das vorrangige Ziel der Pflege-wissenschaft sein,

„dem Körperbegriff in der Pflege große Aufmerksamkeit und Priorität einzuräumen sowie dessen kommunikative und soziale Bedeutung in der – häufig körperlichen – Interaktion zu erarbeiten. Dies schließt die Herausarbeitung der Unteilbarkeit der pflegerischen Leistung, ihrer diagnoseübergreifenden Anteile sowie der Professionalität des pflegerischen Handlungsmodus ein.“ (ebd.: 9)

Nach den Überlegungen Kling-Kirchners kann und soll die Pflege ihren Bereich abstecken, unbedacht der medizinischen Nähe in einigen ihrer Aufgabenbereiche und der Gemeinsamkeiten mit der Medizin.

### *Der Körper: die pflegerische(n) Perspektive(n)*

Wie im obigen Zitat schon anklang, ist das Verhältnis zum Körper in der pflegerischen Diskussion weitgehend ungeklärt. Der Körperbezug ist – wie für die Medizin – für die Pflege charakteristisch (Kling-Kirchner 1994). Für Remmers „stellt (...) das theoretische Vorverständnis des Körpers jenen Punkt dar, an dem sich die Paradigmen Diskussion der Pflege wissenschaftstheoretisch und handlungspraktisch konkretisieren ließe.“ (1997: 283) Uza-rewicz schlägt dafür das Leibkonzept vor. In der Pflege, die sie vor allem als Interaktion begreift, braucht die Pflegenden ein „spezifisches Gegenüber“ (1997: 148). Dies kann mit dem Begriff des Leibes „im Sinne von Leben und Lebendigem bezogen auf den Menschen“ (ebd.) besonders auch in solchen pflegerischen Situationen, in der es keine Verständigungsmöglichkeiten mit dem Patienten etwa auf Grund von Bewusstlosigkeit gibt, erfüllt werden. „Daher wäre der Leib für die Pflege das adäquate Konzept, wenn sie sich in dem Praxis- und Wissenschaftsspektrum neu verorten will.“ (ebd.) Die Leiblichkeit überwindet den kartesischen Dualismus und steht für die Repräsentation von Bewusstsein und Organismus zugleich. Das körperbezogene pflegerische Handeln erhält so eine „hermeneutische Norm eines umfassenden Sinnverstehens von Handlungen.“ (Remmers 1997: 283)<sup>10</sup>

Die Diskussion greift ein Problem aus dem ersten Abschnitt auf. Der Körper als Umwelt des sozialen Systems wird zum unmittelbaren Bezugspunkt und Ausrichtung für gesellschaftliche Funktionssysteme. Die damit verbundenen Folgen formuliert Luhmann in seinen Ausführungen zum Krankenbehandlungssystem. Diese exklusive, in den Augen der Pflege reduktionistische Konzentration auf den Körper unter dem Blickwinkel krank/ gesund repräsentiert nicht die Sichtweise der Pflege. Als Antwort formuliert sie eine normative Orientierung, die allerdings für eine systemtheoretische Auseinandersetzung wenig hilfreich ist.

In den Vorstellungen Hohm's differenziert sich die pflegespezifische Kommunikation dann aus, wenn eine Person auf Grund von Krankheit, Behinderung oder Unfall ihren Pflegebedarf nicht mehr allein bewältigen kann. Beobachtet das Pflegesystem einen solchen Pflegebedarf, ist der Patient pflegefähig. Der Körper als Umwelt von sozialen Systemen und Adresse von funktionsspezifischen Kommunikationen ist auch hier entscheidend und wird auf den Pflegebedarf hin beobachtet. Als Wahrnehmungsmedium wird er zur

---

6 Remmers selbst argumentiert mit Merleau-Ponty: der Leib wird im Zuge des Austausches zwischen Organismus und Umwelt zum Medium sinnhafter Darstellung (vgl. 1997: 282).

Kommunikationsbasis; Pflege passiert auch bei Hohm meist am und mit dem Körper. Der Pflegecode pflegefähig/ pflegeunfähig wurde entwickelt, ohne auf die oben angesprochene Diskussion der Abgrenzung der Pflege von der Medizin einzugehen. Somit kann der Code sich auf Tätigkeiten der Grundpflege beziehen, er kann aber auch im Sinne Kling-Kirchners die „Unteilbarkeit der pflegerischen Leistung“ ausdrücken. Für Hohm passiert die pflegespezifische Kommunikation unter dem Blickwinkel eines zum Erfolgsmedium avancierten Körpers. In diesem Verständnis ist dieser nicht mehr Teil der Umwelt des sozialen Systems Pflege, sondern Bestandteil dessen.

Die Interpretation der verschiedenen Dimensionen des Pflegemodells von Wittneben legt hingegen nahe, dass einzelne pflegerische Tätigkeiten, die sich auf die Krankheit(en) und die Symptome des Patienten beziehen (Krankenbeobachtung), auf der Grundlage der Unterscheidung krank/ gesund durchgeführt werden. Sie orientieren sich also an dem Beobachtungsmodus, den Luhmann den Ärzten bzw. dem Krankenbehandlungssystem zuschreibt. Gleichzeitig ist es Aufgabe der Pflege, das Selbstpflegedefizit, das durch die Krankheit und den Heilungsprozess entstanden ist, zu kompensieren. In diesem Sinne nimmt sie dann Aufgaben der Behandlung von Symptomen und deren Folgen wahr.

### *Pflege und Gesundheitssystem*

Bauch sieht die Krankenbehandlung in dem heutigen Gesundheitssystem lediglich als ein Subsystem. Die Ergebnisse der modernen Medizin offenbaren, dass die Ursachen für viele Erkrankungen in (gesundheitsschädlichen) sozialem Verhalten liegen. Insofern ändert sich auch das Verhältnis zum Körper als Umwelt des sozialen Systems, er wird mehr und mehr zur „sozialen Inwelt“. Er wird zunehmend thematisiert, und diese Thematisierung dringt in viele gesellschaftliche Bereiche. Zugleich erweitern sich auch die Aufgaben des Gesundheitssystems. Unter dem transformierten Code lebensförderlich/ lebenshinderlich eröffnen sich neue Bereiche: Prävention, Gesundheitsförderung, gesundheitliche Lebenslagenpolitik, Wellness-Programme, Pflege und Rehabilitation usw. (Bauch 2004b: 63). Im Sinne Bauch's wäre also die Pflege ein Tätigkeitsbereich, der ganz konkret in diesem weiten Code des Gesundheitssystems subsumiert ist. Die zumindest teilweise Orientierung der Pflege am Code des Krankenbehandlungssystems vorausgesetzt, könnte die Pflege als eine Schnittstelle zwischen den Codes krank/ gesund und lebensförderlich/ lebenshinderlich interpretiert werden. Diese Schnittstellenproblematik innerhalb des Gesundheitssystems konstatiert Bauch zum einen auf Grund der Neigung der Codes zur Exklusivität (ebd.: 64). Zum anderen arbeiten beide Codes in den gleichen Subsystemen (z.B. Krankenhäusern).

In den Selbstbeschreibungen der Pflege findet sich oft das Ziel, die Gesundheit nicht nur wieder herzustellen und zu erhalten, sondern auch vorbeugend dafür zu arbeiten. Gesundheitsförderung und Prävention sind explizite Arbeitsperspektiven in den Augen der Pflege. Damit wird das traditionelle Aufgabenspektrum von Pflege erheblich erweitert:

„Im Vordergrund stehen präventive, beratende, administrative und organisatorische Funktionen, die dem Individuum, der Gemeinde sowie speziellen Bevölkerungsgruppen zugute kommen. Im Hochschul- und Forschungsbereich findet bereits eine Vernetzung von Public Health und Pflege statt, die ihren Schwerpunkt in der Bedarfsermittlung, Beschreibungsversuchen von Public Health-Maßnahmen und Qualifizierungsbedarfen der Pflegenden sieht.“ (iap 2004:110)

Neue Aufgabenzuschnitte werden vor allem in den Feldern Beratung/ Information und Gesundheitsförderung/ Prävention/ Rehabilitation, Management und Koordination/ Vernetzung/ Kooperation intendiert (ebd.). Darin wird die Möglichkeit gesehen, Pflege nicht nur als ein dyadisches Verhältnis in der Pflegenden/Patient-Beziehung zu verstehen, sondern als Dienstleisterin auch weitere, „öffentliche Räume“ (ebd.: 111) zu erschließen.

„Damit verändert sich der Charakter und auch das Selbstverständnis von Pflege weg von einem patientenbezogenen Handeln im Rahmen traditioneller stationärer, teilstationärer und ambulanter institutioneller Einrichtungen hin zu verschiedenen Entwicklungsperspektiven, die sich an anderen Bezugsgrößen im Kontext neuer Paradigmen ausrichten...“ (ebd.)

Der Paradigmenwechsel vollzieht sich vom Krankheits- zum Gesundheitsparadigma gemeinsam mit neuen Formen von Interventionen. In diesem Kontext wird von advokatorischer Verantwortung der Pflege für die Gesundheit ganzer Gruppen, Kommunen oder Bevölkerungen gesprochen.

Solche Überlegungen stehen in Einklang mit der postulierten Entwicklung des Gesundheitssystems, wie Bauch sie beschrieben hat. Es sind Ergebnisse großzügiger Expansionsbestrebungen der Pflege in ihrem Streben nach weiteren Handlungsfeldern unter dem Code lebensförderlich/ lebehinderlich. Die angesprochenen Arbeitsfelder stehen auch im Fokus anderer Berufe und Professionen. Zum Beispiel erobert sich die Pädagogik Bereiche wie die Gesundheitserziehung (Zinnecker 1997). Dabei sind die Ziele von Gesundheitserziehung und -förderung schwer zu erreichen. Erziehung versucht, psychische Systeme zu verändern. In geschlossene Systeme, wie das Bewusstsein es darstellt, kann aber nicht interveniert werden. Veränderungs- bzw. Lernprozesse können nur über das soziale System eingebracht werden. Eine besondere Rolle spielt dabei die Motivation, sich zu verändern und das Wissensangebot anzunehmen. Diese Motivation ist in der Gesundheitserziehung ein schwieriges Moment: man muss „Betroffenheit installieren, um gesundheitsgerechtes Handeln zu initiieren“ (Bauch 2004a: 127). Die Grenze zwischen sozialem und psychischem System wirft also besondere Probleme auf, mit denen das Erziehungssystem umgehen muss und die auch hier unter dem Stichwort Gesundheitserziehung und -förderung auftauchen. Zusätzlich

muss dazu eine weitere Grenze überschritten werden: es soll (vorrangig) die körperliche Gesundheit stabilisiert und verbessert werden. ‚Zielvariable‘ ist der Körper, der über das psychische System erreicht werden soll (ebd.: 129). Die Gesundheitsförderung unterscheidet sich zur Gesundheitserziehung dadurch, dass sie die gesamte Person verändern möchte und nicht nur auf ein spezielles Wissen oder eine bestimmte Verhaltensweise ausgerichtet ist („people processing“, ebd.: 130).

Gesundheitsförderung stellt sich also als ein schwieriges Terrain dar, und sie ist nicht pflegespezifisch. Unter dem Blickpunkt der selektiven Professionalisierung (Hohm 2001; Kling-Kirchner 1994) und der schon weit verzweigten Arbeitsfelder in der heutigen Pflege (Altenpflege, Kinderkrankenpflege, ambulante/ stationäre Pflege usw.) sind solche Vorstellungen zukünftiger Aufgabenfelder eher Zeichen einer Entdifferenzierung als einer fortschreitenden Exklusion im Sinne eines sich etablierenden Funktionssystems Pflege. Es bleibt abzuwarten, wie „überlebensfähig“ solche Vorstellungen unter den ökonomischen Restriktionen, die gegenwärtig vor allem auch das Gesundheitswesen tangieren, sind.

### *Schlussfolgerungen*

Die Überlegungen lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

- (1) Aus dem schwierig zu bestimmenden Verhältnis zwischen Pflege und Medizin ergibt sich ein nicht geklärter Körperbegriff für die Pflege: Hohm erklärt den Körper zum Erfolgsmedium, d.h. er macht ihn zum Bestandteil des sozialen Systems. Auch Baugh macht den Körper ‚gesellschaftsfähig‘ und nimmt damit eine kritische Haltung zu Luhmann ein, der den Körper als Umwelt des sozialen Systems sieht und damit das Krankenbehandlungssystem als ein besonderes Funktionssystem kennzeichnet. In den Selbstbeschreibungen der Pflege wird der Körper in unterschiedlichem Maße und Zusammenhang thematisiert. Meist gilt die Argumentation, den Patienten bzw. Menschen als ganzheitliches Wesen, als bio-psycho-soziale Einheit zu betrachten. Diese Sichtweise soll den Unterschied des Blicks auf den Patienten zwischen den beiden Disziplinen unterstreichen.
- (2) Die anhand des multidimensionalen Modells der Patientenorientierung beschriebenen unterschiedlichen Perspektiven der Pflege auf den Patienten legen den Schluss nahe, dass die Pflege zum Teil Aufgaben unter der Perspektive des Krankenbehandlungssystems wahrnimmt. Ihr Tätigkeitsspektrum umfasst zum einen Operationen mit der Unterscheidung krank/ gesund und gibt damit einen Beitrag zur Behebung von Ursachen der beobachteten Symptomatik als Aufgabe des Krankenbe-

handlungssystem. Pflege umfasst zum anderen einen Bereich, der hier im Anschluss an Kling-Kirchner als Behandlung von Symptomen und deren Folgen beschrieben werden soll.

- (3) Die in den Selbstbeschreibungen und Diskussionen der Pflege postulierte Orientierung an der Gesundheit (Gesundheitsförderung, -erziehung, -beratung, -erhaltung usw.) öffnet eine weitere Perspektive, die sich nicht auf die Folgen von Symptomen konzentriert, sondern deren Entstehung zu vermeiden sucht. Dieses Anliegen teilt sie mit verschiedenen Professionen und helfenden Berufen und kann im Sinne Bauch's unter den weiten Code lebensförderlich/ lebenshinderlich gefasst werden.

Die obigen Ausführungen lassen Zweifel aufkommen, ob der von Hohm beschriebene Pflegebedarf des Patienten, durch den Körper angezeigt, den gesamten Bereich umschreibt, der eine pflegespezifische Kommunikation auslöst. Im Pflegemodell von Wittneben finden sich Hinweise, dass auch arztbezogene Tätigkeiten, die unter medizinischer Perspektive durchgeführt werden, pflegespezifisch gedeutet und begründet werden. In diesem Zusammenhang ist die Frage offen, ob die Thematisierung des Körpers innerhalb des Pflegesystems die richtige Körperperspektive beschreibt. Die Interpretation des multidimensionalen Modells der Patientenorientierung lässt überlegen, ob die Pflege nicht eher als ein Teil des Krankenbehandlungssystems diskutiert werden sollte. Das Krankenbehandlungssystem operiert mit dem Code krank/ gesund und ist für die Heilung von Krankheiten zuständig. Aufgaben wie die Krankenbeobachtung, für die die Pflege in ihrer intensiven Beziehung zum Patienten (Pfleger/Patient-Interaktion) prädestiniert ist, leisten einen Beitrag für die Heilung.

Werden die Beobachtungen von Bauch berücksichtigt, erfährt das Gesundheitssystem gegenwärtig einen Paradigmenwechsel und diffundiert mit dem Code lebensförderlich/ lebenshinderlich in alle gesellschaftlichen Bereiche und setzt sich damit der Gefahr der Entdifferenzierung aus. Diese Überlegungen lassen sich auf die Pflege übertragen. In den aktuellen pflegerischen Diskussionen werden neue Aufgabenfelder wie Prävention und Gesundheitsförderung proklamiert.

Auf Grund der Überlegungen zur binären Codierung der Pflege, ihrem Verhältnis zur Medizin und ihrem schon bestehenden und selbst geforderten zu erweiternden Aufgabenfeld bleibt letztlich offen, ob sie von anderen gesellschaftlichen Funktionen abgrenzbar ist.

## 10 Inkludierende individuelle Indikation und die handlungswissenschaftliche Rationalisierungsstrategie der Evidencebasierung: Jedem nach seinen Bedürfnissen

*Johann Behrens, Gero Langer, Almuth Berg, Steffen Fleischer*

Als die wichtigste Rationalisierungsstrategie (im Sinne Max Webers), um die Norm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ für das Gesundheitswesen zu verwirklichen, erwies sich in den vergangenen 10 Jahren das Bemühen um Evidencebasierung in Therapie, Pflege und Medizin. Im Weberschen Sinne etablierte diese Rationalisierungsstrategie die Verantwortungsethik: Es sollte nicht mehr hinreichen, nur in bester Absicht (Gesinnungsethik) den althergebrachten Antworten der Tradition und ihren Eminenzen auf die alltäglichen Herausforderungen sorgfältig zu folgen, und sei es durch symbolische Maßnahmen ohne Wirkungsnachweis.<sup>1</sup> Rationalisierung als natürlich niemals vollständig durchzuführende Enttraditionalisierung richtiger Befragung und Prüfung der Tradition (*Polanyi*) bedeutete nun, es sollten nur solche Maßnahmen ethisch zu rechtfertigen sein, deren Wirkung bereits nachgewiesen (Evidence) worden war. Aber erst in den letzten 10 Jahren wurde zumindest verbal ernst mit dem Anspruch gemacht, nur solche Behandlungen seien zu rechtfertigen, die ihren *Wirkungsnachweis* (= „Evidence“) bereits in anderen Fällen wissenschaftlich kontrolliert erbracht hätten. Die Neuauflage der *experimentellen Philosophie*, die durch das Internet enorm gesteigerte Verbreitung und Lesbarkeit scheinbar wissenschaftlichen Wissens für Patienten und Professionen hatten eine Folge, die nur auf den ersten Blick paradox ist: Das „Unwissen“ nahm plötzlich enorm zu. Anders gesagt, alte Gewissheiten gingen verloren. Es wurde für alle Akteure in einem vorher nie gekannten Ausmaß unabweisbar, dass sie unter Unsicherheit und Ungewissheit, aber trotzdem vernünftig zu entscheiden hatten.

Die Entscheidungssituation wird bereits an einer statistischen Trivialität klar: Das meiste Wissen, das über Verläufe nach Interventionen verfügbar ist, liegt in Form von Häufigkeitsverteilungen in Populationen vor. Aus diesen Häufigkeitsverteilungen ist aber statistisch bekanntlich nicht auf den Verlauf im Einzelfall zu schließen. Gerade um den Einzelfall geht es aber in jeder Behandlungsentscheidung.

---

1 In der Politik werden solche Maßnahmen ohne Wirkungsnachweis seit langem unter symbolische Politik zusammengefasst. In der Medizin wurden sie schon seit Jahrhunderten dem Prinzip *ut aliquid fiat* – zu Deutsch „damit überhaupt irgendetwas getan werde“ – zugeordnet und als schlechte Behandlung angesehen.

Der Blick auf die je einzigartige Person, die einer Behandlung bedarf, ist durch eine gleichzeitig ablaufende, zweite Entwicklung in der *Indikationsstellung* geschärft worden. Behandelt werden bekanntlich nicht (nur) Organe, sondern Personen. Ob zum Beispiel die Entfernung einer Gebärmutter indiziert ist, kann nie mit den Erkrankungsrisiken allein begründet werden, sondern immer nur mit den (biographischen) Teilhabe-Bedürfnissen der je einzigartigen Frau. Eine vollständige medizinische, therapeutische oder pflegerische Indikation ohne Kenntnis dieser individuellen Teilhabe-Bedürfnisse ist logisch nicht möglich, da ja nicht Organe behandelt werden, sondern Personen.

Seit 1989 ist diese Selbstverständlichkeit durch zwei parallele Entwicklungen wieder mehr ins öffentliche Bewusstsein gelangt. Die eine ist die Entwicklung der Standardklassifikation ICF der Weltgesundheitsorganisation, die seit 2001 in Deutschland genutzt wird und das deutsche Sozialgesetzbuch IX von 2001 enorm beeinflusst hat. *Participation* – ins Deutsch des § 1 des Sozialgesetzbuches IX übersetzt mit individuell *selbstbestimmter Teilhabe am Leben der Gesellschaft* – wird als entscheidendes Ziel auch von Therapie und Pflege anerkannt. Gleichzeitig entwickelt sich mit der UN-Behindertenrechtskonvention ein Verständnis der *Inklusion* von Menschen mit Behinderungen, das dem alten Begriff der *Integration* entgegengesetzt wird. Während im Wort *Integration* die Aufforderung zur Anpassung herausgehört wird, bezeichnet *Inklusion* die Teilhabe an den jeweiligen gesellschaftlichen Einrichtungen, ohne die individuelle Bedürfnisstruktur anpassen zu müssen – ein Anrecht auf *Inklusion*, das Menschen mit Behinderungen nicht weniger haben als Menschen ohne Behinderungen. Beide Entwicklungen betonen „Jedem nach seinen Bedürfnissen!“ und zielen auf dasselbe. Zur Zeit des Abschlusses dieses Buches versuchen Legislative und Bundesregierung, das Sozialgesetzbuch IX und die UN-Behindertenrechts-Konvention umzusetzen.

Evidence-basierte Medizin (EbM), Evidence-basierte Pflege (EbNursing) und Evidence-basierte Therapie sind daher die aktuelle *Selbstreflexion einer individualisierten Therapie, Pflege oder Medizin als Handlungswissenschaften*. EbM und EbN können diese handlungswissenschaftliche Selbstreflexion einer individualisierten Medizin, Therapie und Pflege vor allem deshalb leisten, weil sie konsequent zwischen *externer Evidence* (also die „beidhändig“, d. h. mit „qualitativen“ sozialwissenschaftlichen und „quantitativen“ Methoden gesammelten Erfahrungen Anderer) und der *internen Evidence* unterscheidet (also der Erfahrungen des individuellen Nutzers oder Patienten selbst) wie sie in der individuellen Begegnung zwischen Therapeuten und Patienten zum Ausdruck kommt und von beiden aufgebaut wird. Interne Evidence ist also etwas ganz anderes als die individuelle klinische Erfahrung, Expertise und Überzeugung, die Therapeuten in die Begegnung mit neuen Klienten mitbringen. Das Verständnis von interner Evidence als Ergebnis der

Begegnung hat sich erst in den letzten 15 Jahren entwickelt. Es liegt aber implizit der Logik evidencebasierten professionellen Handelns zu Grunde. Was die wissenschaftlich vernünftig als nützlich und wirksam begründbare Behandlung im Einzelfall ist, lässt sich nicht aus der externen Evidence ableiten – sondern nur aus der internen Evidence erarbeiten, für deren Aufbau die bestverfügbare externe Evidence genutzt wurde. In den vergangenen 15 Jahren haben die Pflegewissenschaften diesen handlungswissenschaftlichen Kern evidencebasierten Handelns ebenso herausgearbeitet, wie sie versucht haben, die Validität von Studien zur externen Evidence durch Kombination sozialwissenschaftlich-,qualitativer' wie klinisch-epidemiologischer Methoden zu steigern.

Dabei stand der an individuellen Inklusionsbedürfnissen orientierten Indikation in gewisser Weise eine alte Selbstbeschreibung der Medizin als eigenständige Wissenschaft im Wege: Seit fast 2500 Jahren wird immer wieder bezweifelt, ob die zukunftsunsichere, aber vernünftige innovative Einzelfallentscheidung im jeweiligen Feld – unter Handlungsdruck und Begründungszwang gemeinsam mit den Auftraggebenden je einzigartigen Klienten – überhaupt ein wissenschaftlicher Gegenstand sei. Daher ist es nötig, erst zu klären, ob und wenn ja, was für Wissenschaften die Medizin und die Therapie- und Pflegewissenschaften überhaupt sind.

## **10.1 Sind Medizin, Therapie- oder Pflegewissenschaften überhaupt eigenständige Wissenschaften oder nur Anwendungen der Biologie und der Soziologie?**

Als Aristoteles im ersten und zweiten Kapitel des ersten Buchs seiner Metaphysik (Schwegler 1960; vgl. auch Di Cesare 2006) versucht, sich zu versichern, was Wissenschaft überhaupt sei, beginnt er abgrenzend bei dem, was für ihn ganz offenbar keine Wissenschaft ist: der Medizin. Warum ist Medizin für ihn keine Wissenschaft? Nicht etwa deshalb, weil – wie heute oft rezipiert wird – bei dem damaligen Stand der Gesundheitswissenschaften Heilkundige für Aristoteles erfolglose Scharlatane sind. Aristoteles geht im Gegenteil von zahlreichen Heilerfolgen der heilkundigen Berufe aus. Die Medizin ist für Aristoteles vielmehr deswegen keine Wissenschaft (*sophia, episteme*), weil sie sich nicht um das Allgemeine, sondern um individuelle Entscheidungen im Einzelfall individueller Personen (Patienten) kümmert. Als Wissenschaft gelten für Aristoteles und seine Nachfolger dagegen allein kontemplative Wissenschaften wie heute Biologie und Soziologie, die nicht die Einzelentscheidung, sondern das Allgemeine anzielen. Die aristotelische Auffassung von Wissenschaft schlägt sich noch zweieinhalb Jahrtausende

später in mancher Selbstreflexion der Medizin nieder, wenn Gross und Löffler (1997: 8), in ihrem Standardwerk „Prinzipien der Medizin“ folgenden „Merksatz“ festhalten: *„In der Medizin sind Wissenschaft, Kunst und Handwerk untrennbar verbunden. Wenn auch die Forschungsergebnisse mehr wissenschaftlicher Natur sind, der Umgang mit den Kranken mehr eine Kunst, so handelt es sich dabei um Akzente.“*

Auch Donner-Banzhoff (2010) stellt fest: „Die EbM ist keine Wissenschaft“. Wenn die Medizin ihren Wissenschaftscharakter aber nur von kontemplativen Grundlagenwissenschaften wie der Biologie, der Soziologie, der klinischen Epidemiologie usw. bezöge, dann stellte sie sich selbst dar als Anwendung der Grundlagenfächer, ohne selbst Wissenschaft zu sein. Warum sollten aber angewandte Biologie und angewandte Soziologie nicht „angewandte Biologie“ und „angewandte Soziologie“ heißen, sondern „Medizin“? Etikettenschwindel? Oder gibt es außer kontemplativen noch andere Wissenschaften? Die Antwort heißt „ja“. Die therapeutischen Wissenschaften und die Pflegewissenschaft wie auch die Medizin sind Wissenschaften mit eigenen, von den kontemplativen Wissenschaften der Biologie und Soziologie unter anderem deutlich trennbaren Gegenständen: Ihr eigener handlungswissenschaftlicher Gegenstand ist die zukunftsunsichere, aber vernünftige innovative Einzelfallentscheidung im jeweiligen Feld – unter Handlungsdruck und Begründungszwang gemeinsam mit den Auftrag gebenden je einzigartigen Klienten. Das definiert eine „Handlungswissenschaft“. Sie als „Künste“ und „Handwerk“ statt als Handlungswissenschaften zu bezeichnen, macht ihre Praxis als „vernünftige“ undiskutierbar, unkritisiertbar, unerforschbar. Dass sie eigene Handlungswissenschaften und nicht ausschließlich Anwendungen oder Ableitungen aus kontemplativen Wissenschaften sind, wird alltäglich bewiesen. Denn Krisenentscheidungen des multiprofessionellen therapeutischen Teams gemeinsam mit den individuellen Klienten lassen sich nicht einfach aus kontemplativen Wissenschaften der Biologie und der Soziologie „ableiten“, trotzdem sind sie nicht lediglich Glückssache, Kunst oder Intuition jenseits aller wissenschaftlichen Vernunft. Sie sind mit eigenen Methoden wissenschaftlich untersuchbar und vernünftig begründbar in der Handlungswissenschaft des Aufbaus interner Evidence, die externe Evidence für den Einzelfall erst nutzbar macht. Wäre Medizin nicht im definierten Sinn entscheidungsorientierte Handlungswissenschaft, sondern bloße Anwendungen der Grundlagenwissenschaften Biologie, Biochemie und Soziologie, wäre nicht begründbar, warum Medizin als eigenes Fach und eigene Fakultät neben Biologie und Soziologie an der Universität verortet ist. Berufsschulen und Berufsfachschulen, die ja an allen Universitätsklinikum angesiedelt sind und einen international guten Ruf genießen, wären dann der angemessene Ort der Mediziner Ausbildung mit einem Lehrerkollegium aus universitätsfundierten Biologen und Soziologen als Vertreter der Wissenschaft einerseits, erfahrenen Praktikern andererseits. Es ist die wichtigste Bedeutung von

Evidence-based Nursing und Evidence-based Medicine, dass sie für das tägliche Handeln der therapeutischen Professionen die Ressourcen und methodischen Probleme der Handlungswissenschaften Medizin und Pflegewissenschaft reflektieren – und zwar in Verantwortung für ihre eigenen Wirkungen – verantwortungsethisch im Sinne Max Webers und vorher Schleiermachers (Di Cesare 2006; Gadamer 1976/1993; Hontschik 2006; Raspe 2005).

## **10.2 Die grundlegende Unterscheidung von externer und interner Evidence in den sechs hermeneutischen Schritten von EbM**

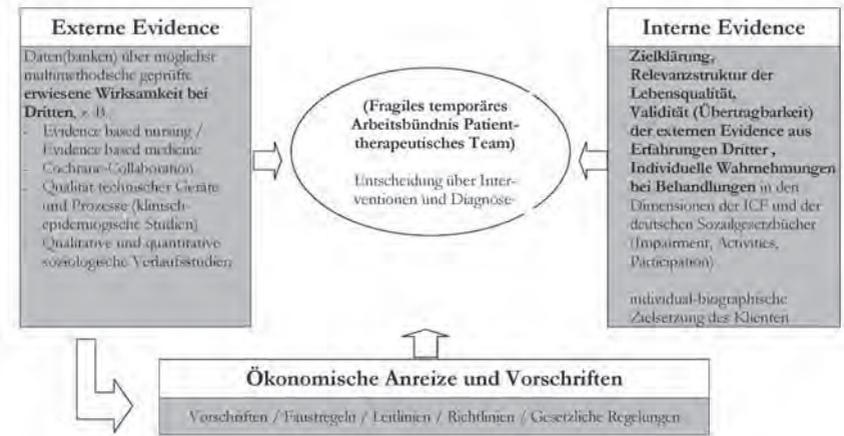
### *Aufbau interner Evidence in der individuellen Begegnung*

EbM hat sich als Methode des *Health Service Research* (Versorgungsforschung; Behrens/Langer 2010a) entwickelt, die – verantwortungsethisch im Sinne von Friedrich Schleiermacher und Max Weber (Di Cesare 2006; Gadamer 1976/1993) – die Wirkungen von Handlungen erkennen und beachten will. Das ist keinesfalls leicht. Es erstaunt nicht, dass die Entwicklung der Diskussion in unterschiedlichen Kontroversen verlief, auf die hier nur kurz eingegangen werden kann (Behrens/Langer 2010a; Raspe 2005). Das Verdienst aller Diskutanten von EbN und EbM ist, überhaupt die Unterscheidung von externer und interner Evidence rigoros zu treffen und nicht davon auszugehen, dass die Eminenz der Fachleute diese Unterscheidung überflüssig macht (Behrens 2010; Behrens/Langer 2010b; Kelle/Krones 2010). *EbN und EbM unterscheiden konsequent die möglichst verlässlich übertragbare kontemplative Zusammenfassung der Erfahrungen Dritter (externe Evidence) von der handelnden Entscheidung im Einzelfall (Fallverstehen interner Evidence) und können deswegen den wechselseitigen Prozess zwischen beiden wissenschaftlich bearbeiten* (siehe Abb. 10.1).

Die Unterscheidung zwischen externer und interner Evidence ist sehr einfach. Externe Evidence bezeichnet alles „gesicherte“ Wissen, das wir überhaupt aus der Erfahrung Dritter ziehen können. Dabei interessieren wir uns als Patienten und Therapeuten nicht nur für Verläufe (Kohortenstudien, Fallberichte), in denen sich überraschende Zusammenhänge entdecken lassen. Als Patienten und Therapeuten interessieren wir uns besonders für kausal zuschreibbare Wirkungen von bestimmten Interventionen und deren Übertragbarkeit. Wie unten zu resümieren ist, ist diese kausale Zuschreibbarkeit außer in ganz offensichtlichen Fällen so voraussetzungsvoll, dass sie nicht mit einer einzelnen Methode (z. B. RCT), sondern in ihrer Validität nur mit einem Mix aus unterschiedlichen „qualitativen“ und „quantitativen“

Methoden, die alle dem Fallibilismus folgen (ethnographische und phänomenologische Studien ebenso wie Studien der Grounded Theory und der Objektiven Hermeneutik) (Behrens/Langer 2004/2010b sowie Kelle/Kluge 2001), zu sichern ist.

Abbildung 10.1: Evidencebasierte ärztliche und pflegerische professionelle Praxis: interne Evidence und externe Evidence, moralische und ökonomische Anreize bei ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Entscheidungen (Quelle: eigene Darstellung)



Interne Evidence dagegen bezeichnet alles Wissen über unseren individuellen Klienten selbst, das oft nur in der Begegnung zwischen je einzigartigen Klienten und Therapeuten geklärt werden kann. Nur in dieser Begegnung lässt sich die Validität, die Übertragbarkeit von Studienergebnissen für unseren individuellen Klienten erkennen. Denn externe Evidence, also Erfahrungen Dritter, liegen uns typischer Weise bestenfalls als Folgen von Behandlungen innerhalb von beobachteten Gruppen vor, also in gruppenspezifischen Häufigkeiten. Die Ergebnisse unterrichten uns darüber, zu welchen Folgen eine Behandlung bei Dritten geführt hat. Solche Häufigkeiten als Wahrscheinlichkeit in unserem Einzelfall interpretieren zu können, gibt die Statistik bekanntlich als Ableitung nicht her. Externe Evidence informiert uns bestenfalls (!) darüber, was bei anderen wie geholfen hat. Nicht aus externer Evidence ableitbar ist hingegen, was mein Klient will und wessen er bedarf, ja nicht einmal, wie es ihm mit der Behandlung geht. Welche Aspekte der Teilhabe am Leben, der Lebensqualität, für meinen Patienten relevant sind, kann nur im Gespräch mit diesem selbst erarbeitet werden. Deswegen kann

zum Beispiel eine Erhebung der Relevanz von Komponenten der Lebensqualität für den Durchschnitt einer Bevölkerung oder auch einer Gruppe von erkrankten Personen prinzipiell nicht die Erhebung dieser Relevanz im einzigartigen Fall meines Klienten ersetzen.

Hier sind in den letzten 15 Jahren die möglicherweise nützlichsten Beiträge der Pflege zur allgemeinen Diskussion über Evidencebasierung geleistet worden. In den 15 Jahren hat sich die Vorstellung, was interne Evidence ist, sehr geändert. Vor 15 Jahren (und manchmal noch heute) wurde interne Evidence im Kopf des Therapeuten verortet und meinte dessen individuelle klinische Expertise (Behrens/Langer 2004, 2010b), mit der dieser in die Begegnung mit seinem Klienten ging. Dem Therapeuten stand im alten Konzept von EbM ein Patient oder Klient gegenüber, der über „Präferenzen“ (wie in der Wirtschaftswissenschaft der Konsument) verfügte und diese anmelden konnte. Nun gibt es zweifellos Nutzer, die als mündige Kunden in vielen Bereichen ihre Vorlieben (für bestimmte Behandlungen und Substanzen, zum Beispiel Franzbranntwein) kennen, und es ist eine Selbstverständlichkeit, ihnen mit Respekt zu begegnen. Aber in den Krisenschüben der Krankheit und Pflegebedürftigkeit hat man seine „Präferenzen“ nicht immer schon parat, sondern sucht das Gespräch und die Begegnung, in der man seine Bedürfnisse, Empfindungen und Ziele klären kann. Man will einerseits wissen, was möglich ist und wie es anderen damit ging (externe Evidence) – und insofern gehen Informationen zur externen Evidence in alle Bedürfnisklärungen ein. Andererseits ist Information keineswegs alles und die Informations-Asymmetrie zwischen Therapeuten und Klienten ist gar nicht das wesentliche Merkmal ihres Verhältnisses. Das wird einem sofort klar an jedem Spezialisten, der an der Krankheit erkrankt, für die er Spezialist ist. Es mangelt ihm offensichtlich nicht an Informationen. Aber er braucht das Gespräch und die Begegnung mit einem Professionsangehörigen, auf den er nicht soviel Rücksicht nehmen muss wie auf einen nahen Familienangehörigen, um sich über seine Bedürfnisse klar zu werden und sich entscheiden zu können. Auf der anderen Seite der Spritze sieht die Welt ganz anders aus. Beim *Shared Decision Making* geht es nicht so sehr um die Teilung der Entscheidung (die ja ohnehin beim Auftraggeber liegt, insofern ist der Begriff eigenartig) oder nur der Information, sondern um Beistand („Teilen“) in der Angst (Behrens/Langer 2010b; Gadamer 1993; Schaeffer/Behrens/Görres 2008; Windeler et al. 2008). Daher nutzen wir heute den Begriff der „internen Evidence“ für die in der Begegnung zwischen Patienten und Therapeuten geklärten Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Ziele der Patienten. Der Aufbau dieser internen Evidence bedarf selber einer großen Kompetenz, die unter Praxis supervision zu erwerben ist. Interne Evidence ist nicht nur im Kopf der Therapeutin oder Fachpflegenden, sondern systemisches Ergebnis der Beziehung mit den einzigartigen Klient/innen, wie sie sich systemisch beschreiben lässt

im Modell der nicht-trivialen Maschine (Behrens/Langer 2010b; Hontschik 2006; Peirce 2009; Weizsäcker 1996).

- Therapeut und Klient sind „Black Boxes“, zwischen denen beständig Kommunikationen mit ikonischen Zeichen (basale leibbezogene Erfahrungen wie Hunger, Schmerz, Lust) sowie
- indexikalischen Zeichen (Vorstellungen des Subjekts über Ursachen und Wirkung)
- und symbolischen Zeichen (Sinnarative der eigenen Existenz) ausgetauscht werden (im Verständnis von Peirce 2009).

Diese Interaktionen und Kollusionen sind, was hier nicht ausgeführt werden kann, anknüpfend an Viktor v. Weizsäcker (1996) besonders gut mit Bezug auf den Konstruktivismus, auf die Bio-Semiotik und vor allem auf die Systemtheorie zu diskutieren (Weizsäcker 1996 sowie Behrens/Langer 2010b; Hontschik 2006).

### *Konsequenzen des Unterschieds von externer und interner Evidence*

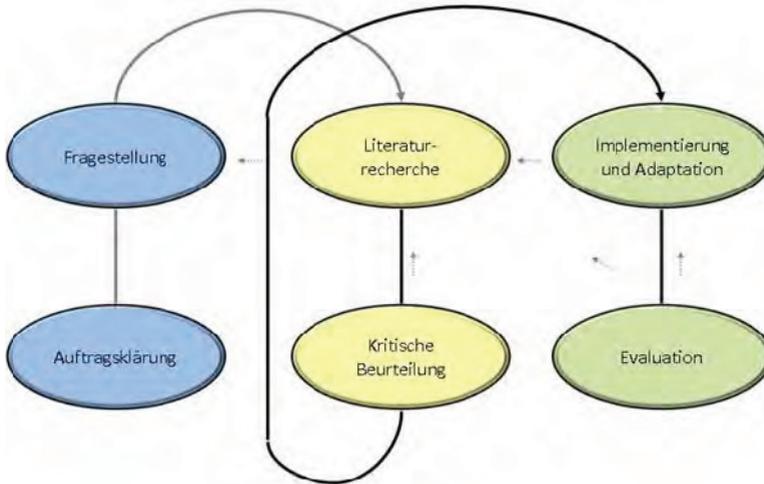
Schon aus diesem einfachen Unterschied zwischen interner und externer Evidence ergeben sich weitreichende professionsethische, organisatorische und rechtliche Folgen:

- a) *Standards und Leitlinien*, die im besten Fall ja nur Zusammenfassungen der aktuell gerade besten externen Evidence sein und die daher individuellen Ziele, Bedürfnisse und Empfindungen gar nicht abbilden können, können nie die Entscheidung im Einzelfall vorgeben. Wer „Standards“ ungeprüft „anwendet“, handelt ebenso wenig evidencebasiert wie der, der externe Evidence gar nicht erst zur Kenntnis nimmt. Jeder Therapeut, jeder Fachpflegende ist gegenüber seinen Klienten doppelt handlungs- und begründungsverpflichtet: zum einen auf ihre individuellen Ziele, Bedürfnisse und Empfindungen einzugehen und sie von dieser internen Evidence aus zu behandeln und zum anderen sie auf dem aktuellen Stand der externen Evidence zu informieren, zu beraten und in ihrem Auftrag zu behandeln – und dies nicht nur einmal zu Beginn einer Behandlung, sondern bei jeder Zustandsänderung, die eine neue Entscheidung nötig macht, wieder. Das ist leichter gesagt als getan (zur Umsetzung siehe Behrens/Langer 2010b).
- b) Professionelles Handeln findet überwiegend in *organisatorischen Hierarchien* statt, und viele Therapeuten und Fachpflegende fühlen sich zwischen externer und interner Evidence einerseits, den Anweisungen

ihrer Vorgesetzten andererseits hin- und hergerissen. So sehr es hier täglich knirscht, „prinzipiell“ ist dieser vermeintliche Widerspruch in den Organisationen des Gesundheitswesens – ganz im Unterschied zu anderen Produktions- und Dienstleistungsbereichen – eindeutig geklärt: Da alle Berufe und Organisationen im Gesundheitswesen sich auf Wissenschaft (externe Evidence) und Patientenselbstbestimmung (interne Evidence) berufen, verpflichten sich Vorgesetzte darauf, externer und interner Evidence zu folgen – auch wenn es ein Untergebener ist, der wegen seines Kontakts zum Klienten und seines Zugangs zur externen Evidence interne und externe Evidence schneller feststellt als sein Chef. Diese Lösungs-Konstellation findet sich auch im Arbeits- und Haftungsrecht, worauf hier schon aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden kann (Behrens/Langer 2010b).

- c) Aus der unaufhebbaren Differenz von externer und interner Evidence folgt drittens, *dass Evidencebasierung immer von den Bedürfnissen des individuellen Klienten her erarbeitet* wird, sonst hat man gar keine Frage an die externe Evidence. Für die EbN-Praxis haben sich in den letzten Jahren die folgenden Schritte herausgebildet – von der internen Evidence zur Frage an die externe und zurück zur Integration in die interne Evidence. Wir können hier von einer hermeneutischen Spirale sprechen (Behrens 2010; Behrens/Langer 2010b; Di Cesare 2009) (siehe Abb. 10.2). Die Ziele und Wahrnehmungen sind nicht ein für alle Male gegeben. Sie hängen selber davon ab, was im Lichte kontrollierter Erfahrungen Dritter als mögliche Option erwogen werden könnte. Der erste Schritt dieses Prozesses – auch diesen Schritt hat die Pflege zuerst in die Evidencebasierung eingeführt – ist die Auftragsklärung, der Aufbau interner Evidence in der Begegnung mit dem Pflegebedürftigen oder Patienten. Diese Auftragsklärung klärt auch die innerorganisatorische Arbeitsteilung (Behrens 2010; Behrens/Langer 2010b). Im zweiten Schritt wird die Fragestellung, das Ziel der individuellen Pflegebedürftigen erarbeitet, die nun als dritten Schritt die Literaturrecherche nach externer Evidence leitet. Der vierte Schritt der Bewertung der Studienqualität („critical appraisal“) ist der einzige, der zur Hälfte unabhängig vom konkreten Fall erfolgen könnte, also gewissermaßen aus den sechs Schritten der EbM herausgelöst und Experten für externe Evidence überantwortet werden könnte.

Abbildung 10.2: Hermeneutische Spirale im Arbeitsbündnis: Sechs Schritte von der internen Evidence zur externen und zurück (Quelle: eigene Darstellung)



Im Schritt vier der hermeneutischen Spirale in der Abbildung 10.2, der Studienbeurteilung, haben wir es genau genommen mit zwei Teilschritten zu tun. Die Beurteilung der Güte der externen Evidence ist nur ein Teil der Studienbeurteilung, weil ja eine vollständige Studienbeurteilung immer die Frage beinhaltet: Welche Aussagekraft hat eine Metaanalyse für meinen individuellen Fall? Ohne Kenntnis des individuellen Falles, ohne Aufbau der internen Evidence können wir daher genau genommen die Evidence einer Studie gar nicht beurteilen. Es gibt aber zahlreiche Situationen wie zum Beispiel Leitlinienerstellung, Zulassung eines Verfahrens, in dem die Studienbewertung nicht für einen konkreten, sondern für einen gedachten, für einen typisierten Fall erfolgt (Behrens/Langer 2010a; Lange/Thomas 2010). Diese gedachten typisierten Papier-Patienten unterscheiden sich oft erheblich von den konkreten. Sie sind in der Regel weniger multimorbide und sie scheinen auch von der in allen demokratischen Gesellschaften skandalösen Tatsache sozialer Ungleichheit gegenüber Krankheit und Tod keineswegs unterschiedlich betroffen zu sein (Behrens 2006).

Solche Abstraktion vom konkreten Fall bei der Beurteilung externer Evidence ist in unserem Verständnis von Evidencebasierung weniger kritisch: Da ohnehin nie aus der externen Evidence die konkrete Handlung im Einzel-

fall abgeleitet werden kann (siehe Abbildung 10.1) und immer erst interne Evidence aufgebaut werden muss, ist die Beurteilung allzu typisierter Patienten in Studien zur externen Evidence lediglich ein Teil des Aufbaus interner Evidence, die ohnehin in jedem Fall aufgebaut werden muss.

Eine große Behandlungsvariabilität lässt keineswegs darauf schließen, dass Behandlungen nicht evidencebasiert sind. Der Schluss auf mangelnde Evidencebasierung liegt nur dann sehr nahe, wenn Behandlungen nicht abhängig von Patienten variieren, sondern abhängig von Behandlern. Eine individualisierte Medizin, für die EbM steht, soll der Individualität des Patienten angemessen sein, nicht die Individualität des Behandlers zu Lasten der Individualität des Patienten durchsetzen. Letzteres ist der Fall, wenn Behandlungen mit Behandlern variieren und nicht mit Patienten (Wennberg/Gittelsohn 1982).

Die Veränderung der therapeutischen und Pflegepraxis und die Evaluation von Wirkungsketten (Qualitätsmanagement in EbM und EbN) sind die abschließenden Schritte auf der hermeneutischen Spirale von der internen Evidence zur externen und zurück.

Es kann hier aus Platzgründen nicht auf die zahlreichen Umstände eingegangen werden, die behindern, dass für eine therapeutische Behandlung überhaupt Studien unternommen werden. Im Unterschied zu Medikamenten sind die meisten nichtmedikamentösen Handlungen der therapeutischen und Pflegeberufe schwerlich patentierbar, so dass die Kosten ihrer Entwicklung und Erprobung nicht aus patentgeschützten temporären Monopolgewinnen finanziert werden können, sondern wie öffentliche Güter finanziert werden müssen. Auf eine Gefahr der Forschung zur externen Evidence soll aber hingewiesen werden, die allerdings viel mehr mit den verständlichen Bedürfnissen von Forschern und Therapeuten nach Komplexitätsreduktion (*Luhmann*) zu tun hat und den Aufgaben der Praxis und dem Konzept von EbM als der handlungswissenschaftlichen Selbstreflexion einer individualisierten Medizin geradezu widerspricht: Kritisch ist die Orientierung an einzelnen standardisierbaren Verrichtungen statt an langen komplexen Entwicklungspfaden (*Trajects* im Sinne von Strauss und Corbin), die individuelle Unterschiede und soziale Ungleichheit in der Durchschnittsbildung verschwinden lässt. Diese Gefahr ist deshalb kritisch, weil es ohnehin schon einen Trend zu spezialisierten Einzelverrichtungen unter Medizinern, Therapeuten und Pflegewissenschaftlern gibt. In der Praxis stellt sich aber zum Beispiel nach Schlaganfall nicht nur die Frage nach der Eignung eines einzelnen Medikaments, einer einzelnen Physiotherapie, sondern die Frage der Eignung einer Kette von Interventionen oft über ein bis zwei Jahre, in denen die Angemessenheit von Maßnahmen mehrfach durch den Aufbau interner Evidence und die Auswertung externer Evidence nachjustiert werden muss (Behrens/Langer 2010b). Selbst in der Pflege ist die Orientierung an Einzelverrichtungen eine Gefahr, wenn das *Nursing* wichtiger als das *Caring* genom-

men wird, als könne es ein *Nursing* ohne *Caring* geben. Um dieser Gefahr der Orientierung an der Einzelverrichtung zu entgehen, fördert seit den letzten sechs Jahren das Bundesministerium für Bildung und Forschung Verbundforschung, die sich den Strategien zum Aufbau interner Evidence und der Erarbeitung externer Evidence für komplexe Interventionen und Entwicklungspfade widmet. Als Beispiel sei hier der BMBF-Verbund „Evidence-basierte Pflege chronisch Kranker und Pflegebedürftiger“ genannt. Dieser nutzt zum Aufbau externer Evidence in nahezu jedem einzelnen Projekt hermeneutisch-interpretative wie klinisch-epidemiologische Methoden (Schaeffer/Behrens/Görres 2008).

An dieser Stelle ist auf das zurückzukommen, was wir als externe Evidence überhaupt nur wissen können: Bei sorgfältiger Beobachtung sind gar nicht so häufig die Entwicklungen Dritter im Zeitverlauf (Herr B: „mir geht es jetzt viel besser“) zweifelhaft und strittig, sondern die Kausalinterpretation, diese beobachtbare Entwicklung sei als „nützliche Wirkung“ auf ganz bestimmte therapeutische Interventionen unter allen möglichen Einflüssen zurückzuführen. Alle praktizierenden Therapeuten und mehr noch ihre Patienten sind aber genau an dieser Kausalinterpretation interessiert und nicht (nur) daran, dass es Herrn B, der ja gar nicht zu ihren Freunden und Bekannten zählt, besser geht – aus welchen Gründen auch immer. Bereits David Hume und dann vor allem John Stuart Mill wussten Jahrhunderte vor Charles Sanders Peirce und Karl Popper (Behrens/Langer 2004; Kelle/Kluge 2001), dass eine solche Kausalinterpretation, in der nur eine einzige Erklärung für Herrn Bs Besserung richtig ist, uns Menschen nur nach einem experimentellen Vergleich möglich sein kann: In Mills experimentellen Plänen darf nur die Intervention variieren, alle anderen Ausgangs- und Vergleichsbedingungen müssen für alle beobachteten Personen gleich und die Wirkung des Zufalls muss ausgeschlossen sein. Es kann sein, dass solche Bedingungen in anderen Bereichen herstellbar sind. In der patientenorientierten wissenschaftlichen Medizin sind sie es so gut wie nie (siehe auch Lange/Thomas 2010).

Die möglicherweise wirkenden Bedingungen lassen sich schon deswegen nicht planmäßig kontrollieren, weil sie nicht im Voraus bekannt sind; von ethischen Erwägungen ganz zu schweigen. Erst in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts wurden mit Randomisierung und Replikation, vor allem mit Fishers Entwicklungen von Varianzanalyse und Signifikanztests Ersatzlösungen für Mills Experimente konzipiert (Behrens/Langer 2004/2010b; Kelle/Kluge 2001). Sie sollten es erlauben, die kausale Wirkung einer therapeutischen Intervention von den Wirkungen aller anderen möglichen Wirkfaktoren interpretativ zu trennen. Damit schien um 1950 erstmalig der Bedarf aller Therapeuten und aller Patienten erfüllbar, auch in nicht völlig offensichtlichen Fällen wissen zu können, was im Durchschnitt – nicht im Einzelfall – wirkt. Die Basis für eine durchgängig evidencebasierte Medizin war *im Prinzip* gelegt. Die Therapeuten hatten statistische Mittel, interpretativ be-

gründen zu können, warum eine Besserung wahrscheinlich nicht ausschließlich auf andere Wirkfaktoren, sondern auch kausal auf ihre spezifische therapeutische Intervention zurückzuführen sei. Allerdings erwiesen sich die Studiendesigns als so anfällig gegenüber mannigfachen Selbsttäuschungsgefahren („Bias“), dass Campbell und Stanley bereits 1963, darauf aufbauend später Sackett (1979), eine kaum noch übersehbare Literatur zu Verzerrungen der von Campbell et al. so genannten internen und externen Validität derartiger Studien zusammenzufassen versuchten.

Die unterschiedlichen Verzerrungsgefahren in den Schlussfolgerungen aus Beobachtungen sind nicht alle auf einmal mit einer einzigen Bewältigungsmethode, sondern nur jede für sich abzuarbeiten. Die Verzerrungsgefahren sind nicht innerhalb eines methodischen Ansatzes zu lösen, sondern nur durch Rückgriff auf Beobachtungs- und Auswertungsverfahren sozialwissenschaftlicher ethnomethodologischer und hermeneutischer, vulgo „qualitativer“ Verfahren, die alle am Fallibilismus orientiert sind. Ende der Neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts sickerte die Idee, Verzerrungsgefährdungen von Studien durch die Bearbeitung einzelner Verzerrungen in einer Kombination von interpretativ-hermeneutischen und statistischen („qualitativen“ und „quantitativen“) Verfahren abzuarbeiten, in die Konzepte der Erzeugung und Bewertung externer Evidence ein (Behrens/Langer 2004, 2010b) und zwar zuerst im Evidence-based Nursing. Keine Ausgabe des Journals „Evidence-based Nursing“ erschien ohne „qualitative“ Studie. Und in Deutschland erscheinen nach 2000 Lehr- und Handbücher zur Evidence-basierung, die Praktiker in die Kombination „qualitativer“ und „quantitativer“ Verfahren zur Validitätssicherung und zum Umgang mit einzelnen Verzerrungsgefahren einführen (Behrens/Langer 2004, 2010a, b sowie Ryan et al. 2010) und folgen damit Ideen, die bereits Campbell 1963 erwog. Sie vertreten die Ansicht, dass quantitative Analysen nur Sinn machen, wenn sie in hermeneutisch-interpretative Untersuchungen eingebettet sind. In einigen DFG-Sonderforschungsbereichen, die Methoden der Verlaufsforschung nutzen (z.B. SFB 186 und 580), werden fast nur noch Projekte gefördert, die zur Validitätssicherung „qualitative“ und „quantitative“ Methoden kombinieren und integrieren (Kelle/Kluge 2001; Schaeffer/Behrens/Görres 2008).

Durch diese Entwicklung in der Generierung externer Evidence – die nicht mehr als ganz randständig erscheinen kann, auch wenn sie im Evidence-based Nursing am stärksten vertreten wird (Behrens/Langer 2010b) – entwickelte sich in den vergangenen 15 Jahren ein Verständnis externer Evidence, das sehr nahe den vorläufigen *Warranted Assertabilities* von John Dewey (2002; Kelle/Kluge 2001), der sich auf Peirce (2009) bezieht, kommt: Die Interpretation einer gesundheitlichen Entwicklung als kausaler Wirkung einer Intervention erscheint dann vorläufig als evidencebasiert, wenn mit möglichst allen qualitativen und quantitativen Methoden andere Erklärungsmöglichkeiten geprüft und Verzerrungseffekte nach Möglichkeit kontrolliert

wurden und dennoch die beobachtete Varianz in der gesundheitlichen Entwicklung nicht nur anderen Erklärungsmöglichkeiten und Verzerrungen, sondern in einem deutlichen Ausmaß (auch) der therapeutischen Intervention zuzurechnen ist. Einem solchen Verständnis von *Warranted Assertabilities* scheinen auch Versuche zu folgen, die Verlässlichkeit externer Evidence zu gradieren (z.B. GRADE) (Behrens/Langer 2010b; Ryan et al. 2010; Windeler et al. 2008).

Dabei interessieren sich Therapeuten und Patienten, daran ist zu erinnern, vor allem für die sogenannte externe Validität, also für die Übertragbarkeit einer kausalen Zuordnung eines Outcomes zu einer therapeutischen Intervention. Dass es Herrn B wieder besser geht, interessiert allein Herrn B und seine Freunde und Kollegen auch völlig unabhängig vom Warum. Alle anderen, die gesunden oder behandeln wollen, interessiert vor allem das Warum und die Übertragbarkeit des Untersuchungsergebnisses auf andere – insbesondere auf sich selber. Während die Wahrscheinlichkeit der Übertragbarkeit (Validität) auf andere die externe Evidence ausmacht, ist *die Übertragbarkeit (Validität)* auf den individuellen Patienten oder Ratsuchenden selbstverständlich *nur beim Aufbau interner Evidence* zu klären. Beim Aufbau interner Evidence hat allerdings jeder Patient und Ratsuchende Anspruch darauf, über die bestmögliche externe Evidence möglicher Interventionen in Kenntnis gesetzt zu werden.

Das Verhältnis von externer und interner Evidence hat erhebliche Folgen für die *Aus-, die Fort- und die Weiterbildung in ärztlichen, in Pflege- und Gesundheitsberufen*. Die Aneignung von Lehrbuchwissen mit Standardregeln reicht keineswegs und führt häufig zu einer unangemessenen, respektlosen Haltung gegenüber Klienten; stattdessen geht es darum, Fähigkeiten zur Erschließung externer und zum Aufbau interner Evidence mit den Klienten zu erwerben. Hier sind von der Pflege eine Reihe von Beiträgen zur Entwicklung und Implementierung von Curricula für die Aus-, die Fort- und die Weiterbildung geleistet worden. Die Effektivität und die Grenzen von problemorientiertem Lernen wurden zum Teil erstmalig kontrolliert untersucht (Behrens/Langer 2010b). Für die Entwicklung zum kompetenten Mitglied einer therapeutischen Profession (individuelle Professionalisierung) scheint die eigene Forschung mit statistischen und sozialwissenschaftlichen, am Fallibilismus orientierten hermeneutisch-qualitativen Methoden unverzichtbar, um externe Evidence beurteilen und für den Aufbau interner Evidence nutzen zu können. Wissenschaftstheoretische Selbstreflexion der Medizin als Handlungswissenschaft und Professionsbildung verschränken sich hier. Insbesondere das Verständnis und der Aufbau interner Evidence sind entwicklungsfähig und entwicklungsbedürftig.

# 11 Soziologie der Pflege und Soziologie des Professions-Systems „pflegerische Unterstützung“

*Johann Behrens, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Gero Langer, Andreas Weber*

## 11.1 Einleitung

Auch für Menschen, deren eigene Pflegefähigkeit eingeschränkt ist, gilt, dass sie gegenüber dem professionellen Funktionssystem pflegerischer Unterstützung einen Anspruch auf inkludierende Unterstützung „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ haben – völlig unabhängig davon, was ihr Einkommen oder ihr Stand ist. Dieses Anrecht ist gewachsen im Windschatten des Funktionssystems Krankenversorgung – aber Pflegebedürfnisse erwachsen keineswegs nur aus Krankheit. Sonst wären frühe Kindheit und sehr hohes Alter Krankheiten.

Auch die einschlägige, lange, umständlich klingende Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ belegt, dass Pflege nicht auf Krankenversorgung beschränkt werden kann. Die Pflegeversicherung deckt andere Risiken ab als die Krankenversicherung. Daher ist zuerst zu klären, was Pflegebedarf ist, bevor das Professions-System pflegerischer Unterstützung begriffen werden kann.

Dieses Kapitel skizziert eine Soziologie der Pflege und eine Soziologie der Pflege als Profession. Zwischen dem sozialen Feld alltäglicher Pflege und dem sozialen System der Pflege als Profession besteht ein entscheidender Unterschied. Die alltägliche Pflege kennzeichnet ein stark normierender Diskurs im System-Code „gepflegt/ungepflegt“. Professionen unterscheiden sich von diesen stark normierenden Diskursen durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten.

Dass sich die Wissenschaft von der fraglosen Gewissheit zur Wahrscheinlichkeit entwickelte und damit zur unaufhebbaren Differenz zwischen interner und externer Evidence, fordert den Respekt vor der Autonomie der Klienten.

Professionalisierung wird hier analysiert als die Entwicklung einer spezifischen Haltung zum Klienten. Sie unterscheidet sich von bloßer Akademisierung. Durch Akademisierung wird die professionstypische Haltung zum Klienten keineswegs garantiert (Schroeter 2006).

„Pflege ist kein eindeutig definierbarer Begriff, zu unterschiedlich sind die jeweiligen Erscheinungsformen, theoretischen Denkschulen und praktischen

Umsetzungen (bzw. Nicht-Umsetzungen) der verschiedenen Konzepte“ schreibt Klaus R. Schroeter (2003: 42). Diesem Verständnis folgen wir nicht uneingeschränkt.

In der deutschen Umgangssprache scheint uns vielmehr der Begriff der Pflege in all seinen sehr unterschiedlichen Anwendungsbereichen durch ganz wenige konstitutive Merkmale, durch eine spezielle Blickrichtung auf das Handeln bestimmt, die jeder beherrscht, der sich der deutschen Sprache bedient.

Für das System „Pflege“ gilt dasselbe wie für die „Arbeit“: Umgangssprachlich ist jederzeit klar, was gegeben sein muss, damit eine Handlung diesem jeweiligem System zugeordnet, also z. B. als „Pflege“ bezeichnet werden kann. Erst innerhalb des Sinn-Systems differenzieren sich Unterbereiche aus – und auch die Berufe und Professionen, die um soziale Anerkennung, um Erwerbchancen, um Zuständigkeiten kämpfen (Behrens 1983; Bourdieu 1987; Honneth 1998, 2001).

Dabei soll gezeigt werden, dass Pflege, soweit sie Profession wird, gerade nicht unvermittelt das Pflege-System des Alltags steigert. Vielmehr nimmt sie es zurück: Sie unterscheidet sich von der alltäglichen Pflege durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie des Alltagslebens. Alle gesundheitsförderlichen und sonstigen Pflegeziele treten davor zurück. Zwei konstitutive Eigenschaften von Professionen sind dabei nicht zu übersehen: ihr Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis und in der Wissenschaft ihre Unterscheidung zwischen interner und externer Evidence<sup>1</sup>.

## 11.2 „Gepflegt/ungepflegt“: Die Identität des alltäglichen Feldes „Pflege“

Was sind die wenigen konstitutiven Merkmale, die gegeben sein müssen, damit umgangssprachlich eine Handlung als Pflege aufgefasst wird?

Pflege ist eine zielorientierte Anstrengung mit einem definierten Zweck. Sie muss Kindern mit vielen Ermahnungen beigebracht werden, weil sie sich keineswegs in ausreichendem Maße spontan ergibt. Wir können gesund sein, ohne speziell dafür viel zu tun. Muskeln, Skelett, Intelligenz entwickeln sich als Nebenfolge von Bewegungen, die keineswegs nur Gesundheit zum Ziel haben. Aber wir können nicht gepflegt sein, ohne uns gepflegt zu haben.

Herumtoben bezeichnen wir nicht als Pflege, aber gezieltes Zähneputzen und Händewaschen. Pflege ist keineswegs nur bei Krankheit erforderlich. Ihr

---

1 Für Hinweise zu einer früheren (unausgegrenzteren) Version dieser Arbeit (vgl. Behrens 2005) danken die Autoren Klaus Schröter.

Ziel ist offensichtlich nicht nur Gesundheit im Sinne von Krankheitsvermeidung, sondern ebenso sehr z. B. Schönheit.

Dem Ungepflegten mangelt es daran, lange bevor seine Verrottung so weit geht, dass er krank vergammelt (Behrens 2003b). Wegen dieser konstitutiven täglichen Anstrengung gedieh seit der Schrift „De Victu“ vor 2.500 Jahren bis zu den diätetischen Schriften der heutigen Zeit, eine riesige Auswahl an Literatur detailliert normierender Pflege-Ratgeber. Die Ratschläge wechseln, die normierende Emphase bleibt (ebd.).

Die zugrundeliegende Vorstellung unserer täglichen Pflege von der Kindheit bis ins Alter ist offenbar die, dass wir täglich der Pflege bedürfen, um nicht zu verrotten. Ein frappierender Beleg für den präzisen Inhalt des Begriffs „Pflege“ zeigt sich gerade in den ausgedehnteren Anwendungen dieses Begriffs, von der Autopflege bis zur Pflege der Soziologie und der Astronomie. Unserer Vorstellung der Notwendigkeit von Pflege liegt eine weltumspannende Unterstellung zugrunde, für die jede Ernennungsurkunde von Professoren den Beweis erbringt. Professoren finden ihre Zuständigkeit, für welches Fach auch immer sie berufen sein mögen, definiert als „Pflege“. Dem liegt die Unterstellung des Souveräns zu Grunde, dass fast alles Wissen professoraler Pflege bedarf, um nicht zu verrotten.

Was ist der Körper, der in der Körperpflege gepflegt wird? Was ist die Gesundheit, die in der Gesundheitspflege gepflegt wird? Es ist ein kulturell durchaus variierender, also durch pflegende Kultivierung täglich wiederherzustellender Habitus. Insofern kann Bourdieu (1987) in einer griffigen, durch Forschung noch einzulösenden Formulierung vom Habitus als „Leib gewordener Gesellschaft“ sprechen.

Das System oder auch das Feld der Pflege mit dem Code „gepflegt/ungepflegt“ bzw. für das Feld der Pflege als Profession mit dem Code „gesundheitsförderlicher pflegerischer Unterstützung bedürftig/nicht bedürftig“ (Behrens 2009) – siehe auch Hohm (2002) mit dem Code „pflegefähig/pflegeunfähig“ – unterscheidet sich deutlich vom System der Medizin mit ihrem Code „krank/nicht krank“. Dies lässt sich z. B. in Auseinandersetzung mit Luhmann aufzeigen (siehe dazu Behrens 2002, 2003b).

### **11.3 Am Scheideweg: Soziologische Beschreibung alltäglicher Pflege, normierende Pflegelehren und praktische Wissenschaft der Pflegeprofession**

Wenn Pflege die Arbeit der Aufrechterhaltung eines leiblichen, sozialstrukturell durchaus unterschiedlichen Habitus ist, was ist dann die Aufgabe der Wissenschaft von Pflege? Darauf gibt es mindestens zwei Antworten. Sie

fassen jeweils unterschiedliche Aspekte zusammen. Sie können sich ergänzen, sind aber keineswegs zu verwechseln.

Erstens kann Wissenschaft der Pflege als – in der aristotelischen Terminologie – „kontemplative“ Wissenschaft verstanden werden. Dabei beschäftigt sie sich mit der Beschreibung und Erklärung, mit den Entstehungsbedingungen, Nebenwirkungen und den sozialen und naturwissenschaftlich fassbaren Folgen der pflegerischen Bemühungen zur Aufrechterhaltung des Habitus, wie sie sie in einer Gesellschaft vorfindet. Ihr erstes Ziel ist nicht die Bewertung dieser vorgefundenen Praktiken. Zumindest verfasst sie keine Pflege-Anleitungen richtigen Lebens, wie sie jede Woche an jedem Kiosk einen Großteil aller Illustrierten ausmachen. Wissenschaft der Pflege ist hier eine vielversprechende Form soziologischer Ethnologie, Soziologie des Habitus als Leib gewordene Gesellschaft. Diese kontemplative Wissenschaft kann auch eine gute Vorbereitung für die sehr praktische dritte Erscheinungsform der Pflegewissenschaften, der Wissenschaft von der Profession der Pflege sein. Professionen zeichnen sich durch einen Respekt vor der Autonomie der Lebenswelt aus, für den kontemplative Anschauung eine gute Schule ist.

Zweitens finden wir Pflege-Ratgeber seit mindestens 2.500 Jahren, wobei sich eine Wegscheide zeigte: Wenn wir Pflegewissenschaft als beratende oder – im Sinne Feinsteins – als klinische Disziplin auffassen, die Klienten bei Entscheidungen unter Unsicherheit berät, also als im aristotelischen Sinne „praktische“ oder Handlungswissenschaft, gibt es zwei Möglichkeiten. Worauf gründete sich der Rat? Zwei Alternativen sind denkbar. Erstens kann man beraten wollen unter Absehung von allen Zielen, Lebenszuschnitten der Beratenen, unter Absehung von allen eingangs genannten Aspekten der Schönheit – bzw. des „Schliffs“ – nur unter dem Gesichtspunkt naturwissenschaftlich fassbarer Zusammenhänge. Lassen sich diese überhaupt sinnvoll isolieren? Oder man berät in Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des Klienten bis hin zur Anpassung an den jeweiligen Habitus. Verfassen Pflegewissenschaftler Ratgeberbücher richtigen Lebens?

## **11.4 Wissenschaft der Pflege als Profession und die Trennung zwischen interner und externer Evidence**

Das Selbstverständnis von Professionen unterscheidet sich vom normierenden Diskurs pflegender Eltern, vom zur Selbstbeobachtung anhaltenden Diskurs von Pflege-Lehrbüchern seit De Victu und erst recht von der Biopolitik von Viehzüchter-Königen, die ihre Bevölkerungen wie Herden pflegen wollen, vor allem dadurch, dass sie die Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten respektiert. Daher werden Professionen erstens nur im Rahmen des

Mandats, das sie von ihren Klienten haben, tätig und aus diesem Grund leiten sie zweitens keineswegs von Erfahrungen Dritter (externer Evidence) Vorschriften für ihren Klienten ab (interne Evidence).

### *Professioneller Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis*

Während Eltern in ihrem pflegerischen Alltag genau normieren, dass Mittagsschlaf, frühe Bettruhe, Scheitel usw. einzuhalten sind, halten sich Professionen hier respektvoll zurück. Schlaf-, Schminke- und andere Selbstpflegegewohnheiten haben sie als Professionen weder zu normieren noch zu bewerten, sondern im Rahmen ihres Mandats zu unterstützen. Selbst wenn deren Selbstpflege-Gewohnheiten ihren Klienten schaden, sind Professionen in allen modernen Staaten keineswegs berechtigt, sie von sich aus zu ändern. Das beweist der jeden Tag vorkommende Grenzfall mit Sicherheit kurzfristig lebensbeendender, behandelbarer Erkrankungen, die trotzdem keinen Arzt zu einem Eingriff berechtigen: Auch wenn ein Mensch ohne Beinamputation mit Sicherheit bald sterben würde, darf keine medizinische Einrichtung diese Operation durchführen ohne ausdrücklichen, d. h. schriftlichen und förmlichen Auftrag des Gefährdeten nach dessen wahrheitsgemäßer Information. Er allein hat die Entscheidung. Er kann sich auch dafür entscheiden – und das kommt jedes Jahr oft vor – lieber zu sterben, als sich operieren zu lassen. Wenn ein Chirurg ohne förmlichen Auftrag des Erkrankten höchst fürsorglich amputiert, weil anders das Leben des Erkrankten nicht zu retten ist, macht er sich strafbar. Das Beispiel zeigt eindeutig, dass der Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis kein hehres, im Alltag wenig relevantes Ideal ist. Es ist eine alltägliche rechtstaatliche Selbstverständlichkeit.

Ein Teil der an Foucault orientierten Literatur nimmt eigenartiger Weise diese konstitutive institutionalisierte Eigenschaft von Professionen, die Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten zu respektieren, gar nicht wahr. Sie verfehlt so ihren Gegenstand. Während ihr Gegenstand die Pflege und Gesundheitsförderung in modernen Gesellschaften sein soll, passen ihre Konzepte eher auf die Bevölkerungspolitik von Viehzüchtern und Sklavenhaltern. So schreibt Schroeter (2005) unter Berufung auf Gastaldo, Holmes (1999: 235) und Holmes (2001, 2002):

„Durch die Vergleiche von Patientendaten werden statistische Durchschnittsdaten ermittelt und ‚Normalitäten‘ definiert, in deren Folge die von der Normalität abweichenden Patienten zur Zielscheibe von Überwachung und Intervention werden.“

Genau so gehen in der Tat Viehzüchter und Sklavenhalter regelmäßig bei ihrem Besitz vor, im Ausnahmezustand ansatzweise die Seuchenpolizei; nie ist es das Ziel von Professionen. Professionen bedürfen des Diagnose- und Behandlungsauftrags von Personen, die erst dadurch zu ihren Klienten (Patienten) werden. Der Diagnose- und Behandlungsauftrag ist jederzeit wider-

rufbar. Die einzelnen Schritte müssen mit dem Auftraggeber abgesprochen werden. Nur mit diesem Auftrag darf gemessen, befragt, verglichen, externe Evidence zu wahrscheinlichen Wenn-Dann-Beziehungen herangezogen und nach Auftrag behandelt werden. Ohne Auftrag des Untersuchten ist jede Diagnose ein Vergehen. Auch Vorsorgeuntersuchungen, so sinnvoll sie sind, bedürfen – außer in seuchenpolizeilichen Fällen, in Schuluntersuchungen und anderen genau definierten Ausnahmen – des ausdrücklichen Auftrags des Untersuchten.

An dieser grundlegenden Tatsache selbst ändert nichts, dass an jedem Kiosk populäre Ratgeberliteratur in Illustrierten, für die wir freiwillig viel Geld bezahlen, uns zu solchen Untersuchungen und Maßnahmen rät, deren Autor/-innen in der Regel aus Ärzteschaft und Pflege stammen. In einer Untersuchung zu den Berliner „Gesundheitsberatungsstellen für Erwachsene (GBE)“ konnten Ende der 1970er Jahre anhand der Reklamen in U-Bahnen, der Tonband-Aufnahmen von Teamsitzungen und der Nutzer/-innen-Statistik zeigen, dass das Wort „Beratung“ in „Gesundheitsberatungsstelle“ ein Euphemismus war und eigentlich als Erziehung oder Propaganda oder ähnliche persuasive Bemühungen geplant waren und durchgeführt wurden (Behrens et al. 1979). Aber dass die Berliner Einrichtungen überhaupt das Wort Beratung wählten, zeigt, dass sie zumindest verbal ihren Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis zu bekunden sich bemüht fühlten. Das ist eine Form der Anerkennung. Erst vor der Folie dieser Anerkennung werden Verletzungen der Autonomie nicht nur erkennbar und kritisierbar, sondern auch kommunizierbar.

Selbst die Tatsache, dass wir Ansprüche auf Finanzierung pflegerischer Hilfen durch Beitrags- oder Steuerzahler in vorgegebenen diagnostischen und anamnestischen Kategorien der Pflege- und Krankenversicherung begründen müssen, widerlegt noch nicht die Anerkennung der Autonomie. Es stellt zwar einen enorm starken „medikalisierenden“ Anreiz, in vielen Lebenslagen geradezu einen existenziellen Zwang dafür dar, das eigene Leben in den diagnostischen und anamnestischen Kategorien der Versichertengemeinschaft darzustellen, aber es ist ein förmlicher Antrag nötig und die Kategorien sind stets umstritten (siehe dazu ausführlicher bei Behrens 2000).

### *Stellvertretung und Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis*

Nun kennt die Pflege wie auch die ärztliche Profession nicht nur stellvertretendes Deuten, sondern auch stellvertretendes und kompensierendes Handeln. Ist dieses mit dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des Klienten vereinbar?

In diesem kurzen Aufsatz kann auf eine ausführlichere Behandlung nur verwiesen werden (siehe z. B. Behrens 1996). Kurz gesagt kommt jedoch alles auf die zutreffende Interpretation des Konjunktivs in Virginia Hender-

sons vielzitierte Funktionsbestimmung der Pflege an. Der Pflege geht es in Hendersons Funktionsbestimmung darum, „dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft und Kenntnis verfügte“ (Henderson 1964/ 2008: 42).

Es heißt hier nicht: „wenn der Patient Virginia Henderson wäre“ oder „wenn der Patient das wollte, was Virginia Henderson an seiner Stelle wollen würde oder wessen er nach der fachlichen Meinung von Virginia Henderson bedürfte“. Virginia Hendersons Funktionsbestimmung geht vielmehr von der Unterschiedlichkeit ihres eigenen pflegerischen Urteils und der Absichten des Patienten aus und beschränkt in ihrer Definition das, was Pflege überhaupt tun darf, exakt und eindeutig allein auf das, was der Patient „selbst ausüben würde“. Das ist die Anerkennung der Autonomie des Klienten gegenüber allen gouvernementalen, fürsorglichen, gesundheitsförderlichen oder auch viehzüchterischen Oberzielen; so schwierig die Umsetzung auch immer sein mag. Pflege ist nicht berechtigt, das für die Gesundheit Nötige ohne ausdrücklichen Auftrag des Klienten zu tun.

„A Foucauldian analysis places the nurse at the center of power relations in society, subscribing to regimes of truth and power that define professionals, nursing knowledge and our societies.“ schreiben Gastaldo und Holmes (1999: 236).

Fruchtbar wird ein solcher Ansatz nur, wenn er die Tatsache des professionstypischen Respekts vor der Autonomie der Lebenspraxis und die Selbstrelativierung der Wissenschaft in der Trennung von interner und externer Evidence zur Kenntnis nimmt. Sonst wird der Ansatz stumpf, weil die Unterscheidungskraft dahin ist. Wenn Hilfe und Kontrolle, Viehzüchter und Professionen dasselbe sind, macht es keinen kritischen Sinn, sie noch zu unterscheiden. Die Ausführungen lebten dann zwar noch von dem tradierten kritischen Unterton der Begriffe Macht und Kontrolle, sind aber gar nicht mehr in der Lage, die kritische Analyse durchzuführen.

### *Wissenschaftliche Evidence und Eminenz, Diskurs und Doxa*

Wie die an Foucault orientierten Ansätze eigenartiger Weise oft schlicht das Phänomen der Profession übersehen, also ihres professionstypischen Respekts vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten, so übersehen sie Entwicklungen der Wissenschaft, die zwar aus Diskursen und der Doxa entsteht, aber diese tendenziell auseinander nimmt und zersetzt. Diese zersetzenden, auseinander nehmenden Folgen selbst bei dogmatisch festgelegten Methoden der Wissenschaft lassen bei allen hierarchischen Organisationen und Berufsgruppen, die sich auf Wissenschaft berufen wollen, immer die

soziale Rolle der „Eminenz“ finden. Eminenzen legen in Konsensbildungsritualen, zu denen zugelassen zu sein die eminente Person ausmacht, Konsensstandards der Eminenzen, also das „gesicherte Wissen nach dem neuesten Stand der Wissenschaft“, auch bei unzureichender, widersprüchlicher, zersetzter oder unklarer Evidence fest (Behrens 2003: 58).

Wissenschaft, so lässt sich in einem Satz zusammenzufassen, entwickelte sich von der Gewissheit der alltäglichen Routine zur Wahrscheinlichkeit. Die Krise der Erfahrung ist in der alltäglichen Routine ein Grenzfall. Für die Wissenschaft ist diese Krise der Normalfall, das tägliche Brot. In dem großen Brei aus Klassifikationen, Routineverfahren, Diagnosen, Schulmeinungen, Richtlinien, Arbeitsorganisationen, Konzepten, den Foucault diskursive Formation und Bourdieu praxeologische Strategie nennt und der ins Deutsche anschaulich mit „praktischer Glaube“ übersetzt wurde, in diesem für viele nahrhaften Brei sind wissenschaftliche Studien daher oft nicht das Salz, sondern der knirschende Sand. Als „Doxa“ aber bezeichnet Bourdieu (1979: 331; siehe auch Bourdieu 1998) „jenes Ensemble von Thesen, die stillschweigend und jenseits des Fragens postuliert werden und die als solche sich erst in der Retrospektive, dann, wenn sie praktisch fallen gelassen wurden, zu erkennen geben“.

Notwendige Bedingung für die Anwendbarkeit des Begriffs Doxa ist also, dass ihre Annahmen nicht in Frage gestellt werden, ja, überhaupt nur in der Retrospektive, wenn sie fallengelassen wurden, erkennbar werden. Zweifellos liegen auch der Wissenschaft solche unerkannten und unbefragten Hintergrundverständnisse zugrunde, die Bourdieu unter Doxa fasst. Aber diesen Bedingungen der nur nachträglichen Erkennbarkeit und Unbefragbarkeit der Doxa entsprechen allein die abstraktesten Grundannahmen. Alltägliche Routinerituelle der Pflege und anderer Gesundheitsberufe, Arbeitsteilungen zwischen Berufsgruppen, Zuständigkeits- und Vorbehaltsregelungen sind so umkämpft und schon von Land zu Land verschieden, dass sie keinesfalls den Kriterien einer Doxa entsprechen. Gerade wenn man Bourdieu folgt und Berufslehren und Berufskonzepte unter dem fruchtbaren Aspekt des Kampfes um Anerkennung von Zuständigkeiten (Abbott: Justifications), Monopolen, Einkommens- und Autonomiechancen analysiert, wird man diese Konzepte nicht als Doxa begreifen können (Behrens/anger 2004: G). Felder als „autonome Sphären, in denen nach jeweils besonderen Regeln ‚gespielt‘ wird“ (Bourdieu 1998: 16) können auch durch ganz andere Kräfte als durch eine unhinterfragte Doxa gebildet sein: durch Rechtspositionen etwa, die sehr wohl hinterfragt werden, aber deswegen noch nicht aufhören, wirkmächtig zu sein.

Insofern stimmen wir Schroeter nicht zu, wenn er schreibt: „Die unterschiedlichen Zielsetzungen, etwa die Erhaltung, Förderung und das Wiedererlangen von Gesundheit, die Neuorientierung und größtmögliche Steigerung von Selbstständigkeit bei bleibender Krankheit oder Behinderung, die Befä-

higung zu angemessener Selbst- und Laienpflege oder die Ermöglichung eines würdevollen Sterbens, stehen für das als richtig vorausgesetzte Denken, für die Doxa (Bourdieu) im Feld der Pflege“ (Schroeter 2005). Selbst die sogenannten Pflegeziele sind für die Profession der Pflege – gerade im Unterschied zur pflegerischen Ratgeberliteratur – keineswegs eine Doxa. Die Profession der Pflege ist im Unterschied zur alltäglichen Pflege gerade nicht auf Ziele wie Gesundheitsförderung, Steigerung der Selbstständigkeit oder auf irgendwelche anderen Ziele unabhängig vom Mandat des Klienten festgelegt. Festgelegt ist sie auf das explizite Mandat der einzelnen Klienten. Professionen dürfen nach ihrem Selbstverständnis nur insoweit Gesundheit fördern, insofern sie dafür ein Mandat ihres individuellen Klienten haben.

Die Begriffe der „diskursiven Formationen“ und der „praxeologischen Strategie“ sind sehr fruchtbar, wenn alltäglich routinisierte Bearbeitungen inkl. Verdrängungen von Unsicherheit, die Dialektik von Eminenz und Evidence in hierarchischen Organisationen mit charismatisierenden Hoffnungen der Klienten beschrieben werden sollen. Aber die Konzepte werden unfruchtbar in dem Maße, in dem sie ihren Gegenstand monolithisch geschlossen als einen einzigen großen unentrinnbaren Verblendungszusammenhang sehen. Das macht sie blind für Widersprüche und setzt ihre Unterscheidungs-, also ihre Kritikfähigkeit herab.

### *Interne und externe Evidence*

In Deutschland sucht sich die Pflege ihren Professionalisierungspfad zwischen einem extremen, nicht zwischen externer und interner Evidence unterscheidendem Standard-Gehorsam und einem individuellem Holismus. Beides, die Bereitschaft zu Standard-Gehorsam und der individuelle Holismus, sind keineswegs nur Hirngespinnste. Sie haben ihre Basis in spezifischen Eigenschaften des pflegerischen Alltags. Sie können manchmal durchaus den Eindruck eines unentrinnbaren Verblendungszusammenhanges machen. Aber der Eindruck trägt.

Die Kluft zwischen begrenzter externer Evidence und der diskursiven Praxis wird typischerweise gern durch Konsensstandards von Eminenzen, also Ordinarien- und Expertenstandards, sowie durch Richtlinien von Fachgesellschaften überbrückt. Erst Eminenzen stellen wieder scheinbare Gewissheit her. Anders sind Studienergebnisse oft nicht verdaubar.

Weil Wissenschaft es in Deutschland spätestens seit 1768 – da erschien Zimmermanns „Über die Erfahrung in der Heylkunst“ – nicht mehr mit Gewissheiten, sondern mit gruppenbezogenen Wahrscheinlichkeiten zu tun hat, ist bekanntlich der Schluss von der Erfahrung Dritter auf den Einzelfall nicht mehr möglich. An Stelle dieses Schlusses tritt die Entscheidung. Daraus folgt die unreduzierbare Trennung von interner und externer Evidence: Erfahrungen Dritter, also externe Evidenzen, liegen typischerweise in gruppenbezo-

genen Wenn-Dann-Beziehungen des Typs vor: In der Einrichtung X hat von 124 Personen, die sich nach einem bestimmten Verfahren behandeln ließen, 63 das Verfahren geholfen, den anderen nicht. Die Zahl der Personen, die sich einer Behandlung unterziehen mussten, damit einer etwas davon hatte, betrug also etwa 2. Diese Verhältniszahl – „number needed to treat“ – ist in Therapiediskussionen von hoher Relevanz. Aber solange wir nicht wissen, ob wir die bzw. der eine sind, welcher bzw. welchem das Verfahren hilft, oder ob wir die bzw. der andere sind, der bzw. dem es nicht hilft, können wir aus dieser externen Evidence keinen entscheidungsfreien Schluss für uns ableiten. Selbst wenn die „number needed to treat“ 1.000 betragen würde, also 1.000 Menschen sich einer Behandlung unterziehen müssten, damit einer etwas davon hätte, könnte jeder von den 1.000 hoffen, diese bzw. dieser eine zu sein. Weiter sagt uns externe Evidence nichts darüber, ob wir selber hinreichend ähnliche Eigenschaften mit diesen untersuchten Dritten haben, dass diese Ergebnisse für uns relevant sind. Das können wir nur an uns selber prüfen: Dafür ist interne Evidence in der individuellen Kommunikation zwischen dem einzigartigen Nutzer und seinem Professionsangehörigen zu erarbeiten. Vor allem die Ziele einer Behandlung sind nicht aus den Erfahrungen Dritter abzuleiten, sondern nur vom einzigartigen Nutzer selbst in Kenntnis der Erfahrungen Dritter zu setzen.

Die unaufhebbare Differenz von interner und externer Evidence und der auseinander nehmende, zersetzende Charakter unvorhersehbarer Studienergebnisse macht es unmöglich, dass Entscheidungsprozesse über Diagnoseverfahren und Behandlungen (Pflegepfade) im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Nutzern und Professionsangehörigen ablaufen können nach dem Muster vollständig selbstgenügsamer bürokratischer Systeme. Daher beschreibt die folgende Charakterisierung von Powers nicht nur einen erschreckenden, sondern vor allem einen völlig utopischen Zustand:

„An den dem Normalisierungsprozess innewohnenden Machtbeziehungen ändert sich gar nichts, wenn man den Patienten an Zielbestimmung oder Pflegeplanung mitwirken lässt, denn Diagnose, Pflegemaßnahmen und Ergebnisse sind immer schon festgelegt und schränken die verfügbaren Wahlmöglichkeiten erheblich ein. Den Patienten und Pflegekräften bleibt nur die Illusion, sie könnten innerhalb der bestehenden, durch die diskursiven Praktiken des Diskurses aufrechterhaltenen Machtverhältnisse wirkliche Entscheidungen treffen“ (Powers 1999: 98).

Die Entscheidungsnotwendigkeit ist keine Illusion. Es bleibt uns gar nichts anderes übrig: Wir müssen entscheiden. Eine Illusion ist, dass wir uns unsere Entscheidungen von anderen abnehmen lassen können: Es bleiben Entscheidungen, die unter Unsicherheit zu treffen sind. Selbst Diagnoseverfahren, die der Powers' schen Utopie ähneln, befreien nicht von der Entscheidungsnotwendigkeit im einzigartigen Fall.

## **11.5 Zwischen entindividualisierendem Standard-Gehorsam und individuellem Holismus: Der Professionalisierungspfad der Pflege in Deutschland**

Allerdings sind es keineswegs nur „Hirngespinnste“ oder programmatische Ideen wie die des „New Nursing“, die den professionstypischen Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis schwer erkennbar machen. Wenn vom German Paradox in der Professionalisierung die Rede ist, ist das gleichzeitige Schwanken zwischen einer extremen entindividualisierenden Standard-Orientierung und einem nur scheinbar lebensweltlich begründetem individuellen Holismus gemeint. In der Tat musste sich die Pflege in Deutschland ihren Professionalisierungspfad zwischen zwei extremen Klippen suchen: Einerseits wurde „ganzheitliches Mitfühlen im lebensweltlich umfassend verstandenen Einzelfall des ganzen Menschen“ häufig als Unterscheidung zur Medizin in Anspruch genommen, die sich hochspezialisiert der Heilung von Organen widmete. Andererseits herrschte eine Gehorsamsforderung und Gehorsamsbereitschaft gegenüber Haus-Standards, deren Evidence-Basierung nicht nur unklar war, sondern noch nicht einmal angestrebt wurde („Experten- und Hausstandards“). Beide Positionen erschweren die Entwicklung eines Professions-Habitus. Als patientenorientierte Professionalisierungsbewegung versucht in der Praxis Evidence-based Nursing, diese aufspaltende Abwehr zu überwinden.

Gegen Expertenstandards bestand und besteht Evidence-based Nursing auf

- dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten;
- der Betonung der nur zwischen dem einzigartigen individuellem Klienten und dem Professionsangehörigen zu erarbeitenden „internen Evidence“, auf deren Basis erst Erfahrungen Dritter – „externe Evidence“ – entscheidungs- und therapierelevant werden;
- der Trennung von Evidence- und Eminenzbasierung von Expertenstandards;
- der Reflexion des Verhältnisses von Organisationshierarchie und
- dem Recht des individuellen Pflegebedürftigen, die Ziele der Pflege in Auftrag zu geben (Behrens/Langer 2004: G).

Gegen individuellem Holismus bestand und besteht Evidence-based Nursing darauf, dass

- auch pflegerische „Empathie“ keinen privilegierten Zugang zum fremden Innersten ihrer Klienten verschafft (Behrens 1983; Behrens/Langer 2004) und

- Fürsorge nicht den Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten ersetzt.

Zwei Konzepte ermöglichten Evidence-based Nursing diese Korrekturen: Die Unterscheidung von interner und externer Evidence, die in jedem einzelnen Fall mit dem Klienten in Beziehung zu setzen sind, und die Aufnahme interpretativ-hermeneutischer, an der Phänomenologie orientierter Methoden für die Erzeugung externer Evidence. In diesen Methoden wird inzwischen ein spezifischer deutscher Beitrag in der internationalen Literatur wahrgenommen.

Erst Evidence-based Nursing lässt sich als Professionsbewegung verstehen, die nicht nur Eminenz-Standards durch Evidence-Standards zu korrigieren trachtet, sondern auch die interne Evidence stark macht als die Basis, auf der alle externe Evidence Dritter überhaupt erst Sinn macht und genutzt werden kann.

Im Folgenden sollen die Wurzeln des „German“ Paradoxes in alltäglichen Interaktionen und historischen Machtverhältnissen nachgezeichnet und damit das Paradox sichtbar gemacht werden. Denn beide Haltungen, die holistisch an der ganzen Person und der Lebenswelt des pflegebedürftigen Menschen mitfühlend orientierte Haltung einerseits und die Gehorsamsbereitschaft zu fürsorglich-bevormundenden Hausstandards andererseits, haben sowohl in der Geschichte der Pflege als auch in ihren jeden Tag ablaufenden Interaktionen eine Basis. Es sind nicht immer dieselben Personen, die beide Haltungen zugleich vertreten. Manchmal sind beide Haltungen auf unterschiedliche Personen aufgeteilt, die mal die holistische Orientierung am Einzelfall, mal die Standardisierung als den (Aus-)Weg zur Erneuerung guter Pflege propagieren.

## **11.6 Historische und alltägliche Wurzeln für den individuellen Holismus (Anstaltshaushalte, Patientenedukation, Lückenprofessionalisierung)**

Der pflegerische Holismus beansprucht, einem einzelnen Menschen in allen seinen Zügen und Umständen gerecht zu werden. Die im pflegerischen individuellen Holismus entwickelte Kritik am „Old Nursing“ und an der Medizin ist gleichwohl sehr nachvollziehbar: Old Nursing und die Medizin bezögen sich auf körperliche Defizite und nicht oder zu wenig auf die psychosoziale Ganzheit einer Person mit all ihren Ressourcen (Salvage 1990, 1992; Porter 1994). Aus der Beobachtung einer „alten“ beschränkten Sicht folgen aber nicht die Fähigkeit und auch nicht das Recht, einen Menschen in all

seinen Zügen und Umständen zu erfassen. Dass zu dieser holistischen Empathie jemand fähig sei, hat Husserl (1992) nachvollziehbar bestritten. Auch als uneinlösbare Idee kann der holistische Anspruch gleichwohl segensreich wirken. Der Anspruch muss allerdings kein harmloser Unsinn bleiben. Er kann in eine Praxis der anamnestischen Ausforschung der „ganzen“ Person, d. h. aller ihrer gerade psychosozial pflegerisch für relevant gehaltenen Aspekte, degenerieren, ohne von der diagnostizierten Person zu einer solchen Diagnose beauftragt worden zu sein. Auf diesen ausdrücklichen Auftrag kommt es aber entscheidend an. Der professionstypische Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis gebietet das. Selbst wenn die Anamnese- und Diagnosefähigkeiten noch so gut wären, sie würden nie das ausdrückliche Mandat ersetzen.

Der Holismus allerdings kommt keineswegs vor allem aus den Schriften des New Nursing. Die holistische Falle hat vielmehr mindestens folgende sechs historische und sich alltäglich erneuernden Wurzeln in

- den Anstalts-Haushalten als nahezu totalen Institutionen;
- der pflegerischen „Lückenprofessionalisierung“ für Interaktionen;
- der Praxis der „ärztlichen Aufklärung“ und ihrer Besprechung durch Pflegende;
- der pflegerischen „Lückenzuständigkeit für Patientenführung“;
- der „Patientenedukation“ und in „compliance“-Vorstellungen sowie
- in Pflegesettings, die die eingehaltene Abstinenz weniger erkennbar machen.

*Historische Wurzeln in Anstalts-Haushalten als nahezu totalen Institutionen:* Noch vor gut hundert Jahren wurden die meisten Krankenhäuser in Deutschland von der Pflege geführt wie heute noch einige Krankenhäuser in der Schweiz und nahezu alle Alten(pflege)heime in Europa. Pflegende – also z. B. Nonnen, Diakonissen, jüdische und freigemeinnützige Pflegende – zogen Ärzte nur hinzu, wenn und soweit es ihnen nötig und geboten schien. Ärzte betreuten ihre weniger begüterten Patienten in Krankenhäusern, die sie selber nicht führten. Genauso ist heute die Behandlung in Alten(pflege)heimen organisiert: Die Pflege ruft die Medizin, nicht die Medizin die Pflege. Heutige Krankenhäuser sind ganz anders verwaltet. Hier rufen die Ärzte die Pflegekräfte. Aber selbst im modernen Krankenhaus sind die Pflegekräfte viel länger bei den Patienten präsent als die Ärzte. Die Pflege und die von ihr angeleiteten Assistenz- und Servicekräfte sind weiterhin für die alltägliche Sicherung des Lebensnotwendigen und gerade nicht nur für die medizinische Versorgung der Patienten zuständig; für das Betten, für das Verbinden, für das Waschen, für das Ernähren und – mit all dem verbunden

– für das Gespräch. Die Kranken, sobald sie in ein Krankenhaus eintreten, und die Pflegebedürftigen, sobald sie in ein Pflegeheim übersiedeln, treten in einen Anstalts-Haushalt ein, deren Vorstand die Pflege ist, wenn sie sich auch – für den einzelnen Patienten durchaus wahrnehmbar – diese Macht mit vielen anderen, allen voran den Ärzten, teilt (vgl. in diesem Punkt, nicht in seiner Interpretation, Parsons 1957; Goffmann 1961/1977).

*Alltägliche Wurzel des Holismus – Lückenprofessionalisierung der Interaktion:* Die bis heute – auch im modernen Krankenhaus und nicht nur im Alten(pflege)heim und in der Gemeindepflege – vorherrschende, alltäglich „ganzheitliche“ Verantwortung der Pflege hat Konsequenzen für die Interaktion, die sich in Deutschland – und vielleicht nicht nur in Deutschland – überall beobachten und einen deutlichen Trend zur Abgabe entscheidender Kernaufgaben der therapeutischen Profession an die Pflege erkennen lassen.

*„Aufklärung“ und Lückenprofessionalisierung:* Die Erstaufklärung über Krankheiten ist in Deutschland Ärzten vorbehalten. Gleichwohl fragt die überwiegende Mehrheit aller Patienten im Krankenhaus nicht die Ärzte, bis sie alles verstanden haben, sondern sucht das Gespräch mit der alltäglich zuständigen Pflege. Die Patienten fragen die Pflege, was die Ärzte eigentlich gesagt haben, und was es für das Leben bedeuten könnte.

*„Patientenführung“:* Einige Ärzte neigen in Deutschland dazu, sich für die organische und psychische Diagnostik und für die medizinische Wiederherstellung organischer Funktionen zuständig zu fühlen, aber die intensive Begleitung der Patienten in deren Verhaltens- und Handlungsänderungen nur zu verordnen und ihre tatsächliche Bewältigung der Pflege zu überlassen. Gerade in der Betreuung von Personen mit chronischen Krankheiten, die sie immer wieder aus ihren Stabilisierungsbemühungen herauswerfen (Behrens 2002), lässt sich diese Abgabe der intensiven Begleitung beobachten. Gern nimmt die ganzheitlich orientierte Pflege diese therapeutische Kernaufgabe an. Wenn es auch eine Art Lückenprofessionalisierung der Pflege ist, so entspricht sie doch der Tradition der Pflege. Aber verfügt die Pflege in ihrer Ganzheitlichkeit auch über die professionelle Distanz, den Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des Patienten, die die Pflege vor Überforderung bewahren und den Patienten vor fürsorglichen Übergriffen auf seine Subjektivität? Das wird an den beiden alltäglichen Bereichen der „Patientenedukation“ und der „Abstinenz“ noch brisanter: Diese Bereiche gehören zusammen.

*„Patientenedukation“ und „compliance“-Pflege:* Der Begriff der „Patientenedukation“, übernommen aus dem Amerikanischen, hat in Deutschland in den letzten zehn Jahren sowohl in der Pflege und als auch bei anderen Berufsgruppen eine rasche Verbreitung gefunden. Der Begriff ist durchaus vertrackt: In der Umgangssprache setzt „Edukation“ einen Erziehungsberechtigten voraus, der über weitreichende Kontrollrechte gegenüber dem zu er-

ziehenden Subjekt verfügt, ohne dass das zu erziehende Subjekt seine Eltern und Lehrer dazu ausdrücklich autorisiert.

Dass die Autorisierung der Erziehungsberechtigten durch die Erzogenen keine notwendige Bedingung eines Erziehungsverhältnisses ist, ist die *differentia specifica* der „Erziehung“ gegenüber Beratung und Training. Für die Umgangssprache und das Recht sind „Beratung“, „Beeinflussung“, „Training“ und „Unterstützung“ keineswegs dasselbe wie oder gar Unterfälle von „Erziehung“. Umso erstaunlicher ist, dass in der wissenschaftlichen Therapeutensprache im Gegensatz zur Umgangssprache „Patientenedukation“ als Oberbegriff von Beratung, Training, Unterstützung und sonstiger Beeinflussung gilt. Dieser überraschende, wissenschaftliche Sprachgebrauch erlaubt nur zwei Interpretationsmöglichkeiten: Entweder die wissenschaftliche Therapeutensprache unterscheidet sich von der Umgangssprache durch Schlampligkeit; als käme es in der Wissenschaft viel weniger als in der Umgangssprache auf Genauigkeit und Verständlichkeit an und als sei es in der Wissenschaft besonders beliebig, was man von sich gäbe. Oder aber, wissenschaftliche Mediziner und Therapeuten meinen tatsächlich, was sie schreiben, und sehen Beratung, Training, Unterstützung, Verhandlung, Beeinflussung tatsächlich als Patientenedukation, für die sie als Erziehungsberechtigte keiner wesentlichen Autorisierung des Patienten bedürften.

Viktor von Weizsäcker (1987) hat Patientenorientierung bekanntlich als eine Haltung definiert, die den Patienten als Subjekt in die Medizin einführt. Patientenorientierung ist mit Patientenedukation schwer vereinbar. Wird die Pflege an der Seite der Psychotherapie und der Physiotherapie zum Träger der Patientenedukation, liefe sie Gefahr, vom Vorstand des Anstalts-Haushalts auch noch zum Erziehungsberechtigten zu werden.

Schon der Begriff „mangelnde compliance“ für einen Patienten, der einem Rat nicht folgt, ist nur dann unbedenklich, wenn das Mandat dieses Patienten und der Respekt des Therapeuten vor der Autonomie der Lebenspraxis des Patienten außer Zweifel stehen. Sonst bedroht diese edukative Haltung die „Abstinenz“. Wahrscheinlich täte professionelle Pflege gut daran, die Begriffe „Patientenedukation“ und „compliance“ aus ihrem professionellem Selbstverständnis zu nehmen, außer in den Fällen, in denen Pflegenden wirklich Erziehungsberechtigte sind.

„*Abstinenz*“: Dass eine Reihe von Ärzten sich als Mediziner aus der alltäglichen Unterstützung der Patienten zurückziehen, dass sie eben nicht dem einzelnen Patienten in all seinen individuellen Lebensbezügen ganzheitlich gerecht werden wollen, sondern nur dem jeweiligen medizinischen Problem, wird häufig beklagt. Es stellt andererseits aber eine strukturelle Erleichterung in der Interaktion mit Patienten dar: Es erleichtert diesen Ärzten, „abstinente Berater ohne Verwicklung ins Leben der Beratenen“ zu sein. Für die Pflege ist das deutlich anders. Sie sieht den einzelnen Patienten den ganzen Tag und trägt Sorge für ihn. Sie wird schnell zum Teil seines Alltags. Professionelle

Abstinenz, die auch die Pflege bestimmt, wird auf den ersten Blick weniger leicht erkennbar. Pflegenden müssen funktionale Äquivalente für diese Settings, die Abstinenz erleichtern, finden und entwickeln.

Schon diese wenigen Schlüsselsituationen machen begreifbar, warum der Anspruch auf „Ganzheitlichkeit“ keineswegs nur Ausfluss abstrakter Abgrenzungsbedürfnisse zu Nachbarberufen wie dem des Mediziners ist. Fürsorgliches „ganzheitliches“ Eingehen auf alle höchst individuellen Eigenheiten eines einzigartigen Pflegebedürftigen fassen – wenn auch ideologisch – Anforderungen des pflegerischen Alltags zusammen. Wenn ein solcher Alltag die Pflegenden auch immer gefährdet, eher nicht abstinente für die Pflegebedürftigen zu handeln, als mit ihnen in Respekt vor der Autonomie ihrer Lebenspraxis, so ist doch ihr Bezug auf die Einzigartigkeit des individuellen Pflegebedürftigen in das Verständnis professionellen Handelns zu retten; gegen entindividualisierende Standardisierung. Holismus gefährdet Professionalisierung und damit die Pflegebedürftigen. Aber entindividualisierende Standardisierung ist Deprofessionalisierung.

## **11.7 Pflegestandards ohne Verfallsdatum, ohne Evidenzbasierung, ohne Respekt vor der Autonomie der individuellen Lebenspraxis**

*Wenn „Pflegestandards“ sich gegen Pflegebedürftige richten:* Spätestens in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts setzte auch in Deutschland eine begeisterte Bewegung für „Pflegestandards“ ein. Die ersten Pflegeeinrichtungen begannen damit, implizites Wissen zu formulieren, in Qualitätszirkeln zu erörtern und in Hausstandards oder viel allgemeineren nationalen Standards festzuschreiben. Die Bewegung für Pflegestandards verbreitete sich so, dass auch Einrichtungen, die nicht selber Standards erarbeiten wollten, auf Standards nicht verzichten konnten. Bald gab es fertige Standardbücher zu kaufen und Datenträger, von denen fertige Standards heruntergeladen, mit dem Logo der Einrichtung versehen und angepasst werden konnten. Heute steht fast in jeder deutschen Einrichtung ein Standard-Handbuch – zumindest im Schrank.

Zur selben Zeit entwickelten medizinische Fachgesellschaften erste Leitlinien. Sie wurden von Ärztinnen und Ärzten zunächst mit deutlich weniger Begeisterung aufgenommen als die Pflegestandards von den Pflegenden.

Die Bewegung für Pflegestandards mag durchaus als Fortschritt in der Explizierung impliziten Wissens, in der Reflexion des eigenen Handelns und ansatzweise in der Qualitätssicherung gesehen werden. Auch für die individuelle Angemessenheit der Pflege, für den verantwortlichen Respekt vor der

Autonomie der Lebenspraxis des einzigartigen Pflegebedürftigen kann – nicht muss – Standardisierung ein wichtiger Schritt sein: Pflege ist immer mitgeprägt von der Individualität des Pflegenden und sollte geprägt sein von der Individualität des Pflegebedürftigen.

Beide Individualitäten sind keineswegs dasselbe. Wenn die Individualität der Pflegenden wichtiger wird als die Individualität der Pflegebedürfnisse, geht die Verteidigung der Individualität der Pflegenden zu Lasten der Pflegebedürftigen. In diesem Fall können – nicht müssen – Pflegestandards den Pflegebedürftigen zu ihrem Recht und zu Respekt vor ihrer Autonomie verhelfen.

Dennoch enthalten Standards auch Gefahren. Die gefährlichen, mit den Prinzipien von Evidence-based Nursing unvereinbaren Nebenwirkungen von Standards liegen darin, dass sie für einige Pflegenden die eigenverantwortliche Beschäftigung mit den höchst individuellen Bedürfnissen und Ressourcen des einzelnen Pflegebedürftigen weniger wichtig erscheinen lassen als die Einhaltung von Standards (Behrens 1996). Das hängt mit dem Irrtum zusammen, das Einhalten von Standards sei haftungsentlastend. Nur wer sich nicht an Standards halte, heißt es oft in Anweisungen, müsse sich verantworten. Das ist falsch. Tatsächlich muss sich, wer sich an Standards hält, ganz genauso und in demselben Maße verantworten wie der, der sich nicht an Standards hält. Denn man kann Standards nicht anwenden, ohne sie an die individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen anzupassen. Diese Anpassung verlangt die Erarbeitung interner Evidence, die erst externe Evidence nützlich macht. Verantworten müssen wir uns vor den individuellen Pflegebedürftigen, nicht vor den Standards. Deswegen ist dem Europarat zuzustimmen, dass die Nichteinhaltung von Leitlinien keineswegs mit besonderen Sanktionen verknüpft sein sollte (Europarat 2002; etwas ausführlicher zu dieser auch rechtlich komplexen Diskussion Behrens 2003a).

Gerade in der Pflege ist diese Einsicht gefährlicherweise noch wenig verbreitet. Die meisten auf Konsensus-Konferenzen verabschiedeten Expertenstandards wurden ohne Verfallsdatum für die Wiedervorlage veröffentlicht, ohne leicht nachprüfbare Belege externer Evidence und ohne Hinweis auf den nötigen Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des individuellen Patienten (vgl. dazu auch die kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Meyer et al. 2006). So erfüllte selbst der wohl bekannteste deutsche Pflegestandard, der erste nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe, weder die Professionskriterien von Evidence-based Nursing noch die Kriterien des Europarates (Schlopsna 2003). Schon der Begriff „Standard“, der in der Pflege benutzt wird, gibt zu Missverständnissen Anlass. Statt der „undurchsichtigen Wortneuschöpfung“ des Expertenstandards (Meyer et al. 2006), gäbe der, sonst international unstrittige, Begriff der „Leitlinie“ viel deutlicher wieder, dass es sich um einen Vorschlag handelt, dessen Anwendung und Anpassung allein der Pflegebedürftige in Zusam-

menarbeit mit der von ihm beauftragten professionellen Pflegekraft entscheidet. Der oder dem einzelnen Pflegebedürftigen sind die Pflegenden verantwortlich.

*Historische und alltägliche Wurzeln des Standard-Gehorsams:* Auch für die Gehorsamsbereitschaft gegenüber Standards lassen sich leicht alltägliche Situationen und historische Traditionen angeben, die diese Haltung immer wieder verstärken. Diese im Folgenden aufgeführten alltäglichen Situationen und historischen Traditionen liegen

- in der „Weisungsabhängigkeit“ von Pflege;
- im Vorrang von Eminenz vor Evidence;
- in der Verkehrung von Wissenschaft zur Ex-Cathedra-Dezision und
- in dem Fehler, die Effizienz einer Maßnahmen zu beurteilen, ohne ihre Effektivität zu kennen.

*„Weisungsabhängigkeit“:* In Deutschland hat die Pflege keine „Vorbehaltsbereiche“, in denen sie allein entscheidungsbefugt ist. Die Pflege gilt in Deutschland als weisungsabhängig und dabei meist abhängig von ärztlichen Weisungen. Es braucht nicht betont zu werden, dass die Pflege faktisch im Alltag permanent eigene Entscheidungen trifft, einfach weil die Pflegesituationen zu komplex sind, um durch eine Weisung hinreichend determiniert zu werden. „Gehorsam“, schrieb schon Florence Nightingale, „reicht allenfalls für ein Pferd, aber nicht einmal für einen Polizisten“. Das ist weniger eine normative Forderung als eine empirische Beobachtung. Auch der einer militärischen Disziplin unterworfenen Polizist steht vor so komplexen Situationen, dass er Vorschriften nicht einfach anwenden kann, sondern eigenverantwortlich interpretieren muss. Aber die Berufung auf den bloßen Gehorsam gegenüber Vorschriften hat den Vorteil, dass sie von Verantwortung entlastet, auch wenn man faktisch eigenständig handelte.

*Begründung mit Eminenz statt mit Evidence:* Innerhalb der Hierarchie der Klinik scheinen Evidence-Belege nicht selten zu leichtgewichtig im Vergleich zu den schwergewichtigen Entscheidungen der institutionell Entscheidungsbefugten. So fanden wir z. B. auf den Intensivstationen stark unterschiedliche, auch unterschiedlich aufwendige Praktiken der Mundpflege bei vergleichbaren Patienten, ohne dass eine der Pflegedirektionen, ärztlichen Direktionen oder pflegerischen Fachleitungen daraus die Notwendigkeit folgerte, in kontrollierten Vergleichen die wirksamste der Mundpflegepraktiken herauszufinden. Begründung für die jeweilige Praktik der Mundpflege war, dass eine dafür zuständige Person im Hause das eben so haben wolle. Niemandem erschien es nötig oder lohnend, die guten Gründe, die diese jeweils zuständigen Personen für ihre enorm unterschiedlichen Weisungen ja

vermutlich haben, zu prüfen oder auch nur kennen zu lernen. In einer von Eminenzen geprägten Kultur erscheint die Suche nach Evidence als verlorene Mühe.

*Verkehrung der Wissenschaft zur ex cathedra Dezision:* Nach dem Selbstverständnis der Wissenschaft soll es bekanntlich seit Jahrhunderten – im Unterschied zum hierarchischen Betrieb – keineswegs darauf ankommen, wer etwas sagt, sondern ausschließlich darauf, wie das Gesagte logisch und empirisch begründet ist. Ob die 17-jährige Pflegeschülerin oder die Lehrstuhlinhaberin es ist, die ein Argument vorbringt oder einen Beleg präsentiert, das ist gleich – wenn der Beleg und das Argument selber gültig sind. Viele Praktiken in der Wissenschaft ergeben sich aus diesem Selbstverständnis: Beispielsweise die Anonymisierung eines zu prüfenden Artikels für eine wissenschaftliche Zeitschrift, wodurch die Gutachtenden nicht wissen sollen, wer den zu prüfenden Artikel geschrieben hat, und die Lehrstuhlinhaberin nicht anders behandeln als die wissenschaftliche Mitarbeiterin, die Praktikerin, die Privatgelehrte oder die Pflegeschülerin. Andererseits ist auch die Wissenschaft, schon weil viele Forschungsprojekte nur kooperativ zu bewältigen sind, nach Art eines arbeitsteiligen Betriebs organisiert. Und zusätzlich gibt es

Inhaber/-innen eines Lehrstuhls („cathedra“), so dass Äußerungen von dieser cathedra aus mehr gelten, insbesondere je weiter das Publikum von der Detailarbeit der jeweiligen Wissenschaft weg ist. In Talkshows, in vielen Lehrbüchern, in Zeitungsinterviews geht es häufig mehr darum, wer etwas sagt, als um seine Belege. Paradoxerweise verkehrt sich so die Wissenschaft in der Wahrnehmung zur ex cathedra Dezision, der gegenüber Gehorsam angesagt ist.

*Standarderfüllung statt Wirkungsverantwortung; Effizienz ohne Effektivitätsnachweis:* Obwohl hier nicht betont zu werden braucht, dass Effizienz erst festgestellt werden kann, wenn Effektivität nachgewiesen wurde, wird genau dies im deutschen Gesundheitswesen häufig versucht. So wurden „Leistungserfassungssysteme“ der Pflege (z. B. PLAISIR, LEP, PPR) entwickelt (Horbach/Behrens 2003), die aber eigentlich keine Leistung, sondern nur Aufwände an Zeit erfassen. Ein Zeitaufwand ist aber nur dann eine Leistung, wenn er hinreichend wahrscheinlich die gewünschte Wirkung, also Effektivität, erzielt. Insofern ist ein in der Schweiz und in Deutschland häufig angewandtes System, das System der „Leistungserfassung der Pflege“ (LEP), schon im Namen entweder ein Etikettenschwindel oder ein noch einzulösendes Versprechen auf die Zukunft. Wahrer hieße es „Aufwandserfassung in der Pflege“ (AEP).

Die Autoren und Ko-Autoren des LEP und des LEP-Deutschland sind aber dabei, Aufwände mit Wirkungen zu verknüpfen und in vergleichenden Studien die wahrscheinliche Effektivität pflegerischer Interventionen zu

prüfen, so dass der Name „Leistungserfassungssystem“ möglicherweise in Zukunft gerechtfertigt sein wird. Denn was nicht hinreichend wahrscheinlich die erwünschte Wirkung hat, dessen bedarf auch niemand. Ohne Effektivität kein Bedarf.

## **11.8 Fazit**

Alltägliche Situationen der Pflege zu analysieren ist mindestens so nötig wie pflegerische Programmschriften zu erörtern, wenn es darum geht, individuellen Holismus einerseits, allzu große Bereitschaft zu entindividualisierendem Standard-Gehorsam als Klippen der Professionsentwicklung zu begreifen. Akademisierung allein garantiert keineswegs die Entwicklung des professionstypischen Respekts vor der Autonomie der Lebenswelt des Klienten.

Das Gegenteil kann der Fall sein. Zwar fördert die historische Entwicklung der Wissenschaft, die von der annähernd absoluten Gewissheit zur Unterscheidung von interner und externer Evidence fortschritt, diesen Respekt. Zugleich ist keineswegs gesagt, dass Akademisierung mit Forschung ausreichend in Berührung kommt. Und die Fähigkeit, externe Evidence für den Aufbau der internen Evidence zu nutzen, lässt sich nur in der reflektierenden klinischen Praxis entwickeln (Behrens,/Langer 2004, 2010).

## 12 Auf dem Weg zur selbstbestimmten Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit in europäischen Ländern

*Yvonne Selinger, Andreas Weber, Johann Behrens*

In diesem Kapitel werden Konzepte zur Ausgestaltung von Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit z. B. aufgrund von Behinderung oder chronischer Erkrankung sowie im Alter häufig vorliegender Multimorbidität, auf unterschiedlichen Ebenen skizziert, die – z. T. im wechselseitigen Wirkgefüge – das Potenzial bergen, selbstbestimmte Teilhabe und Selbständigkeit im Kontext des sozialen Netzwerks der Betroffenen und sowohl im häuslichen als auch im stationären Umfeld, d. h. einschließlich des Pflegeheims, zu fördern.<sup>1</sup>

Dabei folgen wir hier dem Verständnis, dass jede pflegebedürftige Person im Sinne der Pflegeversicherung eine behinderte Person im Sinne des SGB IX ist (Behrens 2009; Welti 2009). Trotz dieser Übereinstimmung des Personenkreises sind hierzulande – nicht zuletzt auch aufgrund der beiden unterschiedlichen Leistungsrechte – vielfach getrennte Entwicklungen in der Behindertenhilfe und in der Pflege beschreibbar, während sich bei den europäischen Nachbarn eher Gesamtkonzepte zur Betreuung und Versorgung bzw. zugleich zur Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter und pflegebedürftiger Menschen finden.

### 12.1 Vorbemerkungen zum Verständnis von Teilhabe und Pflege

Der Begriff „Teilhabe“ bedarf zunächst der Klärung. „Teilhabe“ meint sowohl in der ICF als auch im deutschen Sozialgesetzbuch stets die biographisch erstrebte, selbstbestimmte Teilhabe; nicht die Teilhabe, die gegen den Willen einer Person durchgesetzt wird (Behrens 1990, 2009; Behrens/Zimmermann 2006:166).

Zu dieser selbstbestimmten Teilhabe ist Selbständigkeit ein, nicht aber der einzige Weg. Vielmehr stellt sie sich im Falle von Behinderung und Pflegebedürftigkeit häufiger als Rückgewinnung und Wahrung von gewünschter und individuell gefärbter Selbstbestimmung im Sinne von Entscheidungsspielräumen trotz Unterstützungsbedarfs dar (Heinemann-Knoch et al. 1998: 20).

---

1 Wir danken dem Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit für die Erlaubnis diesen Artikel aus dem Heft 3/2010 in diesem Buch abdrucken zu dürfen.

Keinesfalls darf das Menschenrecht auf Selbstbestimmung missachtet werden, wenn Selbstständigkeit nicht mehr realisierbar ist. Die häufige Gleichsetzung und Verwechslung von Selbstständigkeit mit Selbstbestimmung (Autarkie mit Autonomie) birgt genau diese Gefahr, das Recht auf Selbstbestimmung aufzugeben, wenn Selbstständigkeit nicht mehr aufrecht zu erhalten ist (Behrens 1990; Behrens/Zimmermann 2006: 166f.).

Ein genuines Ziel professioneller Pflege besteht folglich darin, gemessen an den zentralen Werten des Grundgesetzes sowie den Zielvorgaben des SGB IX, selbstbestimmte und individuell erlebte Teilhabe (Klie 2005: 268; Behrens 1990, 2005; Behrens/Zimmermann 2006) kranker, behinderter, pflegebedürftiger sowie davon bedrohter Personen aller Altersgruppen zu sichern.

## **12.2 Ausgangspunkt und Blickrichtung für die Suche nach „vorbildlichen“ Konzepten**

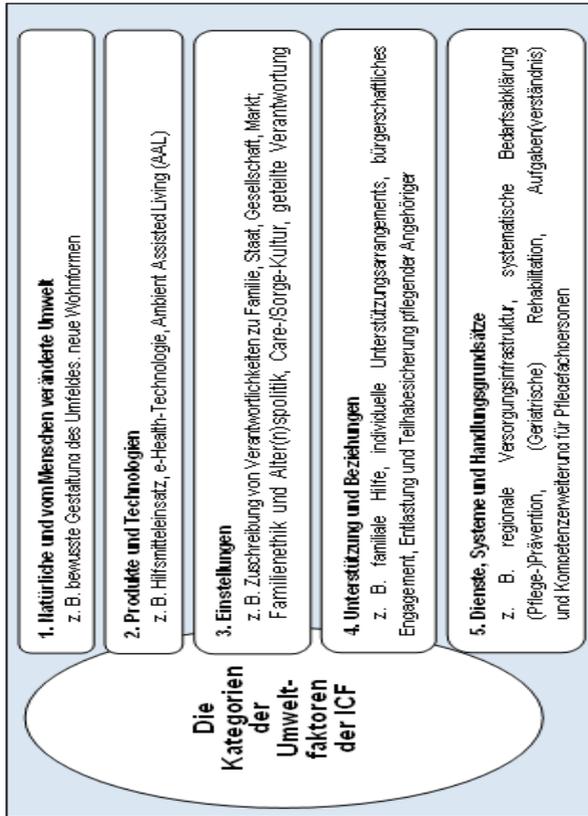
Die steigende Zahl auf pflegerische Unterstützung verwiesener Personen stellt die Versorgungsmöglichkeiten und die soziale Absicherung überall in Europa vor Herausforderungen. Die Debatte über daraus abzuleitende sozialpolitische Konsequenzen führt in den einzelnen nationalen Systemen zu unterschiedlichen Lösungswegen. Dabei werden u. a. für die Bereiche Behindertenhilfe und Pflege auch qualitative Fragen der Leistungserbringung erörtert, etwa danach, wie sich die Chancen selbstbestimmter Lebensführung für Betroffene sowohl im häuslichen als auch im stationären Bereich verbessern lassen, wie Menschen mit besonderen Bedürfnissen, z. B. Migranten, religiöse Minoritäten oder Personen ohne Familienzusammenhang angemessene Unterstützung erfahren können und wie sich die institutionellen Voraussetzungen dafür verbessern lassen, bestehende Standards für eine menschenwürdige, autonomiefördernde Pflege und Begleitung konsequent umzusetzen (Bielefeldt/Seidensticker 2006: 5).

Zunächst ist festzuhalten, dass die in anderen Ländern anzutreffenden Konzepte ähnlich wie hierzulande, individuelle, mehr oder weniger reaktionsorientiert gewachsene und dabei von historischen Zufälligkeiten und nationalen Besonderheiten/„Eigensinnigkeiten“ (Kaufmann 2003: 11) geprägte Strukturen aufweisen, die als Ganzes nicht auf andere Länder übertragbar sind. Eine Art Idealkonzept von „Teilhabe und Pflege“, das sich in einem bewusst geplanten und umgesetzten Gesamtkonzept unter Berücksichtigung von Effektivität, Effizienz, Transparenz und Gerechtigkeit (Frel/Dietz 2008: 191) etabliert hätte, ist nicht zu finden.

Die Vielfalt und Komplexität der gegenwärtigen Unterstützungssysteme für Behinderte und Pflegebedürftige, einschließlich ihrer spezifischen Geset-

ze, heterogenen kulturellen Vorstellungen, Strukturen, Reichweiten, Finanzierungsmodellen und gewährten Leistungen, erschwert bis verunmöglicht an dieser Stelle einen systematisch-differenzierten Überblick und Vergleich. Deshalb werden im Folgenden, orientierend an den fünf Kategorien des Bereichs Umweltfaktoren der ICF (s. Abb. 12.1), schlaglichtartig Einzelkonzepte aus dem europäischen Raum skizziert, die für die Bedingungen in Deutschland interessant und ggf. adaptierbar erscheinen.

Abbildung 12.1: Schlagworte für exemplarische Konzepte zur Verwirklichung von „Teilhabe und Pflege“ entlang der Kategorien des Bereichs Umweltfaktoren der ICF (Quelle: eigene Darstellung nach Schuntermann 2007:216 ff.)



Die erkannten exemplarischen Leitprinzipien und Konzepte zur Ausgestaltung von „Teilhabe und Pflege“ in anderen europäischen Ländern gründen i. d. R. auf dem Anspruch, die Finanzierung von Pflege-, Betreuungs- und sonstigen Versorgungsleistungen in einer alternden Gesellschaft dauerhaft und stabil zu gestalten (Bielefeldt/Seidensticker 2006: 6). Parallel bergen sie vielfach auch die qualitative Chance, Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter und pflegebedürftiger Menschen zu fördern.

Einige dieser „ausländischen“ Konzepte wurden auch hierzulande – wenngleich bisher weniger in der breiten Regelversorgung, so doch zumindest in der pflegewissenschaftlichen Diskussion inkl. von Projekten der Versorgungsforschung – übertragen. Sie stammen überwiegend aus dem nord- und westeuropäischen Raum, was u. a. damit begründbar ist, dass hier das Thema Langzeitpflege und -betreuung bereits mitunter seit den 1950er Jahren als Teil der sozialen Sicherung anerkannt ist und entsprechend früh eine Ausdifferenzierung der erst häufig stationären, später verstärkt ambulanten Krankenpflege, Alten- und Behindertenhilfe sowie die Bearbeitung von entsprechenden Forschungs- und Praxisentwicklungsthemen begann (Leichsenring 2008: 118). Zum anderen nahmen v. a. die skandinavischen Länder sowie Großbritannien und die Niederlande bereits in den 1980er Jahren – und damit deutlich früher als andere Länder – einen hohen Konsolidierungsdruck auf ihre mit hohen Ausgaben verbundenen sozialen Sicherungssysteme wahr, der von den Akteuren der unterschiedlichen Ebenen Kreativität bei der Entwicklung innovativer Konzepte forderte (Tesch-Römer 2001; Lowenstein/Ogg 2003; Leichsenring 2008).

### **12.3 Beispiele für Konzepte zur Verwirklichung von „Teilhabeorientierter Pflege“**

#### *Bewusste Gestaltung des Umfelds*

Von der verbreiteten These ausgehend, dass das häusliche Umfeld i. d. R. am ehesten Integration und Partizipation sowie Individualität und Kontinuität der Lebensführung ermöglicht (BMFSFJ 2002: 19), gilt das möglichst lange Aufrechterhalten der selbstständigen Lebensführung im häuslichen Umfeld generell als Leitmaxime europäischer Sozialpolitik (Dienel 2007: 282; WHO Regional Office for Europe 2008: 1f.); wobei dies nur dann etwas mit Teil-

habeorientierung zu tun hat, wenn die Pflege- und Betreuungsbedürftigen selber wünschen, zu Hause wohnen zu bleiben.

Das Ziel einer selbstständigen Lebensführung in der eigenen Wohnung unter herkömmlichen Wohnbedingungen ist v. a. für die wachsende Zahl allein lebender, chronisch kranker älterer und/oder von Behinderung betroffener Menschen oft nur schwer realisierbar (Heuberger 2010: 331). Zunehmend gewinnen deshalb haushaltsnahe Dienstleistungen, der Ausbau wohnortnaher Infrastrukturen sowie Formen barrierefreier Architektur und Modelle des Gemeinschafts-, Generationen- und Servicewohnens an Bedeutung (Hochheim; Otto 2011: 306).

Vorbildwirkung haben hier v. a. die zuerst im skandinavischen Raum etablierten Wohn- und Hausgemeinschaftskonzepte für behinderte und für ältere Menschen, insbesondere auch solchen mit Demenz (Klie 2002; Bäcker et al. 2008: 375).

### *Produkte und Technologien*

Im Zusammenhang mit der Gestaltung des (Wohn)Umfelds fällt der v. a. in den dünn besiedelten Regionen Nordeuropas besonders verbreitete Einsatz von Produkten und Technologien auf, die die Selbständigkeit unterstützen. So weist Finnland einen der weltweit höchsten Pro-Kopf-Anteile an Internetzugängen auf und gehört zu den führenden Ländern in der Entwicklung von e-Health-Technologien.

Gemeint sind z. B. Telemedizin-Anwendungen, die etwa der Kommunikation und Datenübertragung zwischen räumlich getrennten Leistungsanbietern oder zwischen Leistungsanbietern und Patienten im Rahmen der Diagnostik, Therapiebegleitung und -optimierung dienen (van den Berg et al. 2007: 122).

Einige Studien deuten darauf hin, dass solche Anwendungen zu höheren Graden an funktionaler Selbständigkeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität führen (z. B. Neville et al. 2004: 207; Brooks et al. 2006: e2) und letztlich – unter Beibehaltung sozialer Einbindung und Kommunikation – zum Verbleib von Behinderten und Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit beitragen, die sonst u. U. zur Sicherstellung ihrer medizinisch-pflegerischen Versorgung in ein Heim übersiedeln müssten (Mollenkopf/Kaspar 2004: 220; Kangas/Saari 2008: 252f.), einem Ort, an dem Selbstbestimmung möglicherweise schwieriger zu gewährleisten ist.

E-Health-Technologie meint auch die Entwicklungen von Robotern zur Unterstützung zu Hause (sog. „Domotics“) und berührt auch die Entwicklung von Systemen für sog. intelligentes Wohnen („Smart Homes“). Hierbei sind die USA und Japan führend. Befördert durch die Forschungsförderpolitik der EU und auch der Bundesregierung, die auf die Entwicklung intelligenter,

vernetzter Systeme und sog. Ambient Assisted Living (AAL)-Technologien setzt, zeigen sich mittlerweile auch Anwendungen in Nordeuropa und Deutschland (Heinze/Ley 2009: 6; Büscher 2009: 1205).

Im Zusammenhang mit der Verwirklichung selbständiger Lebensführung auch im Alter und bei möglicher Behinderung entscheiden sich zunehmend Menschen bereits im mittleren Alter für eine bewusste Strukturierung und Gestaltung ihres individuellen Lebensentwurfs, was auch zur verstärkten Berücksichtigung Älterer und Behinderter als Konsumierende führt (Heinze/Naegele 2009: 37ff.; Schweer et al. 2011: 492ff.). Was lange als altersgerechte Produkt- und Hilfsmittelgestaltung thematisiert wurde, wird inzwischen als „Design for all“ sowie als „Inclusive Design“ untersucht. Vorreiter ist hier u. a. Großbritannien. Es geht darum, verstehen zu lernen, wie Produkte und Dienstleistungen für eine Gesellschaft mit einer wachsenden Zahl behinderter und alter Menschen unter den Prämissen Ästhetik und Funktionalität angemessen gestaltet sein müssen, um so Selbstständigkeit zu unterstützen (Coleman 2007: 29, Chan et al. 2009: 91f.).

### *Einstellungen und Zuschreibungen: Familie, Staat, Markt, Gesellschaft*

In allen europäischen Ländern gibt es ein öffentliches soziales Sicherungssystem, das durch private Elemente ergänzt wird. Nirgends steht allein die Familie oder allein der (Sozial-)Staat in der Verantwortung, Betreuung und Pflege zu sichern. Auch werden überall private und/oder halbstaatliche Akteure in die Verantwortung genommen und wird auf das Engagement von Ehrenamtlichen gesetzt. Das Ausmaß, in dem die einzelnen Akteure gefordert sind, einander ergänzen und wechselseitig beeinflussen, unterliegt dabei jedoch länderspezifischen, teils erheblichen Unterschieden. Dabei lassen sich für Westeuropa zur Charakterisierung der jeweiligen Ausgestaltung unterschiedliche Pflege- bzw. Fürsorgeregime („care-regimes“) beschreiben (Anttonen, Sipilä 1996:87ff.) und zwar das traditionelle Modell der familialen Pflege in Südeuropa, das französisch-belgische Modell familienpolitischer Leistungen, das Subsidiaritätsmodell in Deutschland und den Niederlanden, das anglosächsische Modell bedarfsgeprüfter Pflegeleistungen sowie das skandinavische, servicebasierte Modell öffentlicher Dienste.

Anzunehmen ist, dass die spezifischen care-regimes und die jeweilige damit zusammenhängende länderspezifische Familienethik sowie die jeweilige Behinderten- und Alter(n)spolitik Einfluss nehmen auf die Art und Weise der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden/Betreuenden und Gepflegten/Betreuten (Brandt 2009: 44) sowie gleichsam auf die Verwirklichung des Autonomie- und Teilhabeanspruchs Pflege-

bedürftiger und Behinderter sowie auch der sie unterstützenden Angehörigen (de Blok et al. 2009: 69).

Bekannt ist zumindest, dass die jeweilige wohlfahrtsstaatliche Ausgestaltung nationale Unterschiede in Bezug auf das Selbstverständnis zur Wahrnehmung und die Ausgestaltung familialer Pflege- und Betreuungsaufgaben bestimmt. Deutlich weniger Personen in den skandinavischen Ländern etwa geben an, diese als Hauptaufgabe der Familie anzusehen als in süd- und kontinentaleuropäischen Ländern, was aber keineswegs mit einem faktischen Rückzug der Nordeuropäer aus der familialen Verantwortung gleichzusetzen ist. Stattdessen fällt die Gesamtheit der z. B. von älteren Menschen empfangenen Hilfe in jenen Wohlfahrtsstaaten deutlich größer aus, die eine ausgeprägte Infrastruktur von formellen Dienstleistungen aufweisen (Motel-Klingebiel/Tesch-Römer 2006: 291). Unter Kontrolle von Sozialstrukturindikatoren, gesellschaftlichen Normen und Präferenzen, gesundheitlichen Einschränkungen sowie familialen Opportunitätsstrukturen zeigen sich dabei keine Hinweise auf eine substantielle Verdrängung familialer Hilfen (sog. Substitutionshypothese) (z. B. Daatland 2001: 16; Motel-Klingebiel/Tesch-Römer 2006: 308). Stattdessen lassen sich (gerade im internationalen Vergleich) die Hypothesen einer gemischten Verantwortung und funktionalen Differenzierung stützen, die darauf hindeuten, dass in Gesellschaften mit gut entwickelter Dienstleistungsinfrastruktur die Hilfen aus familialen und wohlfahrtsstaatlichen Leistungen vielfach kumulativ vorzufinden sind. Auch die Hypothese der Verstärkung lässt sich bekräftigen, d. h. dass sich kumulative Leistungserbringung positiv auf die Aufrechterhaltung familialer Unterstützungsarrangements und auf die Lebensqualität der Unterstützungsempfänger auswirkt (Lowenstein 1999: 402; Tesch-Römer 2006: 291).

Während in skandinavischen Ländern nur 10-13 % der Personen im erwerbsfähigen Alter ihre Bereitschaft bekunden, im Pflegefall einen Elternteil bei sich im Haushalt aufzunehmen, tun dies 50-70 % der befragten Südeuropäer. Gleichzeitig zeigt sich im Zuge der Transformation der Familienverhältnisse auch dort eine abnehmende (Haupt-)Verantwortlichkeit hinsichtlich der intergenerationalen Pflege (Berger-Schmitt 2003: 12ff.). So stößt das familienbasierte Pflegesystem der südeuropäischen Länder inzwischen an seine Grenzen (Haber Kern/Szydlík 2008: 82). Dies zeigt sich u. a. daran, dass z. B. in Italien irreguläre Beschäftigungsverhältnisse von Migrantinnen aus Niedriglohn- bzw. zumeist osteuropäischen Staaten in der innerfamiliären Pflege und Betreuung häufig sind (von Kondratowitz 2005: 420 f.; Da Roit 2007: 258 f.); ein Phänomen, dass auch in anderen süd- und mitteleuropäischen Ländern, wie Spanien, Deutschland und Österreich zunimmt (Larsen et al. 2009: 8 ff.; Neuhaus et al. 2009).

Damit wachsen die Risiken sowohl eines generellen Betreuungsdefizits als auch der sozialen Ungleichheit in der Wahrnehmung von Betreuungs- und Pflegebedürfnissen und somit auch die Exklusionsrisiken von sozial

benachteiligten Familien und hilfebedürftigen Einzelpersonen (Saraceno 2008: 253).

## *Unterstützung und Beziehungen*

### *Familiale Unterstützung und Aspekte der Teilhabesicherung pflegender Angehöriger*

Bei Hilfebedarf wird nach wie vor überall in Europa, wenngleich in unterschiedlicher Weise, zunächst die Familie bzw. das informelle Unterstützungsnetzwerk aktiv. Dies gilt für die Betreuung behinderter Kinder genauso wie etwa für die Unterstützung pflegebedürftiger älterer Menschen.

In verschiedenen europäischen Ländern geben zwischen vier und sechs Prozent der Personen im erwerbsfähigen Alter an, informelle Pflegeleistungen zu erbringen (Berger-Schmitt 2003: 15). In den nordeuropäischen Dienstleistungsgesellschaften sind Angehörige dabei angesichts geeigneter Alternativen tendenziell seltener in die direkte körperbezogene Pflege involviert. Sie übernehmen hier verstärkt die Organisation und Koordination der anfallenden Aufgaben im Sinne von „Fallmanagern“ (Da Roit 2007: 259f.; Haberkern/Szydlik 2008: 96). Dies hat Einfluss auf den Zeitbedarf für familiäre Pflege- und Betreuungsaufgaben und auf die Erwerbsbeteiligung pflegender Angehöriger. So geben lediglich fünf Prozent der pflegenden Frauen in Finnland, einem Land mit servicebasiertem Pflegesystem, aber vierzig Prozent in Portugal, einem Land mit familienbasiertem System, an, zugunsten der Betreuung eines Angehörigen ihre Erwerbstätigkeit eingeschränkt oder aufgegeben zu haben (Berger-Schmitt 2003: 15f.).

Festzuhalten ist somit, dass die Unterstützungsstrukturen in den einzelnen wohlfahrtsstaatlichen Systemen Einfluss auf die Teilhabe am Arbeitsleben pflegender Angehöriger, insbesondere von Frauen, haben. Die vorhandenen Hilfe- und Unterstützungsangebote ermöglichen es ihnen in den nord-europäischen Ländern in größerem Maße, eigene Lebensentwürfe zusätzlich zur familialen Hilftarbeit zu verfolgen (Stiehr/Spindler 2006: 10; Haberkern, Szydlik 2008: 95).

Als problematisch stellt sich dabei europaweit der Wiedereinstieg pflegender Angehöriger in den Arbeitsmarkt dar. Der plötzliche Beginn oder die Intensivierung der Unterstützung bei fortschreitender Pflegebedürftigkeit geht oft mit einer Reduzierung der Arbeitszeit einher. Sie steigt umgekehrt aber selten wieder an, wenn die Angehörigenpflege reduziert oder beendet wird (Spiess/Schneider 2003).

### *Bürgerschaftliches Engagement und Care-Kultur*

Um ein flächendeckendes Angebot an individuell angepasster Unterstützung familialer Pflege zu schaffen, wurde z. B. in den Niederlanden auf der Basis des 2007 novellierten Sozialfürsorge-Gesetzes in den Aufbau einer lokalen

Unterstützungsstruktur investiert. Konsequenterweise wurde die Verantwortung für die Mittelvergabe den Kommunen übertragen, die zur Unterstützung der Angehörigenpflege 2007 mit einem Betrag von 97 Millionen Euro etwa 13mal so viel zur Verfügung hatten wie im Jahr 2000 (Bussemaker 2007: 18). Berücksichtigung im Ausbau der lokalen Unterstützungsstruktur findet neben professionellen Dienstleistern insbesondere die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements (ebd.), bei dem die Niederlande im europäischen Vergleich an der Spitze steht (ebd.:1). Die Ehrenamtlichen sollen im Zusammenwirken mit familialer und professioneller Pflege „eine moderne Art und Weise des Angebots und der Organisation“ häuslicher Pflege und Betreuung gewährleisten, die sich als flexibel auf die individuelle Situation des Einzelfalls abgestimmt und durch ihre entlastende Funktion für pflegende Angehörige als dauerhaft erweist (Arksey/Morée 2008: 5).

Hier entwickelt sich parallel zu Institutionen und professionell wahrgenommenen Fürsorgerollen eine (neue) Sorgeskultur für Menschen, die auf andere verwiesen sind. Auf eine solche Sorgeskultur wird eine moderne Gesellschaft, die sich zunehmend weniger aus traditionellen Rollenbildern und Zugehörigkeiten sowie aus einer altvertrauten, milieugestützten Moral Stabilität verschafft, verwiesen sein, wenn sie bei notwendigerweise begrenzten Erwartungen an Familie und Sozialstaat Menschen in existenziellen Abhängigkeitssituationen die Sicherung ihrer Würde und Teilhabe garantieren will (Behrens 1990, 2005; Klie 2005: 271).

Zu erwähnen sind hier auch diverse starke Interessenvertretungen pflegender Familienmitglieder, Freunde und anderer informeller Helfer, die auf politischer Ebene aktiv agieren. Beispiele sind hier u. a. die niederländische Vereinigung pflegender Angehöriger und ehrenamtlicher Helfer „MEZZO“, die britische Organisation „Carers UK“, „Caring for Carers“ in Irland sowie „Omaishoitajat“ als eine entsprechende Vereinigung in Finnland. Solche Vertretungen gibt es so in Deutschland erst in Ansätzen (Kohler/Döhner 2007: 36).

## *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze*

### *Prävention, Rehabilitation und systematische Bedarfsabklärung*

Die Wahrung eines hohen Maßes an Autonomie, Teilhabe und Lebensqualität sowie gleichzeitig eine Entlastung inter- und intragenerationaler Unterstützungsverhältnisse ergibt sich besonders dann, wenn behinderte und chronisch kranke, vielfach alte Menschen möglichst lange selbständig bleiben und Pflegebedürftigkeit erst später und/oder in vermindertem Ausmaß eintritt. Gesundheitsförderung auch bzw. gerade bei Behinderung und im Alter, Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit sowie rehabilitative Maßnahmen

erscheinen somit obligat (Höpflinger/Hugendobler 2005: 30, Beswick et al. 2010: 129f.).

Voraussetzung für entsprechende effektive und effiziente Interventionen sowie für auf den Einzelfall angepasste tragfähige Unterstützungsangebote sind präzise, systematische Assessmentverfahren zur Ermittlung der individuellen Defizite sowie Kompetenzen und Ressourcen als Voraussetzung für Selbständigkeit als einen Weg zur Selbstbestimmung, Teilhabe und möglichst unabhängige Lebensführung von behinderten und pflegebedürftigen Personen innerhalb ihres sozialen Netzwerks (Fuchs 2009: 28) sowie qualifizierte Personen („health care professionals“), die die Bedarfsabklärung und Unterstützungsvermittlung übernehmen und den Versorgungsprozess moderierend begleiten (Büscher 2011: 499f.).

In Schwedens regionalen Gesundheitszentren gibt es hierfür z. B. sog. District Nurses i. S. von Case Managern. Sie sind für chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Patienten i. d. R. die erste und wiederholte Anlaufstelle für medizinische, pflegerische und sozialrechtliche Fragen sowie für die Beschaffung von Unterstützungsangeboten (Wilhemsson/Foldevi 2003: 643f.). Eine ähnliche Funktion haben in den Niederlanden die „Regionaal Indicatieorgaan“, d. h. unabhängige regionale Meldestellen für Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf (Lucassen 2004: 82). Und in Dänemark sind die Gemeinden seit 1998 verpflichtet, jedem Bürger ab 75 Jahren zweimal jährlich Hausbesuche von dafür geschulten sozial-pflegerischen oder medizinisch-therapeutisch qualifizierten Personen anzubieten (Hendriksen/Vass 2005: 131).

#### *Ausbau ambulanter Versorgung und Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen*

In den meisten europäischen Ländern werden in neuerer Zeit vorrangig ambulante Leistungen gefördert (Brandt 2009: 44). Verhältnismäßig lange Traditionen mit fortgeschrittener Ausdifferenzierung haben dabei die kommunal organisierten Gesundheitszentren, die strategisch Leistungen und Ressourcen des Gesundheits- und Sozialsystems bündeln (Dienel 2007: 293) sowie die häufig von dort aus mit organisierten gemeindeorientierten Pflegesysteme z. B. in Dänemark, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden und Schweden (Stuart/Weinrich 2001).

Diese Versorgungsstrukturen spiegeln sich, wie schon oben angedeutet, auch in den Kompetenzen und im Aufgabenverständnis etwa von Pflegefachkräften wider, die hier – i. d. R. akademisch qualifiziert – mit Aufgaben in der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Beratung und Unterstützung für verschiedene Personengruppen betraut sind, die aus verschiedenen Gründen einen erschwerten Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem haben, z. B. sozial Benachteiligte, Migranten, Patienten in ländlichen Regionen sowie ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen (Alpi/Adams 2007: e6ff.; Seitz 2008: 263). Schlagworte zur Beschreibung ihrer

Aufgaben sind z. B. Community (Medicine) Nursing, Public Health Nursing oder Family Health Nursing. Diese wurden ursprünglich mit dem Ziel der kostengünstigen Substitution ärztlicher Leistungen und dem Entgegenwirken einer drohenden Unterversorgung durch Ärztemangel konzipiert, später wegen ihrer spezifischen Leistungsqualität verstetigt (Buchan/Calman 2005: 205ff.; van den Berg et al. 2007: 121f.).

Trotz insgesamt teils widersprüchlicher Ergebnisse der methodisch häufig schwachen Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz solcher Konzepte, können einige Belege für ihre Wirksamkeit benannt werden, z. B. eine bessere Patienten-Adherence bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, verkürzte Krankenhausverweildauer und verringerte Wiedereinweisungsraten durch Sicherstellung häuslicher Versorgungsarrangements sowie positiver empfundene Lebensqualität ambulant versorgter geriatrischer Patienten und ihrer Familienmitglieder (Bourbonniere/Evans 2002; Allan/Fabri 2005; Callaghan 2007; Keleher et al. 2009).

#### *Pflegekonzepte zur Teilhabesicherung insbesondere in der stationären Langzeitversorgung*

Grundsätzlich gilt auch für Bewohner von stationären Langzeiteinrichtungen, dass es eine spezifische Korrelation zwischen Autonomiewahrung, Wohlbefinden und Zufriedenheit gibt und Autonomie eine Art „Wohlfühlfaktor“ darstellt (Huber et al. 2005: 33; Zehender 2007: 12). Um dieses prinzipiell stetig bedrohte Gefüge im Kontext stationärer Langzeitversorgung zu erzeugen und zu bewahren, bedarf es medizinisch- und sozial-pflegerischer Erkenntnisse und Evidence-basiertes Handeln, das einem ICF-basierten Verständnis von Behinderung folgend, durch Interaktion auf die soziale Integration bzw. auf die Teilhabe der unterstützungsbedürftigen Personen ausgerichtet ist (Klie 2009: 56; Behrens 1990, 2008). Gerade etwa bei Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Demenz sind das Erkennen der Eckpunkte des Kontinuums zwischen Achtung individueller Wünsche und Machtmissbrauch sowie die Erarbeitung interner Evidence zur Nutzung externer Evidence besonders schwer, aber auch besonders notwendig (Behrens/Zimmermann 2006: 169; Behrens/Langer 2010).

Potenziell hilfreich i. S. der Herausfindung einer empathischen Aufmerksamkeit und Handlungsfähigkeit erscheinen hier die vielfach v. a. im nordwesteuropäischen und skandinavischen Raum entwickelten und z. T. empirisch geprüften Pflege- und Betreuungsmodelle besonders z. B. für Bewohner von Heimen, wie das in den Niederlanden entwickelte mäeutische Pflegekonzept zur Begleitung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen (van der Kooij 2007).

Neben diesen Beispielen guter Praxis muss auf den vielerorts in Europa bestehenden quantitativen und qualitativen Mangel an qualifiziertem Personal für Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege verwiesen werden. Trotz guter Arbeitsmöglichkeiten übt das Berufsfeld eine geringe Anziehungskraft

aus. Vielfach sind in den Einrichtungen nur wenige qualifizierte Fachkräfte und überwiegend Personen mit einer kurzen pflegerischen Grundausbildung sowie angeleitetes Hilfspersonal anzutreffen (Sairanen 2004: 47). Ob diese in angemessener Weise in der Lage sind, eine evidence-basierte, qualitativ hochwertige Pflege und Begleitung zu gestalten, darf hinterfragt werden (Buchan/Dal Poz 2002).

Diese Situation dürfte mit dazu beitragen, dass pflegende Familienmitglieder auch bei schwierig zu gestaltenden häuslichen Arrangements eine Heimübersiedlung oft nur zögerlich in Betracht ziehen (Sairanen 2004: 47) und das Primat „ambulant vor stationär“ hier in nichtintendierter Weise mit beeinflusst wird.

Zudem findet das Thema „Pflege und Behinderung“ in der pflege- und versorgungswissenschaftlichen Diskussion erst langsam steigende Beachtung. Sowohl im nationalen als auch im internationalen pflege-theoretischen Diskurs fehlen konzeptionelle und theoretische Überlegungen weitgehend. Diese erscheinen jedoch zwingend notwendig, da die demografische Entwicklung, medizinischer Fortschritt und gesundheitspolitische Veränderungen zu einem erheblichen Wandel der Anforderungen geführt haben, die an die Begleitung, Versorgung und Pflege von Menschen mit Behinderung gestellt werden (Tiesmeyer 2003: 3; Büker 2011: 400f.).

## **12.4 Erkenntnislücken und Bedarf an vergleichender Forschung**

Im vorliegenden Beitrag wurden schlaglichtartig Konzepte von „Teilhabe und Pflege“ umrissen. Der Anspruch eines systematischen Vergleichs bestand nicht und hätte an dieser Stelle auch nicht eingelöst werden können. Gleichwohl ist das große Potenzial international vergleichender Forschung für das Erkennen von Defiziten und das Ableiten von Weiterentwicklungsstrategien für das eigene Land zu betonen, insbesondere dann, wenn es ihr gelingt, in „Nationen neutraler“ vergleichender Perspektive den idiosynkratischen Charakter der jeweiligen nationalen Entwicklungen unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Ideen und Realfaktoren zur Ausdifferenzierung, Transformation und Weiterentwicklung des Sozialsystems – hier im spezifischen der sich überschneidenden Felder Behindertenhilfe und Langzeitpflege – darzulegen (Kaufmann 2003: 44).

International vergleichende Forschung, zumal empirisch begründete, auf dem Gebiet der Gesundheitswissenschaften/Public Health steht dabei immer vor der Aufgabe nationale Besonderheiten mit international vergleichbaren Variablen in Einklang zu bringen. Sowohl qualitativ (z. B. Zimmermann/Behrens 2008) als auch quantitativ (z. B. Weber 2005) liegen hierzu

Versuche vor, die diesen Ansprüchen Rechnung tragen und die die international komparative Forschungsperspektive bereits gestärkt haben.

Die bisher vielfach einseitige und auch in diesem Kapitel gewählte Blickrichtung nach Nord- und Westeuropa kann eine spezifische Blindheit bedeuten. Wenngleich im Zuge um Fragen zur sozialen Sicherung bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit die Entwicklungen in ost- und südosteuropäischen Ländern vielfach mit wenig schmeichelhaften Attributen wie „Bulgarien: Schlechte Aussichten“, „Litauen: Unklare Zukunft“ oder „Türkei: Wackelige Traditionen“ (s. Bartelt, Jenrich, Hg., 2004) betitelt werden, ist zu vermuten, dass in diesen, auf ganz anderen staatlichen Traditionen und historischen Bezügen gründenden Systemen aufgrund des dort herrschenden Handlungsdrucks ebenfalls kreative Entwicklungswege, unter Beachtung des Ziels selbstbestimmter Teilhabe, eingeschlagen werden, die Vorbildfunktion für andere Länder haben können. Dies gilt es in der zukünftigen international vergleichenden Forschung zu prüfen.

## **12.5 Perspektive: Von einer defizitären zur verwirklichten Teilhabe in gemeinsamer Verantwortung**

Gesellschaften sind immer wieder gefordert, neue, den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen angemessene Lösungen zu finden, um ihre sozialen Kohäsions-, Solidaritäts- und Integrationspotentiale sicherzustellen (Mayer-Gräwe 2010: 260). Der Blick in den europäischen Raum lässt hierbei sowohl auf verschiedenen Ebenen Konzepte erkennen, die die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung des Rechts auf selbstbestimmte Teilhabe bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit erhöhen.

Unter Berücksichtigung der hierzulande historisch gewachsenen Besonderheiten erscheint die in Teilen bereits begonnene Erprobung vorgestellter „ausländischer“ Konzepte, wie z. B. die Etablierung neuer Wohnformen, e-Health-Anwendungen, die Etablierung zugehender, präventiv handelnder Beratungs- und Entlastungsangebote von hierfür qualifizierten Personen sowie die Auseinandersetzung mit Pflegekonzepten und -modellen, die einer anderen Kultur entstammen, i. S. der Erhöhung von selbstbestimmter Teilhabe Behinderter und Pflegebedürftiger als erfolgsversprechend. Begonnene und geplante Projekte sind vor dem Hintergrund der Erfahrungen der europäischen Nachbarn systematisch weiterzuentwickeln, wissenschaftlich zu begleiten, zu evaluieren und bei Eignung in die Regelversorgung aufzunehmen.

Wenngleich Behinderung und Pflegebedürftigkeit oft als unterschiedliche soziale Risiken betrachtet werden (Maschke 2008: 140; siehe aber dagegen Behrens 2009 und Welti 2009), aber (nach der Definition des Pflegever-

sicherungsgesetzes) pflegebedürftige Menschen i. d. R. zugleich behindert sind, ist ernsthaft auch die Sinnhaftigkeit eines – in anderen Ländern Europas vielfach vorzufindenden – Gesamtkonzepts der Betreuung und Versorgung, Teilhabe und Inklusion pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen zu prüfen (Welti 2009: 32).

Der Blick nach Europa zeigt, dass insbesondere die skandinavischen Länder – im wechselseitigen Wirkgefüge diverser Konzepte auf gesellschaftlicher, sozialpolitischer und individueller Ebene – in den letzten Jahrzehnten einen eigenen Pfad wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung eingeschlagen haben, der als paradigmatisch für eine offensive Innovationspolitik und einen agierenden, aktivierenden Sozialstaat steht (Heinze 2009: 89). Diese Länder liefern Belege dafür, dass eine zukunftsfähige Ausgestaltung des hiesigen, bisher vielfach noch immer „nachsorgeorientierten“ Sozialsystems in der endgültigen Ablösung von der Vision eines allein gewährenden Sozialstaats liegt, an dessen Stelle die Paradigmen von „vorsorgeorientierter“ geteilter Verantwortung und funktionaler Differenzierung der Koproduktion treten müssen. In einem den Sozialstaat partiell stärker ergänzenden Markt (Behrens et al. 1996) liegen dabei Schlüssel für soziale Inklusion und die kulturelle Etablierung eines ausbalancierten Würde- und Teilhabekonzepts, das autonome Entscheidungen des Einzelnen nicht als reaktiv, sondern als Ausdruck individueller Stärke ebenso zulässt wie das „sich in die Verantwortung anderer geben“ in der Zuversicht, man Sorge sich in Respekt vor ihm um ihn (Klie 2005: 271).

# Literaturverzeichnis

- Abbott, Andrew (1987): *The system of professions*. Chicago: University Press.
- Achterberg, Wilco (2004): *Caring for quality – The use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes*. Amsterdam. <http://www.dspace.uvu.vu.nl/bitstream/1871/9054/1/6964.pdf>. (Zugriff: 14.03.2012)
- Achterberg, Wilco/van Campen, Cretien (1999): *Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes – A Review of the Literature*. In: *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 31, p. 131-137.
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (1999): *Checkliste »Methodische Qualität von Leitlinien« – 2. Version*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97, S. A1170-1172.
- Afentakis, Anja/Maier, Tobias (2010): *Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025*. In: *Wirtschaft und Statistik*, 11, S. 990-1002.
- AGREE Collaboration (2002): *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation – AGREE Instrument*. Version in deutscher Sprache. 2002.
- Al-Masarweh, Astrid 1991: *Abschied von der betriebszentrierten Sozialpolitik*. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 37, 11/12, S. 714-723.
- Alber, Jens/Bernadi-Schenkluhn, Brigitte (1992): *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, 8. Frankfurt a.M.: Campus.
- Allen, Jaqueline/Fabri, Anne Marie (2005): *An evaluation of a community aged care nurse practitioner service*. In: *Journal of Clinical Nursing* 14, S. 1202-1209.
- Allgeier, Christine et al (2005): *Determining the support needs of patients who live at home following a stroke*. In: *Pflege* 18, 6, S. 373-80.
- Allmendinger, Jutta/Rauch, Angela (2005): *Behinderte und gesundheitlich eingeschränkte Menschen: Qualifikationsstrukturen und Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt heute und morgen*. Konturen. In: *Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen*, 26, 1, S. 20-23.
- Alpi, Kristine M./Adams, Mary G. (2007): *Mapping the literature of public health and community nursing*. In: *Journal of the Medical Library Association* 95, 1, S. e6-e9.

- American College of Occupational and Environmental Medicine (2011): Hand, wrist, and forearm disorders, not including carpal tunnel syndrome. In: Hegmann Kurt T. (Hrsg.): Occupational Medicine Practice Guidelines. Evaluation and Management of Common Health Problems and Functional Recovery in Workers. American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM), Elk Grove Village. S. 1-188.
- American Medical Directors Association (2011): Stroke Management in the Long-Term Care Setting. American Medical Directors Association, Columbia, 2011.
- American Occupational Therapy Association (2008): Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Stroke. AOTA, Bethesda, 2008.
- Anderson, Craig et al (2000): Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomised trial. In: Stroke 31, p. 1024.
- Anliker, Markus (2007): Erfahrungen mit RAI in den Alters- und Pflegeheimen der Schweiz. In: PrInterNet, 9, 5, S. 332-336.
- Anliker, Markus et al (2007): RAI-NH-Handbuch. RAI für Alters- und Pflegeheime Gesamtausgabe Version 2.0. St. Gallen: Eigenverlag Q-Sys AG.
- Anttonen, Anneli/Sipilä, Jorma (1996): European Social Care Services: Is it possible to identify models? In: Journal of European Social Policy 6, 2, p. 87-100.
- AOK-Bundesverband (2004): Auch in Tschechien sollen Positivliste und Fallpauschalen Kosten senken. [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/psg/politik/psg\\_politik\\_0804.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/psg/politik/psg_politik_0804.pdf). (Zugriff 23.10.2011)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2004): Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie – Methodische Empfehlungen („Leitlinie für Leitlinien“, Stand Dezember 2004).
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001): Leitlinien-Manual. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 95, S. 1-84.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Beurteilung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). <http://www.delbi.de>, 2008.
- Arets, Jos et al. (1999): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bern: Huber.
- Arksey, Hilary/Morée, Marjolein (2008): Supporting working carers: do policies in England and The Netherlands reflect „doulia rights“? In: Health and Social Care in the Community 16,1, p. 1-9.

- Arling, Greg et al (2007): Explaining Direct Care Resource Use of Nursing Home Residents: Findings from Time Studies in Four States. In: Health Services Research, 42, 2, S. 827-846.
- Astrom, Monica/Adolfsson, Rolf/Asplund, Kjell (1993): Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. In: Stroke 24, 7, p. 976-82.
- Aziz, Noor Azah Abd et al (2008): Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, p. CD005952.
- Backhaus-Maul, Holger/Olk, Thomas (1991): Intermediäre Organisationen und kommunale Sozialpolitik im Einigungsprozess. In: Zeitschrift für Sozialreform, 37, 11/12, S. 676-700.
- Baecker, Dirk (2008): Zur Krankenbehandlung im Krankenhaus. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS. S. 39-62.
- Bäcker, Gerhard et al (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band (2). Wiesbaden: VS.
- Banks, Pauline/Pearson, Charlotte (2000): Improving services for younger stroke survivors and their families. [http://www.chss.org.uk/pdf/research/young\\_stroke\\_study\\_2003.pdf](http://www.chss.org.uk/pdf/research/young_stroke_study_2003.pdf). (Zugriff: 02.07.2008)
- Baraldi, Claudio/Corsi, Giancarlo/Esposito, Elena (1997): GLU. Glossar zu Niklas Luhmann. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bartelt, Andreas/Jenrich, Holger (2004): Alt werden in Europa. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Bartholomeyczik, Sabine (1999): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Pflege 14, S. 158-62.
- Bartholomeyczik, Sabine (2002): Sinn und Unsinn von Pflegestandards. In: Heilberufe 54, S. 12-16.
- Bartholomeyczik, Sabine (2006): Pflegediagnostik, Assessment und Klassifikationen: Funktionen und Grenzen. In: PrInterNet, 8, 6, S. 453-458.
- Bartholomeyczik, Sabine et al (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Barzel, Anne/Eisele, Marion/van den Bussche, Hendrik (2008): Die ambulante Versorgung von Schlaganfallpatienten aus Sicht von Hamburger Hausärzten – eine explorative Studie. In: Gesundheitswesen, 70, S. 170-176.

- Bauch, Jost (1996): Gesundheit als sozialer Code: von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. München: Juventa.
- Bauch, Jost (2004a): Gesundheitserziehung als doppelte Umweltorientierung – Zum Technologiedefizit in der Gesundheitspädagogik. In: ders.: Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003. Konstanz: Hartung - Gorre, S. 125-133.
- Bauch, Jost (2004b): Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens. Anmerkungen zu einem ‚absonderlichen‘ Sozialsystem. In: ders.: Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003. Konstanz: Hartung - Gorre, S. 56-73.
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Campus.
- Beck, Ulrich (2008): Die Neuvermessung der Ungleichheit unter den Menschen: Soziologische Aufklärung im 21. Jahrhundert. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Beck, Ulrich/Giddens, Anthony/Lash, Scott (1996): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Becker, Christiane et al (2010): Effekte des Resident Assessment Instruments (RAI-NH) auf die Qualität der stationären Langzeitpflege in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, 1, S. 99.
- Becker, Christiane et al (2012): Partizipatives Rehabilitationprozessmanagement in der Nachsorge von Schlaganfallpatienten – Ein innovatives und bedarfsorientiertes Konzept? In: DRV (Hrsg.): Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Berlin, 381-383.
- Becker, Gabriele/Kruse, Andreas/Tronnier, Jutta et al (2006): Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit – Erste Ergebnisse einer Studie zur Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, S. 365-370.
- Becker, Gay (1993): Continuity after a stroke: implications of life-course disruption in old age. In: Gerontologist, 33, 2, p. 148-58.
- Becker, Klaus-Peter (Hrsg.) (1987): Pädagogische Rehabilitation Geschädigter in der Deutschen Demokratischen Republik und in den Vereinigten Staaten von Amerika. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, S. 33.
- Becker, Rolf/Lauterbach, Wolfgang (2008): Bildung als Privileg: Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit. Wiesbaden: VS.
- Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara (1998): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation der Längsschnittuntersuchung zur Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Teil 2). In: Bundesinstitut für Berufsbil-

- dung (Hrsg.): Qualifikationsforschung im Gesundheits- und Sozialwesen. Heft 227. Bielefeld: Bertelsmann.
- Behrens, Johann (1982): Die Ausdifferenzierung der Arbeit. In: Hondrich, Karl Otto (Hrsg.): Soziale Differenzierung. Frankfurt und New York, S. 129-209
- Behrens, Johann (1983): "Bedürfnisse" und "Zufriedenheiten" als Statussymbole und Anrechte. Lehren aus einem Panel für Bedürfnistheorie und Planung. In: Hondrich, Karl Otto/Vollmer, Randolph (Hrsg.): Bedürfnisse im Wandel: Theorie, Zeitdiagnose, Forschungsergebnisse. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 193-244.
- Behrens, Johann (1990): Gnade, Bürgerliche Autonomie, Krankheit. Staatliche Sozialpolitik und betriebliche Sozialverfassung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 36, 11/12, S. 803-827.
- Behrens, Johann (1994): Der Prozeß der Invalidisierung. Das demographische Ende eines historischen Bündnisses. In: Behrend, C. (Hrsg.): Frühinvalidität – ein „Ventil“ des Arbeitsmarktes? Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. S. 105-135.
- Behrens, Johann (1996): Die Freiheit der Wahl und die Sicherung der Qualität. In: Behrens, Johann/Braun, Bernhard/Morone, James/ Stone, Deborah (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. Baden-Baden: Nomos, S. 197-214.
- Behrens, Johann (1999): Evaluation of OHS as a system of incentives – a German example. In: Menckel, Ewa/Westerholm, Peter (Hrsg.): Evaluation in Occupational Health Practice. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Behrens, Johann (2000): Schicksal, Leistungsgerechtigkeit und Bedarfsgerechtigkeit. Ungleichheit in der Gesundheit und die Trennbarkeit von Geltungssphären politischer Strategien. In: Helmert, Uwe/Bammann, Karin/Voges, Wolfgang/ Müller, Rainer (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim, München: Juventa, S. 59-69.
- Behrens, Johann (2001): Das Soziale in der Sozial-Epidemiologie. Beiträge der Soziologie zur Sozial-Epidemiologie und zu ihrer klinischen Praxis. In: Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie – Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa. S. 246-263.
- Behrens, Johann (2001): Rationierung als Ausflucht vor rationaler Allokation. Die Umdeutung von Rationierung in mangelnden Bedarf. In: Zeitschrift für Sozialreform, 47, 6, S. 669 - 699.

- Behrens, Johann (2002): Inklusion durch Anerkennung. Chronische Krankheit, das Veralten der Indikatoren sozialer Ungleichheit und die Herausforderungen an die Pflege und anderer Gesundheitsberufe. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 27, 4, S. 23-41.
- Behrens, Johann (2003a): Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Emnienz-basierte professionelle Praxis – Eine Entgegnung auf den Beitrag von Werner Vogd: „Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie“. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32, 3, S. 262-269.
- Behrens, Johann (2003b): Medizin- und Gesundheitssoziologie. In: Orth, Barbara/Schwietring, Thomas/Weiß, Johannes (Hrsg.): *Soziologische Forschung. Stand und Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich, S. 277 - 298.
- Behrens, Johann (2005): Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession. In: Schröter, Klaus-R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.): *Soziologie der Pflege*. Weinheim: Juventa, S. 51-70.
- Behrens, Johann (2006): Altern und Alterung: Sozialdemografische Folgen betrieblicher Strategien: In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 32, 3, S. 429-455.
- Behrens, Johann (2006): Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS.
- Behrens, Johann (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer, Ulrich/Büscher, Andreas (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Wiesbaden: VS, S. 180-211.
- Behrens, Johann (2009): Rehabilitierende Pflege. Verantwortung für ihre Wirkungen. In: Blumenthal, Wolfgang/Schliehe, Ferdinand: *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.* Heidelberg: DVfR, S. 287-296.
- Behrens, Johann (2010): EbM ist die aktuelle Selbstreflexion der individualisierten Medizin als Handlungswissenschaft. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104, S. 617-624.
- Behrens, Johann/Dreyer-Tümmel, A. (1996): Abstiegskarrieren und Auffangpositionen: Zur Abbildung des sozialen Schicksals von vorübergehend Arbeitsunfähigen in GKV-Daten. In: Behrens, Johann/Voges, W. (Hrsg.): *Kritische Übergänge: Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung*. Frankfurt am Main und New York: Campus. S. 188-226.
- Behrens, Johann et al (1996): Die Hoffnung auf Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: Behrens, Johann (Hrsg.): *Gesundheitssystementwicklung in den USA und*

- Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. Baden-Baden: Nomos.
- Behrens, Johann et al (Hrsg.) (1996): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland: Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs. Nomos. Baden-Baden.
- Behrens, Johann et al (1999): Länger erwerbstätig aber wie? Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Behrens, Johann et al (2010): Aus einer Hand – in einer Hand: Welche (Schnittstellen)-Probleme bleiben bestehen, wenn das gesamte Gesundheitssystem gesetzlich, politisch und betrieblich "in einer Hand" liegt? – Aufgezeigt am Beispiel der Ausdifferenzierung und Integration im Südtiroler Gesundheits- und Reha-System. DRV-Schriften, Band 88. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Hermeneutisch-interpretative und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Bern: Huber Verlag.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010): Evidence-based Nursing als Ethik der Versorgung. In: Behrens, Johann/Langer, Gero (Hrsg.): Handbuch Evidence-based Nursing. Bern: Huber, S. 25-41.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010): Evidence-based Nursing and Caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Bern: Hans Huber.
- Behrens, Johann/Langer, Gero (2010): Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber.
- Behrens Johann/Langer, Gero (2010): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber.
- Behrens, Johann/Rothgang, Heinz (2000): Hallesches Memorandum zur weitgehend ausgabenneutralen Reform der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform, 46, 12, S. 1089-1097.
- Behrens, Johann/Wolf, Michael/Simm, Andres/Leber, Martina (1979): „...damit sie das nimmt als Beratung“. Die Gesundheitsberatungsstellen für Erwachsene in Berlin. Forschungsbericht. Frankfurt a. M.: ISIS.
- Behrens, Johann/Zimmermann, Markus (2006): Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 3, S. 165-172.
- Beiderwieden, Kay (2001): Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation: Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft

- Deutscher Berufsförderungswerke. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 34, 2, S. 182-206.
- Bell, Daniel (1973): *The Coming of Post-Industrial Society*. New York: Basic Books.
- Bengel, Jürgen/Koch, Uwe (2000): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Berlin: Springer.
- Berg, Katherine/Fries, Brant E. (2001): Identification and Evaluation of Existing Quality Indicators that are Appropriate for Use in Long-Term Care Settings.
- Berg, Marc (1996): Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. In: *Sociology of Health and Illness*, 18, p. 499-524.
- Berger-Schmitt, Regina (2003): Geringe familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen. Analysen zur Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union. In: *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 29, S. 12-15.
- Bernabei, Roberto/Panfilo, Marina/Panio, Giuseppe (2003): The Implementation of a Common Assessment System and Care Model in Italy. In *Milbank Memorial Fund (Hrsg.): Implementing the Resident Assessment Instrument: Case studies of Policymaking for Long-Term Care in eight countries*. <http://www.milbank.org/reports/interRAI/030222interRAI.html#italy>
- Berth, Hendrik/Förster, Peter/Brähler, Emil (2005): Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit: Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. In: *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, S. 1-9.
- Best, Heinrich (2004) (Hrsg.): Challenge and Response. Das Forschungsprogramm des SFB 580 in den Jahren 2004 bis 2008. In: *Wissenschaftliche Reihen des SFB 580*, H.15.
- Beswick, A. D. et al (2010): Maintaining independence in older people. In: *Reviews in Clinical Gerontology*, 20, p. 128-153.
- Bette, Karl-Heinrich (1989): *Körperspuren. Zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeit*. Berlin und New York: Walter de Gruyter.
- Bieker, Rudolf (Hrsg.) (2005): *Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bielefeldt, Heiner/Seidensticker, Frauke (2006): Vorwort. In: Aichele, Valentin/Schneider, Jakob: *Studie: Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

- Bieritz-Harder, Renate (2005): Teilhabe am Arbeitsleben zwischen SGB IX, Diskriminierungsschutz und Arbeitsmarktreform. In: Zeitschrift für Sozialreform, 51, S. 36-56.
- Bieritz-Harder, Renate (2007): Die Rechtsgrundlagen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 1).
- Bieritz-Harder, Renate (2008): Die Rechtsgrundlagen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2).
- Bishop, Sue M. (1992): Theorieentwicklungsprozess. In: Marriner-Tomey, Ann (Hrsg.): Pflegehoretikerinnen und ihr Werk. Basel: RECOM. S. 81-97.
- Bölicke, Claus (2001): Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. In: Pflege aktuell 55, S. 96-99.
- Börsch-Supan, Axel (2011): Ökonomische Auswirkungen des demographischen Wandels. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 10-11, S. 19-25.
- Bogner, Artur (1989): Zivilisation und Rationalisierung: die Zivilisationstheorien Max Webers, Norbert Elias' und der Frankfurter Schule im Vergleich. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Boorsma, Marijke et al (2011): Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. In: Canadian Medical Association journal, 183, 11, S. E724-32.
- Bourbonniere, Megan/Evans, Lois K. (2002): Advanced Practice Nursing in the Care of frail older adults. In: Journal of the American Geriatric Society 50, 12, p. 2062-2076.
- Bourdieu, Pierre (1979): Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1998): Vom Gebrauch der Wissenschaft. Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes. Konstanz: UVK.
- Brandt, Martina (2009): Hilfe zwischen Generationen. Wiesbaden: VS.
- Brechtel, Thomas/Zöll, Ralf (2010): Qualitätsindikatoren für die stationäre Altenpflege: Methodische Grundlagen. Düsseldorf: 37 Grad GmbH.
- Breitscheidel, Markus/Wallraff, Günter (2005): Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin: Econ-Verlag.
- Broda, Michael (1988): Erleben belastender Krankheitsereignisse und deren Verarbeitung bei verschiedenen chronischen Erkrankungen – eine Vergleichs-

- untersuchung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 38, S. 67-74.
- Brooks, Robert G./Menachemi, Nir (2006): Physicians' use of email with patients: factors influencing electronic communication and adherence to best practices. In: Journal of Medical Internet Research 8, 1, p. e2.
- Brüggemann, Jürgen (2003): Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger, 42, 9, S. 684-689.
- Buchan, James/Calman, Lynn (2005): Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles. In: OECD Health Working Papers, 17.
- Buchan, James/Dal Poz, Mario R. (2002): Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. In: Bulletin of the World Health Organization 80, 7, p. 575-680.
- Bude, Heinz/Willisch, Andreas (2006): Das Problem der Exklusion: Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige. Hamburg: Hamburger Edition.
- Büker, Christa (2011): Pflege von Menschen mit Behinderungen. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 385-404.
- Büscher, Andreas (2009): Unterstützung im Alltag. Können Roboter pflegen? In: Die Schwester Der Pfleger 48, 12, S. 1204-1206.
- Büscher, Andreas (2011): Ambulante Pflege. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 491-512.
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt 94, S. A-2154-2155, B-1622-1623, C-1754-1755.
- Bundesagentur für Arbeit (2006): Arbeitshilfe Reha.
- Bundesagentur für Arbeit (2007): Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderung der Rehabilitation. Berichtsjahr: 2005. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2009): Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderung der Rehabilitation. Berichtsjahr: 2008. Nürnberg.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2003-2005.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2005-2007.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2006-2008.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Sozialkompass Europa. <http://www.sozialkompass.eu/laenderauswahl.php>. (Zugriff: 30.09.2011)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin und Bonn: BMFSFJ.
- Bundesministeriums für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010): Altersbilder in der Gesellschaft. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen für Gesundheit und Jugend (BMFSFJ) (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed\\_C3\\_BCrtiger-Menschen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrtiger-Menschen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (Zugriff: 14.03.2012)
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Neuer-Pflegebeduertigkeitsbegr.pdf>. (Zugriff: 26.09.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): Aufbau einer modernen Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern. Investitionsprogramm nach Art. 52 Pflege-Versicherungsgesetz. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (08/11). [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011\\_08\\_Zahlen\\_und\\_Fakten\\_Pflegeversicherung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011_08_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf). (Zugriff: 22.12.2011)
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung\\_Pflegereform/Referententwurf\\_Neuausrichtung\\_Pflegeversicherung\\_120124.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung_Pflegereform/Referententwurf_Neuausrichtung_Pflegeversicherung_120124.pdf). (Zugriff: 27.01.2012)
- Bundesministerium für Innerdeutsche Beziehungen (1979): DDRHandbuch. Köln: Verlag Wissenschaft und Politik.
- Busse, Reinhard/Riesberg, Anette (2005): Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland. Kopenhagen: Medizinische Verlagsgesellschaft.
- Bussemaker, Jet ( 2007): „Füreinander“ Strategiepapier zur Angehörigenpflege und ehrenamtlichen Arbeit. <http://www.engagement-conference.info/resources/Strategiepapier.pdf> (Zugriff: 19.07.2010)
- Butterwegge, Christoph (2006): Krise und Zukunft des Sozialstaates. Wiesbaden: VS.

- Callaghan, Leonhard (2007): Advanced nursing practice: an idea whose time has come. In: *Journal of Clinical Nursing* 17, 2, S. 205-213.
- Campbell, Donald T./Stanley, Julian C. (1963): *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Dallas: Houghton Mifflin.
- Canadian Stroke Strategy (2010): *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2010)*. Canadian Stroke Network, Ottawa (ON).
- Capito, Margarete J. (2004): *Verlaufsbeobachtung von Schlaganfallpatienten*. Dissertation: Marburg.
- Carpenter, Iain G./Turner, Gillian F./Fowler, Robert W. (1997): Casemix for inpatient care of elderly people. In: *Age and Ageing*, 26, 2, p. 123-131.
- Casanova, Georgia (2012): *Quality Assurance Policies and Indicators for Long-term Care in the European Union*. [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/RRNo\\_102%20\\_ANCIEN\\_byCasanova\\_QualityAssurancePoliciesItaly.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/RRNo_102%20_ANCIEN_byCasanova_QualityAssurancePoliciesItaly.pdf). (Zugriff: 09.02.2012)
- Cash, Keith (1990): *Nursing Models and the Idea of Nursing*. In: *International Journal of Nursing Studies* 27, p. 249-256.
- Castel, Robert (2000): *Die Fallstricke des Exklusionsbegriffs*. In: *Mittelweg*, 36, 3, S. 11-25.
- Castells, Manuel (2001): *Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft*. Opladen: Leske & Budrich.
- Center for Scientific Health Care Support GmbH (2011): *InterRAI Germany*. [http://www.css-berlin.de/interrai\\_germany.html](http://www.css-berlin.de/interrai_germany.html). (Zugriff: 02.09.2011)
- Chan, Marie/Campo, Eric/Estève, Daniel/Fourniols, Jean-Yves (2009): *Smart homes – Current features and future perspectives*. In: *Maturitas*, 64, p. 90-97.
- Chinn, Peggy L./Kramer, Maeona K. (1996): *Pflegetheorie: Konzepte – Kontext – Kritik*. Berlin und Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Choi, Elizabeth C. (1992): *Evolution der Krankenpflegetheorieentwicklung*. In: *Mariner-Tomey, Ann (Hrsg.): Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Basel: RECOM. S. 98-114.
- Ciliska, Donna (2005): *Educating for evidence-based practice*. In: *Journal of Professional Nursing* 21, S. 345-350.
- CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services (2008): *Revised Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument User's Manual: Version 2.0*. Baltimore.
- Coleman, Roger (2007): *Ältere als Konsumierende (I). Neue Produkte für eine alternende Gesellschaft*. In: *BMFSFJ, 2007: Europäischer Kongress „Demografischer*

- Wandel als Chance: Wirtschaftliche Potenziale der Älteren“. Berlin 17./18. April 2007. Berlin: BMFSFJ-Eigendruck, S. 28-32.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (1992): A nursing model for chronic illness management upon a trajectory framework. In: *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (2004): *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Huber.
- Cramer, Ralph et al (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser: Ergebnisse einer Befragung zur Struktur der Arbeitslosigkeit zu Beginn des Jahres 2000. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- da Roit, Barbara (2007): Changing International Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State. *Elderly Care in Italy*. In: *Current Sociology* 55, p. 251-269.
- Daatland, Svein Ole (2001): Ageing, Families and Welfare Systems: Comparative Perspectives. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 16-20.
- Dassen, Theo et al (2003). *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus*. Berlin.
- de Blok, Carolien/Meijboom, Bert/Luijkx, Katrien/Schols, Jos (2009): Demand-based Provision of Housing, Welfare and Care Service to Elderly Clients: From Policy to Daily Practice Through Operations Management. In: *Health Care Analysis* 17, p. 68-84.
- Dean, Cathrine/Richards, Carol L./Malouin, Francine (2000): Task-Related Circuit Training Improves Performance of Locomotor Tasks in Chronic Stroke: A Randomized, Controlled Pilot Trial. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, p. 409-17.
- Dean, Cathrine/Shepherd, Roberta (1997): Task-related training improves performance of seated reaching tasks after stroke. A randomized controlled trial. In: *Stroke*, 28, 4, p. 722-728.
- Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (1985): *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum.
- Deci, Edward L./Ryan, Richard M. (Hrsg.) (2002): *Handbook of Self-Determination. Clinical Research*. Rochester: University of Rochester Press.
- Dennis, Martin et al (1997): Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomised controlled trial. In: *BMJ*, 314, 7087, p. 1071-1076.

- Department of Veterans Affairs and The Department of Defense (2010): Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation. Version 2.0. Veterans Health Administration, Washington: Department of Defense.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2006): Schlaganfall – DEGAM-Leitlinie Nr. 8: AWMF-Leitlinien-Register 053/011. Düsseldorf: omikron publishing.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin/Deutsche Gesellschaft für Geriatrie/ Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2007): Enterale Ernährung bei Patienten mit Schlaganfall: AWMF-Leitlinien-Register 073/017. Düsseldorf: omikron publishing.
- Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (2009): S2e-Leitlinien der DGNR zur motorischen Rehabilitation der oberen Extremität nach Schlaganfall. In: Neurologie & Rehabilitation 15, S. 71-160.
- Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (2012): Rehabilitative Behandlung von Patienten mit Schlaganfallfolgeerkrankungen: S2e Leitlinie. (in Entwicklung, 2012).
- Deutsche Rentenversicherung (2011): Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>.
- Dewey, John (2002): Logik. Die Theorie der Forschung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Di Cesare, Donnatella (2006): Die Verborgenheit der Stimme. Gadamer zwischen Platon und Derrida In: Figal, Günter (Hrsg.): Internationales Jahrbuch für Hermeneutik, 5. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 325-345.
- Di Cesare, Donnatella (2009): Gadamer – Ein philosophisches Porträt. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Dicenso, Alba/Bayley, Liz/Haynes, R Brian (2009): Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. In: Evidence-Based Nursing 12, S. 99-101.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (2007): Ärztliche Versorgung im Pflegeheim. Stuttgart: Eigenverlag.
- Dienel, Christel (2007): Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich. Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. In: Berliner Journal für Soziologie 17, 3, S. 281-300.
- DNQP (2010): Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

- Dohle, Christian et al (2011): Realisierbarkeit der Erhebung standardisierter Qualitätsindikatoren für die Rehabilitation nach Schlaganfall. Im Auftrag der AG Kerndatensatz Rehabilitation der Berliner Schlaganfall-Allianz.
- Dornette, Johanna et al (2008): Auswirkungen der Einführung des Sozialgesetzbuches II auf erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In: Zeitschrift für Sozialreform, 54, 1, S. 79-96.
- Donner-Banzhoff, Norbert (2010): Wohin gehört die Evidenzbasierte Medizin? In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104, S. 648-652.
- Duncan, Pamela W./Jorgensen, Henrik Stig/Wade, Derick T. (2000): Outcome measures in acute stroke trials: a systematic review and some recommendations to improve practice. In: Stroke, 31, 6, p. 1429-38.
- Eberhardt, Doris/Sadowski, Katharina (2012): Umsetzung des § 87b SGB XI aus Sicht der Betreuungsassistenten. In: Pflegezeitschrift, 65, 2, S. 90-95.
- Ehrenberg, Alain (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a.M.: Campus.
- Eicher, Wolfgang (2008): Leistungen zur Eingliederung. In: Eicher, Wolfgang/Spellbrink, Wolfgang (Hrsg.): SGB II: Grundsicherung für Arbeitsuchende: Kommentar. München: Beck. S. 445-525.
- Eichhorst, Werner/Zimmermann, Klaus F. (2005): Eine wirtschaftspolitische Bilanz der rot-grünen Bundesregierung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 43, S. 11-17.
- Elias, Norbert (2001) [1987, 1939]: Die Gesellschaft der Individuen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Elkeles, Thomas (1999): Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Sozialer Fortschritt, 48, 6, S. 150-155.
- Elkeles, Thomas/Kirschner, Wolf (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Elmstahl, Sölve/Sommer, Marta/Hagberg, Bo (1996): A 3-year follow-up of stroke patients: relationships between activities of daily living and personality characteristics. In: Archives of Gerontology and Geriatrics, 22, 3, p. 233-44.
- Elsernd, Astrid/Allgeier, Christine/Lauffer-Spindler, Barbara (2010): Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege: Qualitätsinstrumente am Beispiel der stationären Altenpflege. Lage: Jacobs.

- Engel, Kathrin (2006): Qualität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege – eine Interventionsstudie mit dem Resident Assessment Instrument RAI 2.0. Berlin.
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Wien.
- Europarat (2002): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 96, Suppl. III, S. 1-60.
- Evers, Georges C.M. (1997): Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. Berlin und Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Faller, Herrmann (2003): Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. In: Rehabilitation 42, S. 129-135.
- Faust, Robert (2004): Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen – Chancen RAI MDS basierte Qualitätsindikatoren für eine pflegerische Qualitätsmessung in Deutschland. In: PrInterNet, 6, 4, S. 222-230.
- Fawcett, Jaqueline (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Bern: Huber.
- Foucault, Michel/Defert, Daniel (2011): Analytik der Macht. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freiling, Thomas (2010): Demographische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die Pflegewirtschaft. In: Loebe, Herbert/Severing, Eckart (Hrsg.): Zukunftsfähigkeit im demographischen Wandel. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 9-26.
- Frevel, Bernhard/Dietz, Berthold (2008): Sozialpolitik kompakt. Wiesbaden: VS.
- Fuchs, Christoph/Nagel, Eckard/Raspe, Heiner (2009): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? In: Deutsches Ärzteblatt, 106, 12, S. 554-557.
- Fuchs, Harry (2009): Zur Reichweite der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für Selbstbestimmung und Teilhabe. In: Garms-Homolvá, Vjenka/von Kardorff, Ernst/Theiss, Katrin/Meschnig, Alexander/Fuchs, Harry: Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 19-34.
- Fuchs, P. (1997): Weder Herd noch Heimstatt – Weder Fall noch Nichtfall. Doppelte Differenzierung im Mittelalter und in der Moderne. In: Soziale Systeme, 3, S. 413-437

- Fuchs, Peter (2006): Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. In: Bauch, Jost (Hrsg.): Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitssystems. Konstanz: Hartung-Gorre. S. 65-82.
- Fuhrmann, R. (1986) Weiterentwicklung der geschützten Arbeit als sozialpolitische Aufgabe und spezifische Form der Entwicklung und rationellen Nutzung des Arbeitsvermögens Geschädigter. Leipzig: Karl-Marx-Universität.
- Fussek, Claus/Schober, Gottlob (2009): Im Netz der Pflegemafia. Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden. München: Goldmann.
- Gadamer, Hans Georg (1976): Vernunft im Zeitalter der Wissenschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gadamer, Hans Georg (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gallant, Mea H./Beaulieu, Marcia C./Carnevale, Franco A. (2002): Partnership: an Analysis of the Concept within the Nurse-Client Relationship. In: Journal of Advanced Nursing 40, p. 149-157.
- Gallo, William et al (2006): The persistence of depressive symptoms in older workers who experience involuntary job loss: results from the health and retirement survey. In: The journals of gerontology, Series B – Psychological sciences and social sciences, 61, 4, p. S221-S228.
- Garms-Homolová, Vjenka/Roth, Gottlob/Engel, Kathrin (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln – Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Berlin: Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte.
- Garms-Homolová, Vjenka/Theiss, Katrin (2007): Expertise " Möglichkeiten der Berücksichtigung von RAI 2.0 und/oder RAI HC bei der Erarbeitung eines zukünftigen Begutachtungsinstruments. Berlin.
- Gastaldo, Denize/Holmes, Dave (1999): Foucault and Nursing: A History of the Present. In: Nursing Inquiry 6, S. 231-240.
- Gebert, Alfred J./Kneubühler, Hans-Ulrich (2003): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Bern: Huber.
- Gerdes, Nikolaus/Weis, Joachim (2000): Zur Theorie der Rehabilitation. In Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin: Springer.
- Gerhardt, Uta (1993): Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.

- Giddens, Anthony/Fleck, Christian/Zilian, Hans-Georg (1999): *Soziologie*. Graz: Nausner und Nausner.
- Giebel, Ulrich (1985): *Sozialleistungen und Unternehmensgrößenstruktur. Analyse unternehmensgrößenspezifischer Belastungswirkungen von gesetzlichen, tarifvertraglichen und freiwilligen Regelungen im Sozialbereich, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik Nr. 65*. Köln: Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln
- Giesen, Bernd/Leggewie, Claus (1991): *Experiment Vereinigung: ein sozialer Großversuch*. Berlin: Rotbuch-Verlag.
- Gilbert, Tony (1998): *Towards a Politics of Trust*. In: *Journal of Advanced Nursing* 27, p. 1010-1016.
- Gimmler, Antje (1998): *Institution und Individuum: zur Institutionentheorie von Max Weber und Jürgen Habermas*. Frankfurt/Main: Campus.
- GKV Spitzenverband (2009): *Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege*. [http://www.pflegenoten.de/Vereinbarung\\_Pflegeheime.gkvnet](http://www.pflegenoten.de/Vereinbarung_Pflegeheime.gkvnet). (Zugriff: 17.12.2008)
- Glass, Thomas et al (1993): *Impact of social support on outcome in first stroke*. In: *Stroke* 24, p. 64-70.
- Göckenjan, Gerd (1985): *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Görres, Hans Joachim et al (1988): *Krankheit und Bedrohung. Formen psychosozialer Bewältigung der Multiplen Sklerose*. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*.
- Görres, Stefan/Hasseler, Martina/Mittnacht, Barbara (2008): *Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.* [http://www.bpa.de/upload/public/doc/hpg-gutachten\\_14\\_02\\_2008.pdf](http://www.bpa.de/upload/public/doc/hpg-gutachten_14_02_2008.pdf). (Zugriff: 31.01.2012)
- Goffmann, Erving (1977): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Government Bill No. 1990/91: *Working environment and rehabilitation*. Stockholm: The Government.
- GRADE Working Group (2004): *Grading quality of evidence and strength of recommendations*. In: *British Medical Journal* 328; S. 1490.

- Grant, Joan S. et al (2002): Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. In: *Stroke* 33, 8, p. 2060-5.
- Grobe, Thomas G./Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Gross, Peter (1994): *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gross, Rudolf/Löffler, Markus (1997): *Prinzipien der Medizin*. Berlin: Springer.
- Günther, E. (1990): Sozialversicherung und ärztliche Tätigkeit. In: Thiele, W. (Hrsg.): *Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat*. Sankt Augustin: Asgard. S. 45-52.
- Guyatt, Gordon et al (2002): Introduction: The Philosophy of Evidence-Based Medicine. In: Guyatt, Gordon /Rennie, Drummond (Hrsg.): *Users' Guides to the Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago: American Medical Association, S. 5-20.
- Haber Kern, Klaus/Szydlik, Marc (2008): Pflege der Eltern. Ein europäischer Vergleich. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 60, 1, S. 78-101.
- Hafen, Martin (2004): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: *Prävention*, S. 8-11.
- Hahn, Alois (1988): „Kann der Körper ehrlich sein?“ In: Gumbrecht, Hans Ulrich/Pfeiffer, K. Ludwig (Hrsg.): *Materialität der Kommunikation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 666-679.
- Hahn, Alois/Jacob, Rüdiger (1994): Der Körper als soziales Bedeutungssystem. In: Fuchs, Peter/Göbel, Andreas (Hrsg.): *Der Mensch – das Medium der Gesellschaft?* Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 146-188.
- Haines, Hartmut (2005): Teilhabe am Arbeitsleben: Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): *Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 44-61.
- Haines, Hartmut (2007): *5 Jahre SGB IX – was hat sich bewährt?*
- Hallauer, Johannes et al (2005): *SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: Vincentz Network.
- Han, Beth/Halley, William (1999): Family caregiving for patients with stroke. In: *Stroke*, 30, p. 1478-1485.
- Hanger, H. Carl et al (1998): What do patients and their carers want to know about stroke? A two-year follow-up study. In: *Clinical Rehabilitation* 12, 1, p. 45-52.

- Hansebo, Görel et al (1998): Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. In: *Journal of Advanced Nursing*, 28, 3, p. 642-653.
- Harbour, Robin/Miller, Juliet (2001): A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. In: *British Medical Journal* 323, S. 334-336.
- Hare, R. et al (2006): What do stroke patients and their carers want from community services? In: *Family Practice* 23, 1, p. 131-6.
- Hartke, Robert J./King, Rosemarie B. (2003): Telephone group intervention for older stroke caregivers. In: *Top Stroke Rehabilitation* 9, 4, p. 65-81.
- Hasseler, Martina/Wolf-Ostermann, Karin (2010): *Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege – Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich*. Hamburg, Berlin.
- Hawes, Catherine et al (1997a): Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA – Continuing and Rehabilitative Care for Elderly People: A Comparison of Countries and Settings. In: *Age and ageing*, 26, 2, p. 19-25.
- Hawes, Catherine et al (1997b): The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: Effects on process quality. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 8, p. 977-985.
- Hawes, Catherine et al (2003): The RAI and the Politics of Long-Term Care: The Convergence of Science and Politics in U.S. Nursing Home Policy. In: *Milbank Memorial Fund (Hrsg.): Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries*. p. 6-45.
- Haynes, Brian (2007): Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: The "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. In: *Evidence-Based Nursing* 10, S. 6-7.
- Heinemann-Knoch, Marianne/Korte, Elke/Schönberger, Christian/Schwarzer, Birgit (1998): *Möglichkeiten und Grenzen selbstständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinrich, Ralph P. et al. (1996): *Sozialpolitik im Transformationsprozess Mittel- und Osteuropas*, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Heinz, Walter R./Weymann, Ansgar/Huinink, Johannes (2009): *The Life Course Reader. Individuals and Societies Across Time*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Heinze, Rolf G. (2009): *Rückkehr des Staates? Politische Handlungsmöglichkeiten in unsicheren Zeiten*. Wiesbaden: VS.

- Heinze, Rolf G./Ley, Catherine (2009): Abschlussbericht des Forschungsprojekts: Vernetztes Wohnen: Ausbreitung, Akzeptanz und nachhaltige Geschäftsmodelle. Bochum: InWIS F&B GmbH.
- Heinze, Rolf G./Naegele, Gerhard (2009): „Silver Economy“ in Germany – More than only the “Economic factor: Old Age”! In: Gerobilim 2, S. 37-52.
- Helsedirektoratet (2010): Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. <http://www.helsebiblioteket.no>.
- Henderson, Virginia (2008): Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer, Doris/ Moers, Martin/ Steppe, Hilde/Meleis, Afaf (Hrsg.): Pflge-theorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber, S. 39-54.
- Hendriksen, Carol/Vass, Mikkel (2005): Preventive home visits to elderly people in Denmark. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, Suppl. 1, S. I/31-I/33.
- Heuberger, Matthias (2010): Einfluss baulicher Gegebenheiten in der ambulanten Pflege: Auswirkungen und Strategien zur Sicherstellung der Pflegequalität – Ergebnisse einer explorativen Studie. In: Pflege 23, 5, S. 331-338.
- Hobble, William H./Lansinger, Theresa/ Magers, Jude A. (1992): Joyce Travelbee. Mitmenschliches Beziehungsmodell. In: Marriner-Tomey, Ann (Hrsg.): Pflege-theoretikerinnen und ihr Werk. Basel: RECOM, S.331-343.
- Hoben, Matthias (2010): Implementierungsprozesse in der stationären Langzeitpflege am Beispiel des Resident Assessment Instrument (RAI). Interpretativ-rekonstruktive Analyse der Perspektiven von Führungspersonen. Masterarbeit (unveröff.).
- Hochheim, Evelyn/Otto, Ullrich (2011): Das Erstrebenswerteste ist, dass man sich so lange wie möglich selbst versorgt. Altersübergänge im Lebensbereich Wohnen. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 44, 5, S. 306-312.
- Höhne, Annegret et al (2007): Das Krankheitsspektrum von Erwerbsminderungsrentnern mit Migrationshintergrund. In: DRV: Gesund älter werden mit Prävention und Rehabilitation. Bad Homburg. S. 207-209.
- Höpflinger, Francois/Hugentobler, Valérie (2005): Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern: Huber.
- Hoeß, Uta et al (2008): Home care of stroke patients with remedies and aids after inpatient neurological rehabilitation – a longitudinal study. In: Physical Medicine 18, p.115-121.
- Hoffmann, Tammy et al (2007): Randomised controlled trial of a patient-orientated education package for stroke patient and their carers. In: Age and Ageing 36, 3, p. 280-286.

- Hohm, Hans-Jürgen (2000): Soziale Systeme, Kommunikation, Mensch. Eine Einführung in soziologische Systemtheorie. Weinheim und München: Juventa.
- Hohm, Hans-Jürgen (2001): Pflege zwischen selektiver Professionalisierung, forcierter Ökonomisierung und Laiisierung. Ein Thesenpapier. In: Pflegezeitschrift 54, S. 1-10.
- Hohm, Hans-Jürgen (2002): Das Pflegesystem, seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen zur Entstehung eines sekundären Funktionssystems. Freiburg: Lambertus.
- Hollederer, Alfons (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 35, 3, S. 411-428.
- Hollederer, Alfons (2003a): Arbeitslosigkeit und Alkohol: Für einen nüchternen Umgang mit Suchtkrankheiten. In: IAB Materialien, 1, S. 2-4.
- Hollederer, Alfons (2003b): Teilhabe an Arbeit für schwerbehinderte Menschen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 57, 11-12, S. 37-42.
- Hollederer, Alfons (2006): Fallmanagement für Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen: Ein Fall für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Ärztlichen Dienst der BA?! In: Hollederer, Alfons/Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber. S. 181-197.
- Hollederer, Alfons/Brand, Helmut (Hrsg.) (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Holmes, Dave (2001): From iron gaze to nursing care: Mental health nursing in the era of panopticism. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8,1, S. 7-16.
- Holmes, Dave (2002): Police and pastoral power: Governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. In: Nursing Inquiry 9, 2, S. 84-92.
- Honneth, Axel (1998): Kampf um Anerkennung. Frankfurt a. M: Suhrkamp.
- Honneth, Axel (2001): Zur Zukunft des Institutes für Sozialforschung. In: Mitteilungen des Institutes für Sozialforschung, 12, Sept. 2001, S. 54-63.
- Hontschik, Bernd (2006): Körper, Seele, Mensch: Versuch über die Kunst des Heilens. Frankfurt: Suhrkamp.
- Horbach, Annegret/Behrens, Johann (2003): Leistungserfassung Intensivpflege Deutschland. Abschlussbericht. (gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“.

[http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020301\\_24abschlussbericht.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020301_24abschlussbericht.pdf) (Zugriff: 01.03.2012)

- Huber, Martin et al (2005): *Autonomie im Alter, Leben und Altwerden im Pflegeheim*. Hannover: Schlütersche.
- Hühner, Tim/Eisen, Roland (1999): *Pflegesicherung in der Schweiz*. In: Eisen, Roland/Mager, Hans Christian (Hrsg.): *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*. Opladen: Leske + Budrich. S. 369-393.
- Huerkamp, Claudia (1985): *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert*. Göttingen.
- Husserl, Edmund (1992): *Gesammelte Schriften 8, Cartesianische Meditationen. Eine Einleitung in die Phänomenologie (Text nach Husserliana VI)*. (Hrsg. von Elisabeth Ströker), Hamburg: Felix Meiner.
- iap (Institut für angewandte Pflegeforschung) (2004): *Innovative Potentiale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege. Ergebnisse einer Delphi-Studie*. In: *Pflege* 17, S. 105-112.
- ICF - Praxisleitfaden 1.Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF. Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2006.
- InterRAI (2011a): *Mission and Vision*. <http://www.interrai.org/section/view/>. (Zugriff: 02.12.2011)
- InterRAI (2011b): *An Overview of the interRAI Family of Assessment Systems*. <http://www.interrai.org/section/view/?fnode=10>. (Zugriff: 13.10.2011)
- Joubert, Jaques et al (2009): *Integrated care improves risk-factor modification after stroke: initial results of the Integrated Care for the Reduction of Secondary Stroke model*. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 80, 3, p. 279-84.
- Juchli, Juliane (1994): *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. Stuttgart: Thieme.
- Jungbauer, Johannes/von Cramon, D. Yves/Wilz,Gabriele (2003): *Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten*. In: *Nervenarzt* 74, S. 1110 - 1117.
- Junge, Matthias (2002): *Individualisierung*. Frankfurt a.M. und New York: Campus.
- Kaesler, Dirk (2003): *Max Weber. Eine Einführung in Leben, Werk und Wirkung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Kallert, Thomas (1993): *Ausgewählte Aspekte der Krankheitsverarbeitung und der psychotherapeutischen Behandlung von Schlaganfallpatienten*. In: *Rehabilitation* 32, S. 99-106.

- Kampen, Norbert van (1998): Theoriebildung in der Pflege: eine kritische Rezeption amerikanischer Pflegemodelle. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kangas, Olli/Saari, Juho (2008): Krisenbewältigung mit Langzeitfolgen? Der finnische Wohlfahrtsstaat. In: Schubert, Klaus/Hegelich, Simon/Bazant, Ursula (Hrsg.): Europäische Wohlfahrtssysteme. Wiesbaden: VS, S. 239-262.
- Kaufmann, Franz-Xaver (2003): Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kaufmann, Franz-Xaver (2006): Schrumpfende Gesellschaft. Vom Bevölkerungsrückgang und seinen Folgen. In: Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung, Band (508). Bonn: bpb.
- Keleher, Helen/Parker, Rhian/Abdulwadud, Omar/Francis, Karen (2009): Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. In: International Journal of Nursing Practice 15, p. 16-24.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (2001): Validitätskonzepte und Validierungsstrategien bei der Intergration qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden. In: Kluge, Susann/Kelle, Udo (Hrsg.): Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Weinheim und München: Juventa, S. 135-167.
- Kelle Udo/Krones, Tanja (2010): „Evidence based Medicine“ und „Mixed Methods“ – wie methodologische Diskussionen in der Medizin und den Sozialwissenschaften voneinander profitieren könnten. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104, S. 630-635.
- Kellnhäuser, Edith et al. (Hrsg.) (2000): Thiemes Pflege: entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Stuttgart und New York: Thieme.
- Kemper, Claudia (2011): Die Gesundheitsversorgung Pflegebedürftiger nach Schlaganfall. Eine Analyse von Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor Public Health (Dr. P.H.). Bremen: Universität.
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kidder, David/Rennison, Melissa (2002): MegaQI Covariate Analysis and Recommendations: Identifikation and Evaluation of Existing Quality Indicators that are Appropriate for Use in Long-Term Care Settings.
- Kieselbach, Thomas/Beelmann, Gerd (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Holleder, Alfons/Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber. S. 13-31.

- King, Imogene M. (1995): Die Theorie der Zielerreichung. In: Mischo-Kelling, Maria/Witneben, Karin: Pflegebildung und Pflegetheorien. München: Urban und Schwarzenberg, S. 67-81.
- King, Imogene M. (1997): Ein systemischer Bezugsrahmen für die Pflege. In: Schaeffer, Doris et al. (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber, S. 181-196.
- King, Rosemarie B. et al (2002): Adaptation to stroke: a longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. In: Top Stroke Rehabilitation, 9, 1, p. 46-66.
- Kippele, Flavia (1998): Was heißt Individualisierung? Die Antworten soziologischer Klassiker. Wiesbaden: VS
- Kirkevoll, Marit (1997): Pflegetheorien. München: Urban und Schwarzenberg.
- Klie, Thomas (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz.
- Klie, Thomas (2005): Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 4, S. 268-272.
- Klie, Thomas (2009): Nachhaltige Sicherung der Pflege. Zentrale Themen und Perspektiven einer Reform des SGB XI in der kommenden Legislaturperiode. In: Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hrsg.): Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft. Baden-Baden: Nomos, S. 51-61.
- Klie, Thomas (2011): "Noten in den Schulen reichen!". In: Die Schwester Der Pfleger, 50, 7, S. 674-675.
- Klie, Thomas/Röber, Michaela/Zimmer, Hannes (2011b): Die Emilia-Romagna als Vorbild für Beratung und Case Management in Altenhilfe und Pflege? In: Case Management, 3, S. 112-119.
- Klie, Thomas/Stoffer, Franz J. (2011a): Moratorium Nein zu Pflege-Noten. <http://www.moratorium-pflegenoten.de/index.php/moratorium>. (Zugriff: 13.07.2011)
- Kling-Kirchner, Cornelia (1994): Zur Professionalisierung der Pflege. In: Pflegezeitschrift 47, Beilage: Berufspolitik, S. 2-11.
- Klosterhuis, Here (2000): Analysemethoden mit Routinedaten der Sozialversicherung. In: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Klosterhuis, Here (2011): Reha-Therapiestandards und Qualitätssicherung in der Rehabilitation. In: Neurologie & Rehabilitation, 17, 3, S. 152-156.

- Kohler, Susanne/Döhner, Hanneli (2007): Netzwerke für pflegende Angehörige. Pflegebedürftigkeit und familiäre Pflege in Europa. In: Dr. med. Mabuse, 167, S. 35-37.
- Kohli, Martin (1988): Normalbiographie und Individualität: Zur institutionellen Dynamik des gegenwärtigen Lebenslaufregimes. In: Brose, Hans-Georg/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.). Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende. Opladen: Leske und Budrich, S. 33-53.
- Kolominsky-Rabas, Peter/Heuschmann, Peter/Marschall, Dania et al (2006): Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry. The Erlangen Stroke Project. In: Stroke 37, p. 1179-83.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2006): KNGF-richtlijn Beroerte. [www.kngfrichtlijnen.nl](http://www.kngfrichtlijnen.nl).
- Kothe, Wolfhard (2005): Das SGB IX als arbeits- und sozialrechtliche Grundlage der Teilhabe am Arbeitsleben. In: Zeitschrift für Sozialreform, 51, S. 7-35.
- Kremer, Raimar/Quednau, Kirsten (2002): Coping-activities of stroke patients: intensity and effectiveness. In: Psychotherapy, Psychosomatic and Medical Psychology 52, 2, p. 70-6.
- Kremer, Raimar/Quednau, Kirsten (2002): Der Einfluss von Bewältigungsstrategien auf die "Aktivitäten des täglichen Lebens"—Eine Quer- und Längsschnittuntersuchung an Schlaganfallpatienten. In: Aktuelle Neurologie, 29, 1, S. 30-35.
- Krohwinkel, Monika (Hrsg.) (1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Baden-Baden: Nomos.
- Kron, Thomas/Horacek, Martin (2009): Individualisierung. Bielefeld: transcript.
- Kunz, Fritjof/Michas, Joachim/Kochan, Fritz (1997): Arbeitnehmerhaftung, Kündigung und Arbeitsschutz. Opladen: Leske+Budrich.
- Kunz, Regina et al (2007): Von der Evidenz zur Empfehlung. In: Kunz, Regina et al (Hrsg.): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 231-247.
- Labisch, Alfons (1992): Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a.M. und New York: Campus.
- Lachmund, Jens/Stollberg, Gunnar (Hrsg.) (1992): The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present, Stuttgart: Steiner.
- Lachwitz, Klaus/Schellhorn, Walter/Welti, Felix (2001): SGB IX – Rehabilitation. Textausgabe des Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation

- und Teilhabe behinderter Menschen – mit einer systematischen Einführung. Neuwied: Luchterhand.
- Lachwitz, Klaus/Welti, Felix (2010): Einführung. In: Lachwitz, Klaus/Schellhorn, Walter/Welti, Felix (Hrsg.): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Köln. 1-42.
- Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf.
- Lange, M. et al (1993): Die berufliche Rehabilitation Behinderter in der ehemaligen DDR. Erfahrungen aus einem studentischen Erkundungsprojekt an der Gesamthochschule Kassel. Kassel: GhK.
- Lange, Stefan/Thomas, Stefanie (2010): Anforderungen an die Evidenz für Systementscheidungen zur Aufnahme medizinischer Maßnahmen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104, S. 642-647.
- Larsen, Christa et al (2009): Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München & Mering: Hampp.
- Leichsenring, Kai (2008): PROCARE. Bedeutung integrierter Versorgungsnetze in Europa. In: Zank, Susanne/Hedtke-Becker, Astrid (Hrsg.): Generationen in Familie und Gesellschaft im demografischen Wandel. Stuttgart: Kohlhammer, S. 146-164.
- Leichsenring, Kai (2010): Qualitätssicherung der Langzeitpflege in Alten- und Pflegeheimen. <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2010/achieving-quality-long-term-care-in-residential-facilities>. (Zugriff: 24.11.2011)
- Levine, Myra E. (1997): Die Erhaltungsprinzipien der Pflege. In: Schaeffer, Doris et al. (Hrsg.): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber, S. 123-139.
- Liepert, Joachim (2006): Motor cortex excitability in stroke before and after Constraint-induced movement therapy. In: Cognitive and Behavioral Neurology, 19, 1, p. 41-47.
- LoTS-CARE-TEAM, LoTS-Care Stroke Research Programme 2009, Academic Unit of Elderly Care and Rehabilitation, Bradford Institute for Health Research, The Stroke Association: Bradford
- Lowenstein, Ariela (1999): Intergenerational family relations and social support. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 32, S. 398-406.
- Lowenstein, Ariela/Ogg, Jim (Hrsg.) (2003): OASIS. Old Age and Autonomy: The Role of service systems and intergenerational family solidarity. Final report. <http://www.dza.de> > Publikationen > Abschlussbericht OASIS. (Zugriff: 04.07.2010)

- Lucassen, Mary (2004): Niederlande. Holland in Not? In: Bartels, Andreas/Jenrich, Holger (Hrsg.): Alt werden in Europa. Hannover: Vincentz, S. 81-87.
- Luhmann, Niklas (1975): Interaktion, Organisation, Gesellschaft. In: ders.: Soziologische Aufklärung 2: Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 9-20.
- Luhmann, Niklas (1983a): Medizin und Gesellschaftstheorie. In: MMG 8, S. 168-175.
- Luhmann, Niklas (1983b): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dorneich, Philipp/Schuller, Axel (Hrsg.): Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart: Kohlhammer, S. 28-49.
- Luhmann, Niklas (1983b): Medizin und Gesellschaftstheorie. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 8, S. 168-175.
- Luhmann, Niklas (1990a): Der medizinische Code. In: ders.: Soziologische Aufklärung 5, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183-195.
- Luhmann, Niklas (1990b): Ökologische Kommunikation: kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1991): Symbiotische Mechanismen. In: ders.: Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 228-244.
- Luhmann, Niklas (1993): Das Recht der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1994): Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt/Main, Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas/Schorr, Karl Eberhard (1988): Reflexionsprobleme im Erziehungssystem. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lui, May H. L./MacKenzie, Ann (1999): Chinese elderly patients' perceptions of their rehabilitation needs following a stroke. In: Journal of Advanced Nursing 30, 2, p. 391-400.
- Mallette, Claire (2003): Nursing Minimum Data Sets. In: Doran, Diane M. (Hrsg.): Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science. Boston: Jones and Bartlett Publishers. p. 319-354.
- Mandel, J. (1988): Schwerbeschädigte – betreut und gefördert. Berlin: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.

- Marshall, T.H. (1964): Class, citizenship, and social development: essays. Garden City, NY: Doubleday.
- Maschke, Michael (2008): Behindertenpolitik in der Europäischen Union. Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedsstaaten. Wiesbaden: VS.
- McKevitt, Christopher et al (2004): Qualitative studies of stroke – A systematic review. In: Stroke, 35, 6, p. 1499-1505.
- McKibbin, Ann/Eady, Angela/Marks, Susan (1999): Evidence-Based Principles and Practice. Hamilton: B. C. Decker.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2\\_Bericht\\_des\\_MDS.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2_Bericht_des_MDS.pdf). (Zugriff: 21.03.2011)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) GKV Spitzenverband (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Essen.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2009. Essen.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) GKV-Spitzenverband (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/100216\\_Abschlussbericht\\_Transparenz\\_FINAL.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf). (Zugriff: 31.03.2010)
- Mehrholz, Jan (2006): Frühzeitiges Gehen verbessert Mobilität von Patienten nach Schlaganfall. In: Physioscience 2, p. 124-125.
- Meier-Gräwe, Uta (2010): Erwerbsarbeit und generative Sorgearbeit neu bewerten und anders verteilen. Perspektiven einer gendersensiblen Lebenslaufpolitik in modernen Dienstleistungsgesellschaften. In: Naegele, Gerhard (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik. Wiesbaden: VS, S. 245-267.

- Meleis, Afaf I. (1997): Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA. In: Schaeffer, Doris et al. (Hrsg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber. S. 17-38.
- Meleis, Afaf I. (1999): *Pflegetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Huber.
- Merten, M. (2006): Transformation mittel- und osteuropäischer Gesundheitssysteme: Einschneidende Entwicklungen. Vortrag am 18. Mai 2006 am Hannah-Arendt-Institut, Dresden: <http://www.martina-merten.de/journalism/page/p1/art/225/1a/>, (Zugriff 23.10.2011).
- Merz-Benz, Peter-Ulrich (2004): Individualisierung – kapitalistische „Lebensführung“ – Individualismus. Zur Konstitution der modernen Welt aus dem „Geist“ der protestantischen Ethik: Max Weber und Ernst Troeltsch. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 30, 2, S. 167-198.
- Meyer, Gabriele/Berg, Almuth/ Köpke, Sascha/Fleischer, Steffen/ Langer, Gero/Reif, Karl/Wylegalla, Christian/Behrens, Johann (2006): Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. In: *Pflegezeitschrift* 59,1, S. 34-38.
- Meyer, John W. (2005): *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim (2001): *Sozial-Epidemiologie: eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa.
- Moers, Martin/ Schaeffer, Doris (2000): *Pflegetheorien*. In: Rennen-Allhoff, Beate/Schaeffer, Doris (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, S. 35-66.
- Moers, Martin/Schaeffer, Doris/Steppe, Hilde (1997): *Pflegetheorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation*. In: Schaeffer, Doris et al. (Hrsg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber. S. 281-296.
- Mollenkopf, Heidrun/Kaspar, Roman (2004): Technisierte Umwelten als Handlungs- und Erlebensräume älterer Menschen. In: Backes, Gertrud/Clemens, Wolfgang/Künemund, Harald (Hrsg.): *Lebensformen und Lebensführung im Alter*. Wiesbaden: VS, S. 193-221.
- Mor, Vincent (2004): A Comprehensive Clinical Assessment Tool to Inform Policy and Practice – Applications of the Minimum Data Set. In: *Medical Care*, 42, 4/Suppl. III, p. 50-59.
- Mor, Vicent et al (2003): Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the U.S. In: *BMC Health Services Research*, 3, p. 1-13.

- Morris, John N. et al (1990): Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. In: *The Gerontologist*, 30, 3, p. 293-307.
- Motel-Klingebiel, Andreas/Tesch-Römer, Clemens (2006): Familie im Wohlfahrtsstaat zwischen Verdrängung und gemischter Verantwortung. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 18, 3, S. 290-314.
- Müller, Elke (1999): Pflegewissenschaft und Naturwissenschaften. Kritische Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis als Ausgangspunkt zu seiner Neubestimmung. In: *Pflege* 12, S. 35-41.
- Müller S./Zippel C. (1986): Kurorttherapie bei Apoplexiepatienten –Ergebnisse und Erfahrungen. In: *Zeitschrift für Klinische Medizin*,41, S. 2173-2175.
- Mumma, C. Michael (1986): Perceived losses following stroke. In: *Rehabilitation Nursing* 11, 3, p. 19-24.
- Murray, Jenni/Forster, Anne/Young, John (2008): Survey to investigate the role of the community stroke care coordinator. In: *British Journal of Community Nursing* 13, 1, p. 31-6.
- National Clinical Guidelines Centre for Acute and Chronic Conditions (2012): *Stroke Rehabilitation*. NICE (in progress, 2012).
- National Stroke Foundation (2010): *Clinical Guidelines for Stroke Management*. strokefoundation, Melbourne.
- Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH). [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht\\_haushaltshilfen.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht_haushaltshilfen.pdf) (Zugriff: 01.03.2012)
- Neville, Ron et al (2004): Email consultations in general practice. In: *Informatics in Primary Care* 12, 4, p. 207-214.
- Niehaus, Frank (2010): *Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung*. Köln.
- OECD (2011): *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Ollenschläger, Günter/Helou, Antonius/Lorenz, Wilfried (2000): Kritische Bewertung von Leitlinien. In: Kunz, Regina et al (Hrsg.): *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 156-176.
- Onder, Graziano et al (2012): Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. In: *BMC Health Services Research*, 12, 1, p. 5.

- Ouelette, Michelle M. et al (2004): High-Intensity Resistance Training Improves Muscle Strength, Self-Reported Function, and Disability in Long-Term Stroke Survivors. In: *Stroke* 35, p. 1404-1409.
- Oxman, Andrew D/Fretheim, Atle/Schünemann, Holger J (2006): Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. In: *Health Research Policy and Systems* 4, S. 12.
- Parsons, Talcott (1957): The Mental hospital as a Type of organization. In: Greenblatt, Milton/Levinson, Daniel J./Williams, Richard H. (Ed.): *The Patient and the Mental Hospital*. Glencoe: Free Press.
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine Soziologische Analyse. In: König, René /Tönnemann, Margret (Hrsg.): *Probleme der Medizinsoziologie*. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 3, S. 10-52.
- Parsons, Talcott (1977). *Social systems and the evolution of action theory*. New York: Free Press.
- Peirce, Charles Sanders (2009): *The Logic of Interdisciplinarity*. The Monist-Series. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, Sonderband 20. Berlin: Akademie Verlag.
- Pelikan, Jürgen (2007): Understanding differentiation of health in late modernity by use of sociological systems theory. In: McQueen, David V./Kickbusch, Ilona (Hrsg.): *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York: Springer. p. 74-102.
- Pfaff, Heiko (2006): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. In: *Wirtschaft und Statistik*, 12, S. 1267-1277.
- Pfaff, Holger/Scheibler, Fülöp (2006): Versorgung und Versorgungsqualität im Krankenhaus. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 46, S. 432-443.
- Pierce, Linda L. et al (2009): The effect of a Web-based stroke intervention on carers' well-being and survivors' use of healthcare services. In: *Disability and Rehabilitation*, p. 1-9.
- Pilzer, Paul Zaine (2002): *The Wellness Revolution*. New York: Wiley & Sons.
- Porter, Sam (1994): New Nursing: the road to freedom? In: *Journal of Advanced Nursing* 20, S. 269-274.
- Powers, Penny (1999): *Der Diskurs der Pflegediagnosen*. Bern: Huber.
- Prenzel, Manfred (1993). Autonomie und Motivation im Lernen Erwachsener. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 39, S. 239-253.

- Proot, Ireen M. et al (2000): Facilitating and Constraining Factors on Autonomy. The Views of Stroke Patients on Admission into Nursing Homes. In: Clinical Nursing Research 9, 4, p. 460-478.
- Raspe, Heiner H. (2005): Kritik und Antikritik der EbM in Deutschland. Festvortrag anlässlich der 6. Jahrestagung des DNEbM am 4. März 2005 in Berlin. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99, S. 234-236.
- Rauch, Angela (2003): Schwerbehinderten Gesetz: Nur ein Strohfeuer? In: IAB Materialien, 1, S. 11-12.
- Rauch, Angela/Brehm, Hannelore (2003): Licht am Ende des Tunnels? Eine aktuelle Analyse der Situation schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt. In: IAB Werkstattbericht, 6, S. 1-30.
- Rauch, Angela et al (2008): Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II: Arbeitsmarktintegration. In: IAB-Kurzbericht, 25, S. 1-8.
- Reeve, Johnmarshall (1996): Motivating Others: Nurturing Inner Motivational Resources. Boston: Allyn and Bacon.
- Renker, K./Renker, U. (1982): Organisiertheit und Wirksamkeit eines nationalen Rehabilitationssystems. Halle/Saale: Martin-Luther-Universität, Hygiene-Institut.
- Rentsch, Hans Peter/Bucher, Peter (2005): ICF in der Rehabilitation: Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Richter, Dirk (1995): Pflegewissenschaft und Soziologie: Wo kann soziologische Expertise die Pflegeforschung unterstützen? In: Pflege 8, S. 339-346.
- Richter, Dirk (1998): Ganzheitliche Pflege – Trauen die Pflegenden sich zu viel zu? In: Pflege 11, S. 255-262.
- Richter, Dirk/Saake, Irmhild (1996): Die Grenzen des Ganzen. In: Pflege 9, S. 171-179.
- Rische, Herbert (1998): Perspektiven der Rehabilitation der Rentenversicherung. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg): Rehabilitation. Berlin: BfA, S. 16-27.
- Rixen, Stephan (2006): Erwerbsfähigkeit als Schlüsselbegriff der Arbeitsmarktreform, insbesondere im SGB II.
- Rizzi, Elisabeth (2007): Langzeitpflege wird zum Staatsthema. In: CURAVIVA, 4, S. 38-43.

- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [http://www.gbebund.de/gbe10/owards.prc\\_show\\_pdf?p\\_id=11697&p\\_sprache=d&p\\_uid=gast&p\\_aid=79323565&p\\_lfd\\_nr=1](http://www.gbebund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11697&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=79323565&p_lfd_nr=1). (Zugriff: 02.03.2011)
- Robert-Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Roper, Nancy/Logan, Winifred W./Tierney, Alison J.(1997): Die Elemente der Krankenpflege: ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. Basel: RECOM.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a.M. und New York: Campus.
- Rossnagel, Karin/Nolte, Christian/Muller-Nordhorn Jacqueline et al (2005): Medical resource use and costs of health care after stroke in Germany. In: European Journal of Neurology 12, 11, p. 862.
- Rothgang, Heinz (2005): Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung. In: Kerschbaumer, Judith/Schroeder, Wolfgang (Hrsg.): Sozialstaat und demographischer Wandel: Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 119-146.
- Rothschuh, Karl Eduard (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart, Stuttgart: Enke.
- Rüger, K. (1982): Untersuchungen zur Einschätzung des Rehabilitationspotentials von Patienten mit kompletten zerebro-vaskulärem Insult anhand einer rückblickenden Studie von 200 rehabilitierten Patienten aus der Abteilung für medizinische Rehabilitation und Physiotherapie des Kreiskrankenhauses Treuenbrietzen. Berlin: Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.
- Ruppe, K. (1983): Untersuchungen der arbeitshygienischen Bedingungen und zum erreichten Niveau der Stufen der geschützten Arbeit im Rahmen der beruflichen Rehabilitation auf der Grundlage einer Totalerhebung in der DDR. Berlin: Ministerium für Gesundheitswesen, Abteilung Gesundheitsschutz in den Betrieben und Arbeitshygieneinspektion.
- Ryan, Rebecca/Lowe, Dianne/ Prictor, Megan/Hill, Sophie (2008): Two reviews are better than one? Developing linkages between a Cochrane review and a review of mixed methods. In: Cochrane Colloquium Abstracts Journal, p. 13-116.
- Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS.

- Sackett, David Lawrence (1979):. Bias in analytic research. In: Journal of Chronic Diseases, 32, p. 51-63.
- Sackmann, Reinhold (2007): Lebenslaufanalyse und Biografieforschung. Eine Einführung. In: Studienskripten zur Soziologie. Wiesbaden: VS.
- Sairanen, Razja (2004): Finnland. Willkommen in GeroCity. In: Bartels, A.ndreas/Jenrich, Holger (Hrsg.): Alt werden in Europa. Hannover: Vincentz, S. 43-48.
- Salvage, Jane (1990): The theory and practise of the "New Nursing". In: Nursing Times 86,4, p.42-45.
- Salvage, Jane (1992): The new nursing: empowering patients or empowering nurses? In: Robinson, Jane/Gray, Alastair/Elkan, Ruth (Ed.): Policy issues in nursing. Milton Keynes: Open University Press, p. 9-23.
- Saraceno, Chiara (2008): „Care“ leisten und „Care“ erhalten zwischen Individualisierung und Refamilialisierung. In: Berliner Journal für Soziologie 18, 2, S. 244-256.
- Schaeffer, Doris/Behrens, Johann/Görres, Stefan (Hrsg.) (2008): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim: Juventa.
- Schaepe, Christiane et al (2009): „...also im Prinzip (...), bin ich jetzt ein bisschen allein gelassen...“. In: DRV Bund (Hrsg.): Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. DRV Schrift, Band (83). Münster.
- Schelten, Marja (2011): Ambulante Schlaganfallnachsorge. Prozessoptimierte Schlaganfallnachsorge als Antwort auf die bestehende fragmentierte ambulante Versorgung von Schlaganfallpatienten. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Schian, Hans-Martin/Schmidt, Christof (2007): Berufliche Rehabilitation im Umbruch – eine Situationsanalyse. In: Deimel, Hubertus et al (Hrsg.): Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 3-23.
- Schlopsna, Jana (2003): Die Beurteilung des ersten nationalen „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Halle (Saale). Diplomarbeit am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Schmidbaur, Monika (2002): Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein: Ulrike Helmer Verlag.
- Schmidt, Christof/Froböse, Ingo/Schian, Hans-Martin (2006): Berufliche Rehabilitation in Bewegung: Herausforderungen und Perspektiven. In: Rehabilitation, 45, S. 194-202.

- Schön, Elke/Richter-Witzgall, Gudrun (2004): Berufliche Teilhabe von Frauen mit (unterschiedlichen) Behinderungen unter der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten: Wissenschaftliche Begleitung zur Umsetzung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe Behinderter Menschen.
- Schönle, Paul et al. (2004): Aktueller Stand der rehabilitativen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall. In: *Rehabilitation*, 43, S. 187-198.
- Schramm, Susi et al (2009): Neue Wege in der Rehabilitation: Reha-Nachsorge im Fokus Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Zusammenfassung der Beiträge, 4. Reha-Symposium.
- Schreier, Maria/Bartholomeyczik, Sabine (2004): Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Hannover: Schlütersche.
- Schröck, Ruth (1997): Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflgetheorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland.“ In: *Mabuse* 107, S. 39-45.
- Schröder, Helmut/Rauch, Angela (2006): Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen – dringlicher denn je! In: *Behindertenrecht*, 45, 1, S. 1-7.
- Schröder Helmut/Walterbacher, Andrea (2010): Heilmittelbericht 2010. [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_heil\\_hilfsmittel/wido\\_hei\\_hmbericht2010\\_122010.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_hmbericht2010_122010.pdf). (Zugriff: 27.10.2011)
- Schroeter, Klaus R. (2003): Pflege als figuratives Feld – Ein soziologischer Zugang zum Pflegemanagement. In: *Pflegemagazin* 4,5, S. 38-50.
- Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.) (2005): *Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Schroeter, Klaus R. (2006): *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*. Weinheim: Juventa.
- Schubert, Michael (2010): *Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung: Wer bekommt sie, wer nicht? Strukturen und Prozesse des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen Halle/Saale*.
- Schubert, Michael et al (2006): *Rehabilitation und Rehabilitationserleben aus Sicht von Schlaganfallpatienten*. In: *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 18, 71, S. 66-74.
- Schubert, Michael et al (2007): *Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach der Einführung des SGB II*. In: Dornette, Johanna/Rauch, Angela (Hrsg.): *Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II*. Nürnberg. S. 7-87.

- Schubert, Michael et al (2010a): Screening zur Identifikation rehabilitationsbedürftiger Arbeitsuchender in den Agenturen für Arbeit und bei den Leistungsträgern des SGB II (Abschlussbericht). Halle/Saale, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. 48.
- Schubert, Michael et al (2010b): Stellenwert gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte bei der Betreuung Arbeitsloser als krankheits- und erwerbsbezogene Risikofaktoren. In: DRV-Schriften, 88, S. 177-179.
- Schubert, Michael et al (2010c): Zur Notwendigkeit der Vernetzung rehabilitativer und ambulanter medizinisch-pflegerisch-therapeutischer Versorgung bei komplexen gesundheitsbedingten Teilhabestörungen am Beispiel des Schlaganfalls. In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 554-556.
- Schubert, Michael et al (2012): Die Erbringung von IRENA-Leistungen und Auswirkungen der Flexibilisierung des IRENA-Konzeptes. In: DRV (Hrsg.): Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. Berlin, 35-37.
- Schubert-Lehnhardt, Viola et al (1995): Wertgewinn und Wertverlust im Prozess des Übergangs von einem paternalistischen zu einem autonomieorientierten Gesundheits- und Sozialwesen. KSPW Projekt, Halle/Saale, S. 47 ff.
- Schütte, W. (2004): Der Vorrang von Rehabilitation vor Rente – Rechtlicher Rahmen. In: Zeitschrift für Sozialreform, 50. S. 473-492
- Schulenburg, J. Matthias (2007): Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze. In: Schöffski, Oliver/Schulenburg, J. Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer. S. 13-22.
- Schulze, Gerhard (1992): Die Erlebnisgesellschaft, Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schuntermann, Michael (2007): Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Landsberg/Lech: ecomed.
- Schwarzmann, Beate (1999): Grund- und Behandlungspflege – Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. In: Pflege 14, S. 118-24.
- Schweer, Martin/Thies, Barbara/Stürenberg, Marco (2011): Wunsch und realisierte Wirklichkeit der Wohn- und Lebensplanung von ‚middle‘ und ‚high agern‘. In: Pflegewissenschaft 13, 9, S. 489-498.
- Schwegler, Albert (Hrsg.) (1960): Die Metaphysik des Aristoteles. Frankfurt: Minerva.
- Schwerdt, Ruth (2004): Pflege auf dem Weg zur Profession: Rationalisierung eines Berufsbildes und Rationierung von Leistungen. In: Kruse, Andreas/Martin, M ike

- (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie – Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber. S. 491-505.
- Scott, W. Richard et al (2000): Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care. Chicago: University of Chicago Press.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008): Management of Patients With Stroke or TIA: No. 108 – Assessment, Investigation, Immediate Management and Secondary Prevention. A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010a): Management of Patients With Stroke: No. 118 – Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010b): Management of Patients With Stroke: No. 119 – Identification and Management of Dysphagia. A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN.
- Seitz, Franziska et al (2008): Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa. Eine Literaturstudie zur Implementierung. In: Pflege & Gesellschaft 13, 3, S. 260-278.
- Seitz, Rüdiger J./Bütefisch, Catrin M. (2006): Recovery from ischemic stroke: a translational research perspective for neurology. In: Future Neurology, 1, p. 571-586.
- Sell, Stefan (2005): Vom Vermittlungsskandal der Bundesanstalt für Arbeit zu Hartz IV: Tiefen und Untiefen rot-grüner Arbeitsmarktpolitik in einer Mediengesellschaft. In: Haubner, Dominik/Mezger, Erika/Schwengel, Herrmann (Hrsg.): Agendasetting und Reformpolitik: Strategische Kommunikation zwischen verschiedenen Welten. Marburg: Metropolis. S. 285-310.
- Seyd, Wolfgang (1997): Stand und Entwicklungsperspektiven der beruflichen Rehabilitation Erwachsener. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 30, 2, S. 255-268.
- Scadari, Antonio (1997): Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument – Continuing and Rehabilitative Care for Elderly People: A Comparison of Countries and Settings. In: Age and Ageing.
- Siekierka-Kleiser, Ewa/Kleiser, Raimund/Wohlschläger, Afra et al (2006): Quantitative assessment of recovery from motor hemineglect in acute stroke patients. In: Cerebrovascular Diseases, 21, p. 307-314.
- Simon, Fritz B. (2001): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

- Smith, Jane et al (2008): Information provision for stroke patients and their caregivers. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2, p. CD001919.
- Solga, Heike (1996): Klassenlagen und soziale Ungleichheit in der DDR. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, B 46/96, S.18-27.
- Sowa, Agnieszka (2010): The long-term care system for the elderly in the Czech Republic. Brüssel: ENEPRI.
- Socialstyrelsen (2009): Nationella riktlinjer för strokesjukvård. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforstrokesjukvard>.
- Spaar, Horst (Hrsg.) (1996a): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil 1: Die Entwicklung des Gesundheitswesens in der sowjetischen Besatzungszone (1945-1949). Berlin: Trafo-Verlag.
- Spaar, Horst (Hrsg.) (1996b): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil 2: Das Gesundheitswesen zwischen Gründung der DDR und erster Gesellschaftskrise (1949-1953). Berlin: Trafo-Verlag.
- Spaar, Horst (Hrsg.) (1999): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil 3: Das Gesundheitswesen der DDR zwischen neuem Kurs und der Schließung der Staatsgrenze (1953-1961). Berlin: Trafo-Verlag.
- Spaar, Horst (Hrsg.) (2001): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teil 4: Das Gesundheitswesen der DDR in der Periode des Übergangs zum umfassenden Aufbau des Sozialismus und der Entwicklung seines ökonomischen Systems (1961-1971). Berlin: Trafo-Verlag.
- Spaar, Horst (Hrsg.) (2002a): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR Teil 5: Das Gesundheitswesen der DDR in der Periode der weiteren Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft und unter dem Kurs der Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik (1971-1981). Teil A: Historischer Rahmen, Gesundheitspolitik, Leitende Organe, Medizinische Wissenschaft, Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften. Berlin: Trafo-Verlag.
- Spaar, Horst (Hrsg.) (2002b): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR Teil 5: Das Gesundheitswesen der DDR in der Periode der weiteren Gestaltung der entwickelten sozialistischen Gesellschaft und unter dem Kurs der Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik (1971-1981). Teil B: Aus- und Weiterbildung, Internationale Beziehungen, Gesundheitszustand, Stationäre und ambulante Betreuung, Gesundheitsschutz in den Betrieben, Gesundheitsschutz von Mutter und Kind, Stomatologische Betreuung, Gesundheitserziehung, Sozialversicherung, Sozialwesen, Gewerkschaften, Deutsches Rotes Kreuz, Pharmazie und Medizintechnik, Gesundheits- und Sozialbauten. Berlin: Trafo-Verlag.

- Spaar, Horst (Hrsg.) (2003a): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR Teil 6: Das Gesundheitswesen der DDR in der Periode wachsender äußerer und innerer Widersprüche, zunehmender Stagnation und Systemkrise bis zur Auflösung der bestehenden sozialistischen Ordnung (1981-1989). Teil A: Historischer Rahmen, Gesundheitspolitik, leitende Organe, medizinische Wissenschaft, medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, Aus- und Weiterbildung. Berlin: Trafo-Verlag.
- Spaar, Horst (Hrsg.) (2003b): Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR Teil 6: Das Gesundheitswesen der DDR in der Periode wachsender äußerer und innerer Widersprüche, zunehmender Stagnation und Systemkrise bis zur Auflösung der bestehenden sozialistischen Ordnung (1981-1989). Teil B: Internationale Beziehungen, DDR-Sektion der IPPNW, Gesundheitszustand, stationäre und ambulante Betreuung, Gesundheitsschutz in den Betrieben, Gesundheitsschutz Mutter und Kind, stomatologische Betreuung, Gesundheitserziehung, Sozialversicherung, Sozialwesen, Gewerkschaften, Deutsches Rotes Kreuz, Pharmazie, Apothekenwesen und Medizintechnik, Investitionen, Gesundheits- und Sozialbauten. Berlin: Trafo-Verlag.
- Speer, J. (1990): Die Rehabilitation des Patienten mit zerebrovaskulärem Insult im Kur- und Bäderwesen der DDR. Berlin: Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.
- Spellbrink, Wolfgang (2008a): Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende. In: Eicher, Wolfgang/Spellbrink, Wolfgang (Hrsg.): SGB II: Grundsicherung für Arbeitsuchende: Kommentar. München: Beck. S. 50-62.
- Spellbrink, Wolfgang (2008b): Funktionen und Bedeutung von Strukturprinzipien im SGB II. In: Eicher, Wolfgang/Spellbrink, Wolfgang (Hrsg.): SGB II: Grundsicherung für Arbeitsuchende. Kommentar. München: Beck. S. 44-50.
- Spieß, Katharina/Schneider, Ulrike (2003): Interactions between care-giving and paid work hours among European midlife women, 1994 to 1996. In: Ageing & Society 23, p. 41-68.
- Staatliche Zentralverwaltung für Statistik (Hrsg.) (1972): Statistisches Jahrbuch 1972 der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2011): Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland Band I. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung/bpb.

- Steib, Simon/Schupp, Wilfried (2011): Therapiestrategien in der Schlaganfallnachsorge Inhalte und Effekte. In: *Nervenarzt* 82, 11, S. 1.
- Steiner, Victoria et al (2009): The impact of a web-based caregiver intervention on the reasons stroke survivors use health care services during the first year post treatment. In: *Top Stroke Rehabilitation* 16, 2, p. 122-32.
- Stenzel, Carola/Hartmann, Denise (2012): Assessment ohne Skala. *Die Schwester Der Pfleger*, 51, 2, S. 138-141.
- Stiehr, Karin/Spindler, Mone (2006): Lebensbedingungen von Frauen 50plus in Europa. Ergebnisse einer Sekundäranalyse in zwölf westeuropäischen Ländern. In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie* 39, S. 5-12.
- Stojanow, K. (1986): Die berufliche Rehabilitation von Patienten mit zerebrovaskulärem Insult. Untersuchungen eines ausgewählten Patientenkollektivs im erwerbstätigen Alter. Berlin: Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.
- Stollberg, Gunnar (2008): Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten. In: Saake, Irmhild/ Vogd, Werner (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS. S. 354-362.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Stuart, Mary/Weinrich, Michael (2001): Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons From Denmark. In: *The Gerontologist* 41, 4, p. 474-480.
- Talbot, Lise R. et al (2004): Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 2, p. 53.
- Tesch-Römer, Clemens (2001): Intergenerational solidarity and caregiving. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 28-33.
- Theuerkauf, Klaus (2011): Der Pflege-TÜV auf dem Prüfstand. In: *Gesundheit und Pflege*, 1, 1, S. 5-11.
- Thier, K. (1984): Untersuchungen zur sozialen Problematik bei Patienten mit zerebrovaskulärem Insult, die unterschiedlichen Rehabilitationsprogrammen unterworfen waren. Berlin: Akademie für Ärztliche Fortbildung der Deutschen Demokratischen Republik.
- Thümmel, Kerstin et al (2008): „Du entscheidest da nichts mit, nein gar nichts“. Darstellung von Patientenpartizipation aus Betroffenenpersicht im Rehabilitationsverlauf nach einem akuten Schlaganfallereignis – Eine Einzelfallanalyse. In: DRV (Hrsg.): *Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung*. Tagungsband 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen.

- Tiesmeyer, Karin (2003): Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Lebensbegleitung von Menschen mit schwerer Behinderung. <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-123.pdf> (Zugriff: 22.07.2010).
- Tolmein, Oliver (2010): Kontrolliert die Kontrolleure. In: Dr. med. Mabuse, 184, S. 54.
- Travelbee, Joyce (1997): Interpersonale Aspekte der Pflege. In: Schaeffer, Doris et al. (Hrsg.): Pflege theorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber. S. 99-122.
- Trede, Ines (1997): Von babylonischen Sprachverwirrungen. Eine Literaturanalyse über Ziele und Merkmale von Pflegestandards. In: Pflege 10, S. 262-272.
- Treibel, Annette (2008): Die Soziologie von Norbert Elias. Eine Einführung in ihre Geschichte, Systematik und Perspektiven. Wiesbaden: VS.
- Tröster, P. (2000): Das System sozialer Sicherheit in Tschechien. In: Tomandl T./Mazal, W. (Hrsg.): Soziale Sicherheit in Mitteleuropa. Ein Systemvergleich zwischen Kroatien, Österreich, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn. Wien: Orac-Verlag. S. 205 - 240.
- Twenhöfel, Ralf (2007): Die Altenpflege im Zugriff der Disziplinen. In: Pflege & Gesellschaft, 12, 3, S. 210-226.
- Uzarewicz, Charlotte (1997): Das Objekt der Begierde in der Intensivpflege/-medizin: Der menschliche Körper? In: Intensiv 5, S. 144-48.
- van den Berg, Neeltje et al (2007): Community Medicine Nurses. Arztunterstützung in ländlichen Regionen. In: Pflege & Gesellschaft 12, 2, S. 118-134.
- van der Kooij, Cora (2007): Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebensorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik. Bern: Huber.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB), Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) (2011): Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt "Pflege-TÜV". Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis. Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Essen.
- Vester, Heinz-Günter (2009): Kompendium der Soziologie II: die Klassiker. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vincent, Claude et al (2007): Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. In: BioMedCentral Geriatrics 7, p. 20.
- von Kondratowitz, Hans-Joachim (2005): Die Beschäftigung von Migrant/innen in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 6, S. 417-423.
- von Weizsäcker, Viktor (1987): Ärztliche Fragen. Vorlesungen über Allgemeine Therapie. Gesammelte Schriften, Band (5). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- von Weizsäcker, Viktor (1996): *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmungen und Bewegungen*. Stuttgart und New York: Thieme Verlag.
- Waddington, Ivan (1985): *Medicine, the market and professional autonomy*. In: Conze, Werner et al. (Hrsg.): *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert*. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 388-416.
- Wagner, Alexander/Fleer, Bernhard (2006): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. M.D.d.S.d.K.e.V. (MDS), Editor. 2007*.
- Wansing, Gudrun (2006): *Teilhabe an der Gesellschaft: Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*. Wiesbaden: VS.
- Ward, Alexandra et al. (2005): *Care needs and economic consequences after acute ischemic stroke: the Erlangen Stroke Project*. In: *European Journal of Neurology*, 12, S. 264-267.
- Weber, Andreas (2005): *Reintegration nach Langzeitarbeitsunfähigkeit. Wer kehrt wann und warum zurück?* In: Schott, T. (Hrsg): *Eingliedern statt ausmustern*. Weinheim: Juventa, S. 55-66.
- Weber, Andreas/Hörmann, Georg/Heipertz, Walter (2007): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht*. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104, 43, S. A2957-A2962.
- Weber, G./Hillebrandt, F. (1999): *Soziale Hilfe – Ein Teilsystem der Gesellschaft?* Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Weller, Patrick/Wittsack, Hans-Jörg/Siebler, Mario et al (2006): *Motor recovery as assessed with isometric finger movements and perfusion MRI after acute ischemic stroke*. In: *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 20, p. 390-397.
- Welti, Felix (2004): *Arbeits- und sozialrechtliche Ansprüche behinderter Menschen auf Qualifizierung*. In: Weber, Andreas/Wicher, Klaus (Hrsg.): *Innenansichten, berufliche Rehabilitation, Außenansichten*. Hamburg: Feldhaus. S. 37-56.
- Welti, Felix (2007): *Leistungen zur Teilhabe und Verfahrenspflichten des SGB IX für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II*.
- Welti, Felix (2009): *Das Rehabilitationsrecht im System des Sozialleistungsrechts aus rechtswissenschaftlicher Perspektive*. In: Welti, Felix (Hrsg.): *Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger*. Münster: Lit. S. 16-32.
- Welti, Felix (2009): *Das Spannungsfeld von Pflege und Behinderung – auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept?* [http://www.sozialerfortschritt.de/wp-content/uploads/2009/05/Welti\\_09\\_05\\_06.pdf](http://www.sozialerfortschritt.de/wp-content/uploads/2009/05/Welti_09_05_06.pdf) (Zugriff: 22.07.2010).
- Welti, Felix (2010): *§6a Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem zweiten Buch*. In: Lachwitz, Klaus, Walter Schellhorn und Fe-

- lix Welti (Hrsg.): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Köln: Luchterhand. S. 86-91.
- Wennberg, John/Gittelson, Alan (1982): Variations in Medical Care among Small Areas. In: *Scientific American*, 246, S. 120-134.
- White, Mary A./Johnstone, Anna S. (2000): Recovery from stroke: does rehabilitation counselling have a role to play? In: *Disability and Rehabilitation* 22, 3, p. 140-3.
- WHO Regional Office for Europe (2008): Home Care in Europe. The solid facts. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf) (Zugriff: 01.03.2012)
- Wicher, Klaus (2005): Probleme und Perspektiven der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 51, S. 160-173.
- Wiesemann, Armin/Engeser, Peter/Reichert, Klaus et al (2004): Versorgungsqualität von Patienten nach Schlaganfallrehabilitation. Hausärztliche Nordbaden-Schlaganfallnachsorgestudie HANS. In: *Gesundheitswesen*, 66, S. 29-36.
- Wiesner, G./Grimm, J./Bittner, E. (1999): Schlaganfall: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. Erste Ergebnisse aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998. In: *Gesundheitswesen*, 61, S. S79-S84.
- Wiles, Rose et al (1998): Providing appropriate information to patients and carers following a stroke. In: *Journal of Advanced Nursing* 28, 4, p. 794-801.
- Wilhelmsson, Susen/Foldevi, Matz (2003): Exploring views on Swedish district nurses' prescribing. A focus group study in primary health care. In: *Journal of Clinical Nursing* 12, 5, p. 643-650.
- Willis, Paul (1977): *Learning to Labour: how working class kids get working class jobs*. Farnborough: Saxon House.
- Wilz, Gabriele et al (2002): Abschlussbericht zum Teilprojekt C2: Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten. Leipzig: Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie/Tagesklinik für kognitive Neurologie.
- Windeler, Jürgen/Antes, Gerd/Behrens, Johann/Donner-Banzoff, Norbert/ Lelgemann, Monika (2008): Randomisierte kontrollierte Studien: Kritische Evaluation ist ein Wesensmerkmal ärztlichen Handelns. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 105, 11, S. A-565.
- Windeler, Jürgen et al (2008): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Anhang\\_](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Anhang_)

- zum\_Pflegebedürftigkeitsbegriff\_SGB\_Bericht-Hauptphase-2XI.pdf. (Zugriff: 27.01.2012)
- Wingenfeld, Klaus (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht.Bielefeld.
- Wingenfeld, Klaus (2012): Messen, was Pflege bewirkt. In: Die Schwester Der Pfleger, 51, 2, S. 150-153.
- Wingenfeld, Klaus/Büscher, Andreas/Gansweid, Barbara (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht\\_IPW\\_MDKWL\\_25.03.08.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf). (Zugriff: 14.03.2012)
- Wingenfeld, Klaus/Büscher, Andreas/Schaeffer, Doris (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw\\_bericht\\_20070323.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf). (Zugriff: 30.03.2007)
- Winkler, Albrecht (1997): Screening- und Kompensationsfunktion alternativer Beschäftigungsformen für Schwerbehinderte. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 30, 2, S. 432-441.
- Winter, Kurt (1980): Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- Wittneben, Karin (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Wittneben, Karin (1993): Patientenorientierte Theorieentwicklung als Basis einer Pflegedidaktik. In: Pflege 6, S. 203-209.
- Wittneben, Karin (1994): Pflegedidaktik als Integrationswissenschaft. In: Schwarz-Govaers, Renate (Hrsg.): Standartbestimmung Pflegedidaktik. Referate zum 1. Internationalen Kongress zur Didaktik der Pflege. Aarau: Verlag der Kaderschule für Krankenpflege. S. 23-35.
- Young, John/Forster, Anne (2007): Rehabilitation after stroke. In: British Medical Journal 334, 7584, p. 86-90.
- Zbylot, S. et al (1995): A case-mix classification system for long-term care facilities. In: Nursing management, 26, 4, p. 49-50, 52, 54.
- Zehender, Leo (2007): Das Bedürfnis nach Autonomie und Anerkennung. Eine Herausforderung für die institutionelle Altenbetreuung? In: Österreichische Pflegezeitschrift 60, 10, S. 12-17.

- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Deutsches Ärzteblatt, 97, 15, S. A 1017-1023.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2003): Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern: Huber.
- Zimmermann, David R. (2002): Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, p. 250-257.
- Zimmermann, Markus/Behrens, Johann (2008): Den Rehabilitationsprozess und die Institutionen der Rehabilitation verstehen: Hermeneutisch interpretative Rehabilitationsforschung. In: Weber, Andreas (Hrsg.): Gesundheit, Arbeit, Rehabilitation. Festschrift für W. Slesina. Regensburg: Roderer, S. 340-350.
- Zimmermann, Markus et al (2006): „Aber in der Regel muss ich mir das alles selber suchen und organisieren“ – Rehabilitationserleben und Nachsorge nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. In: Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien, DRV, Editor. Bad Homburg.
- Zinnecker, Jürgen (1997): Sorgende Beziehungen zwischen Generationen im Lebensverlauf. Vorschläge zur Novellierung des pädagogischen Codes. In: Lenzen, Dieter/Luhmann, Niklas (Hrsg.): Bildung und Weiterbildung im Erziehungssystem: Lebenslauf und Humanontogenese als Medium und Form. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.199-227.

## Publikationen des Teilprojekts C 5 des SFB 580 von 2004 - 2011

- Abderhalden C; Boeckler U; Schaepe C et al. (2006): Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP): Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung. In: PRInternet 7/8, 420-424.
- Ayerle G; Luderer C; Behrens J (2009): Die Begleitung von Familien mit besonderen Belastungen durch Familienhebammen: Das Spektrum gesundheitsfördernder Leistungen und die Perspektive der Nutzerinnen. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (2), 1-33.
- Becker R; Berg A; Fleischer S; Neubert TR (2009): Messung patientengenerierter Lebensqualität mittels schriftlicher Befragung: Entwicklung und erste Ergebnisse in der schriftlichen Anwendung des SEIQoL. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (4), 1-15.
- Behrens J (2004): Betriebliche Strategien und demographische Folgen. Die komprimierte Berufsphase. Arbeit Heft 3, S. 248-263.
- Behrens J (2004): Schritte zur Faculty for Health Sciences. In: Scientia Halensis – Wissenschaftsjournal der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 12 (3), 34-35.
- Behrens J (2004): Die Verwechslung von Zielen und Mitteln und von interner und externer Evidence. In: FORUM DKG 19 (4), 42-45.
- Behrens J (2004): Womit hängt die Weigerung einiger informierter Pflegekräfte und Ärzte zusammen, ihre Organe und Gewebe nach ihrem Tod zu spenden? In: Müller J: Ärzte und Pflegenden, die keine Organe spenden wollen, Frankfurt: Peter Lang.
- Behrens J (2005): Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence. In: Schroeter K-R, Rosenthal T (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Weinheim: Juventa, 51-70.
- Behrens J (2005): Respekt vor der Autonomie individueller Lebenspraxis in: G+G Wissenschaft 5 (1), 3.
- Behrens J (2006): Langzeitperspektiven und Outcomes aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: Schweizer C, Schmidt-Ohlemann M, Schönle P: Nachhaltigkeit der (Mobilen) Geriatrischen Rehabilitation: Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive. Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung in Berlin. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) Saarbrücken, 51-60.

- Behrens J (2006): Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Richter M; Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 53-72.
- Behrens J (2006): Was uns vorzeitig „alt aussehen“ lässt. In: Thüringer Staatskanzlei Erfurt (Hrsg.): Die Überalterung der europäischen Gesellschaft nach der Erweiterung: Konsequenzen für Wirtschaft und Arbeitswelt. Tagungsberichte Band 54, 187-200.
- Behrens J (2007): Evidenzbasierung als Bezugsrahmen für die Pflege- und Hebammenforschung. In: ipp-Schriften 1 der Universität Bremen: Pflegeforschung in Deutschland. Jahrestagung der Pflegeforschungsverbände in Bremen. 5, 21-25.
- Behrens J (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer U; Büscher A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 180-211.
- Behrens J (2009): Gesundheitsapostel und Professionen im System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (5), 1-29.
- Behrens J (2009): Rehabilitierende Pflege – in Verantwortung für ihre Wirkungen. In: Blumenthal W; Schliehe F: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. DVfR Heidelberg, Stuttgart: Gentner Verlag, 287-296.
- Behrens J (2009): Statement (Fazit aus: Betriebliche Strategien, Swiss Journal of Sociology 2006/32) In: BGW-Themen. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Behrens J (2010): Die Rehabilitation Pflegebedürftiger – verantwortungsethisch. In: Schliehe F; Schmidt-Ohlemann M (Hrsg): Rehabilitation zwischen Tradition und Innovation. Bericht über den Jubiläumskongress – 100 Jahre DVfR – der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V., Stuttgart: Gentner Verlag, 265-269.
- Behrens J (2010): Evidence based Nursing. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 151-163.
- Behrens J (2010): Biologie in der soziologischen Analysen sozialer Ungleichheit: ‚natürliche Unterschiede‘ und ‚soziale Ungleichheit‘ in Gesundheit und Altern. In: Soeffner HG (Hrsg.): Unsichere Zeiten, Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens J (2010): Einleitung zur Sektionsveranstaltung: Biomarker und die Soziologie sozialer Ungleichheit in der Gesundheit: neuere Entwicklungen in den

- Messmethoden soziologischer Verlaufsforschung und der Life-Time-Epidemiology. In: Soeffner HG (Hrsg.): *Unsichere Zeiten, Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens J (2010): Was bedeutet Evidencebasierung für die Kooperation und Verantwortung der Gesundheitsberufe in Deutschland und in Österreich? In: *Medizinische Privatuniversität Salzburg (Hrsg.): Evidenzbasierte Medizin – ein Gewinn für die Arzt-Patient-Beziehung?*, 39.
- Behrens J (2011): In jedem Fall die Entstehung des Neuen. In: Panfil E-M (Hrsg.): *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege*. 1. Aufl.; Bern: Huber Verlag, S. 40-43.
- Behrens J (2011): Pflege ist nötig, um nicht zu verrotten. In: *Scientia Halensis – Wissenschaftsjournal der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg* 19 (3).
- Behrens J; Backes GM; Schupp J (2010): Einleitung zur Sektionsveranstaltung: Gesundheit und Lebensqualität im Lebenslauf – Familiäre und betriebliche Statuspassagen, Stabilität und Wandel in sicheren und unsicheren Zeiten. In: Soeffner HG (Hrsg.): *Unsichere Zeiten, Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena 2008*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens J; Dobrin A; Weber A; Zimmermann M (2010): Arbeitsgruppe RehaPflege in: *DGRW (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 2009*, 17-18.
- Behrens J; Elkeles T (2008): Die Renaissance des Berufs als Mobilitätschance: Horizontale und vertikale überbetriebliche Wechsel als (häufig noch misslingende) Bewältigung gesundheitlich begrenzter Tätigkeitsdauer. In: Hien W; Bödeker, BKK Bundesverband (Hrsg.): *Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen?* Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. 61-83.
- Behrens J; Güth W; Kliemt H; Levati MV (2006): Games that Doctor Play. Two-layered agency problems in a medical system. In: *Max-Planck-Institut für Ökonomik Jena (Hrsg.): Discussion Papers on Strategic Interaction* <http://www.mpiew-jena.mpg.de/esi/index.html>
- Behrens J; Hanns S; Riedel-Heller S; Angermeyer M; Kuske B (2004): Was heißt schon Evidence? Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen. In: Krause P; Schulz M; Bauer R: *Interventionen Psychiatrischer Pflege*. Unterostendorf: IBICURA.
- Behrens J; Langer G (2004): *Evidence-based Nursing Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*, Bern: Hans Huber.
- Behrens J; Langer G (2006): *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Hans Huber.

- Behrens J; Langer G (2006): Das Wichtigste sind Verantwortungsübernahme und Respekt. In: Die Schwester Der Pfleger 45 (3), 168-171.
- Behrens J; Langer G (2008): „Evidence-based Nursing“ und die Ethik der Pflegeprofession. In: Public Health Forum, 16(4), 10.e1-10.e3.
- Behrens J; Langer G (2008): Evidence-based Nursing: Anspruch und Wirklichkeit. In: Pharus Zeitschrift des Landesberufsverbandes IPASVI Bozen (Italien) 1 43-46.
- Behrens J; Langer G (2010): Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber.
- Behrens J; Langer G (Hrsg.) (2010): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber.
- Behrens J; Langer G (2010): Advanced Nursing Practice: Pflegerische Prävention und Rehabilitation. In: Behrens J; Langer G (Hrsg): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber, 21-23.
- Behrens J; Langer G (2010): Evidence-based Nursing als Ethik der Versorgung. In: Behrens J; Langer G (Hrsg): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber, 25-41.
- Behrens J; Langer G (2010): Wie ist dieses Buch aufgebaut? In: Behrens J; Langer G (Hrsg): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber, 43-48.
- Behrens J; Müller K; Zimmermann M; Selinger Y; Schubert M; Fleischer S; Weber A; Becker, C (2010): Fünf Bruchstellen kontinuierlicher Versorgung in der Schweiz und in Deutschland. In: Gesundheitswesen 72 (8/9), 521.
- Behrens J; Tappeiner W; Zimmermann M; Weber A; Schubert M; Fleischer S; Selinger Y; Becker C (2010): Aus einer Hand – in einer Hand: Welche (Schnittstellen)-Probleme bleiben bestehen, wenn das gesamte Gesundheitssystem gesetzlich, politisch und betrieblich "in einer Hand" liegt? – Aufgezeigt am Beispiel der Ausdifferenzierung und Integration im Südtiroler Gesundheits- und Reha-System. In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 187-189.
- Behrens J; Zimmermann M (2004): Evidence für komplexe pflegerische Interventionen zugunsten chronisch kranker und Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen. In: Thoke-Colberg A: Anwendungsorientierte Pflegeforschung. Ethik in der Pflege. München: W. Zuckerschwerdt.
- Behrens J; Zimmermann M (2006): Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit – Konzept und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 165-172.

- Behrens J; Zimmermann M (2008): Evidenzbasierte Pflege chronisch Kranker und Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen – der Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd. In: Schaeffer D; Behrens J; Görres S (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim: Juventa. 155-166.
- Behrens J; Zimmermann M; Selinger Y; Schubert M; Fleischer S; Weber A; Becker C; Saal S (2010): Verantwortungsethische Betrachtungen der Rehabilitation Pflegebedürftiger. In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 556-557.
- Berg A; Fleischer S; Kuss O; Unverzagt S; Langer G (2012): Timing of dressing removal in the healing of surgical wounds by primary intention: quantitative systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing* 68 (2), 264-270.
- Berg A; Sadowski K; Beyrodt M; Hanns S; Zimmermann M; Langer G; Becker C; Lautenschläger C; Behrens J (2010): Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 10 (5), 1-7.
- Böttcher S; Selinger Y; Hauss F (2009): Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege im Land Brandenburg. Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. Potsdam: MASGF.
- Bomball J; Schwanke A; Schmitt S; Stöver M; Zimmermann M; Görres S (2010): Beruf oder Berufung – der Weg in die Pflege. In: *bwpat*. Ausgabe Nr. 18; Juni 2010.
- Dobrin Schippers A; Abderhalden C; Feuchtinger J; Schaepe C; Schori E; Welscher R (2008): An der Bezugspflege Mass nehmen. In: *Krankenpflege Soins infirmiers* 101(12), 24-26.
- Dobrin Schippers A; Becker C (2011): Entwicklung eines Konzepts zum Benchmarking von Pflegesystemen. In: *Pflegewissenschaft* 01/11, 13-21.
- Donner-Banzhoff N; Krones T; Behrens J; Hauswaldt J (2010): Wissenschaftstheorie und EbM. In: *Medizinische Privatuniversität Salzburg (Hrsg.): Evidenzbasierte Medizin – ein Gewinn für die Arzt-Patient-Beziehung?*, 33-34.
- Dornette J; Rauch A; Schubert M; Behrens J; Höhne A; Zimmermann M (2008): Auswirkungen der Einführung des Sozialgesetzbuches II auf erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 54 (1), 79-96.
- Eichner K; Weber A (2009): Soziologie sozialer Probleme – mehr Fragen als Antworten? In: *Soziologischer Revue Heft 4/2009*, 445-452.

- Fink-Heitz M; Hofmann M; Oberhoffer R; Behrens J (2009): Inanspruchnahme und Bewertung transkultureller Certa-Pflegekurse. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8(12), 1-15.
- Fleischer S; Berg A; Langer G; Behrens J (2010): Evidenzübersichten als Unterstützungsmöglichkeit der Evidenz-basierung und Professionalisierung in der klinischen Pflege In: Medizinische Privatuniversität Salzburg (Hrsg.): Evidenzbasierte Medizin – ein Gewinn für die Arzt-Patient-Beziehung?, 70.
- Fleischer S; Berg A; Neubert TR; Koller M; Behrens J; Becker R; Horbach A; Radke J; Rothmund M; Kuss O (2009): Structured information during the ICU stay to reduce anxiety: study protocol of a multicenter randomized controlled trial. In: TRIALS 10(84), 1-9.
- Fleischer S; Berg A; Selinger Y; Langer G; Behrens J (2010): Evidenzbasierung in der Pflege: Wege der Vermittlung in Aus-, Fort- und Weiterbildung. In: Medizinische Privatuniversität Salzburg (Hrsg.): Evidenzbasierte Medizin – ein Gewinn für die Arzt-Patient-Beziehung?, 69.
- Fleischer S; Berg A; Zimmermann M; Wüste K; Behrens J (2009): Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. In: Journal of Public Health 17(5), 339-353.
- Fleischer S; Roling G; Beutner K; Hanns S; Behrens J; Luck T; Kuske B; Angermeyer MC; Riedel-Heller SG; Heinrich S; König HH; Lautenschläger C (2008): Growing old at home – A randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions: study protocol. In: BMC Public Health 28 (8), 185.
- Fleischer S, Roling G, Hanns S, Schulz M, Behrens J (2010) Herstellung eines therapeutischen Milieus zu Hause. Die Rolle mobiler Rehabilitation und präventiver Hausbesuche. In: Linden M. (Hrsg.) Therapeutisches Milieu. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 103-114.
- Fleischer S; Schubert M; Selinger Y; Behrens J; Zimmermann M (2010): Medizinische Rehabilitation begründende Diagnosen von Schlaganfallpatienten vor und nach dem ersten Schlaganfall. In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 398-399.
- Fleischer S; Sesselmann Y; Roling G; Behrens J; Luck T; Riedel-Heller S (2010): Partizipation im individuellen Lebensumfeld: Analyse des Modells der präventiven Hausbesuche. Das Gesundheitswesen 72 (8/9), 521.
- Großmann K; Berg A; Fleischer S; Langer G; Sadowski K; Bauer A; Behrens J (2009): Nicht-ärztliche Heilpersonen in der Betreuung und Behandlung chronisch Kranker (Schwerpunkt: DMP-Diagnosen). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (1), 41-48.

- Hanns S; Luck T; Kuske B, Riedel-Heller SG; Angermeyer MC; Behrens J (2008): Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken. In: Schaeffer D; Behrens J; Görres S (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim: Juventa, 167-188.
- Hauss F; Böttcher S; Selinger Y (2010): Ambulant vor stationär – ein Konzept mit Zukunft? In: Pflege & Gesellschaft 15 (2), 163-179.
- Höhne A (2007): Erwerbsminderungsrenten und medizinische Rehabilitation in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit „Präventionen für Gesunde Lebenswelten – ‚Soziales Kapital‘ als Investition in Gesundheit“. Gesundheit Berlin e.V., CD-ROM, 1-7.
- Höhne A (2007): Soziale Unterstützung in Partnerschaften. Individuelle Beschäftigungschancen und -risiken im ostdeutschen Transformationsprozess unter Berücksichtigung des Partnerschaftskontextes. Berlin: Logos Verlag.
- Höhne A; Behrens J; Schaepe C; Schubert M; Zimmermann M (2006): Medizinische Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten in Deutschland in regionaler Perspektive. In: DRV (Hrsg.): Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien, Bad Homburg, 278-280.
- Höhne A; Behrens J; Schaepe C; Schubert M; Zimmermann M (2006). Soziale Determinanten eines krankheitsbedingten vorzeitigen Rentenbeginns. Erwerbsminderungsrenten und medizinische Rehabilitation in regionaler Perspektive. In: Stöbel-Richter Y; Hinz A; Schröder C; Brähler E (Hrsg.): Medizintechnischer und soziodemographischer Wandel. Herausforderungen an die psychosoziale Medizin. Gemeinsamer Kongress – Deutsche Gesellschaft für medizinische Psychologie (DGMP) und Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie (DGMS). Lengerich: Pabst Science Publishers, 116.
- Höhne A; Behrens J; Schaepe C; Schubert M; Zimmermann M (2007): Die Betriebszentrierung im Rehabilitationssystem der DDR. In: Die Rehabilitation 46 (4), 233-237.
- Höhne A; Behrens J; Schaepe C; Schubert M; Zimmermann M (2007): Das Krankheitsspektrum von Erwerbsminderungsrentnern mit Migrationshintergrund. In: DRV (Hrsg.): Gesund älter werden – mit Prävention und Rehabilitation. Bad Homburg, 207-209.
- Höhne A; Schubert M (2008): Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In: DRV-Schriften Bd. 55, 103-125.

- Knipfer E; Behrens J; Eckstein H-H (2008): Wie verändert sich die Lebensqualität von Patienten bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) innerhalb der verschiedenen Stadien der Erkrankung. In: Zeitschrift für Wundheilung 13 (3).
- Knorr J-U; Selinger Y; Behrens J (2011): Bestimmung der Versorgungsqualität mit technischen Hilfsmitteln im häuslichen Umfeld. Eine Untersuchung der Erhebungsinstrumente QUEST 2.0 und KWAZO. In: Pflegezeitschrift 64 (11), 672-675.
- Kuske B; Hanns S; Luck T; Angermeyer MC; Behrens J; Riedel-Heller SG (2009): Poster: Trainingsprogramme für Pflegende demenzkranker Heimbewohner: ein systematisches Review evaluierter Programme. In: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85 (Sonderausgabe), 169.
- Kuske B; Luck T; Hanns S; Behrens J; Angermeyer MC; Riedel-Heller SG (2009): Poster: Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für pflegende demenzkranker Heimbewohner: Eine prospektive cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. In: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85 (Sonderausgabe), 170.
- Kuske B; Luck T; Hanns S; Matschinger H; Angermeyer MC; Behrens J; Riedel-Heller SG (2009): Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. In: International Psychogeriatrics 21 (2), 295-308.
- Langer G; Ivanovic N (2011): Wasser zur Wundreinigung. In: Die Schwester Der Pfleger 50 (3), 288-289.
- Lebert B; Walter S; Elmaci S; Schaepe C (2006): Die Rolle spezialisierter Pflege in einem Comprehensive Cancer Center (CCC): Empfehlungen für Deutschland. In: Forum DKG 7, 70-71.
- Lins S; Rücker G; Motschall E; Langer G; Antes G; Meyer G (2011): Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 5. CD009126.
- Lorenz I; Rothschild J; Fleischer S; Behrens J (2011): Zwischen den Zeilen verstehen. In: Pflegezeitschrift 64 (5), 266-269.
- Lorenz S; Schubert M; Becker C; Behrens J; Richter D; Saal S (2011): Gesundheitszustand von Patienten mit Schlaganfall nach Akutereignis und abgeschlossener stationärer/ambulanter Rehabilitation. In: DRV Schriften Bd. 93, 369-371.
- Luck T; Roling G; Heinrich S; Lupp M; Matschiger H; Fleischer S; Sesselmann Y; Beutner K; Rothgang H; König HH; Riedel-Heller SG; Behrens J (2011): Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. Eine randomisierte

- kontrollierte Interventionsstudie. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 10 (8), 1-33.
- Luderer C; Ayerle G; Behrens J (2010): FrühStart: Exemplarische Klientinnenpfade und Bruchstellen im System Frühe Hilfen. In: Renner I; Sann A. (Hrsg.): Forschung und Praxisentwicklung früher Hilfen, Köln: NZFH, 222-240.
- Luderer C; Ayerle G; Behrens J (2010): FrühStart: Mütterliche Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben. In: Renner I; Sann A. (Hrsg.): Forschung und Praxisentwicklung früher Hilfen, Köln: NZFH, 67-87.
- Rauch A; Dornette J; Schubert M; Behrens J (2008): Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II. IAB-Kurzbericht 25/2008.
- Richter D; Saal S; Lorenz S; Schubert M; Becker C; Müller T; Zierz S; Behrens J (2011): Wie repräsentativ sind randomisierte kontrollierte Studien mit Patienten nach Schlaganfall? In: DRV Schriften Bd. 93, 359-361.
- Roling G; Fleischer S; Hanns S; Luck T; Heinrich S; Rothgang H; König HH; Riedel-Heller SG; Behrens J (2009): Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (35), 1-20.
- Saal S; Behrens J; Herrmann G; Lorenz S; Schubert M (2010): Wie wirksam sind rehabilitative Maßnahmen zur Verbesserung der Gehfähigkeit mehr als sechs Monate nach Schlaganfall? In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 389-391.
- Sadowski K; Berg A; Beyrodt M; Langer G; Hanns S; Schaepe C; Zimmermann M; Behrens J (2007): Wirksame Strategien eines kommunikativen Zugangs zu demenziell erkrankten und kognitiv beeinträchtigten Personen (WISDE): Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung spezifischer pflegerischer Angebote. In: Schulz M; Abderhalden C; Needham I; Schoppmann S; Stefan H (Hrsg.): Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung. Unterostendorf: IBICURA, 289-295.
- Sadowski K; Berg A; Beyrodt M; Langer G; Hanns S; Schaepe C; Zimmermann M; Behrens J (2008): WISDE – wirksame Strategien eines kommunikativen Zugangs zu demenziell erkrankten und kognitiv eingeschränkten Personen – Normalität oder Illusion? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (Suppl. 1), I/4.
- Schaeffer D; Behrens J; Görres S (2008): Evidenzbasierung pflegerischen Handelns als Herausforderung für die Pflegeforschung. In: Schaeffer D; Behrens J; Görres S (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim: Juventa, 7-9.

- Schaeffer D; Behrens J; Görres S (2008): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim: Juventa.
- Schaepe C (2004): Vergleichende Analyse der therapeutischen Versorgungspraxis in der medizinischen Rehabilitation von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Der Einsatz von Fallvignetten als Methode international vergleichender Rehabilitationsforschung. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband (=DRV-Schriften 52), Frankfurt M., 378-379.
- Schaepe C (2006): Der Einfluss des Pflegesystems auf die Qualität der Pflege(dokumentation) – Ein Beitrag zur Methodenentwicklung zur Evaluation von Pflegesystemen. In: PRInternet 7/8, 425-440.
- Schaepe C; Behrens J; Schubert M; Zimmermann M (2009): „...also im Prinzip (...), bin ich jetzt ein bisschen allein gelassen...“ – Das Erleben von Autonomie und Partizipation in der poststationären Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. In: DRV Bund (Hrsg.): Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. DRV Schriften, Band 83, 69 - 71
- Schmidt M; Keiling T; Müller C; Schaepe C. (2009): Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines interdisziplinären Versorgungspfades (IVP) für Schlaganfallpatienten – Erfahrungen aus einem Pilotprojekt In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Sonderausgabe DEGAM/DKVF 2009.
- Schneider S; Heil M; Braun T; Behrens J (2009): Klinische Forschung in einer grundlagenforschungsorientierten Organisation: Auslaufmodell oder Zukunftsvision? In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8 (38), 1-20.
- Schubert M (2005): Rehabilitation aus Sicht von Schlaganfallpatienten. In: Das Gesundheitswesen 67 (7), 578.
- Schubert M (2007): Pflege. In: Theunissen G; Kulig W; Schirbort K (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer, 261-262.
- Schubert M (2007): Pflegekonzepte. In: Theunissen G; Kulig W; Schirbort K (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer, 262-263.
- Schubert M (2008): Im Spannungsfeld von Effizienzorientierung und Priorisierung? Die Veränderung der Teilnehmerstruktur an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von 1994 zu 2004. In: Das Gesundheitswesen 70, 478-479.
- Schubert M (2011): Die Teilnehmerstruktur medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland. In: Rehabilitation 50 (6), 372-378.
- Schubert M; Ayerle G; Behrens J; Höhne A; Schaepe Ch; Zimmermann M (2006): Rehabilitationserleben und Patientenautonomie aus Sicht von Schlaganfall-

- Betroffenen. In: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 71, 66-74.
- Schubert M; Ayerle G; Behrens J; Schaepe C; Zimmermann M; Höhne A (2006): Rehabilitation und Rehabilitationserleben aus Sicht von Schlaganfall-Patienten. In: DRV (Hrsg.): Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien, Bad Homburg, 386-388.
- Schubert M; Becker C; Behrens J; Fleischer S; Selinger Y; Weber A; Zimmermann M (2010): Zur Notwendigkeit der Vernetzung rehabilitativer und ambulanter medizinisch-pflegerisch-therapeutischer Versorgung bei komplexen gesundheitsbedingten Teilhabestörungen am Beispiel des Schlaganfalls. In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 554-556.
- Schubert M; Behrens J; Hauger M; Hippmann C; Hobler D; Höhne A; Schneider E; Zimmermann M (2007): Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach der Einführung des SGB II. In: Dornette J; Rauch A (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. IAB-Bibliothek, Bd. 309, 7-87.
- Schubert M; Behrens J; Höhne A.; Schaepe C; Zimmermann M (2006): Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt – der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund. In: DRV-Schriften; Bd. 55, 237-256.
- Schubert M; Behrens J; Höhne A; Schaepe C; Zimmermann M (2006): Kontinuität und Wandel in der medizinischen Rehabilitation – Versorgungsforschung mit Paneldaten. In: Stöbel-Richter Y; Hinz A; Schröder C; Brähler E (Hrsg.): Medizintechnischer und soziodemographischer Wandel. Herausforderungen an die psychosoziale Medizin. Gemeinsamer Kongress – Deutsche Gesellschaft für medizinische Psychologie (DGMP) und Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie (DGMS). Lengerich: Pabst Science Publishers, 258.
- Schubert M; Behrens J; Höhne A; Schaepe C; Zimmermann M (2007): Der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund – zur Spezifik arbeitsmarktbedingter ErwerbsminderungsrenterInnen. In: DRV (Hrsg.): Gesund älter werden mit Prävention und Rehabilitation, Bad Homburg, 202-204.
- Schubert M; Behrens J.; Höhne A; Zimmermann M (2008): Verliert berufliche Rehabilitation bei Langzeitarbeitslosigkeit an Bedeutung? Prozesse und Einflussfaktoren des Leistungszugangs. In: DRV (Hrsg.): Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung, Bad Homburg, 246-248.
- Schubert M; Bretschneider K; Schmidt S; Behrens J (2010): Stellenwert gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte bei der Betreuung Arbeitsloser als krankheits- und erwerbsbezogene Risikofaktoren. In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 177-179.

- Schulz M; Behrens J (2006): Handlungsfelder psychiatrischer Pflege im Spannungsfeld zwischen Heilkunst, wissenschaftlicher Erkenntnis und Bedarfsentwicklung. In: Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen: Psychiatrische pflege als Praxis und Wissenschaft. Unterostendorf: IBICURA, 51-57.
- Schulz M; Behrens J; Schmidt-Ohlemann M (2008): Ergebnisorientierte Evaluation eines Mobilen Rehabilitationsdienstes: Eine prospektive Studie. In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 18, 30-34.
- Schulz M; Damkröger A; Heins C; Wehlitz M; Löhr M; Driessen J; Behrens J; Wingefeld K; (2009): Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16, 225-233.
- Schulz M; Dorgerloh S; Ratzka S; Gray R; Behrens J (2007): Compliance und Adherence: Pflegende unterstützen Patientenverhalten. In: PADUA 2 (3), 44-49.
- Selinger Y (2009): Pflegeforschung und „Forschungsorientierter Unterricht“. In: Unterricht Pflege 14 (3), 2-6.
- Selinger Y (2009): Zusammenarbeit von „Theorie- und Praxislehrenden“. In: Forum Ausbildung 3(2), 6-8.
- Selinger Y (2009): Aufgaben zum Thema Pflegeforschung – Vorschläge und Kommentare. In: Unterricht Pflege 14 (3), 26-40.
- Selinger Y (2011): Kapitel 4.2.5: Evidence-based Nursing. In: Lektorat Pflege & Menche N (Hrsg.): Pflege heute. (5., vollst. überarb. Aufl.). München: Urban & Fischer bei Elsevier, 88-89.
- Selinger Y (2011): Kapitel 4.3: Pflege-theorien und -modelle. In: Lektorat Pflege & Menche N (Hrsg.): Pflege heute. (5., vollst. überarb. Aufl.). München: Urban & Fischer bei Elsevier, 89-103.
- Selinger Y; Fleischer S; Schubert M; Behrens J (2010): Förderliche Konstellationen für rehabilitativ-wirksames Pflegehandeln in der stationären Langzeitpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (Suppl. 1), 135.
- Selinger Y; Rohde K; Langer G; Behrens J (2009): Evidence-based Nursing (EBN) im Unterricht der Pflegeausbildung – Möglichkeiten und Grenzen. In: Unterricht Pflege 14(3), 14-19.
- Selinger Y; Weber A; Behrens J (2010): Das Verhältnis von selbstbestimmter Teilhabe und Pflege. Konzepte in anderen europäischen Ländern. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 3: Eingliederungshilfe und Pflege: aktuelle Anstöße und Ansätze, 72-88.
- Sesselmann Y; Roling G; Beutner K; Fleischer S; Behrens J; Heinrich S; König HH; Luck T; Riedel-Heller SG (2010): Altern zu Hause – Unterstützung durch prä-

- ventive Hausbesuche bei über 80-jährigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (Suppl. 1): 92.
- Spiekermann A; Schulz M; Behrens J; Driessen M; Rahn E; Beblo T (2010): Kognitive Leistungen und Adhärenzverhalten bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. In: Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie.
- Tausch S; Rocholl A; Berg A; Becker R; Horbach A; Neubert TR; Fleischer S (2011): Kommunikation mit Intensivpatienten – (k)ein Problem!? In: Intensiv 19 (2), 86-92.
- Thümmler K; Schmidt A; Zimmermann M; Schaepe C (2008): "Du entscheidest da nichts mit, nein gar nicht" Darstellung von Patientenpartizipation aus Betroffenen-sicht im Rehabilitationsverlauf nach einem akuten Schlaganfallereignis – Eine Einzelfallanalyse. In: DRV: Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung, Bad Homburg, 50-51.
- Weber A (2009): Psychisch kranke Menschen auf dem Arbeitsmarkt – kann Theorie helfen? In: Seyd W; Wicher K; Bischoff J; Firlé M (Hrsg.): Individuelle Integrationspfade für psychisch kranke und behinderte Menschen – Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben. Feldhaus, Hamburg, 29-35.
- Weber A; Behrens J; Fleischer S; Schubert M; Zimmermann M; Becker C; Selinger Y (2010): Rehabilitation zwischen Individualisierung, Differenzierung und Bedarfsorientierung am Beispiel Schlaganfall. In: Das Gesundheitswesen 72 /8-9. Abstractband DGSMP Tagung Berlin, 21.-25. September 2010, 547.
- Weber A; Fleischer S; Weber U; Schubert M; Becker C; Behrens J; Zimmermann M (2010): Das Therapiegesehen in der Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall: Rehabilitation zwischen Individualisierung, Differenzierung und Bedarfsorientierung. In: DRV (Hrsg.): Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung. Berlin, 181-182.
- Weber A; Prinz R; Schlenker-Schulte C (2009): Berufliche Teilhabe hörbehinderter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch barrierefreie Kommunikation. In: DRV Bund (Hrsg.): Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. DRV Schrift Band 83. Münster, 87-88.
- Wiederhold D; Langer G; Landenberger M (2011): Ambivalent lived experiences and instruction need of patients in the early period after kidney transplantation: A phenomenological study. In: Nephrology Nursing Journal 38 (4), 417-23.
- Zimmermann M (2004): Die Funktion der Rehabilitation als Ausgangspunkt für eine international vergleichende Rehabilitationsforschung. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. In: Tagungsband (=DRV-Schriften 52), Frankfurt M., 380-381.

- Zimmermann M (2005): Medizinische und/oder berufliche Rehabilitation? Zuweisung und Wahl der „richtigen“ Rehabilitation für Patienten mit chronisch behindernden Rückenschmerzen im internationalen Vergleich. In: VDR (Hg.): Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven, Bad Homburg, 380-381.
- Zimmermann M (2007): Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz – Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung. Halle, Univ., Med. Fak., Dissertation.
- Zimmermann M (2010): Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit und im Pflegeheim: aktuelle Versorgungssituation und Bedarfserfassung. In: Schliehe F; Schmidt-Ohlemann M (Hrsg.): Rehabilitation zwischen Tradition und Innovation (=DVfR-Reihe: Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation 17), Stuttgart, 270-273.
- Zimmermann M; Backes G (2009): Social Participation and Social Exclusion in the case of Multimorbidity, In: JNHA 13, 485.
- Zimmermann M; Behrens J (2008): Den Rehabilitationsprozess und die Institutionen der Rehabilitation verstehen: Hermeneutisch interpretative Rehabilitationsforschung. In: Weber A. (Hrsg.): Arbeit, Gesellschaft, Rehabilitation, 340-350.
- Zimmermann M; Behrens J; Höhne A; Schaepe C; Schmidt A; Schubert M (2006): „Aber in der Regel muss ich mir das alles selber suchen und organisieren“ – Rehabilitationserleben und Nachsorge nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. In: DRV (Hrsg.): Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien, Bad Homburg, 380-382.
- Zimmermann M; Behrens J; Langer G; Dreyer-Tümmel A. (2005): Diagnosespezifische Unterschiede der Rehabilitationsanamnese bei Frührentenzugängen der BfA aus Sachsen-Anhalt. In: Das Gesundheitswesen 67 (7), 582.
- Zimmermann M; Behrens J; Schaepe C; Schubert M (2009): Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall: wer erreicht die Therapiefortsetzung, wer verbleibt in der Erwerbstätigkeit? In: DRV Bund (Hrsg.): Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. DRV Schrift Band 83, Münster, 31 - 32
- Zimmermann M; Behrens J; Weber A (2011): Nachsorge und Therapieregime bei Schlaganfallpatienten in Deutschland, Italien, Schweden, der Schweiz und Tschechien. In: DRV-Schriften, Band 92, 368-369.
- Zimmermann M; Dreyer-Tümmel A; Langer G; Behrens J (2007): Frühberentete ohne Rehabilitation – Prospektive Analysen und retrospektive Surveys zu Erwerbsverläufen in Ost- und Westdeutschland. Bern: Hans Huber.

Zimmermann M; Schaepe C; Bethge F; von Förster U (2007): Hörschäden durch Freizeitlärm: Screening von Risikokonstellationen und Evaluation von Präventionskonzepten bei freizeitlärmgefährdeten Heranwachsenden in Sekundarschulen. In: Wichmann HE; Nowak D; Zapf A (2007): Medizin und Gesellschaft. Mönchengladbach: Rheinware Verlag, 397-398.

Zimmermann M; Schaepe C; Selinger Y; Behrens J (2007): Implementierung des Resident Assessment Instruments als Qualitätsentwicklung und Steuerungsinstrument in der stationären Langzeitpflege. In: Wichmann HE; Nowak D; Zapf A (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft. Mönchengladbach: Rheinware Verlag, 398.

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1: Etappen des Rehabilitationsverlaufs (Quelle: eigene Darstellung) .....	76
Abb. 3.2: Rehabilitationsleistungen für DRV-Versicherte (Quelle: Schubert et al. 2010).....	77
Abb. 3.3: Fragmentierung der Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Nachsorge (Quelle: eigene Darstellung) .....	78
Abb. 3.4: Prozentualer Anteil von Schlaganfall Betroffener Personen mit Therapieanspruchnahme zu drei Zeitpunkten in der Nachsorgephase (vgl. Schubert et al. 2010).....	80
Abb. 3.5: Prozentualer Anteil von Schlaganfall Betroffener Personen mit Therapieanspruchnahme in der Nachsorgephase (direkt) nach Schlaganfall; differenziert und Krankenkasse (Schubert et al. 2010) .....	80
Abb. 4.1: Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (nach SGB XI) in vollstationärer Pflege in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung (Eigene Darstellung, Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistiken 1999-2009, Bundesministerium für Gesundheit 2011) .....	94
Abb. 4.2: Das Resident Assessment Instrument und seine Hauptbestandteile (Quelle: Anliker et al. 2007:11).....	110
Abb. 5.1: Fragen mit Gesundheitsbezug im „Arbeitspaket“ für Arbeitsuchende der Arbeitsagentur (Quelle: Bundesagentur für Arbeit).....	132
Abb.5.2: schematische Gegenüberstellung des Erwerbsfähigkeitsbegriffs (SGB II/XII), mit dem (sozialmedizinisch orientierten) Leistungsfähigkeit sowie (möglichen) leistungsrechtliche Konsequenzen im Recht der Erwerbsminderung (SGB VI) (Quelle: eigene Darstellung) .....	138
Abb. 5.3: Sozialrechtliche Verbindung zwischen den SGB II, III und IX in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen (eigene Darstellung) .....	145
Abb. 6.1: Ressourcenabhängige gesundheitsbezogene Entscheidungs- und Handlungsspielräume (Quelle: eigene Darstellung) .....	180
Abb. 7.1: Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben (Angaben in %, n=4705 ) (Quelle: eigene Darstellung) .....	195
Abb. 7.2: Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der PTM erhalten haben (Angaben in %, n=4705) (Quelle: eigene Darstellung) .....	196

Abbildung 7.3: Inanspruchnahme der evidenzbasierten Therapiemodule nach verschiedenen Altersgruppen (n=4705); Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben. (Quelle: eigene Darstellung) .....	197
Abbildung 7.4: Inanspruchnahme der evidenzbasierten Therapiemodule nach den vier häufigsten Diagnosegruppen; Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben. (Quelle: eigene Darstellung) .....	198
Abbildung 7.5: Inanspruchnahme der praxisbasierten Therapiemodule nach verschiedenen Altersgruppen (n=4705); Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben. (Quelle: eigene Darstellung) .....	199
Abbildung 7.6: Inanspruchnahme der praxisbasierten Therapiemodule nach den vier häufigsten Diagnosegruppen; Ordinate: % der Patienten, die mindestens eine Leistung aus einem der ETM erhalten haben (Quelle: eigene Darstellung) .....	200
Abbildung 8.1: Evidence-Pyramide am Beispiel von Interventionsfragestellungen (Quelle: modifiziert und erweitert nach Ciliska, 2005; Guyatt et al., 2002; Harbour & Miller, 2001; Haynes, 2007; McKibbin et al., 1999, Behrens & Langer 2010).....	204
Abbildung 8.2: Graduierung der Empfehlungen (Quelle: eigene Darstellung) .....	212
Abbildung 10.1: Evidencebasierte ärztliche und pflegerische professionelle Praxis: interne Evidence und externe Evidence, moralische und ökonomische Anreize bei ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Entscheidungen (Quelle: eigene Darstellung) .....	264
Abbildung 10.2: Hermeneutische Spirale im Arbeitsbündnis: Sechs Schritte von der internen Evidence zur externen und zurück (Quelle: eigene Darstellung).....	268
Abbildung 12.1: Schlagworte für exemplarische Konzepte zur Verwirklichung von „Teilhabe und Pflege“ entlang der Kategorien des Bereichs Umweltfaktoren der ICF (Quelle: eigene Darstellung nach Schuntermann 2007:216 ff.) .....	295

# Autorenverzeichnis

cand. rer. medic. Dipl.-PGW Christiane Becker; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2008 im Teilprojekt C5 des SFB 580

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens; Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; Projektleiter des Teilprojekt C5 des SFB 580

cand. rer. medic. Dipl.-PGW Almuth Berg; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2011 im Teilprojekt C5 des SFB 580

cand. rer. medic. Dipl.-PGW Steffen Fleischer; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2008 im Teilprojekt C5 des SFB 580

Dr. phil. Anke Höhne; Hamburger Fern-Hochschule; 2004-2008 im Teilprojekt C5 des SFB 580

Jun.-Prof. Dr. rer. medic. Gero Langer; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2008 im Teilprojekt C5 des SFB 580

cand. rer. medic. Silke Lorenz, MPH; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2012 im Teilprojekt C5 des SFB 580

Dipl.-Soz. Katrin Parthier; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2011 im Teilprojekt C5 des SFB 580

Dr. rer. medic. Michael Schubert; BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation), Frankfurt/ M.; 2008 - 2011 im Teilprojekt C5 des SFB 580

cand. rer. medic. Dipl.-PGW Yvonne Selinger; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2009 im Teilprojekt C5 des SFB 580

PD Dr. phil. habil. Andreas Weber; MPH, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg; seit 2008 im Teilprojekt C5 des SFB 580

Prof. Dr. rer. medic. Markus Zimmermann; Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Mathias-Hochschule Rheine; 2004-2008 im Teilprojekt C5 des SFB 580

Für Expertisen, die unsere Veröffentlichungen unterstützten bedanken sich die Autorinnen und Autoren bei den Kolleginnen:

Dipl.-PGW Anja Bathe; Abteilung für Klinische Sozialmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg; vormals Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

cand. rer. medic. Dipl.-PGW Susanne Saal; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

Dipl.-Päd. Susanne Weidemann, M. mel; Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

# Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung



**Carsten Detka**  
**Dimensionen des  
Erleidens**

Handeln und Erleiden in Krankheitsprozessen

ZBBS-Buchreihe

2011. 363 Seiten. Kart.

39,90 € (D), 41,10 € (A),

53,90 SFr

ISBN 978-3-86649-432-9

**Im vorliegenden Buch werden Krankheitsprozesse als komplexes biographisches Prozessgestalten untersucht – durchdrungen von Erleidendserfahrungen und Bearbeitungsbemühungen.**



**Mike Jacob**  
**Die Reflexion des  
Misserfolgs als  
Beitrag zur Pro-  
fessionsentwicklung**

ZBBS-Buchreihe

2012. 316 Seiten. Kart.

36,00 € (D), 37,10 € (A),

48,90 SFr

ISBN 978-3-86649-479-4

**Studie zur empirischen Rekonstruktion von Misserfolgen im Triadengespräch mit Zahnmedizinern.**

In Ihrer Buchhandlung oder direkt bei



**Verlag Barbara Budrich • Barbara Budrich Publishers**

Stauffenbergstr. 7. D-51379 Leverkusen Opladen

Tel +49 (0)2171.344.594 • Fax +49 (0)2171.344.693 • [info@budrich-verlag.de](mailto:info@budrich-verlag.de)  
[info@barbara-budrich.net](mailto:info@barbara-budrich.net) • [www.barbara-budrich.net](http://www.barbara-budrich.net)

**Direkt bestellen unter [www.budrich-verlag.de](http://www.budrich-verlag.de)**